



# 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

Diseño de intervención Cognitivo-conductual en ansiedad y  
depresión: Análisis de un caso

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

PATRICIA RAQUEL ZARCO DUARTE

Director: Lic. Judith Rivera Baños  
Vocal: Lic. Edith González Santiago  
Secretario: Lic. Alicia Ivet Elvira Flores



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 3 de Diciembre de 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## INDICE

Introducción.....	3
Depresión.....	3
Comorbilidad.....	8
Factores de riesgo.....	9
CIE 10 y DSM Depresión.....	11
Ansiedad.....	12
Etiología.....	15
CIE 10 y DSM Ansiedad.....	17
Relación entre ansiedad y depresión.....	19
Padres con hijos con discapacidad.....	20
Protocolos de intervención .....	26
CAPED.....	30
Presentación del caso.....	31
Evaluación del caso.....	34
Análisis funcional.....	37
Diseño de intervención.....	38
Resultados.....	44
Discusión.....	46
Relevancia del caso.....	47
Referencias.....	49
Anexos.....	54

## Introducción

Al hablar de la salud también se debe considerar la salud emocional ya que de manera normal las emociones son la manifestación de los pensamientos, sentimientos y del comportamiento, y si estos se encuentran “sanos”, entonces permitirán enfrentar la vida diaria con sus problemas y retos, y por supuesto se podrá considerar que se tiene una vida “equilibrada”, esto al final significa estar conciente de las emociones ya sean positivas o negativas y con ello poder lidiar adecuadamente en el momento que se requiera; y cuando no sea posible, tener la capacidad de reconocerlo y la forma para regresar a su equilibrio (American Academy of family Phisicians, 2017)

Silveira (2005) en su libro Bienestar emocional habla de las emociones y dice lo siguiente “no se puede vivir sin emociones ya que son la forma de la expresión humana, sin embargo estas pueden salirse de control y entonces vivir bajo impulsos y por supuesto faltos de razón”, ciertamente no se busca vivir en el control total, pero sí de regular la expresión de las emociones y el comportamiento, para actuar en la forma y momento adecuados; la lección es tener el control de las emociones interna y externamente, de tal manera que sea la razón la que guíe el actuar de la vida diaria, así que “Emocionales, sí, descontrolados y emocionalmente alterados y cambiantes, de ser posible nunca”.

## Depresión

A continuación veremos algunos conceptos de depresión desde diferentes puntos de vista, esto nos ubicara y centrara en las características en general de la depresión.

Comenzaremos con Skinner (1953) quien considera que la depresión es afectada directamente por los cambios inesperados o no considerados, sin embargo no fue solo él, unos años después Ferster (1966), da más detalles que también afectan la depresión, como son los cambios ambientales repentinos, el castigo, el control excesivo y “los cambios en las contingencias de reforzamiento”, es decir la falta de reforzadores positivos; al aparecer el cambio es necesario para generar nuevas conductas y sus reforzadores; al no hacerlo (los reforzadores) se genera la depresión. Ambos autores tanto Skinner como Ferster consideran que el generador de la depresión es la falta de definición de nuevos reforzadores positivos cuando el estatus quo es modificado.

En el caso de Beck (1976) la depresión es afectada por la forma en que se visualiza al mundo, específicamente “de una manera negativa y poco realista”. En una persona negativa con depresión se puede observar que su conocimiento sobre sí misma, sobre el mundo y sobre el futuro están afectadas y son poco realistas, a esto es a lo que se le llama, la triada cognitiva, ya que las ideas están distorsionadas en las tres áreas, por ejemplo en su libro “Cognitive Therapy and the emotional disorders” (1976), afirma que cuando la persona está afectada por alguna de las siguientes condiciones, “desorden emocional”, “neurosis”, “trastorno psicológico” o “enfermedad psiquiátrica” existe una valoración irreal y pensamientos irracionales, unidos estos al estrés, hacen que un paciente desarrolle depresión, un estado ansioso, o un estado paranoide.

Y continuando con la depresión para la Organización Mundial de la Salud OMS (2019) es un trastorno mental frecuentemente caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, el establecimiento de un sentimiento de culpa o falta de autoestima, puede incluir trastornos del sueño o del apetito, alguna sensación de cansancio o falta de concentración. Para la OMS la depresión está afectando a más de 120 millones de personas en el mundo, y menos del 25% reciben algún tratamiento y considera que en un futuro uno de cada cinco individuos será

afectado por un cuadro depresivo y puede crecer el número si hay comorbilidad con otros factores.

Por otro lado Kessler & Bromet en su libro *The epidemiology of depression across cultures* (2013) agregan que,

“Debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4.3% de la carga global de enfermedad”.

Por otro lado, en su aportación a la definición de la depresión, Heinz & Camacho en la Guía clínica para el manejo de la depresión del Instituto Nacional del Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2010), dan una definición más amplia considerando síntomas afectivos como la tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, y por otro lado incluye la presencia de síntomas de tipo “cognitivo, volitivo y somático”, lo que indicaría tener una “afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva” OMS (2012)

Para la Guía Clínica para el Manejo de la Depresión GCMD (2010) el Trastorno Depresivo Mayor TDM ha tenido mayor foco en la investigación con respecto a otros trastornos, debido a la mayor discapacidad que genera con respecto a otras enfermedades como la artritis, diabetes e hipertensión y porque es una enfermedad que disminuye la productividad nacional (Cassano & Fava como se mencionó en GCMD 2010).

En esa misma línea de investigación la Organización Mundial de la Salud OMS (2017), en su proyecto Global Burden Disease (GBD), dice que la depresión

es la quinta causa generadora de discapacidad, siendo responsable del 4.4% del total de “años de vida ajustados en función de la discapacidad” AVAD además de ser la causa principal de “años perdidos por discapacidad” APD más del 11% del total. Dentro del proyecto la OMS, encontró que el grupo de 14 a 44 años es la segunda causa, y responsable del 8.3% de los AVAD perdidos. E indica que para el futuro, de seguir la misma tendencia demográfica y epidemiología la depresión aumentará a más del 6% de la carga total de morbilidad, volviéndose de esa forma la segunda causa de AVAD perdidos. Este número solo será superado por las miocardiopatías, y en los países desarrollados la depresión se volverá en un futuro cercano la primera causa de mortalidad (Murray & López 1997)

Ramchandani & Stein (2003), autores de *The impact of parental psychiatric disorder on children*, aseguran que la depresión es incrementada cuando hay dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas, y por lo tanto los tratamientos son poco efectivos, de igual forma la depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional y con frecuencia hay una afectación negativa a las relaciones de pareja y familiares, finalmente la presencia de depresión en los padres afecta el desarrollo de los hijos dándoles una “crianza negligente”. P 242-243

La depresión es uno de los trastornos más comunes, pero cuando se habla de un Trastorno Depresivo Mayor, cinco de los nueve síntomas deben persistir por más de 2 semanas uno de los cuales necesita ser uno de los primeros dos, esos síntomas son: estado de ánimo depresivo, pérdida constante de interés o placer, ganancia o pérdida significativa de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, además debe haber, ya sea una angustia importante o alguna disminución en las áreas sociales, ocupacionales o algún otra del funcionamiento cotidiano para declarar este

diagnóstico, de acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000)

En el mismo orden de ideas el Manual de formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), definen que hay dos tipos de depresión, dentro del TDM, el primero tiene que ver con uno o más episodios depresivos mayores y el trastorno distímico que se caracteriza por dos o más años con un estado de ánimo depresivo muy parecido con otros síntomas depresivos, pero que no cumplen con los criterios del TDM. El trastorno depresivo no especificado, es una categoría llamada “depresión unipolar”, distinta de los diversos tipos de trastorno bipolar. “La enfermedad bipolar implica episodios tanto depresivos como maniacos” acorde con los autores Nezu, Nezu y Lombardo (2006)

En este momento vamos a tratar de diferenciar los diferentes tipos de depresión, el primero es debido a una enfermedad, donde el estado de ánimo es afectado por una condición médica, por ejemplo, una persona con cáncer o deficiencia cardíaca; otro tipo de depresión es el inducido por sustancias, esto incluye el abuso de sustancias, medicamentos o toxinas; otro como mencionamos son los trastornos bipolares, que presentan síntomas maniacos, el trastorno esquizoafectivo, donde la depresión se caracteriza por delirios o alucinaciones y la demencia, que se caracteriza por la desorientación y la dificultad para concentrarse; para ser diagnosticado de TDM la presencia de algunos síntomas no es suficiente, se debe buscar que cumplan con criterios de gravedad, duración y funcionamiento, estos dan mayor precisión para determinar si es o no un TDM o alguno otro evento que también afecta el estado de ánimo, como los previamente mencionados.

En cuanto a la atención de la depresión, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, 2003), indica que si bien ya hay tratamientos que funcionan adecuadamente, todavía el número de la población



atendida es muy bajo, por ejemplo en mujeres mayores de 18 años con depresión solo 27.2% ha sido diagnosticada por un médico y 7.9% había tomado algún medicamento antidepresivos en las últimas 2 semanas. Y para hombres, del total, solo 19% había sido diagnosticado y 6.1% había estado en tratamiento antidepresivo en las dos últimas.

Hasta aquí vamos a dejar la exploración de los conceptos de depresión, si bien es cierto que es un tema amplio, por ahora tenemos información suficiente para guiar el presente trabajo.

## **Comorbilidad**

La comorbilidad nos habla de la presencia de depresión en forma simultánea con otro u otros trastornos, como por ejemplo con ansiedad, fobias, preocupaciones sobre su salud física, pensamientos obsesivos, irritabilidad y quejas por malestares, esto puede hacer que el tratamiento no sea tan exitoso como se espera. Por ejemplo, Clayton y cols. (1991) en sus estudios encontraron que “pacientes con depresión y altos índices de ansiedad requieren de mayor tiempo en su tratamiento para mostrar mejoras”, otros trastornos pueden ser, la problemática familiar y marital, los problemas ocupacionales, académicos y el abuso de sustancias, todos estos pueden presentarse como mencionamos con algunos síntomas de depresión. pp. 1512-1517.

La comorbilidad puede tener como consecuencia episodios críticos y graves de depresión y terminar en suicidio, por ejemplo, hasta 15% de los individuos con TDM cometen suicidio; y es común que se tenga un número más alto en muerte prematura como resultado de enfermedades médicas generales con depresión, por ejemplo de acuerdo con el DSM-IV-TR (2000), existen cuatro veces más muertes entre individuos con TDM de más de 55 años con depresión.

## Factores de riesgo

En este apartado se trabajara con todo aquel rasgo, característica o exposición que genere la depresión; si bien es cierto que no se tiene con precisión que genera la depresión, si podemos hablar de ciertos factores que han demostrado ser de alguna forma originadores o promovedores de la misma.

Si bien es cierto que no se conocen las causas exactas de la depresión, definitivamente si hay variables que incrementan el riesgo de depresión, al igual que sucede con muchos trastornos mentales, los factores pueden ser de origen: genético, fisiológico, personales y ambientales (González, 2016)

### Factores genéticos

En este factor se considera la genética y los antecedentes familiares son un factor que detona la depresión, por ejemplo en el ámbito familiar la presencia de depresión en padres y hermanos incrementa de un 25 a un 30% la probabilidad de sufrir depresión y estudios han determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro. Este porcentaje podría reducirse al 25% en el caso de gemelos dicigóticos. Definitivamente la depresión es más frecuente en las personas cuyos parientes consanguíneos también tienen este trastorno. Los investigadores están buscando genes que puedan intervenir en el origen de la depresión.

### Factores fisiológicos

La depresión también se ha ligado al descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales. Es por eso que para tratar la depresión se usan fármacos que inhiben la recaptación de serotonina que esta modificado en estos pacientes. Y hay un grupo de enfermedades que incrementan la depresión, la mayoría de ellas relacionadas con alteraciones endocrinas como son:

- Migraña.
- Diabetes.
- Hipertiroidismo.
- Síndrome de Cushing.
- Enfermedad de Adisson.
- Amenorrea hiperprolactinémica.

### Factores personales

En general hablando del género se aprecia que las mujeres sufren 50% más depresión que los hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta y la franja comprendida entre los 35 y los 45 años es la de mayor frecuencia en la depresión. El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas.

Otro factor son las hormonas, ya que los cambios en el equilibrio hormonal pueden causar o desencadenar la depresión. Los cambios hormonales pueden presentarse en el embarazo y durante las semanas o meses después del parto (posparto), y por problemas de tiroides, menopausia u otros trastornos de tipo hormonal.

### Factores ambientales

Los factores ambientales potencian la depresión, porque son trastornos que afectan al individuo de forma negativa, algunos de ellos son el estrés, la ansiedad, la incapacidad de resolver los problemas, también parte del medio ambiente se considera el ámbito familiar, laboral, el estado civil, los recursos económicos y con mayor impacto la dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas y no

menos importante una pobre vida social. Todos estos factores son considerados como se menciona parte del medio ambiente.

Otras causas son:

La química cerebral juega un papel importante en la depresión ya que los cambios en las sustancias químicas pueden modificar el estado de ánimo; investigaciones recientes indican que los cambios en la función y el efecto de estos neurotransmisores, y cómo interactúan con los neurocircuitos involucrados es mantener la estabilidad del estado de ánimo y pueden tener un rol importante en la depresión y su tratamiento.

## CIE 10 y DSM

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM son dos autoridades en la definición de enfermedades y trastornos relacionados con la salud, el primero definido por la OMS y el segundo por la American Psychiatric Association (APA).

La CIE-10 (1992) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (2000), divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

Hasta este punto vamos a dejar la exploración de la depresión, es seguro que hay mucha más información, ya que es un tema muy amplio, pero con lo que hemos visto hasta el momento, nos ubica en las causas y síntomas de la depresión.

## **Ansiedad**

A continuación exploraremos el término ansiedad, lo veremos desde varios puntos de vista de tal forma que permitan entender lo mejor posible sus características y síntomas; la primera es la Real Academia Española RAE (vigésima tercera edición), de acuerdo con la RAE, el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, término que hace referencias a la agitación, la inquietud o zozobra del ánimo, y supone una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y desagradable que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un alteraciones físicas.

Otra forma de describir la ansiedad es la anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de desagrado y tensión, esta señal advierte de un peligro próximo por lo que la persona toma acciones que considera necesarias para enfrentar la amenaza. Un cierto grado de ansiedad puede ser una respuesta normal ante situaciones cotidianas, es la forma de adaptarse a las dificultades del día a día; pero si la ansiedad es excesiva y sale de control es cuando se vuelve “patológica”, haciendo que la conducta afecte las diferentes perspectivas como lo físico, lo psicológico y conductual esto de acuerdo con la Guía clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria GPCA (2008).

Para el DSM-IV-TR (2000), el Trastorno de Ansiedad Generalizada TAG debe presentar además de la ansiedad, tres o más de seis de los siguientes síntomas, inquietud, fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño, y deben estar presentes más días que ausente, durante un período de seis meses. En otras ocasiones el sujeto con TAG experimenta expectativas y temores difusos, vagos y negativos, otras veces tiende a darle vueltas a ideas inexistentes, por lo tanto sin solución.

Como hemos visto hay muchos síntomas, características, sensaciones y demás, no hay una sola característica, sino que vienen en conjunto y esto puede hacer que sea crónica y que en algún momento se vuelva discapacitante.

## Factores de riesgo

Si bien no se conoce el origen de la ansiedad, si están envueltos factores biológicos, ambientales y psicosociales (Marrs, 2006), a continuación se presenta una breve explicación de cada uno de estos factores y su impacto en la ansiedad, así como su interacción con otros factores y otros trastornos mentales.

Como se menciona en el párrafo anterior, el factor biológico potencia alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, de igual forma provoca anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), zona afectada del cerebro, de igual forma la ansiedad puede presentarse por ciertas alteraciones físicas y frecuentemente por el uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias y finalmente existe una propensión genética en la aparición de estos trastornos (Tyrer y Baldwin, 2006)

En el aspecto ambiental, la ansiedad se puede presentar en diversos contextos como son el hogar, la escuela, el trabajo, cualquier lugar donde haya relaciones interpersonales, por mencionar algunos. Existen también una serie de situaciones que modifican o impactan la ansiedad, como son: Relaciones familiares, problemas legales, problemas económicos, etc.

Como factores psicosociales de riesgo para la ansiedad se encuentran las situaciones de estrés, los ambientes problemáticos, las experiencias riesgosas, habilidades sociales, autoestima, autoimagen, las estrategias de enfrentamiento, la clase social y el rol sexual por mencionar algunos (Lobo y Campos, 1997 pp. 41-76).

De acuerdo con La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2003), la ansiedad ha aumentado en los últimos años hasta llegar al 14.3%, de ese porcentaje es mayor en las mujeres que en hombres en un 2.5 a 1, y podemos agregar que efectivamente las alteraciones de ansiedad es la más frecuente y en seguida la depresión

En cuanto a la edad de inicio de la ansiedad esta es menor que la de los trastornos depresivos, y es importante mencionar que cuando la ansiedad se presenta en la niñez, en la pubertad o en adultos jóvenes, si no se atiende, tendrá mayor posibilidad de presentarse un cuadro depresivo en el futuro, es por eso la importancia de ser atendido en cuanto sea diagnosticado y así prevenir caer en un trastorno depresivo crónico.

## **Etiología**

A continuación veremos algunos de los posibles orígenes de la ansiedad, así como de trastornos similares a la ansiedad o de la misma familia.

En otra época la ansiedad era relacionada con problemas intrapsíquicos. En la actualidad en su origen se encuentran factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchas de las alteraciones se originan por anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras se siguen asociando a conflictos intrapsíquicos y se pueden explicar mejor por el efecto del estrés o por conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que mejor describe su etiología.

Existe una debilidad en la biología humana primaria que condiciona genéticamente muchos de los trastornos de ansiedad pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia



social. En el trastorno de pánico, los parientes en primer grado de los pacientes tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. Para el caso del trastorno obsesivo compulsivo es mayor en los gemelos homocigotos que los dicigotos y para la fobia social las probabilidades aumentan para los parientes de primer grado (DSM-IV-TR).

Los eventos especiales que son considerados fuera de lo normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., provocan serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

Existe también un tipo de ansiedad como “respuesta a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo” (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). “La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y sino, sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos”

De acuerdo con Vásquez-Barquero (1988), hay pacientes con trastornos de ansiedad, que después de la primer crisis, presenta una amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia.

Por último hay patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) que preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad aparece cuando hay sobreestima amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso.

Hasta aquí dejaremos la etiología de la ansiedad, aunque sabemos que todavía hay mucho por explorar.

## CIE 10 y DSM Ansiedad

Existen criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad o no. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes, la DSM (APA) y la CIE (OMS). La DSM en su versión IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y la CIE en su versión 10, los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. (DSM-IV-TR y CIE-10)

<b>DSM-IV-TR</b>	<b>CIE-10</b>
	<b>Trastorno de ansiedad fóbica</b>
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
	<b>Otros trastornos de ansiedad</b>
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	<b>Reacciones de estrés y trastornos de adaptación</b>
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático

Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

Tabla 1. Cuadro comparativo del DSM-IV-TR y sus equivalencias en la CIE-10,

A continuación se presenta la clasificación de dichos trastornos de ansiedad según el manual de la DSM-IV-TR-AP (López-Ibor y Valdés, 2004). Este manual ha sido elaborado entre Atención Primaria (AP) y Psiquiatría con el fin de diagnosticar trastornos mentales en AP, y todos los códigos incluidos provienen del DSM-IV-TR. En la Tabla 2, se presentan los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP, junto con los códigos de la CIE-10.

<b>CIE-10</b>	<b>Trastorno (según DSM-IV-TR-AP)</b>
F06.4	Trastorno por ansiedad debido a... (indicar enfermedad)
F10.8	Trastorno por ansiedad inducido por alcohol
F19.8	Trastorno por ansiedad inducido por otras sustancias
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia
F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia
F40.1	Fobia social
F40.2	Fobia específica
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

F93.0	Trastorno de ansiedad por separación
F42.8	Trastorno obsesivo compulsivo
F43.1	Trastorno por estrés postraumático
F43.0	Trastorno por estrés agudo
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F43.28	Trastorno adaptativo con ansiedad
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado

Tabla 2. Muestra la clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP

## Relación entre la ansiedad y depresión

De acuerdo con García (2013), se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar íntimamente relacionadas. Para explicar la depresión, debemos decir que esta nace de querer solucionar un problema. La posible solución del problema crea un esfuerzo que origina ansiedad que va creciendo conforme se verifica que no se puede solucionar. Al no poder solucionarlo la depresión aparece, pero no por eso se deja de buscar la solución, por lo cual la ansiedad continúa ligada a la depresión.

A esta comorbilidad también se le llama trastorno mixto, donde pueden existir síntomas comunes a los 2 trastornos, por ejemplo, síntomas comunes en los trastornos de ansiedad y depresión:

- Alteración del sueño
- Alteración del apetito
- Quejas somáticas inespecíficas (cardiopulmonares y gastrointestinales)
- Dificultad de concentración
- Irritabilidad
- Fatigabilidad, falta de energía

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), introdujo esta categoría (F41.2) en 1992, en el grupo de otros trastornos de ansiedad, y se define un trastorno mixto de ansiedad y depresión cuando están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente como para justificar un diagnóstico por separado.

## Padres con hijos con discapacidad

*“Los derechos humanos de las personas que viven con alguna discapacidad son violentados cotidianamente, la sociedad ha sido educada en estereotipos, que son transmitidos cada día a estas personas en actitudes discriminatorias, que se imprimen en múltiples actos cotidianos es necesario transformar estas actitudes e impulsar y apoyar políticas públicas que respeten el derecho humano de las personas con discapacidades a vivir con dignidad “*

Comunicación presentada en las VIII Jornadas de la AEP:  
Bioética personalista:  
Fundamentación, práctica, perspectivas  
Universidad Católica de Valencia  
Valencia, 3-5 de mayo de 2012

El diagnóstico de un hijo cuando tiene una discapacidad, afecta no solo al niño, sino a todo su entorno, pero principalmente al familiar, los padres no esperaban un hijo con discapacidad y entonces comienzan a experimentar diferentes fases tanto psicológicas como emocionales y por supuesto, ven cómo todos los ámbitos de su vida son cambiados para siempre.

Las respuestas de la familia, dependerán de cada una, sin embargo todas tendrán sus propias reacciones y actuarán bajo sus propias características, como son, la discapacidad del hijo, “dinámica familiar”, “situación económica”, “creencias religiosas y culturales” y lo que este dentro de sus particularidades.

La doctora Kubler-Ross et al. en su libro *On Death and Dying* (2005) identifica cinco etapas emocionales que se viven en una pérdida, y en este caso si bien los padres no pierden un hijo, si pierden la “ilusión” de un hijo “sano”, y es por eso que también pasan por una pérdida y viven las mismas etapas de duelo, estas son:

- **Negación:** no hay una aceptación de los padres y se empeñan en que el diagnóstico es incorrecto.
- **Agresión:** los padres se culpan mutuamente de la discapacidad del niño, o vuelcan su ira contra el médico, la religión o la vida, o incluso contra el propio hijo. Las reacciones son la expresión de la impotencia que sufren, pero al final sienten culpa o vergüenza por sus actitudes.
- **Negociación:** los padres siguen sin aceptar el diagnóstico, pero comienzan a dialogar con el médico sobre la discapacidad del niño.
- **Depresión:** para este momento ya están agotados y la depresión es una manifestación de su situación.
- **Aceptación:** Comienza la aceptación de su situación aunque no desaparecen del todo, las etapas anteriores aun pueden volver.

A continuación se presentan las diversas reacciones que los padres experimentan tras la discapacidad de su hijo, estas aparecen de forma cronológica de tal forma que facilite el camino que van siguiendo en su aceptación (Díez et al. 1989), veamos cada fase:

**Nacimiento:** el embarazo, trae ilusiones y fantasías a los padres; al saber de la discapacidad sus expectativas son destruidas, los padres intentan entender las causas sobre todo si es de origen hereditario. Los primeros en ser culpados son los médicos, luego pasa a los padres y aparece la depresión y el aislamiento social. Pero si la discapacidad no es muy importante o severa, los padres la minimizan y reducen su atención.

**Negación y/o Aceptación Parcial:** cuando la discapacidad es leve los padres la minimizan o niegan y no son consientes de la problemática del niño, no hacen nada para que se desarrolle adecuadamente y sufre abandono o soledad. Cuando la discapacidad es evidente, no es aceptada del todo y los domina el pesimismo, la culpabilidad y la agresividad.

**Aceptación:** aquí existen dos reacciones; la primera cuando los padres se resignan, entonces aparecen los padres sobre protectores y la segunda cuando no entienden la discapacidad, en ninguno de los casos ayuda al desarrollo del niño.

**Depresión Existencial:** ante un futuro desconocido, los padres viven una ansiedad profunda ya que no saben que pasara en el futuro a la falta de ellos, y muchas veces los hermanos son asignados al cuidado de su hermano, lo que los priva de una vida personal.

## Actitud de los padres frente a niños con discapacidad

En este apartado describiremos desde el punto de vista de varios autores, cómo ellos describen la actitud de los padres, esto nos servirá para ver las diversas formas de como se asumen la discapacidad de un hijo.

Si bien hoy existen muchas fuentes de información, no todas presentan la realidad, la falta de una información confiable genera problemas al interior de la familia ya que no se trabaja ni se comunican con las características y condiciones propias de la discapacidad de niño y más allá, hoy no solo se habla de rehabilitación sino de reinserción y de eliminar obstáculos que limitan la igualdad de oportunidades, por lo que la familia se distrae de lo que verdaderamente debería ser su foco.

La familia con niños con discapacidad tienden a generar reacciones y sentimientos que provocan cambios en la familia, estos cambios la afectan en su

psicología y en la parte emocional, y a la pareja si también sufre desestabilización, y solo con ayuda podrán tener un desenlace positivo, de lo contrario estarán a la merced de los medios de comunicación y con un futuro incierto (Chiapello & Sigal, Julio 2006).

Otra perspectiva es la de Minuchin (1999), quien en su aportación a la constitución de la familia dice que desde que el niño es esperado se generan cambios en la organización y dinámica familiar, no solo emocional si no inclusive físicamente. Se le espera ansiosamente para darle amor, protección, apoyo y todo aquello que ellos no pudieron tener. Pero al nacer con una discapacidad, se generan situaciones inesperadas y por supuesto emocionales que incitan a buscar respuestas y soluciones alternas.

A partir del nacimiento del hijo, con habilidades diferentes, los padres piensan que no serán capaces de atenderlo y su primera reacción, como ya lo hemos visto, es el rechazo, recordemos que ellos lo esperaban con otras expectativas y la realidad rompe sus ilusiones, además de sentirse incapaces de atenderlo adecuadamente y como respuesta se da el rechazo (Fraser, 1986). Gorbiti (1999) agrega que al no llegar el “hijo ideal” aparece la frustración, sentimiento contradictorio porque lo aman, lo cual provoca que tarden más tiempo en aceptar la situación.

En el caso de Nuñez (2003) habla de la existencia de 3 etapas actitudinales que los padres presentan ante un evento como el que hemos descrito, a continuación describiremos brevemente cada una:

La primera es una etapa de shock: esta es una fase donde la familia enfrenta por primera vez la llegada del hijo con discapacidad, por lo que se generan sentimientos de conmoción, bloqueo, desorientación, ansiedad y sentimientos de culpa ya que no saben cómo reaccionar y les da miedo lo desconocido.



En la segunda, hay una fuerte agresión hacia todo y todos, la pérdida es evidente y la molestia no se hace esperar, se demuestra, se critica y se culpa. Aparecen las fases de duelo que previamente revisamos.

En la tercera comienza la adaptación, nada fácil salir de las etapas anteriores, pero comienza la aceptación, ya se tiene más información sobre los cuidados y necesidades que se van a requerir y de manera paulatina se van asumiendo, no han llegado a la asimilación, pero están en el camino.

Para Minuchin (1989) el nacimiento de un hijo es motivo de felicidad de una familia y debiera ser siempre motivo de alegría, pero no siempre es así, existen situaciones que modifican la estabilidad de la familia como son la situación marital, la economía, la familiar, por supuesto lo que estamos tratando que es la discapacidad del nuevo miembro de la familia.

La propuesta de Hutt & Gwyn (1988), describe como los padres son afectados por la llegada de un hijo con discapacidad; la primera tiene que ver con los padres y como ellos no se sienten aptos para tomar decisiones y buscan ayuda para tener un vida "normal" y saber qué hacer en la diversas situaciones que se van presentando. En la segunda forma habla de cómo los padres hacen de todo para que nadie se entere de que tienen un hijo con discapacidad y hacen una búsqueda entre doctores, esperando que alguno les diga que su hijo es "normal" y por último, un comportamiento donde los padres definitivamente no aceptan que su hijo tiene una discapacidad y por lo tanto no hacen nada por atenderlo, cuidarlo o darle lo necesario para su adecuado desarrollo.

Paniagua, (2001) asegura que los comportamientos de cada integrante de la familia son impactados y modificados por el nuevo integrante y depende de cómo cada uno lo asimile y lo afronte, con ello definirán su comportamiento, incluyendo a los padres.

Se realizó un estudio de 16 familias, todas con hijos con algún tipo de discapacidad, la mayoría de clase media y educación superior, y las patologías que los niños presentaban eran problemas de lenguaje (21%), síndrome Down (42%), hiperactividad (12%), problemas de aprendizaje (18%). Las reacciones que los padres presentaron fueron de apoyo (41%), rechazo (27%) e indiferencia casi 7%. Las familias de educación superior tuvieron mayor rechazo inicial pero no por eso dejaron de solicitar apoyo en la crianza. Las familias con menor ingreso económico rechazaron en un 27% y de ingreso medio hasta un 23% de aceptación y los de mejor economía tuvieron total aceptación con respecto a la discapacidad de su hijo.

Los resultados anteriores muestran diversas patologías, pero ninguna fue rechazada, tampoco hubo rechazo por el grado escolar o por el estatus económico-social, la diferencia se aprecia en que los de menor economía tenían preocupación por cómo pagar las terapias y las medicinas y los de mejor economía buscaron más apoyo y se preocuparon por la educación y la igualdad (Ortega et al. 2006)

Los tiempos han cambiado y ahora existe una apertura hacia las personas con discapacidad, pero hace unos años todavía había divorcios, rechazo total al niño y a la madre, el abandono por parte del padre, el abandono del hijo con un familiar, la indiferencia o abandono por parte de ambos padres, etc., especialmente en familias con media y baja economía, hoy ha cambiado lo suficiente como para encontrar frecuentemente padres y familias completas que apoyan a sus hijos en su desarrollo y les dan igualdad de condiciones y oportunidades.

Es importante agregar que la tecnología ha jugado un papel importante, ahora existe mucha más información que amplía las posibilidades de terapias, recursos de atención, diagnósticos más temprano, mayor orientación y en general

más de todo y por otro lado también hay más niños con discapacidades, pero hoy se busca que sean plenos en todas las áreas de su vida, iniciando desde su familia.

## Protocolos de intervención

A continuación se presenta una breve historia de los protocolos de intervención, a fin de ubicar que técnicas son y de que generación.

### ***Las terapias psicológicas de primera generación: modelo conductista***

Estas nacen a principios del Siglo XX para superar limitaciones del modelo psicoanalítico, se basan en los principios de condicionamiento y aprendizaje, trabajan directamente con la conducta observable. El conductismo se centró en tratar la conducta presente en el momento del problema, preocupándose por las relaciones entre estímulos, las reacciones y las consecuencias de éstos.

Técnicas conductistas: terapia de exposición, el reforzamiento diferencial de conductas, las técnicas aversivas, el moldeamiento, la desensibilización sistemática, la economía de fichas y el contrato conductual que hoy se aplica en conjunto con técnicas cognitivas.

### ***Las terapias de segunda generación: modelo cognitivo-conductual***

Estas nacen en los 60's para compensar el déficit que no atendía la generación anterior; estas terapias enfatizaban la importancia de los eventos cognitivos y consideraban el pensamiento como causa principal de la conducta, eventos como los pensamientos, recuerdos, creencias, emociones, sensaciones corporales y los convierten en su principal objetivo de información.

En esta ola se considera que el principal elemento que origina la conducta no es la asociación entre estímulos sino el pensamiento y el procesamiento que se hace de la información, naciendo las teorías cognitivas.

Terapias como:

Terapia Cognitiva de Aaron Beck para la depresión

Terapia de autoinstrucciones

Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis

### ***Las de tercera generación***

Las técnicas de esta generación nacen para complementar y evolucionar a las anteriores, su foco está en eliminar o modificar los eventos de la persona con el fin de que cambie su conducta; la persona construye sobre sus propios pensamientos, emociones y sensaciones físicas, como la aceptación, conciencia plena, distanciamiento cognitivo o los valores personales

En esta ola las terapias fueron elaboradas para tener un acercamiento más contextualizado y holístico de la persona, teniendo en cuenta no solo los síntomas y problemas del individuo sino la mejora de la situación de vida y la conexión con el medio, así como la generación de un cambio real y permanente en el que la persona permita la superación definitiva del malestar.

Forman parte de esta ola terapias como:

- Terapia de Aceptación y Compromiso (Steven C. Hayes, 1999)
- Terapia Dialéctica Conductual (Marsha Linehan, 1993)
- Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness para el Tratamiento de la Depresión (Segal, Teasdale y Williams, 2002)
- Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1987)
- Terapia Integral de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996)

Lo importante de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es que es un método donde el paciente trabaja activamente, con y en conjunto con el terapeuta, la sesión no termina dentro del consultorio sino que sale y aplica tareas específicas como la relajación, la respiración, el autocontrol, la detención de pensamientos, o cualquiera que haya acordado con el terapeuta y que le ayuden a mejorar, esto es un cambio importante ya que hay una motivación extra ya que conforme va aplicando las diferentes técnicas va viendo y viviendo las mejoras, por lo que hay una motivación a continuar y seguir obteniendo beneficios.

### ***Técnicas conductuales***

Técnicas de relajación: para alcanzar un estado de hipoactivación y ayude a controlar el de ansiedad

- Entrenamiento en relajación progresiva
- Entrenamiento en control de la respiración

Técnicas de exposición: a los estímulos que provocan ansiedad, con el objetivo de prever y reducir las respuestas adaptativas.

- Desensibilización sistemática
- Exposición gradual in vivo

Técnicas de autocontrol: enseñan al paciente los principios que rigen la conducta no deseada

- Auto observación
- Auto reforzamiento y auto castigo
- Control de estímulos

Entrenamiento en habilidades sociales: tras analizar las conductas problema y reentrenarlas

### ***Técnicas cognitivas***

- Auto instrucciones
- Entrenamiento en manejo de ansiedad
- Distracción cognitiva y detención del pensamiento
- Técnicas de resolución de problemas
- Reestructuración cognitiva

### *Técnicas cognitivo-conductuales*

#### Activación conductual

La activación conductual es una terapia que utiliza técnicas conductuales donde al paciente depresivo aprende a organizar su vida y modificar su entorno, lo que le ayudará a que se motive para seguir con sus tareas (Martell et al. 2001 y 2003).

#### Terapia de solución de problemas

Comúnmente hay una relación estrecha entre la depresión y el déficit de atención, en este caso la Terapia de Solución de Problemas (TSP) contribuye para que mejoren las estrategias de afrontamiento y se creen conductas que ayuden a enfrentar los problemas (National Collaborating Center for Mental Health, NCCHM, 2009)

#### Reestructuración cognitiva.

Los trastornos de la cognición tienen 3 niveles el primero son los pensamientos automáticos negativos (p. ej., “soy un fracaso”), el segundo son las suposiciones distorsionadas o desadaptativas (p. ej., “si pido un aumento, se van a reír de mí porque soy un estúpido”) y el tercero son los autoesquemas disfuncionales (“por lo general soy un inadaptable cuando se trata de relacionarme con la gente”). La intervención disminuye los factores cognitivos disfuncionales esto implica dar un nuevo significado a los pensamientos, por eso se llama de

reestructuración, aunque podría llamarse de “reconceptualización” ya que es el mismo pensamiento con un significado diferente.

Terapia de resolución de problemas.

Esta terapia se centra en ayudar al paciente a afrontar sus problemas a través del cambio de los factores cognitivos haciendo que de nueva orientación a sus problemas y adquiera habilidad en solucionarlos (TRP) (D’Zurilla & Nezu, 1999)

Terapia de autocontrol.

Esta terapia se centra en la mejora de los siguientes déficits: automonitoreo, autoevaluación y autoreforzamiento; se enfoca en el registro diario de las experiencias positivas y estado de ánimo; se establecen metas específicas, explícitas y asequibles relacionadas con actividades positivas; y se identifican reforzadores, por supuesto hay recompensas por metas alcanzadas.

## Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia CAPED

A continuación se presenta el programa de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que brinda servicios psicológicos a estudiantes, ¿Por qué?, porque el caso se obtuvo de este programa, es solo para ubicar el origen del caso.

CAPED provee apoyo psicológico, este se centra en asesorías basadas en un modelo de terapia breve y de emergencia, para aquellos alumnos que presenten alteraciones de la conducta y conflictos emocionales que afecten algunos ámbitos de su vida. El servicio ofrece asesoría de apoyo a corto plazo que puede ir de dos a seis sesiones dependiendo del caso y acorde al tipo de intervención que se requiera. En caso de ser necesario o requerir mayor seguimiento se realizará la canalización pertinente a instituciones especializadas.

También provee Orientación educativa, que se orienta en atender las necesidades educativas en cuanto habilidades de aprendizaje y estrategias de estudio de los estudiantes, proporcionando estrategias que faciliten el estudio en línea de los diferentes módulos, así como brindar la información sobre hábitos de estudio que favorezcan la planeación y organización del trabajo académico.

#### Los objetivos de CAPED

- Brindar apoyo psicológico y orientación educativa a distancia dirigido a los estudiantes de la carrera de psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia SUAyED con la finalidad de disminuir el malestar emocional y su impacto en el rendimiento académico, y de ser necesario canalizar al estudiante a la instancia correspondiente que le ofrezca un servicio especializado acorde a sus necesidades.
- Crear un escenario de práctica profesional que permita la formación de alumnos de 7° a 9° semestre de la licenciatura en psicología a distancia en las áreas de clínica y educativa.
- Vincular líneas de investigación emergentes en las áreas de psicología clínica y educativa.
- Practicar el enfoque cognitivo conductual, adquirido durante la carrera

## Presentación del Caso

#### Identificación del usuario

Gina (el nombre se cambio por cuestiones de confidencialidad), es una mujer de 52 años, vive con su pareja hace más de 20 años, de esa relación tiene dos hijas una de 17 y otra de 20 años, y un hijo de su primera relación de 30,



quien es casado y tiene un bebé, este último no vive con ellos, pero si cerca; ella trabaja como bibliotecaria por la tarde y cursa el segundo semestre de Psicología en línea, por las mañanas hace natación y cuida de su familia

### Motivo de consulta

Gina solicita atención al CAPED debido a que su hijo tiene Trastorno de Déficit de Atención TDA y recientemente fue culpado de un robo, y para que ella no se enojara firmo un pagaré de más de 50 mil pesos, situación que la ha rebasado, como ella misma lo refiere, por lo que se siente deprimida por un lado, debido a que su hijo a los 30 años de edad le sigue causando problemas y por otro lado ansiosa porque ahora tiene una deuda de más de 50 mil pesos y no tiene para pagarlos, pero además iniciando el semestre donde debe poner toda su atención y se siente abrumada por estos eventos, como ella misma lo refiere.

### Antecedentes

Gina se casa muy joven, su pareja la abandona durante el embarazo y tiene que regresar a la casa materna, ya en casa le dicen que no la van a mantener que ella debe mantener a su hijo y pagar sus gastos, así que debe trabajar, al nacer el bebé ella busca trabajo y su hijo queda al cuidado por su mamá y sus hermanas, quienes lo cuidan todo el día, “aparentemente” el bebé es sano y “normal”, pero cuando comienza a ir a la escuela muestra dificultad para aprender y para seguir reglas, constantemente le mandaban llamar los profesores y las autoridades de la escuela por su comportamiento y por problemas de aprendizaje; como Gina trabajaba y estudiaba no tenía mucho tiempo para dedicarle al niño, así que se enfocó en corregirlo y llamarle la atención, pero esto no funcionó y las quejas y llamadas de la escuela se hicieron más frecuentes, ella muy molesta, cansada de la situación y en su desesperación comienza con una etapa de mal trato hacia el

niño, propinándole golpizas, castigos, amenazas y mucha violencia, todo sin ninguna respuesta o mejora por parte de su hijo.

Para los once años, ya desesperada, lo lleva a que lo evalúen y lo diagnostican con TDA, en ese entonces le mandan medicamento y terapia, sin embargo su mamá le dice que está muy pequeño para medicarlo y deciden mejor no hacerlo, solo lo lleva a terapia, si bien recibe ayuda, no tiene importantes mejoras, de hecho le viene otra crisis debido a que no mejora, así que acepta que no estudie.

Al cumplir los 18 años le ayuda a buscar trabajo, lamentablemente no conserva los trabajos más de 6 meses y es hasta los 20 años que regresa para una evaluación y nuevamente le mandan medicamento y desde entonces ya está medicado, sin embargo, reconoce que paso una etapa de mucha ignorancia, falta de atención hacia su hijo e inclusive haber deseado que no naciera, por lo que se culpa por tantos maltratos hacia el joven, y “haber puesto un poco más de atención y voluntad no lo hubiera maltratado tanto”.

Por otro lado Gina vuelve a tener pareja, ella se muda pero deja a su hijo al cuidado de su mamá, ya que su nueva pareja lo rechaza por considerar que puede ser un peligro para, en aquel entonces, sus 2 pequeñas hijas; su pareja hoy está jubilado y permanece más tiempo en casa, sus hijas ya tienen 17 y 20 años, estudian y hacen natación por la mañana igual que ella y su hijo; sus hijas tampoco se involucran con su hermano así que la única persona pendiente de él es ella; hace un par de años él se junta con una chica y tiene un bebé pero continuamente tiene problemas para mantener a su familia porque no puede mantener por más de 6 meses un trabajo, así que ella le paga las clases de natación, y cuando no tiene para comer le da dinero, también lo sigue acompañando a sus terapias, por su parte él busca a su mamá para cualquier cosa que le sucede, no pidiéndole expresamente ayuda, pero de alguna forma ella se la da.

Gina terminó la carrera de bibliotecaria y obtuvo empleo, mismo que tiene hace muchos años y donde trabaja por la tarde, ella hace unos años tomó terapia por violencia familiar y también ha participado en grupos de apoyo de padres con hijos con TDA, ella considera que le han servido pero no ha sido suficiente, así que decide estudiar Psicología en línea, ella va en segundo semestre y como es lógico después de muchos años de no estudiar, le ha costado trabajo adaptarse nuevamente a leer, hacer tareas y sobre todo al trabajo en equipo, actividad que le parece sumamente frustrante, pero a pesar de ello está saliendo adelante.

Como parte de su historia, ella viene de una familia de bajos recursos, salir adelante no le fue fácil, pasó muchas privaciones y sacrificios, hoy a pesar de que tiene una mejor vida, hace continuamente remembranza de su pasado, de origen humilde, como ella misma lo refiere.

## Evaluación del caso

Para el proceso general de la evaluación CAPED utiliza 2 pruebas, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), además del cuestionario realizado durante el screening.

El BAI (Anexo 1) fue creado por Beck, Epstein, Brown & Steer (1988) con el propósito evaluar la presencia y severidad de los principales síntomas de ansiedad. Fue validado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), quienes observaron que el BAI posee buena consistencia interna en estudiantes universitarios ( $\alpha = .84$ ). Está constituido por 21 reactivos tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que se califican en una escala de cero a tres.

El BDI (Anexo 2) fue diseñado por Beck & Steer (1993) para evaluar la presencia de los principales síntomas de la depresión. Fue validado en población

mexicana por Jurado et al. (1998), quienes confirmaron que posee buena consistencia interna (alfa = .87). El BDI está conformado por 21 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que van de cero a tres.

Los resultados de la aplicación de los 2 instrumentos se muestran en la Tabla 3. Donde se muestra que para Depresión se obtienen 18 puntos, y para Ansiedad 16, que como lo indica la Tabla 4 se ubican ambos en rango moderado.

	Resultados	Nivel
Depresión	18	Moderada
Ansiedad	16	Moderada

Tabla 3 Resultados de Depresión (BAI) y Ansiedad (BDI) de Gina

Rangos para depresión		Rangos para ansiedad	
Normal	1-10	Mínimo	0-7
Leve	11-16	Leve	8-15
Moderada	17-30	Moderado	16-25
Grave	31-40	Severo	26-63

Tabla 4 Muestra los rangos de depresión y ansiedad

Algunos de los síntomas de Depresión y Ansiedad son:

#### Síntomas afectivos

- Tristeza/ahedonia
- Apatía
- Pérdida de sentimientos de afecto hacia otras personas, de alegría
- Ansiedad

#### Síntomas motivacionales

- Deseo de escapar, por ej. Mediante el suicidio
- Deseo de evitar problemas

- Deseo de evitar las actividades cotidianas
- Síntomas fisiológico-vegetativos
- Alteraciones del sueño o del apetito

#### Síntomas conductuales

- Pasividad
- Evitación-huida del contacto con otras personas
- Lentitud agitación

#### Síntomas cognitivos

- Dificultad en concentrarse
- Problemas de atención y memoria
- Alteraciones cognitivas (en la forma) y contenido (triada cognitiva)

Los síntomas depresivos son consecuencia de la visión negativamente distorsionada de sí, del mundo y del futuro. Ejemplos de síntomas y pensamientos relacionados, estos se muestran en la Tabla 5.

Síntoma	Pensamiento
Aislamiento	“me rechazarán”
Postergar, inmovilidad	“me saldrá mal”, “no podre”
Impulsos suicidas	“no lo soporto”, “no tiene solución”, “soy y seré un inútil”, “estarían mejor sin mi”
Dependencia	“no soy capaz de ...”

Tabla 5. Relación de síntomas y pensamientos de depresión por Beck.

De acuerdo a sus resultados Gina se encuentra en una situación moderada con respecto a los síntomas de depresión y ansiedad.

Hablando de ansiedad, los síntomas característicos de la ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- Síntomas físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, alteraciones en la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, sensación de mareo e inestabilidad, etc.
- Síntomas psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de extrañeza, temor a perder el control, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, etc.
- Síntomas conductuales: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, dificultad para estar quieto, etc.
- Síntomas cognitivos o intelectuales: dificultad de atención, concentración y memoria, aumento de despistes y descuidos, preocupación excesiva, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, etc.
- Síntomas sociales: irritabilidad, dificultades para iniciar o mantener una conversación, verborrea, quedarse en blanco, etc.

Hasta aquí vamos a dejar la exploración de la ansiedad, como comentamos no es un tópico sencillo y la información es inagotable, pero para este trabajo con la información presentada, podemos continuar.

## Análisis funcional

El Análisis Funcional de la Conducta es un sistema de organización de la información relevante en la evaluación clínica, está basado en la identificación de relaciones (funcionales y no funcionales) entre los eventos conductuales observados/evaluados por el psicólogo y/o descritos por el usuario (conducta/s problema) y eventos ambientales, históricos y personales. Este sistema permite establecer una red multicausal y sirve de base a la comprensión del

mantenimiento del comportamiento y al diseño de la intervención. (García, 2016), en la Figura 1, se aprecia el ejercicio hecho para el caso de Gina.

Antecedentes	Conductas	Consecuencias
<p><b>Variables de vulnerabilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar y estudiar</li> <li>• La falta de diagnóstico de su hijo a temprana edad</li> <li>• Abandono del padre antes de nacer</li> <li>• Deja a su hijo al cuidado de su familia</li> </ul>	<p><b>Nivel motor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comer demás</li> <li>- No puedo seguir dietas</li> </ul>	<p><b>A corto plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión y ansiedad crónicas</li> <li>• Disminución de la autoestima</li> <li>• Separación de la pareja</li> <li>• Perder control</li> <li>• Bajo aprovechamiento escolar</li> </ul>
<p><b>Variables desencadenantes</b></p> <p><b>Remotas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico hasta los 11 años</li> <li>• Al tener el diagnóstico se niega a medicarlo por ignorancia</li> <li>• Continuas reclamaciones de su familia</li> </ul>	<p><b>Nivel cognitivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos automáticos (todo lo tengo que resolver yo)</li> <li>• Todo es mi culpa</li> <li>• Me lo merezco</li> <li>• La prioridad son los demás</li> </ul>	<p><b>A medio-largo plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro económico</li> <li>• Abandono de la carrera</li> <li>• Divorcio</li> <li>• Suicidio</li> <li>• Deterioro físico</li> </ul>
<p><b>Inmediatas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su hijo depende de ella</li> <li>• La falta de control de su hijo</li> <li>• Tener que resolver los problemas de toda su familia</li> <li>• Agresividad, castigos, maltrato</li> <li>• Disgustada consigo misma</li> <li>• Irritabilidad</li> </ul>	<p><b>Nivel fisiológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colitis</li> <li>• Úlcera gástrica</li> <li>• Manos sudorosas</li> <li>• Boca seca</li> <li>• Dolor de cabeza</li> </ul>	
<p><b>Estímulo negativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensar que todo lo malo que le pasa, se lo merece</li> <li>• Traer pensamientos o momentos del pasado como el origen de sus problemas</li> <li>• Todo es su culpa</li> </ul>		

Figura 1 Muestra el Análisis funcional realizado para el caso de Gina

## Diseño de la intervención

***A continuación una lista de las técnicas utilizadas en el diseño de intervención:***

- Entrenamiento en relajación progresiva

La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. Sus efectos, por tanto, no pertenecen sólo a una dimensión fisiológica, sino que también afectan procesos emocionales, cognitivos, y conductuales.

Su desarrollo se debe a Jacobson (1939) quien comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y distensando una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda

- Entrenamiento en control de la respiración

En un intento de reducir la hiperventilación que contribuye a las reacciones vasovagales. Esta técnica consiste sólo en supervisar y regular el ritmo de las respiraciones (es decir, alargar las respiraciones inferiores) y su profundidad, es decir, respiración moderada, evitar la inhalación tanto superficial como la profunda en exceso (Foulds, 1993). Es semejante a la respiración profunda.

- Auto observación

Consiste en tomar conciencia de las actitudes y respuestas automatizadas, para incrementar la capacidad de descubrir la verdadera naturaleza y tomar conciencia de sí mismo.

- Auto reforzamiento y auto castigo

Es el propio sujeto exclusivamente quien se aplica las consecuencias reforzantes o aversivas de una conducta.

- Control de estímulos



Se trata de ejercer control sobre los estímulos que están determinando la aparición de la conducta problema.

- Activación conductual

La activación conductual es un enfoque de tratamiento para la depresión cuyo propósito es aumentar las fuentes de reforzamiento positivo con el fin de contrarrestar patrones de evitación, distanciamiento e inactividad que a menudo los síntomas depresivos generan o exacerban. La meta principal de la activación conductual es ayudar al individuo deprimido a que identifique los comportamientos y actividades que se reforzarán desde el punto de vista ideográfico para interrumpir el ciclo entre estado de ánimo deprimido, activación/distanciamiento/evitación reducido y depresión en aumento.

- Auto instrucciones

Es una técnica mediante la cual el sujeto se da a sí mismo un conjunto de instrucciones u órdenes para la regulación autónoma de la propia conducta

- Distracción cognitiva y detención del pensamiento

La detención del pensamiento es una técnica de autocontrol efectivo para evitar los pensamientos rumiativos, esto es, aquellos pensamientos no deseados que se repiten continuamente en ciertas ocasiones y que llevan a sensaciones desagradables, llegando a afectar el estado de ánimo.

La distracción cognitiva es buscar pensamientos externos que distraigan la atención y desvíen las emociones, utilizando diferentes técnicas como leer, observar una pintura, tocar texturas, etc.

- Técnicas de resolución de problemas

Ofrece un entrenamiento y técnicas terapéuticas específicas para disminuir las formas negativas y distorsionadas de pensar que obstruyen los intentos de resolver problemas. Las habilidades diseñadas para aumentar el “optimismo realista” permiten una mayor flexibilidad cognitiva a los pacientes.

- Reestructuración cognitiva

Esta técnica implica ayudar a que los pacientes identifiquen sus pensamientos desadaptativos y después los modifiquen, por ejemplo anticipación hostil de sucesos (p. ej., “aquí viene Bob a fanfarronear y hacerme ver como fracasado”), interpretación distorsionada de sucesos (p. ej., “ella dijo que sentía no poder ayudarme, pero en realidad no le importaba”) y esquemas disfuncionales para con los demás (“todos quieren atacarme”). Las estrategias de intervención para modificar los factores cognitivos se basan en principios de reestructuración cognitiva.

- Psicoeducación

La psicoeducación es un componente importante de la reestructuración cognitiva. Los pacientes aprenden respuestas emocionales comunes (p. ej., temor, ira, culpa), fisiológicas (p. ej., hiperactivación), de atención (p. ej., hipervigilancia), cognitivas (p. ej., culparse a sí mismos, pérdida de la confianza en los demás) y conductuales (p. ej., evitación, brotes de ira) a los sucesos traumáticos. Se identifican las cogniciones erróneas como la razón de dichas reacciones características y desadaptativas.

La intervención se llevó a cabo con las técnicas tanto cognitivas como conductuales, descritas en los párrafos anteriores, como mencionamos anteriormente la TCC es un método activo y directivo, donde paciente y terapeuta

trabajan en forma conjunta y estructurada, definiendo tareas dentro y fuera de la sesión. Las técnicas tanto conductuales como cognitivas se usan de forma combinada según lo que se esté atendiendo, como puede ser la relajación y respiración, autocontrol, reestructuración cognitiva, Auto reforzamiento y Auto castigo, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc.

El tratamiento consistió en un total de 9 sesiones de una hora de duración. Las primeras sesiones correspondieron con la fase de recogida de información, incluyendo el screening. La tercera sesión se dedicó a fase psicoeducativa, en la que se explicó que no todo era malo, que había que reconocer lo positivo y revalorarlo. El resto de sesiones, fue de entrenamiento de cómo ir afrontando las diferentes situaciones que se presentan en la vida diaria, en cada una de ellas Gina la fue integrando a su actuar una nueva visión de la vida por lo que pronto tuvo mejoras, aprendió resolución de problemas, detención de pensamientos, reestructuración cognitiva, relajación y por supuesto a disfrutar la vida. Además en cada sesión se le dejó tarea para hacer en casa o para practicar, de manera que se afianzara lo aprendido durante la sesión y se pudieran observar los cambios semana a semana, en la Tabla 6 se detalla cómo se llevó a cabo el proceso de tratamiento y se describe el desarrollo de las sesiones. La descripción detallada se encuentra en el Anexo 3.

<b>Sesión</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tarea</b>
1ª Screening	Presentación, aplicación del screening	Ninguna
2ª Sesión	Hacer terapia de liberación de carga. Pedirle que platique su historia, desde el principio. Definir objetivos, compromiso de apego al tratamiento	De tarea debe hacer una lista de lo que sí hizo bien, en la educación y crianza de su hijo
3ª Sesión	Revisar la lista de las cosas que hizo bien. Comenzar a centrarla en ella, hablar del presente y futuro Se trabaja sobre la	Como cambiar lo que le dicen por algo positivo.  Cuando tenga pensamientos automáticos

	reestructuración cognitiva. Centrarla en que no todo es su culpa y no todo tiene que resolverlo. Detención del pensamiento y distracción cognitiva	debe detenerlos, como por ejemplo pensar que todo es un problema, y tiene que resolverlo.
4ª Sesión	Revisar tarea Enseña y practicar resolución de problemas Ejemplificar su uso	Identificar cuales si son un problema de ella y en cuales solo es escuchar Para lo que sí es un problema, debe utilizar la técnica que se reviso.
5ª Sesión	Revisar práctica de resolución de problemas.  Técnicas de relajación y respiración	Mantener el control de las cosas que le rodean y no al contrario. Practicar las técnicas que se han revisado.
6ª Sesión	Mantenerse en el presente. Auto instrucciones, Auto reforzamiento. Centrar su vida en ella, en sus cambios, en su presente y futuro	Aplicar técnicas aprendidas
7ª Sesión	Repaso de las técnicas aprendidas y como usarlas Mantener cambios y mejoras	Registrar eventos importantes
8ª Sesión	Psicoeducación Revisión de las técnicas aprendidas. Hacer un recuento de lo aprendido y de los cambios obtenidos y como pasar al siguiente nivel. Como mantener los cambios. Aplicar inventarios de depresión y ansiedad	Continuar con cambios. Reforzadores positivos y negativos.
9ª Cierre	Resumen de cambios y resultados. Canalización.	Cierre

Tabla 6 Muestra la descripción de cada una de las sesiones realizadas

## Resultados

En la Tabla 7 se muestran los resultados de las pre y pos evaluaciones de los instrumentos BDI y BAI y se aprecia como Gina mejora pasando en los indicadores de depresión de un nivel moderada a normal reduciendo 17 puntos, mientras que los indicadores de ansiedad pasan de 16 a 9 puntos pasando de moderada a leve.

En relación a los datos de BDI se aprecia como de 18 puntos cae a 1 y recordemos brevemente que la depresión para Beck (1976) se origina porque la persona visualiza el mundo de una manera negativa y poco realista. Quienes se deprimen tienen ideas negativas en tres áreas, que es lo que se denomina triada cognitiva (en sí mismo, en el mundo circundante y en el futuro), el resultado en este caso nos habla de que Gina ahora visualiza su mundo de una manera realista y sus cogniciones en las 3 áreas se vuelven positivas.

En la parte de Ansiedad se aprecia una mejora de 7 puntos y recordemos que las personas con trastornos de ansiedad con frecuencia tienen preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias y para Gina esto tiene que ver con su hijo y si bien no es algo que se corrija porque es una variable independiente, si platicamos que no desapareceríamos los problemas pero si aprenderíamos a verlos de una manera diferente y ese fue uno de nuestros objetivos, previamente acordado con ella.

Resultados	Antes	Después
Depresión	18	1
Ansiedad	16	9

Tabla 7 Muestra los resultados de la aplicación de los instrumentos pre y pos en forma comparativa



## Discusión

Después de la aplicación del tratamiento de los resultados de la aplicación (pos) de instrumentos BDI y BDA, y claro de la ahora nueva visión de Gina, se puede afirmar que se lograron los objetivos, y los recordamos brevemente en palabras de Gina, “recuperar su tranquilidad, soltar el dolor y ser asertiva en el acompañamiento con su hijo, además de disminuir depresión y ansiedad”. Mediante la intervención se ha conseguido que Gina reduzca considerablemente su nivel de depresión que se reflejaba en recuerdos de fallo, pérdida o degradación, tristeza y dificultad para sentir placer, pérdida del sentido de la existencia propia, culpa inapropiada, baja autoestima y sentimientos de inferioridad, sin olvidar la activación excesiva y los pensamientos automáticos con cualquier asunto relacionado con su hijo. Esta variable es independiente ya que no se modificó, pero sí cambió el rol de una forma diferente, no como protagonista de la solución sino como espectador y actuar hasta que le sea solicitado, además de extenderlo al resto de su familia. Adicionalmente, se le ayudó a soltar su pasado y vivir en el presente, mejorar su capacidad para relajarse y concentrarse en su presente y futuro.

Este trabajo aporta a la comunidad científica un estudio de un caso clínico especializado sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual al trastorno de ansiedad generalizada y depresión en un adulto, como era el caso de Gina con casi 30 años viviendo con un hijo con TDA. Se ha comprobado que funciona la terapia con técnicas cognitivas y conductuales, con técnicas de relajación, detención de pensamientos y reestructuración cognitiva y algunas técnicas para buscar autosatisfacción personal, el punto es que Gina una madre con un hijo con TDA que tenía como objetivo sacar adelante a su hijo y dejar el pasado atrás, demostró eficacia en el tratamiento, como lo demostró este caso, cuyos resultados concuerdan con los estudios de Olivares, Piqueras y Rosa (2006), Olivares, Rosa y García-López (2006) y Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003).

Debido a que hubo una canalización para que continuara su proceso de atención si se requiere se podría acceder a su actual psicóloga y corroborar que tan exitoso fue este proceso. Y debo reconocer que si bien la técnica funciona, la disposición de Gina para seguir el tratamiento fue fundamental para lograr el cambio en su vida. En conclusión, a través de la utilización de técnicas cognitivo-conductuales en la intervención se han conseguido obtener resultados positivos que apoyan nuevas evidencias a anteriores trabajos sobre el manejo de la ansiedad en adultos en este caso con hijos con TDA.

## Relevancia del caso

Este caso es valioso porque muestra como una persona puede ser desbordada por su ámbito por casi 30 años, y caer constantemente en situaciones de depresión y ansiedad, derivada de su entorno y por un cúmulo de eventos que por años ha acumulado, hasta llegar al momento de considerar pedir ayuda de manera inmediata, esto inicio con el nacimiento de su primer hijo que nace con TDA, pero es diagnosticado hasta los 11 años, durante esos años no fue atendido de acuerdo a su trastorno, sino que fue considerado por muchos años como un niño flojo, descuidado, desganado, entonces se le trato de forma muy agresiva y dolosa, la usuaria sintiéndose por un lado culpable por haber tenido un niño así, pero también por el trato tan agresivo que le dio por muchos años, acumula sentimientos, sensaciones, culpas y traumas a lo largo de muchos años lo que la ha llevado a actuar de manera automática donde cada evento es un problema, problema que tiene que resolver, como lo ha hecho día a día los últimos 30 años.

Sin embargo llegó un momento de su vida que decidió pedir ayuda y al hacerlo también decidió tomarlo en serio y enfocarse en mejorar, es así que desde las primeras sesiones comienza a hacer cambios, pequeños pero firmes y lo más importante que la llevaron a una mejora en la medida que se aplicaba, en este



sentido daba pasos importantes al cumplir con sus tareas, y las hacía lo mejor posible a pesar de no ser fácil, poco a poco fue descubriendo como pequeños cambios le daban grandes mejoras, hasta llegar al momento que ella podía reconocer patrones de conducta y como cambiarlos.

No es fácil ni sencillo salir de una dinámica de muchos años y tener la capacidad y la voluntad de buscar un cambio y aferrarse a este con la finalidad de mantener la vida buscada, confirma que lo primero es querer para poder cambiar.

“La felicidad depende de nosotros mismos”

**Aristóteles** (384 a.C. - 322 a.C.)

## Referencias

- American Academy of Family Physicians (2017). Salud mental: cómo mantener su salud emocional. Recuperado de <https://es.familydoctor.org/salud-mental-como-mantener-su-salud-emocional/>
- American Psychiatric Association. APA (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington (VA): *American Psychiatric Association*
- Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Oxford, England: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). Handbook of Beck Depression Inventory. Estados Unidos: Psychological Corporation.
- Beck, A., T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897
- Cassano, P. y Fava, M. (2010) Depression and public health: an overview. Citado en Guía clínica para el manejo de la Depresión, del Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz, México
- Chiapello MB. & Sigal D. (Julio 2006). La familia frente a la discapacidad. IV Jornada Nacional Universidad y Discapacidad. Facultad de Derecho UBA, Julio 2006, Argentina
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (1992) Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR
- Clayton, P. F., Grove, W. M., Coryell, W., Keller, M. B., Clayton, P. J., Hirschfeld, R. M. A. et al. (1991). Follow-up and family study of anxious depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1512-1517.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). (2000) Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association.
- Diez, S., Ventola, B., Garrido, F y Ledezma, C. (1989). Cronología de los padres con niños autistas (5ª. ed.). Editorial Prentice/ Hall Internacional

- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) Medina-Mora, E., et al. Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente
- Ferster, C. (1966). Animal behavior and mental illness. *The Psychological Record*.
- Foulds, J. (1993). Cerebral circulation during treatment of blood-injury phobia: A case study. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 137-146.
- Fraser, B.,(1986). Child impairment and parent/infant communication. *Childscare, Health and Decelopment* 12, 141-150
- García, J. (2013) La depresión. Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/m-00451/depre.htm>
- García, A. (2016) ¿Qué es el Análisis Funcional de la Conducta? Consultado el 13 de Octubre del 2019 en <http://www.psicologiayconducta.com/que-es-el-analisis-funcional>
- González, H. (2016). Depresión. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/depresion/farmacos-antidepresivos-9751>
- Gorbiti E.(1999) “Escuela para padres”Fasc 20 pg 12 B.sAs.Argentina
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. GPCA (2008). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
- Guía de Salud Mental en Atención Primaria GSMAP. Grupo de Trabajo de Salud Mental. PAPPS, (2001).
- Heinz, G y Camacho, P. (2010). Guía clínica para el Manejo de la Depresión. Ed. S. Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.

- Hutt, M. y Gwyn, G. (1988). Los niños con retrasos mentales. Desarrollo, aprendizaje y educación, México, fondo de cultura económica
- Jacobson, E. (1939) Relajación progresiva. Universidad de Chicago press
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31
- Kaplan, HI, Sadock, BJ, & Grebb, JA (1994). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry 7a. Ed. USA. 1994
- Kessler, R. & Bromet, E. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
- Kübler-Ross, E, Kessler, D et ál. 2005. On Death and Dying. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss
- Lobo, A. y Campos. R. (1997). Factores etiopatogénicos. En :Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; 1997. p.41-76.
- Los trastornos de ansiedad. Centro de Psicología AARON BECK - Granada. Consultado el 13 de Octubre del 2013 <https://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/ansiedad.html>
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002). DMS-IV-TR. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- López-Ibor, J., y Valdés, M., editores. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
- Marrs, J. (2006) Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Chapter Anxiety Disorders/etiology DOI: 10.1188/06.CJON.319-322
- Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. (2001). Depression in context: Strategies for guided action. Nueva York: W. W. Nortonn. 2001.
- Martell, C.R., & Dimidjian S, & Herman-Dunn R. (2013). Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2013.

- Medina-Mora, M. (2003) Responsable del proyecto por México Co-Investigadores responsables: Dr. Guilherme Borges, Dra. Corina Benjet (2003). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP). Instituto de Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Minuchin, 1998 citado por Monroy MA (1999). Estudio de la crisis provocada por el nacimiento de un hijo con síndrome Down .Proyecto de investigación para licenciatura en psicología. Méjico, UNAM. Iztacala
- National Collaborating Centre for Mental Health NCCHM. Depression (2009). The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe No.: 90.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivos conductuales. Un enfoque basado en problemas. Editorial Manual Moderno. México D.F.
- Núñez (2003) La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares de Muñoz B.Arch Argent Pediatr 10(2); 133-142.
- Olivares, J., Piqueras, J. A., y Rosa, A.I. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18, 207-212
- Olivares, Rosa y García-López (2006) Olivares, J., Rosa, A.I. y García-López, L.J. (2006). Tratamiento de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. En F.X. Méndez, J.P. Espada y M. Orgilés (Coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (pp. 105-130). Madrid: Pirámide
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A., e Inglés, C., (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia.. *Anales de Psicología*, 19(2),193-204.[fecha de Consulta 3 de Febrero de 2020]. ISSN: 0212-9728. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16719203>
- Organización Mundial de la Salud (1992) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud (2012). Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva. Recuperado de [en:http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html).
- Organización Mundial de la Salud (2017) Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization  
Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Ortega S.P., Torres V. LE, Garrido.G.A, Reyes I.A. (2006) Actitud de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales .Psicología y Ciencia Social año/vol. 8 UNAM , 21-32
- Paniagua G (2001) Desarrollo psicológico y educación. Madrid, España
- Ramchandani, P. y Stein, A. (2003). The impact of parental psychiatric disorder on children. BMJ 2003; 327 (7409): 242-243
- Real Academia Española (RAE) (2019) 23ª Octubre de 2014.
- Silveira, M. (2005) Bienestar emocional, una guía para mejorar tu vida. Editorial Alba. Barcelona.
- Skinner, B. (1953) Science and human behavior. Oxford, England: Macmillan.
- Tyrer, P. y Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69865-6
- Vásquez-Barquero, J,. (1988) Psiquiatría en Atención Primaria (artículo). Madrid. 1998. 2a Edición. Editorial: Aula Médica Recuperado de <http://www.clubaulamedica.com/psiquiatria-atencion-primaria-2ed-ajq>

## Anexos

### Anexo 1

#### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este cuestionario no exige para su funcionamiento de una conexión a Internet, pudiendo por tanto ser utilizado en ordenadores sin acceso a la Red. La versión más reciente está disponible en la dirección <http://espectroautista.googlepages.com/BAI-es.html>

Para cualquier comentario relacionado con esta página puede contactar con [espectroautista@googlegroups.com](mailto:espectroautista@googlegroups.com)

## Anexo 2

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
 Ocupación..... Educación:..... Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.



- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  
3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**  
0 No siento que este siendo castigado  
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.  
2 Espero ser castigado.  
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**  
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.  
1 He perdido la confianza en mí mismo.  
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.  
3 No me gusto a mí mismo.
- 8. Autocrítica**  
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual  
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo  
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores  
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**  
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.  
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría  
2 Querría matarme  
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**  
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.  
1 Lloro más de lo que solía hacerlo  
2 Lloro por cualquier pequeñez.  
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11. Agitación**  
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.  
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto  
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12. Pérdida de Interés**  
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.  
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.  
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.  
3 Me es difícil interesarme por algo.
- 13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

## Anexo 3

### Desarrollo de las sesiones

#### 1ª Sesión

**Resumen de la sesión.** En esta sesión se realizó el screening, además de las presentaciones y el primer acercamiento a la problemática de la usuaria.

**Cierre de sesión.** Se terminó el screening y quedamos de iniciar la siguiente sesión.

**Tareas.** Ninguna

**Objetivos para la siguiente sesión.** Hacer terapia de liberación, es decir pedirle que platique su problema desde el principio.

**Impresiones personales.** La usuaria presenta una problemática derivada de la relación con su hijo de 30 años con TDA. Se siente frustrada y cansada de la situación.

#### 2ª Sesión

**Resumen de la sesión.** Gina contó su historia de todo lo que ha vivido por 30 años con su hijo con TDA y con su familia, durante todos estos años ha vivido frustraciones, mal trato, desprecios, mucha agresión, abandono, sufrimiento, pero a pesar de eso ha continuado su vida, sin embargo ha llegado a este momento que se siente totalmente sobrepasada por la situación, misma que menciona porque su hijo fue culpado del robo de un anillo que vale 50 mil pesos, y por no preocupar a su mamá acepta que lo culpen y ahora debe pagar ese dinero, aunado a que comienza el semestre y las preocupaciones propias de su trabajo, se siente cansada de resolver los problemas de todos.

**Cierre de sesión.** Gina lloró gran parte de la sesión pero al final se sintió liberada, porque por fin había contado su historia y con eso ella se sentía como haber descargado algo que llevaba por muchos tiempo cargando.

**Tareas.** Para la siguiente sesión ella debe preparar una lista de cosas que si ha hecho bien, por ejemplo llevarlo a evaluación, buscarle atención psicológica, etc.

**Objetivos para la siguiente sesión.** Se busca equilibrar sus pensamientos, aceptando que no todo ha sido malo, sino que también ha hecho cosas buenas, la muestras es que su hijo no es un mal viviente o delincuente; a pesar de todo su hijo “es una buena persona”, como ella lo refiere.

**Impresiones personales.** Gina ha sufrido muchos años por la ignorancia de no saber tratar con un niño con TDA, sin embargo está dispuesta a hacer lo necesario para mejorar su situación.

### 3ª Sesión

**Resumen de la sesión.** Efectivamente Gina hizo su tarea y trae la lista de las cosas que considera hizo bien, sin embargo al inicio ella comenta que no cree que sean cosas como para “reconocerle”, en su opinión era lo “mínimo que debería haber hecho”; hablamos de que no necesariamente era la mínimo, sino lo que estaba a su mano y que otro en su lugar quizá no hubiera hecho nada.

Gina logra cambiar su pensar en que si hizo cosas importantes por su hijo, aunque comprende que otras por ignorancia no.

Esta semana Gina también sufrió un accidente, donde además de golpear su auto es agredida verbalmente por ser mujer, hecho que le hace sentir humillada.

**Cierre de sesión.** Al final Gina logra cambiar su pensamiento de que todo lo había hecho mal, por las cosas que si pudo lograr y hacer bien y que hizo hoy de su hijo una persona de bien y por otro lado se trabajo sobre su accidente.

**Tareas.** Esta semana tiene que trabajar la auto observación y en la detención de pensamientos.

**Objetivos para la siguiente sesión.** La próxima sesión se trabajara en centrarla en ella, en pensar que pasa si no resuelve todo

**Impresiones personales.** Gina reconoce que tiene pensamientos automáticos, simplemente porque hace mucho que tiene haciéndolo, no ha pensado que pasa si ella no resuelve todo, el reto más importante es probar que pasa si no resuelve todo, si se logra que ella se detenga, podremos pasar al siguiente nivel, la siguiente sesión es clave para ver su fuerza de voluntad.

#### 4ª Sesión

**Resumen de la sesión.** Gina comenzó a dejar que su hijo resuelva sus problemas, solo lo escucha pero avanza poco, porque su hijo espera su apoyo total, sin embargo comenzó a dejar que él decida sobre sus asuntos; por otro lado no hizo para sus hijas su pensamiento con ellas, es que debe resolverles; en general comienza a entender que no todo lo debe resolver, que cada quien debe resolver sus cosas y que no todo es su responsabilidad, esto comienza a darle tranquilidad y le deja pensar en ella, en cómo se siente, en sus preocupaciones, en su futuro, en sus relaciones. Ha mostrado cambios importantes, está animada, en lo poco que pudo hacer le funciona bien y piensa continuar con esa práctica.

**Cierre de sesión.** Gina reconoce que no necesariamente todo es su responsabilidad, que puede dejar que cada quien resuelva sus asuntos y actuar solo si le piden ayuda, esto abre el mundo de Gina, la libera de una carga muy pesada y le da oportunidad de pensar en ella misma.

**Tareas.** Esta semana debe trabajar solución de problemas y las técnicas de relajación que practicamos. Y continuar dejando que cada uno de sus hijos resuelva sus problemas, incluyendo a sus hijas.

**Objetivos para la siguiente sesión.** La próxima vamos a trabajar auto instrucciones y reforzamiento.

**Impresiones personales.** Gina por primera vez en muchos años dejó que su hijo decidiera pequeñas cosas, eso le quitó una carga y se dio cuenta que si puede dejar que él tome sus decisiones, ahora lo va a practicar con sus otras 2 hijas, si ella lo hace y logra ser firme, les da la oportunidad que ellos decidan sobre sus asuntos, entonces, ella habrá cumplido uno de sus objetivos. En mi opinión ella va muy bien, con paso lento pero firme.

### 5ª Sesión

**Resumen de la sesión.** Gina implementa exitosamente los cambios, ha dejado que sus hijos tomen sus decisiones, ella comenzó a tomar su distancia, eso le da tiempo de pensar en ella, en sus asuntos, en la relación con su esposo, comienza a entender la importancia de estar aquí y ahora, de vivir en el presente y no en el pasado, ni por otros.

Ella está firme en sus cambios, cree y reconoce que va por buen camino, aprecia y disfruta esta nueva vida, no tiene que estar resolviendo la vida a todos, está muy entusiasmada con la escuela y en aprender nuevas cosas.

**Cierre de sesión.** Gina está muy contenta, el dejar que cada quien tome sus responsabilidades le ha liberado su tiempo, su espacio y sobre todo su pensamiento, considera que ahora tiene tiempo de sacar adelante su escuela, sin descuidar a su familia pero desde otra perspectiva.

**Tareas.** Gina debe practicar la resolución de problemas cuando de verdad identifique un problema y relajarse al escuchar los asuntos de los demás sin adelantarse, debe esperar a que pidan ayuda si es que lo hacen y sino solo escuchar.

**Objetivos para la siguiente sesión.** En la siguiente sesión vamos a repasar las técnicas aprendidas y como usarlas.

**Impresiones personales.** El cambio que hizo Gina le ha traído buenos resultados, su expresión, ánimo y esperanza son positivos, ella ha sido firme, sin llegar a ser negativa, ha aprendido a solo escuchar, sin tener que actuar en automático, lo practicó muy bien, ella está avanzando, se ha dado cuenta que ahora puede pensar en ella. Gina es muy aplicada y al ver y sentir los beneficios se motiva a continuar.

## 6ª Sesión

**Resumen de la sesión.** En esta sesión Gina habló de cómo a lo largo de la semana practicó las técnicas revisadas, ha ido puliendo y mejorando su aplicación; comenzó a hablar de planes que había dejado y que hoy puede retomar, si bien aún tiene problemas, ahora se detiene y lo piensa y no busca una solución inmediata; comienza a consentirse con pequeñas cosas que a ella le gustan y que hace mucho no hacía. Se muestra muy contenta y con la esperanza de que todo puede mejorar.

**Cierre de sesión.** En pocas semanas Gina ha cambiado mucho y tiene que ver la dedicación que le ha dado a la ejecución de sus tareas y a la aplicación de las técnicas, se muestra entusiasmada y tiene planes.

**Tareas.** Gina debe buscar formas de mantener sus cambios y mejoras, vimos algunos reforzadores, sobre todo del pensamiento y conductuales, ella debe buscarlos y comenzar a aplicarlos.

**Objetivos para la siguiente sesión.** En la siguiente sesión vamos a hacer un resumen de lo aprendido, de las técnicas y cambios que ha hecho en su vida y veremos donde nos falta trabajar.



**Impresiones personales.** Gina va muy bien, ha tenido cambios muy importantes, Gina está enfocada en mantenerlos y completar lo que aún le hace falta, tiene excelente actitud y disposición.

### 7ª Sesión

**Resumen de la sesión.** Gina continua con las mejoras, menciona los problemas de la semana en su casa, en su trabajo y con su familia, pero se le nota tranquila en control de la situación y de su vida, claro sin pasar a ser insensible, sus planes se encaminan a proyectos que tenía en el cajón, incluyendo algunos muy personales sobre el cuidado de su salud y la relación o su esposo.

**Cierre de sesión.** En el cierre de la sesión repasamos sus cambios y mejoras y comenzamos a hablar de que este servicio era temporal, pero ella pudiera al terminar este programa, buscar continuidad.

**Tareas.** Gina menciona que como ahora tiene más tiempo para ella, quiere retomar proyectos como viajar a Europa, estudiar inglés, bajar de peso, remodelar su casa, abrir un grupo de autoayuda para padres con hijos con TDA, dar clases y a largo plazo tener solvencia económica, su tarea es escoger 2 o 3 y definir un plan para realizarlo.

**Objetivos para la siguiente sesión.** Analizar cambios y que otras técnicas puede utilizar, y comenzar a buscar canalización.

**Impresiones personales.** Gina continúa mejorando y parece ser tiempo de terminar este proceso, sin embargo vamos a continuar para asegurarnos que los cambios continúen y definir qué hacer cuando necesite ayuda.

### 8ª Sesión

**Resumen de la sesión.** En esta sesión ya hablamos de que ella ha logrado lo que buscaba que era, mejorar la relación con su hijo y bajar estrés y depresión.

**Cierre de sesión.** Le comento que es tiempo de ir cerrando y que le enviare los links para hacer 2 cuestionarios y necesito que los haga antes de la siguiente sesión

**Tareas.** Le enviare datos de varios psicólogos para que ella los contacte y escoja con quien continuar su proceso.

**Objetivos para la siguiente sesión.** Resumir el trabajo, canalizar con un psicólogo y cerrar

**Impresiones personales.** Gina ha cumplido con sus objetivos, su semblante, actitud, su expresión son completamente diferentes de cuando inicio, se siente contenta con ganas de hacer más cosas y con la esperanza de que todo puede salir bien.

#### 9ª Sesión de cierre

**Resumen de la sesión.** Revisamos los resultados de los 2 instrumentos, ambos tuvieron un mejora en depresión de 18 puntos y ansiedad de 7, hablamos de que no cambiamos las cosas, porque siguen siendo las mismas, lo que cambio es su forma de verlas y de asumirlas, y la ansiedad está relacionada con su hijo, que si bien lo ha dejado tomar sus decisiones, igual le sigue y seguirá preocupando.

**Cierre de sesión.** Nos despedimos un poco tristes pero también muy contentas de que este proceso le haya ayudado.

**Tareas.** Ya contacto a una psicóloga y en breve tendrán su primera sesión, su tarea es continuar con sus sesiones, mantener las mejoras que ha hecho e ir al siguiente nivel en su vida.

**Objetivos para la siguiente sesión.** Ninguno

**Impresiones personales.** El trabajo con Gina fue muy valioso, demostró como las técnicas funcionan, pero sobre todo cuando se tienen las ganas que ella tenía de mejorar, el conjunto de ambas cosas hicieron que este trabajo fuera exitoso.