



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**EFICACIA DEL MODELO SISTÉMICO: REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA DE TRES MODELOS CLÍNICOS A
PARTIR DE CASOS DE MAYOR
INCIDENCIA.**

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
BRYAN ANTHAR RESENDIZ SANSSON**

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTOR: MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO VÁZQUEZ

ASESORA: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUÍZ

ASESORA: MTRA. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ

SINODAL: MTRO. VICENTE CRUZ SILVA

SINODAL: MTRA. GUADALUPE MENDOZA RODRÍGUEZ



CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

07/08/2022

*“Some’ll win, some will lose
Some were born to sing the blues
Oh, the movie never ends
It goes on and on and on and on”
- Glee Cast*

Agradecimientos

Agradezco a la vida por siempre llevarme por los caminos correctos, aunque a veces no sean los más fáciles por los cuales andar, por los retos, por los buenos y malos momentos, experiencias y aprendizajes que en 23 años de vida me han formado como la persona que soy hoy en día.

A mi madre, Diana Sansson, le agradezco todo el apoyo, amor y guía que me ha brindado, por haber crecido juntos y aprendido el uno del otro. Sin ella no sería el hombre que trabajo por ser y mejorar momento tras momento.

Gracias a mi papá, Anthar Resendiz, por ser un pilar principal en mi vida, apoyándome, queriéndome y estar siempre presente en todo aspecto a pesar de la distancia. No podría tener un mejor ejemplo a seguir que él.

Mi hermano, Brandon Resendiz, por ser una compañía en mi vida desde los tres años, sé que estamos ahí el uno para el otro en cualquier momento y siempre será así.

Gracias a mi familia en general, que, aunque es pequeña, es la necesaria para llenar mi corazón con su presencia y cariño.

Mis amigos, Gerardo Dorantes, Diana Aguirre y Betzabé Rosas, gracias por su invaluable cariño, apoyo y complicidad en innumerables aventuras a lo largo de tantos años de amistad.

Gracias director Sergio Mandujano y asesoras Lidia Beltrán y Jazmín Roldán por su compromiso, tiempo y dedicación para poder llevar a cabo esta tesina, brindarme tanto conocimiento y aprendizaje en esta que considero mi vocación y pasión, la psicología.

Bryan, gracias por todo, vamos a seguir aprendiendo, creciendo y logrando todas nuestras metas, te quiero.

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
Capítulo 1. El panorama de los modelos psicológicos en México	8
1.1. ¿Qué es un modelo en psicología?	8
1.2. El panorama de la neuropsicología en México	10
1.3. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en México	13
1.4. La Terapia Breve Sistémica en México	15
Capítulo 2. Modelos en psicología.	17
2.1 Neuropsicología	17
2.2 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	25
2.3 Modelo sistémico	35
Capítulo 3. Casos de incidencia.	46
3.1. Método	47
3.2 Ansiedad	47
3.2.1 Intervención en neuropsicología	50
3.2.2 Intervención cognitivo-conductual	53
3.2.3 Intervención sistémica	61
3.3 Depresión	66
3.3.1 Intervención en neuropsicología	70
3.3.2 Intervención cognitivo-conductual	73
3.3.3 Intervención sistémica	79
3.4 Esquizofrenia	84
3.4.1 Intervención en neuropsicología	86
3.4.2 Intervención cognitivo-conductual	91
3.4.3 Intervención sistémica	97
Discusión	101
Conclusiones	114
Referencias	118

Resumen

En el campo de la psicología clínica se cuenta con diferentes modelos de intervención. Puntualmente en la FES Zaragoza, se prioriza la revisión de la neuropsicología, la terapia cognitivo conductual y el modelo sistémico, siendo estos tres modelos considerados como las que brindan una intervención óptima a las causas y/o problemáticas psicológicas que presenta la población en general, ofreciendo propuestas de evaluación e intervención a las demandas clínicas. Se hace una revisión bibliográfica de estas tres corrientes, donde se analiza su manera de evaluar e intervenir a través de casos clínicos seleccionados de manera intencional mediante la investigación cualitativa descriptiva basada en observación en trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia, buscando cuál de ellos presenta mayor eficacia en su intervención y resolución. El presente trabajo demuestra que el modelo sistémico tiene una mayor eficacia en cuanto a la comparativa de la forma de tratar cada uno de estos casos, al destacar en sus aspectos teóricos, evaluativos, técnicos y resolutivos en contraparte a la neuropsicología y la TCC.

Palabras clave: neuropsicología, terapia sistémica, terapia cognitivo-conductual, ansiedad, depresión, esquizofrenia, eficacia.

Introducción

A través del transcurso de la historia y avance de la psicología como ciencia, los psicólogos clínicos han tenido que desarrollar y adoptar modelos conceptuales para intervenir, analizar, tratar e incluso explicar por qué y cómo ocurren diversas formas de desarrollar trastornos, es decir, el origen, curso y manifestaciones de procesos no normales en la mente y la conducta humana (Belloch, Sandín y Ramos, 1999). Dentro de los trastornos más comunes en los diagnósticos clínicos expedidos por un psicólogo, según las estadísticas de salud mental, se pueden encontrar trastornos de atención, trastornos de aprendizaje, trastornos en la conducta, ansiedad, depresión, estrés postraumático o anorexia nerviosa, por mencionar algunos.

Sin embargo, los trastornos no pueden ser considerados únicamente en una categoría general en cuanto a sus causas, ya que estas mismas pueden llegar a ser derivadas por múltiples factores biológicos (lesiones fisiológicas-cerebrales), psicológicos (vivencia de situaciones traumáticas), sociales (problemas familiares, problemas laborales, etc.) y por consecuente, también en la repercusión de las influencias ambientales dentro de estos mismos.

Varios son los modelos clínicos que se han desarrollado dentro de la psicología para lograr la intervención oportuna y eficaz al momento de tratar diversos trastornos presentes en los pacientes que acuden por atención clínica. Primeramente, desde la aparición de la psicología experimental con la creación del primer laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig, Alemania en 1879 por Wilhelm Wundt, esta se consagra como una ciencia aplicable (Davidoff, 1990). A través de los más de 140 años de este hecho, se han devenido y ramificado diversas corrientes y modelos de intervención hacia patologías y conductas anormales en la mente y conducta humana.

Desde el Conductismo, Psicoanálisis, Gestalt, Psicología Humanista, entre diversos modelos más, la psicología se ha valido de métodos y aplicaciones para inmiscuirse en la psique humana a través de sus diversas percepciones y concepciones en el funcionamiento e intervención en el ser humano, sus conductas, emociones, pensamientos y procesos psicológicos.

Compas y Gotlib (2003) en su obra “Introducción a la psicología clínica” dan pie al análisis de diversos modelos en la psicología que se pueden aplicar de manera viable y eficaz al momento de la intervención con casos concretos de evidentes patologías mentales en el ser humano. Dentro de este escrito se hace énfasis en los conceptos clave que toman en cuenta estos autores para considerar un modelo de la psicología como válido, aplicable y eficaz, contando por mencionar algunos, su consistencia interna, hipótesis comprobables, apoyo empírico, posibilidad de cambio, entre otras. Posteriormente a la revisión bibliográfica de casos de incidencia realizada por los autores dentro de estos conceptos se llega a la conclusión de que los modelos cognitivo-conductuales y biológicos/neuropsicológicos son los que completan el perfil para ser considerados modelos “duros” y altamente eficaces al momento de la intervención y práctica clínica.

Dentro de esta obra mencionada no es considerado el modelo de terapia sistémica, la cual data su origen desde los años cincuenta con la presencia de un grupo de investigadores que comenzaron a intervenir y/o estudiar problemáticas familiares, tales como: Paul Watzlawick, Don Jackson y Gregory Bateson (Hoffman, 1987), los cuales bosquejaron a la cibernética en cuanto a sus procesos de retroalimentación y control del ser humano y las máquinas como el soporte técnico de este nuevo campo de aplicación (Eguíluz, 2004). En el caso del enfoque sistémico y especialmente la Terapia Familiar Sistémica surge una alternativa favorable para explicar e incidir en las relaciones de un grupo familiar o en relaciones de pareja y la importancia en la comunicación de estas mismas (Martínez, 2020).

En cuanto a las diversas escuelas que se pueden encontrar dentro de la terapia sistémica es siempre destacable el hecho de que a través de su intervención general se lograrán conceptualizar las problemáticas familiares o de un conjunto de personas a través de sus dinámicas psicológicas, interacciones, pautas, acciones, rutinas del comportamiento, procesos y formas de comunicación e incluso costumbres transmitidas de generación en generación (Ochoa, 1995).

En Latinoamérica ha existido un gran desarrollo de la terapia familiar sistémica. En Argentina, por ejemplo, con el mismo Salvador Minuchin o María Cristina Ravazzola en sus investigaciones orientadas a la violencia familiar integrando conceptos del enfoque de género con los conceptos sistémicos, de igual manera este modelo ha manifestado su presencia en Colombia, Perú, Chile, Ecuador y Brasil. Esta trayectoria demuestra el incremento que ha tenido el enfoque sistémico en Latinoamérica no sólo en la atención clínica, sino en la formación de nuevos terapeutas.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), tiene su rango de acción hacia los trastornos mentales, principalmente influyendo dentro de los pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas no óptimas en la persona (Puerta y Padilla, 2011). Por lo tanto, esta corriente en psicología nace de la unión de la visión biopsicosocial, es decir, monitorea y reconoce pensamientos negativos y cómo estos conllevan a conductas y sensaciones desagradables o incluso inadecuadas.

Este modelo terapéutico comenzó su desarrollo en América Latina con sus bases arraigadas en el análisis experimental del comportamiento, introducido por Keller en Brasil en el año 1961 (Fernández-Álvarez, 2017). En los últimos años tiene gran presencia en países como Brasil, Argentina, México, Perú y Chile con la conformación de diversas asociaciones para las psicoterapias cognitivas, tales como la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva (AATC) y la

Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO), teniendo un incremento general en cuanto a nuevos terapeutas que son formados en esta corriente año con año.

La neuropsicología tuvo de nueva cuenta su auge de aplicación durante los años sesenta y setenta, con un alto grado de inferencia de la psicología experimental (Benedet, 2002) y una fuerte influencia de la psicología rusa en México. De esta manera, la neuropsicología integra sus disciplinas clínicas y cognitivas para conocer las descripciones de los trastornos cerebrales, así como la construcción y validación de los diversos procesos psicológicos que se estudian a fondo en esta corriente.

Dentro de este renacimiento en la psicología cognitiva se comenzó a indagar desde la rama experimental la manera para evaluar los modelos cognitivos presentes en el ser humano y cómo a través de la neuropsicología los procesos de cognición se comienzan a relacionar en el ámbito fisiológico cerebral, dando paso a procesos psicológicos tales como memoria, aprendizaje, lenguaje, atención, etc., así como trastornos y procesos no normales presentes en la mente.

Este enfoque de aplicación dentro de la psicología cuenta con una larga historia dentro de Latinoamérica, contando con la fundación del Laboratorio de Afecciones Cortico cerebrales en el instituto de Neurología del Hospital de Clínicas en Uruguay a finales de los años cincuenta, hasta sus últimos encuentros realizados en Asunción (Paraguay) y Barranquilla en Colombia. En la actualidad existe gran variedad de programas de formación en los niveles de maestría y doctorado en esta modalidad en países como México, Colombia, Argentina, Chile, Ecuador, Paraguay, Costa Rica y Guatemala (Ardila, 2014). Puntualmente dentro de la República Mexicana se encuentra la Asociación Mexicana de Neuropsicología y, de igual forma, la Sociedad Argentina de Neuropsicología (SONEPSA) que dan renombre e intervención hacia la neuropsicología en Latinoamérica.

Contando con este panorama previo, los tres modelos mencionados (Terapia Sistémica, Terapia Cognitivo Conductual y la Neuropsicología) cuentan con su propia historia, metodología, epistemología y presencia dentro de la psicología moderna específicamente en Latinoamérica. Sin embargo, en cuanto al enfoque sistémico, en experiencia propia a lo largo de mi estancia universitaria, se ha visto mayormente rezagado a comparación de los modelos previamente mencionados, siendo muchas veces omitido dentro de bibliografía respectiva de la psicología clínica, sus modelos y aplicación, teniendo menos alcance hacia nuevos estudiantes aspirantes a convertirse en nuevos psicólogos clínicos que podrían optar o conocer este modelo, sus beneficios y aplicaciones dentro del campo de la terapia psicológica.

Dentro de este escrito se tiene el objetivo a través de una revisión bibliográfica el conocer y demostrar la eficacia de la terapia sistémica a través de tres casos de gran incidencia a la par de la TCC y neuropsicología, así como sus maneras de aplicación, metodología e intervención. Dentro de los casos de mayor incidencia a tratar se contará con la revisión de trastornos que cuentan con mayor recurrencia dentro de casos clínicos en la psicología, independientemente de la corriente la cual se tome de referencia al momento de la intervención, es decir, se considerará la ansiedad, depresión y esquizofrenia (trastornos emocionales). Esto tiene el propósito de llegar al análisis, demostración y explicación de la efectividad de la terapia sistémica en el campo de la psicología clínica y su intervención al mismo nivel de resolución en trastornos que los otros dos modelos restantes mencionados.

Capítulo 1: el panorama de los modelos psicológicos en México

1.1. ¿Qué es un modelo en psicología?

Un modelo en psicología es una construcción, un esquema que facilita la comprensión y análisis del comportamiento del ser humano, cada uno tendrá una versión singular respecto a la realidad que presenta el problema o patología en el paciente a través de sus referencias teóricas que aplica a su práctica profesional, siendo estos válidos y replicables, por mencionar algunos, el modelo conductista, humanista, Gestalt, biológico, entre otros. El disponer de un modelo conceptual que oriente la práctica profesional, ayudará a crear un proceso sistematizado al momento de plantear una metodología para intervenir en el terreno de la psique humana (Giunta, 2019).

Los modelos en psicología son un punto de referencia en cuanto al marco de intervención y concepción que tendrá el psicólogo clínico respecto a los problemas y/o patologías presentadas en la psique de las personas que acuden a su consulta como profesionales de la salud. Estas explicaciones derivan desde problemas conductuales, trastornos emocionales, depresión, ansiedad, disfunción familiar o trastornos alimenticios, por mencionar algunos. En la práctica de la psicoterapia se plantea la posibilidad de generar alivio en los síntomas de las patologías presentadas por el paciente, prevenir sus incidencias y problemas futuros. Por esto mismo, cada modelo en diversos enfoques terapéuticos presenta su correspondiente metodología y técnicas singulares (González, Barreto y Salamanca, 2017).

A lo largo de la historia y evolución de la psicología esta hace referencia a la existencia de tres modelos denominados “fuerzas” dentro de esta misma, los cuales revolucionaron la concepción que se tenía de esta disciplina en sus respectivas épocas, dándole nuevos enfoques y

planes de aplicación e intervención dentro de sus áreas de oportunidad, a saber: Psicoanálisis, Conductismo y Humanismo; corrientes que innovaron y definieron la intervención y concepción de la psicología dado su tiempo, siendo auge en el crecimiento y formación de estas mismas. Sin embargo, al paso de las décadas se ha vislumbrado la aparición de diversos modelos con la misma solidez en su teoría que influyen y rompen esquemas debido a sus aplicaciones, conocimiento científico, efectividad y relevancia en el marco actual de la intervención en la salud mental.

En mi formación como psicólogo dentro de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza siempre se planteó la importancia que tiene el modelo psicológico con el que te “casas”, abor das y especializas, siendo este el que te brindará la teoría y peso metodológico respecto a la forma de abordar y concebir el problema que presenta el individuo frente a ti esperando una resolución psicológica satisfactoria para este mismo. Por lo tanto, a lo largo de mi estadía y aprendizaje de cuatro años llegué a conocer diversas herramientas y concepciones de modelos variados en psicología, no obstante, existen tres en especial que siempre resonaron más que los demás por distintas y variadas razones que van desde las posturas y especializaciones del personal docente hasta las preferencias e inclinaciones por uno u otro dentro del alumnado debido a la importancia actual, efectividad en intervención o validez científica que tienen como un modelo “duro”, respectivamente hablando de la neuropsicología, el modelo cognitivo conductual y el modelo sistémico.

1.2. El panorama de la neuropsicología en México.

Siguiendo la lógica planteada, un modelo en psicología “duro” es aquel que cuenta con el peso teórico y metodológico eficaz, replicable, observable y comprobable en su intervención hacia el área clínica y de la salud en sus pacientes (Compas y Gotlib, 2003). Dado este caso, la neuropsicología se concibe como uno de los modelos más respaldados gracias a sus bases fisiológicas en la repercusión de daños orgánicos y química cerebral en los trastornos y patologías presentadas en una persona. Como lo mencionan Ardila y Otrosky en 2012 (citado en Fonseca-Aguilar et al., 2015) lo que arma a la neuropsicología de un gran e importante peso teórico y metodológico son sus procesos de estudio y acción en padecimientos del funcionamiento cerebral y el comportamiento humano en individuos sanos o con daño en esta misma área. Esto convierte a la neuropsicología en uno de los modelos más atractivos al momento de concebir la psicología dentro de especialistas y estudiantes que comienzan a familiarizarse con este marco de aplicación que es considerado como uno de la mayor objetividad.

Dentro de la República Mexicana fue fundado el INNN (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía) en 1964 contando con un gran énfasis en la neurología clínica, neurocirugía y psiquiatría (Otrosky-Solís y Matute, 2009), gracias a esto mismo, dentro de los años ochenta, esta misma dinámica de investigación en el plano de la neurología llevó a la Universidad Nacional Autónoma de México a integrar a profesores especializados a sus filas en este ámbito, por ejemplo, el Dr. Alfredo Ardila, alumno de Alexander Luria con doctorado en neuropsicología en la Universidad de Moscú en 1976.

Este movimiento y el nuevo panorama de la neuropsicología se pudo cosechar y desarrollar únicamente en el entonces Distrito Federal con la presencia de personal experto en el tema, Otrosky Solís, contando con estudio de doctorado y colaboración en la Facultad de Psicología de la UNAM

en investigaciones referentes a factores socioculturales y su impacto en el desarrollo cerebral y valoración en neuropsicología. En 1983 con la neuropsicóloga mexicana Julieta Heres se comenzó un convenio entre la INNN y la ENEP - Zaragoza (hoy en día FES Zaragoza) para fundar la “Unidad Universitaria de Investigación en Neuropsicología” (Otrosky-Solís y Matute, 2009).

No fue hasta 1983 cuando Esmeralda Matute comenzó a expandir la neuropsicología mexicana fuera de la capital del país, extendiéndose a Guadalajara en el Laboratorio de Neuropsicología y Neurolingüística donde se comienza el Programa de Educación Especial con colaboración de especialistas en el ámbito de la Neurología, Psicología y Psiquiatría, que a la larga y con ayuda de diversos colaboradores abrió paso a la neuropsicología a instancias como el Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Comunicación Humana, el Laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología de la UNAM y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF) atendiendo a niños con trastornos en neurodesarrollo, problemas auditivos y síndromes genéticos.

En la actualidad se reconoce que, si bien la neuropsicología es importante para brindar contexto general en alumnos de licenciatura, es necesaria la especialización y formación de maestrías dentro de esta materia para formar profesionales completos con una duración de dos años. La primera maestría en neuropsicología en México corresponde a la FES Zaragoza desde 1989 que cuenta con prácticas profesionales en el centro de servicio en neurología del ISSSTE, mientras que con el paso del tiempo se desarrollarían más programas dentro de la Benemérita Universidad de Puebla (BUAP), la Universidad del Estado de Morelos (UAEM), la Universidad de Guadalajara (UdeG) y la Facultad de Psicología de la UNAM con énfasis en el diagnóstico neuropsicológico (Otrosky-Solís y Matute, 2009). Por su parte la Universidad Autónoma de Nuevo

León ofrece especializaciones en Neuropsicología Infantil, el Instituto Mexicano de Psiquiatría inicia una especialización en neuropsicología, así como la Universidad Anáhuac ofrece de igual manera cursos en esta materia entre otras diversas universidades privadas más como la Universidad Intercontinental y la Universidad de León.

Paralelamente en el marco profesional del neuropsicólogo su presencia es característica en clínicas de atención hacia trastornos de los ya mencionados problemas en la ejecución, desarrollo o deterioro de los procesos psicológicos, a la vez que cuenta con un área aplicación considerable dentro de trastornos o patologías variadas que en diversos casos (de ser necesario en su evaluación) pueden canalizarse hacia el área médica psiquiátrica. Según datos recopilados por Fonseca-Aguilar y colaboradores en 2015 el neuropsicólogo mexicano tiene mayor repercusión y oportunidad de acción en personas con problemas de aprendizaje (78%) y trastornos de atención e hiperactividad (74%), sin embargo, la labor más solicitada para este grupo de profesionales consiste en la evaluación y diagnóstico (91%), seguida de la rehabilitación (67%), docencia (67%) e investigación (60%) en una participación de 171 profesionales en México.

Aunque la neuropsicología es considerada por algunos profesionales de la psicología, el modelo con mayor aplicación científica y comprobable dentro de la psicología en general apoyándose en diversas herramientas y test de procesos psicológicos, esto no ha sido suficiente para ser una especialización abundante o valorada debido a la escasa existencia de programas acreditados para la formación de personal neuropsicológico en México al no recibir la financiación suficiente para la creación de nuevos programas que fomenten la creación y especialización adecuada de nuevos profesionales, haciendo cada vez más necesaria la regulación del ejercicio profesional de la neuropsicología en la república (Fonseca-Aguilar et al., 2015).

1.3. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en México

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un modelo de tratamiento en la intervención de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más convenientes para combatir sus problemas (Puerta y Padilla, 2011). Este tipo de terapia en específico ha mostrado grandes resultados dentro de problemas de depresión, desórdenes de ansiedad, problemas de alcohol, drogas, problemas maritales, desórdenes alimenticios, entre otros (López y Carrascoza, 2020).

El paso de la TCC en México tiene bases desde la psicología alemana experimental en el siglo XIX y sus investigaciones en la modificación de la conducta humana basada en evidencia aplicadas hacia los programas de estudio de la Facultad de Psicología de la UNAM a finales de los años sesenta buscando la “identidad del psicólogo de la UNAM aplicada en la psicología científica” (Carrascoza, 2020). Todo este movimiento de “actualización” dentro de la psicología en México fue un proceso llevado en su mayoría desde el ámbito universitario en la búsqueda de nuevas alternativas eficaces y comprobables al momento de la intervención e investigación, siendo contraparte de la corriente más presente en esos años, el psicoanálisis.

Durante ese mismo transcurso de tiempo se comienzan a vincular las ciencias cognitivas con acciones, es decir, una relación cognición-acción, (López y Carrascoza, 2020) desde las consideraciones de que el comportamiento no es necesariamente una respuesta adaptada a las condiciones del ambiente, sino a la forma en el que el individuo percibe dicho entorno. Se funda el Instituto de Terapia Racional Emotiva (ITREM) que aborda este enfoque en particular en el año 1984, se celebra el Congreso Mundial de la Terapia Cognitivo Conductual por la Sociedad

Mexicana de Análisis de la Conducta, la Federación Mexicana pro Salud Mental y el Colegio Nacional de Psicólogos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Gracias a estos avances y años de investigación, nace en 1999 el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, y la fundación de la maestría en Medicina Conductual en la Facultad de Psicología de la UNAM en el año 2000. De igual manera, se fomentan más organismos dentro de la república mexicana dirigidos directamente al enfoque de la TCC que se conservan a la actualidad, el INCOSAME (Instituto Cognitivo Conductual de la Salud Mental en México), el Centro de Terapia Cognitiva de Quintana Roo, el Instituto de Terapia Cognitivo Conductual, el Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitiva Conductual con sede en seis estados distintos de la República Mexicana (Burgos, 2019), el Centro de Estudios COGNOS en la ciudad de Durango, así como su presencia dentro de centros que ofrecen la opción de maestría y diplomados de atención clínica tales como la Universidad Enrique Díaz de León en Guadalajara, Universidad de Xochicalco en Baja California y la Universidad Nacional Autónoma de México.

En la actualidad la TCC tiene una amplia gama de aplicaciones a nivel del sector salud, siendo incluso utilizada como base en el Manual Operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de COVID-19 en México, diseñado por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Álvarez et al., 2020).

1.4. La Terapia breve sistémica en México

La terapia breve sistémica surge dentro de los años cincuenta y sesenta en relación a las necesidades del conocimiento dentro de la psicología clínica, su investigación e intervención. Dentro de la corriente de sistémica se considera a Gregory Bateson como el padre de la perspectiva “interaccional sistémica” en los ámbitos de psicología y psiquiatría, mientras que, para complementar su conocimiento dentro de la intervención terapéutica, se considera a Milton Erickson como maestro en cuanto a estrategias de aplicación clínica y modificación de situaciones disfuncionales (Mandujano, 2006).

Fue bajo la influencia de Norbet Wiener y Claude Shannon en 1984 que Gregory Bateson presenció la evidencia de que los fenómenos de retroalimentación y sincronización están presentes en la naturaleza, sociedad, máquinas, etc., comenzó a examinar el fenómeno llamado esquismogénesis de los ciclos de retroalimentación activados por el error, por lo tanto, que se regulan a sí mismos (Hoffman, 1987) a través de la cibernética y la presencia de *inputs* y *outputs* que llevan a la retroalimentación (Roldán, comunicación personal, 28 de enero de 2020). Bradford Keeney (1994) en su obra “Estética del cambio”, considera este aspecto de autorregulación como una *ecología* en donde los organismos se curan a sí mismos si no hay interferencias.

Dentro de la terapia sistémica no se recurre a ningún tipo de connotación o idea de causa u origen de patologías de la psique humana, sino que, como mencionan Fisch y Schlanger en 2017, el énfasis está centrado en que la presencia del “defecto” no existen únicamente en la persona, sino que se ubica arraigada de igual manera en la organización familiar y sus dinámicas.

Sin importar el cimiento o escuela en la que esté centrado el terapeuta sistémico, siempre partirá de la base del cambio, los marcos de referencia, perspectivas e interacciones suscitadas en

las pautas de convivencia del ser humano y sus sistemas. Por lo tanto, con esa concepción planteada cualquier tipo de causa de consulta puede ser intervenida desde esta corriente de pensamiento.

En México se inició a finales de los años setenta la formación de los primeros grupos de terapeutas familiares dentro de este enfoque, surgiendo paulatinamente diversos centros de entrenamiento y formación en esta disciplina. La Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) fue fundada en el año 1980, con el objetivo de convocar a profesionales interesados en el estudio e intervención en familiar (ILEF, 2021). La AMTF cuenta con su propia revista “Psicoterapia y Familia” desde 1988.

Dentro de México se puede optar por una especialización o posgrado dentro de la terapia familiar breve, contando con opciones en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad del Valle de México (UVM), la Universidad Anáhuac, la Universidad de Guadalajara (UdeG), la Universidad Juárez del Estado de Durango, entre otros. Actualmente la terapia sistémica permite el trabajo en diversos campos laborales, desde el trabajo con niños, ejercer dentro de hospitales, trabajar en escuelas y centros educativos, así como las consultas particulares e instituciones privadas.

Capítulo 2: Modelos en psicoterapia

2.1. Neuropsicología

La idea principal dentro de la neuropsicología propone la estrecha relación entre el cerebro y el comportamiento, idea y proceso que ha sido documentada y actualizada incluso desde los inicios de la filosofía desde el siglo XVII antes de Cristo. Se relatan las consecuencias conductuales desde heridas en la cabeza, problemas en la coordinación ojo-mano y defectos presentados en lesiones localizadas.

Fue con Hipócrates en el siglo V a.C. que se comenzó a esbozar al cerebro como el origen de todos los pensamientos y acciones del ser humano, describiendo al cuerpo como una asociación de cuatro humores: flema (agua), bilis amarilla (fuego), bilis negra (tierra) y sangre (aire), considerando a toda enfermedad como una pérdida o desbalance entre estos humores (Villa, 2019). Hacia el año 160, Galeno, un médico griego seguidor de Hipócrates, suponía que las impresiones que llegaban del exterior se dirigían directamente a los ventrículos cerebrales como los ojos como humores, considerando al tálamo como la base de los humores vitales que provenían del hígado y se transforman por medio de una red de vasos en humores psíquicos.

En el siglo XVIII se comenzó a centrar la atención en el tejido cerebral mismo y no en los ventrículos y sus funciones psíquicas referentes. Franz Joseph Gall, médico y anatomista, propuso la idea que indicaba que los rasgos del cráneo tenían relación directa con el desarrollo cerebral que subyace de estos, es decir, consolidó la frenología. Fue hace el siglo XIX que con el mencionado Paul Broca en 1861 se instauró la correlación entre lesión cerebral y alteración de funciones cognoscitivas, demostrando que las lesiones del pie de la tercera circunvolución frontal (área de

Broca) está relacionada con la pérdida de lenguaje articulado (Hécaen y Dubois, 1969/1983, citado en Villa, 2019).

La neuropsicología es considerada como una disciplina compuesta ya que en ella confluyen varios campos de estudio: neurología y psicología, neuroanatomía y neurofisiología, neuroquímica y neurofisiología (Benton, 2000, citado por Otrosky-Solís y Matute, 2009), cuenta como objeto de estudio las relaciones entre la organización cerebral y el comportamiento en su sentido amplio, es decir: acciones, emociones, motivaciones, relaciones sociales, entre otras más (Villa, 2019). Sus ámbitos de acción son la investigación de la organización cognitiva de los procesos psicológicos superiores en personas sanas y con daño químico o fisiológico cerebral, así como la evaluación y diagnóstico de los déficits cognitivos asociados al daño cerebral, de igual manera, promueve el diseño de estrategias de intervención neuropsicológica para favorecer la situación integral de las personas (Fonseca et al., 2015).

La neuropsicología ha pasado por varios periodos desde su fundación en el siglo XIX hasta la actualidad. El primer periodo de la neuropsicología se centra en el localizacionismo, es decir, la correlación clínica y anatómica para localizar las funciones mentales dentro de puntos específicos en el cerebro (Villa, 2019). Dicho periodo fue dominado por neurólogos como Paul Broca y sus hallazgos de localización del lenguaje articulatorio dentro del cerebro en el hemisferio izquierdo, conocida como el área de Broca.

Posteriormente Wernicke en 1874 definió la organización cerebral del lenguaje, con un modelo de centros y conexiones que explicaba los diferentes tipos de afasias (incapacidad de comunicación a través del lenguaje, escritura y mímica, debido a lesiones cerebrales), apraxias (incapacidad de realizar tareas o movimientos cuando se le solicita a la persona) y agnosias (incapacidad de reconocer un objeto mediante un sentido o varios).

Durante las dos grandes guerras mundiales en el siglo XX, la neuropsicología toma un papel importante con los trabajos de Kurt Goldstein (Villa, 2019) y las significativas aportaciones soviéticas de A. R. Luria (considerado el fundador de la neuropsicología moderna) y sus aportaciones hacia la visión de las funciones mentales relacionados a reflejos complejos de origen social, así como con el desarrollo de la psicometría y la gran cantidad de heridos de bala que dejaron a su paso las guerras mundiales que requerían técnicas nuevas para la rehabilitación de sus funciones cognoscitivas (Villa, 2019).

De manera simultánea, las aportaciones de Vygotsky, Leóntiev, Sechenov y Pávlov, dentro de este campo rescataron el papel de la neuropsicología, dejando el localizacionismo de lado, considerando el origen histórico y social de los procesos psicológicos, con un enfoque socio-cultural.

En el mismo lapso de tiempo hace presencia la psicología experimental de la mano de Scoville y Milner, neurocirujano y psicóloga, respectivamente, quienes estudiaron las alteraciones de memoria presentes en pacientes. A partir de los años ochenta la neuropsicología cognitiva surge para defender la concepción modular de los procesos psicológicos (Villa, 2019).

L. S. Vygotsky, Alexander R. Luria, A. N. Leóntiev y la reflexología de Sechenov y Pávlov definen paulatinamente las funciones psicológicas superiores como:

- Procesos complejos autorregulados. Pueden distinguirse de sus componentes y sobrepasan con mucho en organización a las funciones biológicas sensoriales, motoras o reflejas.
- El origen de los procesos psicológicos es histórico y social.

- Los procesos psicológicos se desarrollan por la formación de estructuras nuevas y relaciones interfuncionales, mientras que el lenguaje juega un papel decisivo en la mediatización de dichos procesos.
- Por el modo de su funcionamiento, los procesos psicológicos son conscientes y voluntarios.

A partir de los años setenta se comenzaron a desarrollar técnicas que aprovechan la capacidad de las computadoras para conseguir imágenes que han permitido definir con precisión el sitio de las lesiones cerebrales, por ejemplo, la resonancia magnética funcional (RMf) es una herramienta de suma utilidad para estudiar la correlación entre el cerebro y el comportamiento (Villa, 2019).

La neuropsicología moderna tiene su propia metodología, las alteraciones presentadas en los procesos psicológicos, funciones cognitivas, motoras y sensoriales que conllevan una lesión cerebral hace que la neuropsicología tenga un amplio campo de acción en la intervención de dichas anomalías.

El campo actual de esta práctica se extiende hacia personas que padecen lesiones orgánicas del sistema nervioso central, es decir: traumatismos craneoencefálicos, accidentes vasculares, tumores y demencias

Un neuropsicólogo puede atender una multitud de padecimientos, entre los que se encuentran: déficits cognitivos (memoria, gnosias, praxias, etc.), problemas de aprendizaje, trastornos del lenguaje, epilepsia, déficit de atención, trastornos del desarrollo, etc. (Aso, 2020).

La principal herramienta para comenzar a intervenir en estos padecimientos son los test psicológicos de primera mano y sobre todo las baterías neuropsicológicas que permiten etiquetar

las alteraciones del paciente en diversos grados de lesión dentro del cuerpo cerebral. Esta metodología permite al neuropsicólogo explicar en términos científicos un déficit presentado por el paciente en su vida cotidiana (Benedet, 2002).

Un test psicométrico es un instrumento utilizado para realizar la medida de las variables psicológicas que dicho instrumento mida, este se ha de aplicar, corregir y puntuar siempre de modo idéntico y están constituidos por una o más tareas cuya mera puntuación nos hablará de si el producto final de la evaluación ha sido exitoso o no. En el marco neuropsicológico, estos test se utilizan cada uno de manera distinta y requieren, por lo tanto, una buena validez, fiabilidad y fineza discriminativa (Benedet, 2002).

Los pacientes neuropsicológicos llevan sus procesos de rehabilitación en cuatro tipos distintos según Wilson en 1997 (citado en Benedet, 2002, p. 525), donde:

1. En el enfoque tradicional, consiste en hacer que el paciente practique diversas series de ejercicios y tareas del tipo de las que fracasó en los test.
2. Un segundo enfoque se basa exclusivamente en modelos de neuropsicología cognitiva, determinando qué componentes del sistema cognitivo del paciente está dañado o debilitado, llevando a la persona a realizar una serie de ejercicios encaminados a reforzar dicho proceso.
3. Un tercer enfoque combina la práctica y teoría de la neuropsicología con la psicología cognitiva y conductual.
4. El enfoque holístico se ocupa de las diversas funciones cognitivas, pero atiende a las variables no cognitivas del individuo.

Sin embargo, la rehabilitación neuropsicológica puede variar dependiendo de cuales sean los motivos para llevarla a cabo y sus secuelas del daño cerebral, dicho sea de igual manera por Wilson en 1997 (citado en Benedet, 2002, p.526):

1. Deterioros: Daño cerebral con consecuencias en la función psíquica (cognitiva o afectiva), que se refleja en las puntuaciones de los test.
2. Discapacidades: Problemas particulares que se enfrentan los pacientes y su familia en la vida cotidiana, por ejemplo, la desorientación.
3. Desventajas: Impedimentos que sufre el paciente debido a la falta de adecuación del entorno a sus capacidades.

Dentro de este marco de referencia se debe tener en cuenta que dicha rehabilitación debe ser relacionada directamente a la vida cotidiana del paciente, modificación de su entorno físico y estructura familiar, ser realista y alcanzable. La inclusión de la familia debe ser primordial en el tratamiento, donde debe ser informada, implicada y entrenada en la intervención que se realiza a dicho paciente, es decir, estar anclados a la vida de este.

Aunado al involucramiento familiar de los pacientes neuropsicológicos, la situación y dinámica familiar deben ser evaluadas (Benedet, 2002). De esta manera se realiza un informe donde se debe incluir la composición de la familia nuclear y todos los detalles que se puedan recabar de esta (nivel educativo, nivel económico, disponibilidad para colaborar, etc.), en un marco de terapia de apoyo.

Con la realización adecuada de los protocolos establecidos (observación, realización de test, evaluación y diagnósticos) junto con el recurso de las redes de apoyo de un paciente en neuropsicología, la rehabilitación de dicha persona a través de los ejercicios y tratamiento

gestionados por un especialista tendrá grandes índices de resultados óptimos dependiendo la situación específica de cada paciente.

A continuación, en la *Figura 1* se sintetiza la visión de la neuropsicología abordada a través de sus antecedentes, conceptualización y resolución de los padecimientos y resultados presentados en esta corriente.

Figura 1

La visión de la neuropsicología en su aplicación.

Antecedentes	<p>La neuropsicología cuenta con antecedentes desde los tiempos del inicio de la filosofía con los cuestionamientos de, valga la redundancia, filósofos, que buscaban descifrar el funcionamiento de la mente humana y los eventos que se llevan a cabo en ella en los procesos de enfermedad.</p> <p>Posteriormente a lo largo de los siglos esta ha ido evolucionando llegando a tener diversas concepciones desde la teoría de los humores hasta la frenología, no obstante, fue en el entonces presente el siglo XX que el área de la neuropsicología tuvo su auge debido a los aportes de personajes como Paul Broca y Carl Wernicke y sus respectivos aportes hacia el estudio de la fisiología y padecimientos afásicos en el área cerebral humana.</p>
Conceptualización de los padecimientos	<p>Dentro de la aplicación en neuropsicología se consideran los padecimientos desde la visión del daño orgánico dentro del cerebro, siendo causado por traumatismos, problemas del desarrollo, discapacidades, problemas en el entorno, etc. Que provocan una serie de desbalances a nivel anatómico, deviniendo en diversas patologías, por ejemplo: afasias, agnosias, apraxias, entre diversas patologías más.</p>

Resolución de padecimientos.	<p>La neuropsicología se rige por una serie de protocolos donde es necesario el diagnóstico adecuado del paciente y su padecimiento mediante la aplicación de diversos test psicométricos que sean requeridos para efectuar dicho diagnóstico. Posteriormente en la revisión y evaluación de dichos instrumentos, conociendo el estado y problemática actual del paciente, se comienza la intervención a través de la realización de ciertos ejercicios adecuados a la problemática y área cerebral que se encuentra involucrada en dicho padecimiento.</p> <p>Es importante aclarar que dentro de la neuropsicología se busca intervenir de igual manera dentro de las áreas de oportunidad en la vida cotidiana del paciente y las redes de apoyo y familiares para llevar a cabo una rehabilitación exitosa.</p>
Resultados	<p>Los resultados presentes dentro de este marco de intervención se presentarán conforme el paciente sea diagnosticado correctamente mediante la herramienta de test psicométricos y tenga un proceso de rehabilitación óptimo con base en la realización de ejercicios y tareas necesarios para tratar la condición que se tenga presente.</p>

Nota: Esta figura muestra los antecedentes y concepción de la neuropsicología hacia la resolución de padecimientos y sus resultados realizados.

2.2. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La Terapia Cognitivo-Conductual tiene la visión de explicar los procesos patológicos que resultan del malestar psicológico y comportamientos desadaptativos a través del cambio en los procesos cognitivos. Stallard en 2001 (citado por Díaz, Soto y Ortega, 2016, en Mendoza, 2020) afirma que las emociones y los comportamientos juegan un rol importante en la generación de las cogniciones, sin embargo, este modelo de psicoterapia es una forma de ver y entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas, del mundo que le rodea y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos (Timms, 2007). Teniendo lo anterior en cuenta, la TCC ayuda a ajustar la forma cómo se piensa (cognitivo) y cómo se actúa (conductual), provocando cambios que ayudan al paciente a sentirse mejor, centrándose en problemas y dificultades del aquí y ahora en lugar de enfocarse en causas pasadas, buscando la manera de intervenir en el tiempo presente.

Cuando se refiere a la TCC, esta se define como un procedimiento activo, directivo y estructurado que interviene en diversas alteraciones psíquicas, tales como la depresión, ansiedad, fobias, etc. Esta terapia parte de los efectos y la conducta de una persona, los cuales están determinados por la forma en la que este concibe su entorno (Godínez, 2017)

Los modelos cognitivos ponen especial atención en las cogniciones, es decir las ideas, constructos personales, creencias, imágenes, significados, expectativas y por consiguiente los procesos básicos tales como memoria, atención, formación de conceptos, procesamiento de la información, resolución de conflictos, entre otros (García-Allen, 2020). La Terapia Cognitivo-Conductual posee cuatro pilares teóricos básicos donde se han desprendido múltiples líneas de investigación para explicar la complejidad del comportamiento humano a través de su carácter científico (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001):

1. Aprendizaje clásico: Surge a finales del siglo XIX a través de las investigaciones del fisiólogo Ivan Pávlov quien descubrió el proceso de aprendizaje llamado Condicionamiento Clásico, siendo este un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente.

2. Aprendizaje operante: Durante los años treinta, las investigaciones de F.B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Operante, siendo este un proceso por el cual los conocimientos son adquiridos, se mantiene o se extinguen en función a las consecuencias que le proceden.

3. Aprendizaje social: Hacia la década de los sesenta, Albert Bandura comienza la formulación de hipótesis respecto al papel de la imitación en el aprendizaje humano. Esta línea de teorías e hipótesis se conformaron como la Teoría del Aprendizaje Social, la cual afirma que el proceso de aprender no es únicamente suscitado por las experiencias directas, sino que la observación es crucial al momento de la recepción de información y por lo tanto, aprendizaje.

4. Aprendizaje cognitivo: Aaron Beck y Albert Ellis son dos de los principales representantes en lo que a la práctica clínica se refiere. Respectivamente sus dos modelos la Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual, coinciden y hacen hincapié acerca de las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones. No obstante, mencionan como el pensamiento de un individuo refleja su manera de interpretar el mundo a través de sus creencias, supuestos y reglas.

Estos principales pilares históricos son los que han formado a la TCC como el modelo de terapia que es hoy en día, siendo considerado una ciencia aplicada al constar de un método definido para lograr los objetivos que le sean planteados en sus intervenciones.

Aaron Beck y Albert Ellis son considerados los pioneros en terapia cognitiva con sus respectivos modelos de intervención, sin embargo, entre ambas existen similitudes, pero también diferencias, por ejemplo: la Terapia Cognitiva de Beck se basa en el empirismo colaborativo (confirmar o refutar los supuestos que concibe el paciente, encontrando evidencia acerca de estos) ; en cambio, Ellis utiliza como principal herramienta el diálogo o debate socrático (invita a pensar e investigar) (García-Allen, 2020).

La Terapia Racional Emotiva Conductual es creada por Albert Ellis (1913-2007) en 1955 a partir de su separación de los enfoques neofreudianos, apegándose al conductismo y el refuerzo positivo de Skinner. Ellis tomaba en cuenta el análisis racional y su efectividad para que la gente comprendiera sus creencias irracionales y exigencias absolutistas, moviéndose así hacia un espectro racional (Ellis y Abrahams, 2005). Es una psicoterapia de progresión que se enfoca en resolver problemas de la conducta y emociones mediante un modelo de intervención activo/directivo encaminado a la reestructuración cognitiva (identifica y disputa pensamientos desadaptativos).

Esta tiene como método terapéutico descubrir las irracionalidades de pensamientos y con ello sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que son consecuencia de esquemas mentales distorsionados (Ruiz, 2011), por lo tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales, seremos capaces de generar nuevos estados emocionales que sean menos dolorosos y más apegados a la realidad, siendo más racionales y sobre todo realistas. Ellis consideraba que su teoría se podía resumir en la frase del filósofo griego Epíteto, “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos” (Regader, 2020).

En la TREC se representa el modelo de secuencia A-B-C, el cual consiste y se encausa hacia la ya mencionada reestructuración cognitiva a través de $A \rightarrow B \rightarrow C$, donde A representa los

sucesos presentados por el sujeto, B representa la interpretación del acontecimiento y C las consecuencias emocionales de dichas interpretaciones (Ellis y Abrahams, 2005). Se considera que la causa de la alteración o dificultad emocional no es lo que sucede en el punto A, sino que las personas crean una estructura de creencias en el punto B que refuerzan esta creencia que manifiestan reacciones conductuales o emocionales negativas en el punto C (Regader, 2020).

El énfasis presente dentro de la TREC destaca por la autoaceptación basada en calificar las conductas, pero no a las personas en sí a través de la discusión empírica, pragmática y lógica, Ellis consideraba que los problemas conductuales y emocionales tienen su origen a partir de tres bases principales: pensamiento, emoción y conducta, siendo los pensamientos los que inciden en las alteraciones psicológicas. Por lo tanto, se afirma que las personas son gran factor de sus sentimientos perturbados que son generados de manera consciente o inconsciente, considerando esto, son estas mismas las que poseen recursos para poder modificar los pensamientos causantes de los problemas que presenten en el ámbito psicológico.

En tiempos actuales la TREC es útil en el abordaje de la ansiedad, ira, fobia, timidez y disfunciones sexuales, todo esto a través de su marco metodológico y de intervención basada en el modelo de rompimiento de las creencias irracionales, distorsiones cognitivas o exigencias absolutistas (Riso, 2006).

Por su parte, la Terapia Cognitiva de Aaron Beck parte desde la base de que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por éstos mismos en sí (García-Allen, 2020). Al igual que en la TREC de Ellis, la Terapia Cognitiva de Beck pone gran énfasis en las distorsiones cognitivas adjuntadas en individuos depresivos y sus creencias. Este modelo fue estructurado de forma original para la intervención de los problemas depresivos, siendo estos considerados como la principal alteración en el proceso de la información (Roca, 2016).

La Terapia Cognitiva de Beck postula que durante la depresión están activos una serie de esquemas, es decir, formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones que favorecen a la presencia de este trastorno, normalmente la presencia de estos esquemas está latente y se adquiere desde la infancia, no obstante, pueden llegar a permanecer inactivos para posteriormente activarse cuando la persona en cuestión se encuentra con situaciones estresantes similares a las circunstancias en las que estos esquemas hayan sido formados.

El contenido de estos mismos esquemas está constituido por lo que se considera “triada cognitiva”, es decir, la visión negativa de sí mismo (considerarse deficiente o inútil), del mundo (derrotado socialmente) y del futuro (la situación no cambiará), donde justamente la terapia cognitiva se centrará en la formulación de ideas y creencias desadaptativas de esta triada en términos de hipótesis cuya validez se intenta comprobar de modo sistemático (Roca, 2016), interviniendo a través de diversas técnicas como la reestructuración cognitiva.

A través de la reestructuración cognitiva se considera que un individuo es capaz de modificar el modo de interpretación que tiene de los hechos y situaciones que vive en su día a día, por lo tanto, de esta manera se estimula esta concepción, alterando los esquemas de pensamiento desordenados, logrando que la persona se vea a sí mismo y al mundo de manera más realista y adaptativa (García-Allen, 2020).

Beck afirma que, ante una situación, los individuos asignan cierto significado a los estímulos en función a sus supuestos previos o esquemas cognitivos (también llamados creencias nucleares), considerados mecanismos de codificación y almacenamiento de información y vivencias ya existentes (García-Allen, 2020), en otras palabras, se incluyen procesos psicológicos (atención, percepción, memoria). Dicho claramente, se considera que los esquemas son

construcciones mentales subjetivas de los hechos que fungen como filtro a la hora de percibir el entorno por parte de dicha persona.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es considerada por algunos profesionales en psicología como uno de los mejores modelos de intervención dentro de la rama al ser la forma más estudiada de psicoterapia, contando con mecanismos teóricos y de comportamiento humano, al mismo tiempo que existe espacio para seguir mejorando en su eficacia y efectividad (David, Cristea y Hofmann, 2018).

La TCC puede ser llevada de manera individual o grupal dependiendo de la situación con un esquema entre 5 y 20 sesiones, pudiendo ser semanales o quincenales de una duración entre 30 y 60 minutos (Timms, 2007), para estudiar pensamientos, sentimientos y comportamientos que se comenzarán a concebir no realistas o perjudiciales dentro de la situación problemática actual. Una vez concebidos estos factores, el terapeuta comenzará a intervenir en estos para reemplazarlos con otros más realistas y positivos.

Rossello y Bernal (2007) mencionan como un ejemplo en el Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitivo Conductual de la depresión, que esta se se puede condensar en un programa dividido en 3 módulos: Pensamientos (cognitivo), actividades (conductual) y relaciones interpersonales, los cuales a través de diversas sesiones de trabajo y con la aplicación de diversas técnicas para aumentar pensamientos y conductas positivas, el resultado de las sesiones terapéuticas será óptimo para los pacientes en cuestión:

- Pensamientos: Se comienza a informar y familiarizar al paciente acerca de cómo los pensamientos influyen en el estado de ánimo. Durante la sesión inicial se

introduce el tema de este padecimiento para que el paciente comience a externar sus historias relacionadas hacia este tema, es decir, sus experiencias y cómo las concibe.

- Actividades: Se identifican las diversas alternativas en cuanto a metas y actividades que le permitirán tener control en el transcurso de su vida para manejar los estados de ánimo o padecimientos psicológicos como la depresión. Profundiza las estrategias para fomentar el manejo del tiempo y cómo planificar y alcanzar metas.
- Las relaciones interpersonales afectan en el estado de ánimo. Se trabaja con la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias.

Si bien dentro de este manual se aborda el tratamiento de la TCC desde estas tres perspectivas, se tiene como base la concepción de intervenir en el paciente dentro del ámbito de sus pensamientos y sus conductas, proceso que cuenta con diversas herramientas, tareas o ejercicios que ayudan al éxito de la terapia, por ejemplo:

1. Termómetro del ánimo: Permite evaluar la intensidad de los pensamientos y sentimientos depresivos durante el transcurso de los días en una escala donde 1 es el peor ánimo posible, 5 es un ánimo regular y 10 es el mejor ánimo. La tarea del paciente consistirá en reconocer el nivel del estado de ánimo que tuvo durante el transcurso del día.
2. Lista de pensamientos positivos y negativos: El paciente lleva un registro de sus pensamientos, al final del día realiza una revisión del número total de pensamientos positivos y negativos para observar la relación e incidencia que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y su estado de ánimo. para cambiar los pensamientos negativos a más pensamientos positivos.

3. Técnicas para aumentar pensamientos positivos y disminuir los pensamientos negativos: por ejemplo: interrumpir pensamientos, reírse de los problemas y considerar qué es lo peor que puede pasar.

4. Método A-B-C-D: Se le explica al paciente acerca de cuando esté deprimido puede preguntarse qué es lo que está pensando y hablar directamente con el pensamiento que lo acongoja. En este caso en el método A-B-C-D, A es el evento activante, es decir, lo que ocurrió; B, es el pensamiento que surge de este activador; C, por su parte, es la consecuencia suscitada de este pensamiento; y D es la forma en la que se discute o debate al pensamiento en cuestión para retar a los pensamientos negativos y generar positivos.

5. Lista de actividades agradables: Se realiza día a día una lista de actividades agradables que la persona le gustaría realizar (ponerse la ropa que le gusta, estar fuera de casa, etc.), al final del día se pone una marca en las actividades agradables que se hayan logrado realizar.

6. Contrato personal: Al momento de escoger una actividad agradable que se pueda realizar, en el momento de llevarla a cabo, se establece una recompensa que se podría dar el paciente si logra completarla.

7. Lista de metas: Para manejar el tiempo, con esta lista de metas se organizan los objetivos propuestos por orden de prioridad, estructurando un plan para lograr las metas con mayor prioridad.

8. Programa semanal de actividades: Anotando el tipo de contacto positivo o negativo que se tuvo durante una semana con las personas a su alrededor (red de apoyo).

9. Practicar la habilidad de asertividad: A lo largo de la semana para construir y cultivar relaciones sanas y redes de apoyo extensas.

Una vez realizado el procedimiento las sesiones planteadas se concibe tener éxito en la intervención dentro del padecimiento depresivo presentado por el paciente en cuestión al momento de trabajar e intervenir en el área de los pensamientos, acciones, concepciones propias y relaciones personales que afectan en el estado de ánimo. Por lo tanto, a través del campo de aplicación de la TCC y su estudio enfocado a pensamientos y acciones, se logran grandes resultados en cuanto a la intervención de patologías (como la depresión) o problemáticas presentadas en los pacientes.

A continuación, en la *Figura 2* se sintetiza la visión de la neuropsicología abordada a través de sus antecesores, conceptualización y resolución de los padecimientos y resultados presentados en esta corriente.

Figura 2

La visión de la Terapia Cognitivo Conductual en su aplicación.

Antecedentes	<p>Los antecedentes de la TCC se encuentran desde los finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, tomando en cuenta los aportes de personajes como, Pávlov, Skinner y Bandura, es decir, el aprendizaje clásico, operante y social, lo cual plantó la base metodológica para Albert Ellis y Aaron Beck para la formulación de la Terapia Racional Emocional Conductual y la Terapia Cognitiva, respectivamente, tomando en cuenta la relación del individuo con su medio ambiente y el aprendizaje que llevará a cabo en sus experiencias para la construcción de esquemas mentales irreales.</p> <p>Con la TREC de Ellis se hace énfasis en la irracionalidad y distorsiones cognitivas presentadas por un individuo, valiéndose del debate y método socrático para encauzar estos pensamientos irracionales hacia la racionalidad.</p> <p>Por su parte, Aaron Beck y la Terapia Cognitiva, si bien, coincide en diversos puntos con la TREC, asigna mayor peso e importancia a la Triada Cognitiva en personas depresivas, es decir, su visión de sí mismo, del mundo y del futuro. Estos factores decidirán la intervención a llevar a cabo en el proceso terapéutico del paciente.</p>
--------------	--

Conceptualización de las problemáticas	Las problemáticas se categorizan en función de las distorsiones cognitivas irreales de un individuo que afectan de igual manera a su forma de regirse, es decir, su conducta. Estos tienen su base en las creencias de dicha persona, sean reales o no, las cuales darán pauta a la concepción que tiene de sí mismo y, dependiendo en qué modelo se base, del mundo y del futuro, que alimenta y produce cierta problemática o patología psicológica como puede ser la depresión, ansiedad, fobias, etc.
Resolución de las problemáticas	Las problemáticas llegan a su resolución a través de la reestructuración cognitiva, que consiste en la refutación de las creencias y distorsiones irreales que tiene el individuo de los tópicos ya mencionados que producen malestar emocional y frustración, dependiendo el caso. Este proceso se puede llevar a cabo y ayudar de diversas herramientas o tareas que encaucen a la reestructuración de creencias como la intervención en la secuencia A-B-C o directamente en la triada cognitiva a través de tareas o actividades a la par de la atención terapéutica.
Resultados	Los resultados presentes dentro de la TCC tienen altos índices de presencia debido a su intervención dentro de los esquemas cognitivos de los sujetos, haciendo que se adapten de mejor manera a creencias reales que les brindarán mayores herramientas para concebir un bienestar emocional y de pensamiento que se verá reflejado en sus acciones y convivencia interpersonal e intrapersonal.

Nota: Esta figura muestra los antecedentes y concepción de la TCC hacia la resolución de padecimientos y sus resultados realizados.

2.3. Modelo Sistémico

Un sistema se define como un conjunto de elementos con características similares que comparten objetivos comunes (Mandujano, comunicación personal, 03 de febrero de 2022) en interacción dinámica, siendo un sistema cerrado cuando no intercambia información con su medio ambiente y un sistema abierto cuando si la intercambia (Pereyra, 2014).

Para abarcar el panorama general de la intervención psicológica dentro del modelo sistémico es necesario conocer un poco de su historia y formación general, primeramente contando con el contacto de Milton Erickson, psiquiatra e hipnoterapeuta con Gregory Bateson, antropólogo cibernético, durante una serie de conferencias dirigidas por Frank Freemont Smith (Mandujano, 2006) que promovieron novedosas formas de explicación en el campo de la ingeniería, biología y área social que bosquejaron un “nuevo marco conceptual de referencia”: la Cibernética.

Esta nace en 1948 en San Francisco con Norbert Wiener, considerado el padre de la cibernética, acuñando el término “cibernética” en su obra “Cibernética o el control y comunicación de animales y máquinas”, siendo constituida como la ciencia que estudia la comunicación entre sistemas y su medio circundante.

La cibernética es la epistemología de este modelo de intervención, cuyo objeto de estudio se enfoca en los procesos de retroalimentación y control en el ser humano, así como un lenguaje interdisciplinario para construir sistemas artificiales y entender sistemas naturales. Para Keeney (1987), la cibernética es una ciencia que se ocupada de las pautas y la organización de diversos tipos de sistemas.

El estudio de esta ciencia se puede apreciar en dos momentos distintos: primera y segunda cibernética, donde, la *primera cibernética* se enfoca en la homeostasis de un sistema, asumiendo que este puede ser operado desde fuera porque comprende sus elementos como una realidad

independiente al observador (Pereyra, 2014), mientras que la *segunda cibernética* integra al observador en todo acto de lo observado, es decir, se realiza la reflexión del acto de observar.

A partir de finales de los años 40 se comienza la aplicación del adjetivo “sistémico”, contando con el inicio formal de la cibernética y su aplicación en el ámbito de la interacción humana, donde se da principio a su implementación en diversos proyectos tales como el Proyecto sobre la Comunicación y Psiquiatría de Gregory Bateson y Jurgen Ruesch o la intervención de esta misma trabajando con familias por el psiquiatra Donald D. Jackson (Mandujano, 2006).

Gregory Bateson comenzó un proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en la que a través de la comunicación se puede dar lugar a *paradojas*, lo cual llamó la atención de diversos personajes que llegaron a ser sus colaboradores: John Weakland, ingeniero químico; los psiquiatras William Fry y Don D. Jackson; y Jay Haley, comunicólogo (Mandujano, 2006). Dicho grupo comenzó a examinar de manera más profunda la psicoterapia, mayormente apuntando un gran interés en casos de esquizofrenia y la singular comunicación que se daba en los pacientes que presentaban dicha condición, debido a su incapacidad para codificar mensajes pautados tradicionalmente, no diferenciando la fantasía de la realidad o una declaración metafórica de una literal.

Durante las investigaciones realizadas dentro de este proyecto, Jay Haley y John Weakland comienzan a visitar a Milton Erickson para comprender sus métodos de comunicación y estrategias terapéuticas, siendo este un terapeuta que de manera intuitiva y empírica utilizaba estrategias de muchas formulaciones teórico-prácticas del grupo Bateson, utilizando en terapia formas paradójicas de acción, prescripción y poniendo en práctica la teoría del doble vínculo (Erickson, Haley y Weakland, 1980, en Mandujano, 2006).

Además de comenzar a considerar a la esquizofrenia como un fenómeno de la comunicación producto de relaciones familiares, en el ámbito de la comunicación interpersonal la “enfermedad mental” comenzó a considerarse arraigado a patrones específicos dentro de las interacciones. “Hacia una Teoría de la Esquizofrenia” es una publicación revolucionaria dada a conocer en 1956 por sus autores: Bateson, Haley, Weakland y Fry, siendo esta uno de los más importantes antecedentes teóricos de la perspectiva sistémica, donde se trata a dar respuesta a la pregunta: “¿existe algún indicio de que ciertas formas de psicopatología se caracterizan por anomalías en el manejo que el paciente esquizofrénico tiene de los niveles de abstracción de paradojas en los mensajes?” (Wittezaele y García, 1994, en Mandujano, 2006, p.32).

La investigación sobre familias en esquizofrenia proporcionó un estímulo crucial para el desarrollo de la terapia familiar, brindándole relevancia a los vínculos de dependencia entre pacientes y sus familias, apoyando en el alivio de la tensión que se presenta durante las crisis y conductas psicóticas en el paciente. Muchos de los primeros terapeutas de familias de esquizofrénicos basaron su trabajo en la misma investigación familiar, fusionada con la investigación y terapia real, por ejemplo, Jackson y Weakland en 1961 (Alanen, 1997).

En lo que respecta al enfoque sistémico, se abordan estas problemáticas desde el entendido de eliminar cualquier concepto de patología por completo, es decir, se considera un elemento innecesario en la percepción del sufrimiento humano (Pereyra, 2016). Este modelo se rige mediante lo que la gente hace, es decir, la información y objetivo a recabar es la tangible y comportamental, por lo tanto, es indispensable que la información que reporta el cliente sea entendida a la perfección por el terapeuta para poder realizar una intervención efectiva a través de su comprensión del panorama, contexto y puntos de referencia de la persona.

Para facilitar el análisis y comprensión de los sistemas familiares, algunos modelos y terapeutas utilizan el familiograma. Como menciona Pereyra en 2016 (p. 31), el familiograma “es una técnica usada para crear la representación esquemática de la familia y su historia, en forma de árbol genealógico. Tanto la familia como el terapeuta trabajan en la creación de este diagrama. En él se registra la información rápida y esquemática de la familia (configuraciones, jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio, los subsistemas y otros) de al menos tres generaciones. Este diagrama sirve de útil herramienta para el diagnóstico y objetivos del tratamiento”. Esta herramienta tiene como objetivo diversos puntos

- Señalar quienes están ligados directamente al avance del paciente.
- Definir los tipos de relación que existen en los miembros de la familia.
- Definir la naturaleza de límites y relaciones familiares y extrafamiliares.
- Evaluar una posible intervención de quienes están implicados en el problema.

Las explicaciones tradicionales de la presencia de alguna problemática que aqueja a una persona comúnmente están basadas en la concepción de la existencia de algún “defecto”, “aberración” o “patología” en esta misma, el paciente no puede ser reducido a su enfermedad y la enfermedad no puede ser llevada únicamente en el campo de la fisiopatología, comportamiento o cognición individual (Pereyra, 2016). A pesar de que existen diversas concepciones de la psicología hacia los defectos “patológicos” que pueden variar desde la influencia de experiencias tempranas, aprendizajes defectuosos o mal concebidos e incluso factores genéticos, en el enfoque sistémico no se recurre a ninguna connotación o idea de causa u origen, sino que se hace énfasis en que el “defecto” no existe solamente en el individuo, sino en la organización fundamental de la familia y sistemas (Schlanger, 2017).

La terapia sistémica es individualizada y contextualizada, trabaja con parejas, familias y en la mayoría de los casos es hecha a la medida, es decir, en ningún momento se debe categorizar la situación, problemática, queja o soluciones externadas por el paciente. Saber y conocer la perspectiva y “dónde está parado” del paciente ayuda al terapeuta a elegir sus palabras, intervenciones y herramientas de manera eficiente, siempre teniendo en consideración el tomarse el tiempo adecuado y pertinente para asegurarse que la problemática o pauta haya sido entendida completamente para no apresurar pasos dentro de las diversas sesiones.

Con los avances de la cibernética y su aplicación al campo de la psicoterapia sistémica, a lo largo de los años se llegan a formar diversas corrientes dentro de esta misma que darían paso a variados modos de intervención hacia las problemáticas abordadas en pacientes, contando con cuatro escuelas clásicas: Terapia del MRI de Palo Alto por Fisch, Watzlawick y Weakland; Escuela de Milán por Palazzoli, Cecchin, Boscolo y Prata; Terapia Estratégica por Haley y Madanes; y Terapia en Soluciones, teniendo dos vertientes, la Terapia Centrada por De Shazer y Insoo Kim Berg y la Orientada por O’Hanlon y Weiner-Davis; entre otras.

Sin embargo, para la facilitación en la comprensión de los casos prácticos que se abordarán a continuación dentro de esta tesina, mencionaré principalmente la Terapia Estratégica, Terapia Estructural y Terapia Orientada en Soluciones.

➤ Terapia Estratégica por Haley y Madanes: Son tipos de intervención en el que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los problemas de las personas que acuden a solicitar consulta (Pereyra, 2016). En esta escuela se describe a los problemas como un síntoma y respuesta hacia una interacción familiar disfuncional, por lo tanto, su principal marco de acción deviene en conocer cómo es que la familia construye el problema, para crear una intervención que rompa con la pauta-problema. Las técnicas

terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema, menciona Ochoa en 1995 (citado en Mandujano, 2006, p. 93).

- Intervenciones de la Terapia Estratégica:

- Directivas: Tienen la misión de lograr un cambio en la conducta de algunos componentes de la familia, proponiendo directamente realizaciones de conductas alternativas. Las directivas deben ser realizadas en aproximaciones sucesivas para asegurar su mayor índice de éxito.
- Secuencia sintomática: Ayuda a delimitar el encadenamiento de conductas circulares dentro del cual aparece el síntoma, mostrando los pasos a los que está sometido cada miembro de la familia y que constituyen el problema. Al intervenir sobre esta secuencia o patrón, esta se altera y pierde sentido, acercándonos a la resolución del problema.

- Intervenciones indirectas:

- Reencuadre: Consiste en cambiar el punto de vista conceptual o emocional de una problemática, redefiniendo en términos positivos. Esta técnica cuenta con una gran utilidad en pacientes rotulados con padecimientos como la depresión.
- Metáforas: Se utilizan analogías, dar una historia que el paciente ha de sacar una moraleja con la finalidad de informar, educar, curar y mandar mensajes de solución.

- Anécdota: La anécdota son experiencias propias (o cercanas) al terapeuta que podrán transmitir un mensaje relevante al paciente en cuestión, encasado a su problemática.

- Paradoja: Esta prescripción contiene una contradicción, ya que en la mayoría de ocasiones prescribe aumentar el síntoma de la problemática, es decir, se hace una demanda contraria a la expectativa.

- Ordalías: Esta técnica es elaborada por el terapeuta para generar una situación en la que obtener un síntoma prescrito proporcione más desventajas que no tenerlo, siendo este una acción o comportamiento detestado por el paciente.

- Terapia Estructural de Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman y Schumer: Es una terapia de acción y modificación centrada en el presente, analizando la estructura, subsistemas y límites en las dinámicas y construcciones familiares (Pereyra, 2016). Una familia es un sistema que opera en pautas transaccionales, es decir, se establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse (Mandujano, 2006).

En este tipo de terapia, se insiste en los límites de los subsistemas familiares y el mantenimiento de una jerarquía clara basada en la competencia parental para decidir los asuntos relacionados con la familia.

- Intervenciones de la Terapia estructural:

- Se analiza el campo transaccional en el que se relaciona la familia, para lograr un diagnóstico estructural.
- Realiza observaciones y plantea cierta cantidad de interrogantes.

- Encuadra la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, conductuales y cognitivas, diferentes.
 - Señala límites y pautas transaccionales (mapa de organización familiar)
 - Reestructura el orden jerárquico familiar.
 - Reestructura diferentes configuraciones relacionales como: triangulación, coalición y desviación de conflictos.
- Terapia Orientada en Soluciones de O'Hanlon y Michele Weiner-Davis: Este modelo es derivado de la obra de Milton H. Erickson, el cual para ejemplificar el cambio empleaba la metáfora de la bola de nieve rodando por una montaña, haciendo alusión a los pequeños cambios (Mandujano, 2006). Los terapeutas orientados a soluciones mantienen una fuerte expectativa en aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación del cliente-terapeuta y que van dirigidas a generar un cambio.

O'Hanlon y Weiner-Davis en 1993 mencionan cuáles son las tres cosas que se intentan hacer en esta terapia (citado en Mandujano, 2006, p. 75): Cambiar la “forma de actuar en la situación percibida como problema”; cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática.; evocar recursos, soluciones y capacidades que puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática.

▪ Intervenciones en la Terapia Orientada en Soluciones:

- Intervenciones sobre patrones: cambiar la frecuencia, tiempo, duración, interrumpir o impedir la aparición del problema, cambiar el lugar o añadir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar

la secuencia de eventos del patrón de la queja o, descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños.

- Intervenciones sobre el patrón del contexto: Estas tareas requieren la identificación sobre el patrón del contexto, consiste en indicar al cliente que premedite una situación diferente a la relacionada con el problema y que provoque una situación cuando crea que el problema se va a presentar.

En mi experiencia académica y de apreciación profesional, he vislumbrado que el modelo de terapia sistémica es altamente efectivo en la resolución de las problemáticas presentadas por la persona en cuestión, a través de la intervención de la cibernética en sus sistemas personales, familiares o de su entorno que alimentan cierta situación con connotación negativa por la que el cliente pide ayuda.

Con las intervenciones realizadas rompiendo las pautas de comunicación ineficiente en la problemática presentada, se consagrará una mejoría directa incluso de una sesión a otra al simplemente cambiar uno de los diversos componentes que intervienen en el sistema disfuncional a través de tareas, actividades paradójicas u otro tipo de herramienta que el terapeuta en cuestión utilice dependiendo de la rama sistémica a la que se apega.

A continuación, en la *Figura 3* se sintetiza la visión de la neuropsicología abordada a través de sus antecedentes, conceptualización y resolución de los padecimientos y resultados presentados en esta corriente.

Figura 3

Visión del Modelo Sistémico en su aplicación,

Antecedentes	<p>La psicoterapia sistémica cuenta con sus antecedentes en la ciencia de la cibernética, la antropología, teoría de juegos, la semántica, la lógica no ordinaria y la teoría de la comunicación humana tomando en cuenta los procesos de retroalimentación y circularidad de la comunicación humana, considerando énfasis en la comunicación paradójica y su relación con diversas problemáticas de recepción y/o comprensión de los mensajes brindados tales como la esquizofrenia, ahondado en las investigaciones de Gregory Bateson y colaboradores relacionadas a su obra “Hacia una teoría de la esquizofrenia” donde se rescata a profundidad la relación de la comunicación paradójica ante entre personas con dicha problemática.</p>
Conceptualización de las problemáticas	<p>La línea base de la que parte una problemática en la corriente sistémica deviene de los principios de la cibernética, es decir, de la comunicación humana entre subsistemas y sus procesos de retroalimentación que llegan a suscitar una problemática que la mayoría de ocasiones no logra su resolución sin la intervención de la psicoterapia.</p> <p><i>Escuela Estratégica:</i> La concepción de las problemáticas de esta escuela parte de la visión de la pauta problema, es decir, de la cadena de comunicación y acciones que mantienen viva la problemática.</p> <p><i>Terapia Estructural:</i> La concepción de las problemáticas se basa desde la dinámica familiar y funciones jerárquicas en sus miembros.</p> <p><i>Terapia Orientada en Soluciones:</i> Desde esta corriente la problemática no se considera ni toma importancia, las excepciones o premisas orientadas al cambio toman lugar como el factor fundamental para conseguir el éxito terapéutico.</p>
Resolución de las problemáticas	<p>Las problemáticas dentro de la psicoterapia sistémica llegan a su resolución en el momento que esta queja/problemática principal y prioritaria del paciente queda resuelta, derivado de las diversas intervenciones realizadas por el terapeuta sobre el patrón de comunicación llevado a cabo dentro del sistema y subsistemas.</p> <p><i>Escuela Estratégica:</i> Construir alternativas diversas a la pauta-problema principal.</p> <p><i>Terapia Estructural:</i> Se insiste en los límites de los subsistemas familiares y el mantenimiento de una jerarquía clara basada en la competencia parental para decidir los asuntos relacionados con la familia.</p> <p><i>Terapia Orientada en Soluciones:</i> Evocar recursos, soluciones y capacidades que puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática.</p>

Resultados	A diferencia de diversos modelos dentro de la psicología, los resultados de la terapia sistémica se ven reflejados a partir del primer cambio en la pauta de comunicación no efectiva del paciente con su sistema y subsistemas, por lo tanto, se puede vislumbrar resultados positivos desde la primera sesión.
------------	--

Nota: Esta figura muestra los antecedentes y concepción del modelo sistémico hacia la resolución de padecimientos y sus resultados realizados.

Capítulo 3: Casos de incidencia

En la actualidad el papel de la salud mental ha sido un tema importante en el desarrollo de una sociedad saludable, la Organización Mundial de la Salud (2016) ha colocado a los que se consideran trastornos mentales como uno de los tópicos de mayor impacto en los sistemas de salud a nivel mundial. Mediante el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME, 2019), se consideran los trastornos de ansiedad, depresivos, esquizofrenia y trastorno por déficit de atención e hiperactividad como los más frecuentes en la población mexicana.

Para los motivos e intereses de estudio de este documento, tomaré en cuenta las principales problemáticas abordadas dentro de estos casos de incidencia, es decir, la ansiedad, depresión y esquizofrenia para su revisión y análisis en cuanto a su modo de trabajar desde la neuropsicología, la terapia cognitivo-conductual y el modelo sistémico.

Durante la revisión de casos que se realizará en los próximos apartados, se tiene considerado un formato de análisis para abarcar el desglose de las intervenciones de los modelos en cada caso seleccionado, sin embargo, y como se apreciará mediante la lectura de los siguientes apartados, existen singularidades en cada uno de estos, no siendo compatibles en su totalidad con el formato establecido, por lo tanto, trataré de ajustarme a esa descripción dependiendo del caso, para hacer un análisis comprensible. La presentación del análisis (y de ahí la limitante) dependió de la información expuesta por los autores.

3.1 Método

Para el posterior análisis de los casos de incidencia dentro de los trastornos emocionales: ansiedad, depresión y esquizofrenia, se lleva a cabo una investigación cualitativa descriptiva basada en observación.

La selección de los casos presentados es bajo selección de casos clínicos intencional apegada a los criterios y oportunidades de búsqueda documental que ejemplifica de manera óptima la intervención clínica de los tres modelos revisados y su análisis mediante diversos criterios:

- Aspectos teóricos
- Aspectos evaluativos
- Aspectos técnicos
- Aspectos resolutivos

A través de la evaluación que se lleve a cabo de los modelos mediante análisis en estos cuatro aspectos, se podrá conocer cuál de estas corrientes presenta mayor eficacia (es decir, sus resultados en relación a los procedimientos y cumplimiento de objetivos terapéuticos) en casos clínicos desde la intervención hasta los resultados reportados.

3.2 Ansiedad

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés) en 2013, menciona que los trastornos de ansiedad son los que comparten las características de miedo (respuesta emocional a una amenaza inminente real o imaginaria) y ansiedad (respuesta anticipatoria a una amenaza futura) excesivos, así como alteraciones en sus conductas asociadas. La ansiedad es una reacción emocional normal que tiene el individuo hacia las situaciones amenazantes, sin embargo,

cuando estas reacciones se vuelven cotidianas se identifica como una patología. Según la Organización Mundial de la Salud (2017), las características principales del trastorno de ansiedad generalizada se presentan en ansiedad y preocupación excesiva sobre diversos aspectos como el trabajo o rendimiento escolar, siendo estos incluso precursores de síntomas físicos como la inquietud, nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, etc.

La ansiedad es una emoción normal y común dentro del panorama de vida del ser humano, esta es sinónimo de preocupación hacia eventos futuros, sentimientos de incertidumbre o presentimientos de que algo grave va a suceder, acompañado de síntomas físicos ubicados en diversas partes del cuerpo del sujeto en cuestión (Reyes-Ticas, 2005). Es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo esta una respuesta adaptativa (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003) que puede ser normal o patológica dependiendo el caso en específico.

La ansiedad normal cumple una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas, no se presenta como una respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden los parámetros aceptables, dejando de ser un estímulo de adaptación y convirtiéndose en un problema para el individuo. Es más corporal y compromete el funcionamiento del sujeto.

El término de ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan en forma de crisis o como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. Está estrechamente relacionada con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

Por lo tanto, cuando se habla de ansiedad se alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y

la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación de síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar solución al peligro (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y pueden persistir si no se tratan, normalmente la mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (American Psychiatric Association, 2013).

Dentro de la *Figura 4* se categorizan los tipos de ansiedad presentados por la American Psychiatric Association en 2013.

Figura 4

Tipos de ansiedad

Tipos de ansiedad	Descripción
Ansiedad por separación	La persona se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que se tiene apego. Normalmente estos síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, pero pueden expresarse en la edad adulta.
Mutismo selectivo	Se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (por ejemplo, la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones.
Fobias específicas	Se presenta miedo hacia situaciones u objetos precisos o se evitan. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos por la situación fóbica. Hay varios tipos de fobias específicas hacia animales, el entorno natural, sangre, inyecciones, heridas, situaciones, etc.
Ansiedad social	La persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, por ejemplo: reuniones con personas desconocidas.

Trastorno de pánico	<p>Se experimentan recurrentes e inesperadas crisis de pánico. Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos.</p> <p>Estas crisis pueden ser esperadas en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, así como inesperadas sin razón aparente</p> <p>Las crisis de pánico pueden actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.</p>
Agorafobia	<p>Los individuos con agorafobia se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y estar solos fuera de casa en otras situaciones.</p> <p>Se teme a estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a crisis de pánico y otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en la que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda.</p>
Ansiedad inducida por sustancias/medicamentos	<p>Engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos.</p>

Nota: American Psychiatric Association (2013).

3.2.1 Intervención en neuropsicología

Modelo	Caso	Referencia
Neuropsicología	Ansiedad	Balbi y Roussos (2012)

A través de la revisión bibliográfica de diversos textos (desglosados en la figura 5) aplicados a la investigación de la neuropsicología hacia los trastornos de ansiedad llevada a cabo por Balbi y Roussos (2012), en particular hacia el Trastorno de Ansiedad Generalizada, se encuentran diversos datos de interés a tomar en cuenta para conocer el proceso de abordaje que lleva la rama neuropsicológica hacia este trastorno. Se reconoce como el TAG como un trastorno prevalente, inhabilitante y crónico que cuenta con una tasa de recuperación de meramente el 40% con tratamientos psicológicos actuales. En este mismo trabajo de investigación titulado, “Investigación neuropsicológica en el Trastorno de Ansiedad Generalizada” se analizan dificultades en el estudio de diversas variables dentro del TAG y su funcionamiento en los aspectos neuropsicológicos, considerando la atención, memoria y las funciones ejecutivas como los procesos de mayor relevancia a estudiar dentro de los trastornos de ansiedad, como se concentra en la *Figura 5*.

Figura 5

Procesos psicológicos considerados para su revisión en la concepción de la TAG

Atención	<p>Se estudiaron sesgos en la atención selectiva a los estímulos faciales emocionales en el TAG (Mogg, Millar y Bradley, 2000, citado en Balbi y Roussos). La tarea consistía en presentar 4 tipos de rostros a los sujetos de estudio con diferentes expresiones: amenazante, feliz y neutral.</p> <p>Los resultados mostraron que los individuos con TAG eran más propensos a mirar primero la amenaza en lugar de rostros neutrales, dirigiendo su mirada hacia la cara de amenaza con mayor rapidez en lugar de alejarse de ella.</p>
Memoria	Normalmente los estudios aplicados a la memoria en trastornos de ansiedad toman en cuenta la memoria implícita y explícita. El término memoria

	<p>implícita hace referencia a la memoria que no requiere la recuperación intencional o consciente, mientras que la explícita si lo requiere.</p> <p>En esta evaluación se realizan de manera general pruebas de recuerdo libre, señalado y reconocimiento, se solicita que el sujeto recupere la información almacenada previamente (Redondo, Reales y Ballesteros, 2010, en Balbi y Roussos, 2012).</p> <p>Los sesgos en la memoria implícita son tradicionalmente asociados a los trastornos de ansiedad (Friedman, Thayer y Borkovec, 2000, citado en Balbi y Roussos, (2012).</p>
Funciones Ejecutivas	<p>Las funciones ejecutivas se definen como el conjunto de habilidades que permiten a una persona conducirse de forma intencional o independiente, dando resolución a sus problemas exitosamente por medio de su propia conducta (Balbi y Roussos, 2012), es decir, mantenimiento, direccionamiento, planificación, inhibición de conductas inapropiadas, etc.</p> <p>En una muestra de adultos mayores con diversos trastornos de ansiedad, una vez completada una batería neuropsicológica, Mohlman y Gorman en 2005 (citado en Balbi y Roussos, 2012) observaron que algunos, pero no todos los adultos mayores presentaban alteraciones de sus funciones ejecutivas.</p>

Nota: Balbi y Roussos (2012)

Mediante la atención neuropsicológica apegada hacia el considerado trastorno de ansiedad, siendo más específicos al Trastorno de Ansiedad Generalizada se actúa mediante las áreas que esta es apta para analizar, es decir, los procesos psicológicos, siendo la atención, memoria y funciones ejecutivas, los que se consideran relevantes dentro de los trastornos de ansiedad presentes.

Mohlman y Gorman en 2005 (citado en Balbi y Roussos, 2012) en sus revisiones respecto al tema, aplicaron su investigación hacia las funciones ejecutivas en la ansiedad a través de su funcionamiento en la Terapia Cognitivo Conductual, basando toda intervención dentro de este modelo, ya que se consideró que las técnicas de la TCC incrementarían las funciones ejecutivas de los pacientes, es decir, aumentar y refinar su empleo para manejar los síntomas.

Gracias a la revisión bibliográfica realizada (desglosada en la figura 5) para conocer el papel de la neuropsicología en casos de ansiedad, la intervención de dicha rama se concentra en la aplicación de baterías de pruebas psicométricas para localizar las afectaciones que se tienen dentro

de los procesos psicológicos o fisionomía del cerebro, no obstante, se suele dejar a la Terapia Cognitivo Conductual tomar acción a partir de dicho punto, es decir, dentro de la neuropsicología no se ha concebido un método de acción en concreto para dicho padecimiento más que para su evaluación.

3.2.2 Intervención cognitivo-conductual

Modelo	Caso	Referencia
TCC	Ansiedad	Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu (2014)

Descripción del caso:

Dentro del contenido a revisar en la corriente cognitivo-conductual dentro de la ansiedad se presenta la intervención en un caso de ansiedad y dificultades sociales atendido en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu, 2014):

Características.

- La paciente en cuestión es una mujer de 48 años, casada por segunda vez y con dos hijos de 18 y 20 años. Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales, trabaja como administrativa.
- El motivo de consulta refiere un continuo estado de ansiedad e irritabilidad, con mayor incidencia en las preocupaciones excesivas y la irritabilidad misma, acompañada de tensión muscular y respiración agitada.
- Los problemas mencionados por la paciente se suscitan durante la presencia de situaciones que salen de su control, por ejemplo: el comportamiento de sus hijos, conductas de sus padres y hermana, críticas en el trabajo, malentendidos con compañeros y llamadas frecuentes de su madre.
- Es observable un déficit en la asertividad en las verbalizaciones de la paciente, como “no sé cómo cortar a mi madre cuando llama por teléfono”, etc.

Relacionado con su historia de aprendizaje a comportamientos sumisos o inhibidos ante personas de autoridad o de su exmarido por sus comportamientos en público.

➤ La paciente es medicada con Lorazepam 1mg de forma ocasional cuando se presenta especialmente nerviosa.

Durante el análisis y evaluación que se realiza respecto al caso pertinente, se deben destacar diversos conceptos, donde, la paciente reaccionaba con ansiedad (Respuesta Condicionada) ante situaciones fuera de su control (Estímulo Condicionado). A lo largo de su vida, la paciente comenzó a generar ansiedad hacia estímulos variados (Estímulos Condicionados), desde comportamientos de terceras personas o pensamientos acerca de sus acciones, actividades o percepciones en su entorno.

Mediante el análisis funcional (es decir, comprender las motivaciones de las personas para hacer lo que hacen) se actúa directamente en la reducción de Respuestas Condicionadas de ansiedad antes de los Estímulos Condicionados, siendo prioritario intervenir mediante reestructuraciones cognitivas y el entrenamiento de habilidades sociales y asertivas, acción que a largo plazo reducirán los EC y generarán refuerzos positivos.

Tratamiento.

La duración del tratamiento constó de 12 sesiones de una hora de duración a la semana con un seguimiento de cinco sesiones, la primera de 15 días, las siguientes tres cada tres semanas y la última sesión hasta un mes después. Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu (2014) realizan el siguiente cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento:

Figura 6

Cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento del caso clínico

Sesión	Objetivos	Técnicas
--------	-----------	----------

1, 2, 3	Evaluación	Entrevista abierta y cuestionarios.
4	Explicación del análisis funcional, objetivos y tratamiento	Entrevista abierta.
5	Comienzo del tratamiento. Reestructuración del “deberías” sobre los demás. Explicar habilidades sociales, derechos asertivos y conductas interpersonales. Entrenar respiración abdominal.	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en habilidades sociales. Entrenamiento en respiración abdominal.
6	Reestructuración de “deberías” sobre los demás y sobre ella, así como la distorsión cognitiva de “personalización”.	RC
7	Reestructuración del “deberías sobre los demás”. Entrenamiento de relajación progresiva.	RC Entrenamiento en relajación progresiva.
8	Reestructuración de “deberías” sobre los demás y sobre ella. Entrenamiento en habilidades conversacionales (tomar el turno en la palabra)	RC Entrenamiento en habilidades sociales: modelado y moldeamiento.
9	Entrenamiento de habilidades conversacionales (tomar el turno en la palabra). Entrenamiento en parada de pensamiento.	Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. Modelado y moldeamiento. Parada de pensamiento.
10	Reestructurar distorsiones cognitivas “lector de mentes” e “inferencias arbitrarias”.	RC
11	Entrenamiento de habilidades en conversaciones (terminar conversaciones) y hacer críticas.	Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. Modelado y moldeamiento, refuerzo positivo y feedback (grabación de video).
12	Entrenamiento en manejo de la ansiedad, repasar logros y estrategias de afrontamiento. Comprobar eliminación de sesgos cognitivos.	Entrevista abierta. Entrenamiento en manejo de la ansiedad.
13	Traspasar control en el afrontamiento de	Entrevista abierta.

	problemas. Entrenamiento en contestar a críticas.	Entrenamiento en asertividad.
14	Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos. Resolver dudas sobre interacciones sociales. Normalizar preocupación ante problemas mayores y nuevas pautas de afrontamiento.	Entrevista abierta
15	Motivar la aplicación de estrategias que ya tiene: reestructuración cognitiva y habilidades asertivas.	Entrevista abierta. RC
16	Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos. Afrontamiento de problemas futuros.	Entrevista abierta. RC
17	Reforzar estrategias aplicadas y logros alcanzados. Afrontamiento de problemas futuros. Cierre de la terapia. Cuestionarios de evaluación.	Entrevista abierta.

Nota: Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu, (2014).

¿Cómo se define el problema?

La problemática, se concibe como “problemas de ansiedad”, cumpliendo con los criterios según el DSM-5 para el diagnóstico de TAG aunados a preocupaciones principales sobre diversos aspectos de vida desde el primer momento. Esta etiqueta a la problemática presentada por la paciente en cuestión es la que canaliza a los profesionales a regirse mediante diversos test y cuestionarios (desglosados en la sección de herramientas) para localizar y evaluar la medida en que la ansiedad interfiere en el día a día de la persona.

Dichos cuestionarios fueron aplicados en fases de pretratamiento y postratamiento para conocer la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo.

Herramientas:

- Se comienza la evaluación inicial con una entrevista abierta para evaluar los problemas de ansiedad y preocupaciones en los diversos ámbitos de la vida del paciente, especialmente en los pensamientos detrás de estas mismas y cómo se afrontan.

- Se evalúa su nivel de ansiedad con el cuestionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory).
- Se evalúa su estado de ánimo mediante el inventario BDI-II (Beck Depression Inventory).
- Se evalúa su conducta asertiva con el Inventario de Asertividad de Rathus.
- Se solicitó a la paciente un auto registro de los mencionados episodios de irritabilidad. Además, en sus distintos momentos del proceso se evaluaron pensamientos irracionales, rumiaciones, respuestas asertivas de interacción, de activación y tensión muscular.

Descripción de las intervenciones-técnicas:

Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu (2014) realizan la descripción de las intervenciones realizadas en este caso clínico mediante la siguiente figura:

Figura 7

Descripción de intervenciones realizadas en el caso clínico

Objetivos	Técnicas
Reducir la respuesta a la ansiedad mediante activación fisiológica y tensión muscular ante estímulos condicionados	Parada de pensamiento (Labrador, 2008) Respiración abdominal (Labrador, 2008) Relajación progresiva de Jacobson Entrenamiento del manejo de la ansiedad (Suinn, 1994).
Sustituir sus respuestas pasivas (realizar peticiones de otros que no desea hacer, no participar en conversaciones, etc.) y agresivas (recriminaciones, exigencias, etc.) por asertivas.	Entrenamiento de habilidades sociales y asertividad (Caballo, 2010). Exposición a responder de forma asertiva en situaciones de interacción social (Caballo, 2010).
Modificar sesgos cognitivos: afirmaciones “debería”. Exigencia sobre su propio	Reestructuración cognitiva (Terapia Cognitiva de Beck).

comportamiento y el de los demás. Necesidad de control y baja tolerancia a la incertidumbre.	
--	--

Nota: Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu, (2014).

Resultados

Los resultados de las intervenciones realizadas en este caso clínico son basadas cuantitativamente en los cambios obtenidos respecto a los resultados de pruebas y test aplicados antes y después del proceso terapéutico.

Por ejemplo, las puntuaciones del cuestionario STAI reflejaron una disminución en la ansiedad con correspondencia a la comparativa del pretratamiento al postratamiento y el seguimiento.

Por su parte, el Inventario de Rathus mostró dificultades en la paciente para comportarse de forma asertiva en diversas situaciones, finalizado el tratamiento se apreció una mejora en su puntuación respecto al asertividad.

La administración del BDI-II no aporta gran información respecto a que los índices de depresión al inicio del tratamiento siempre se demostraron bajos y así se mantuvieron en el postratamiento (Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu, 2014).

Tabla 1

Reporte de resultados de STAI, BDI e Inventario de Rathus

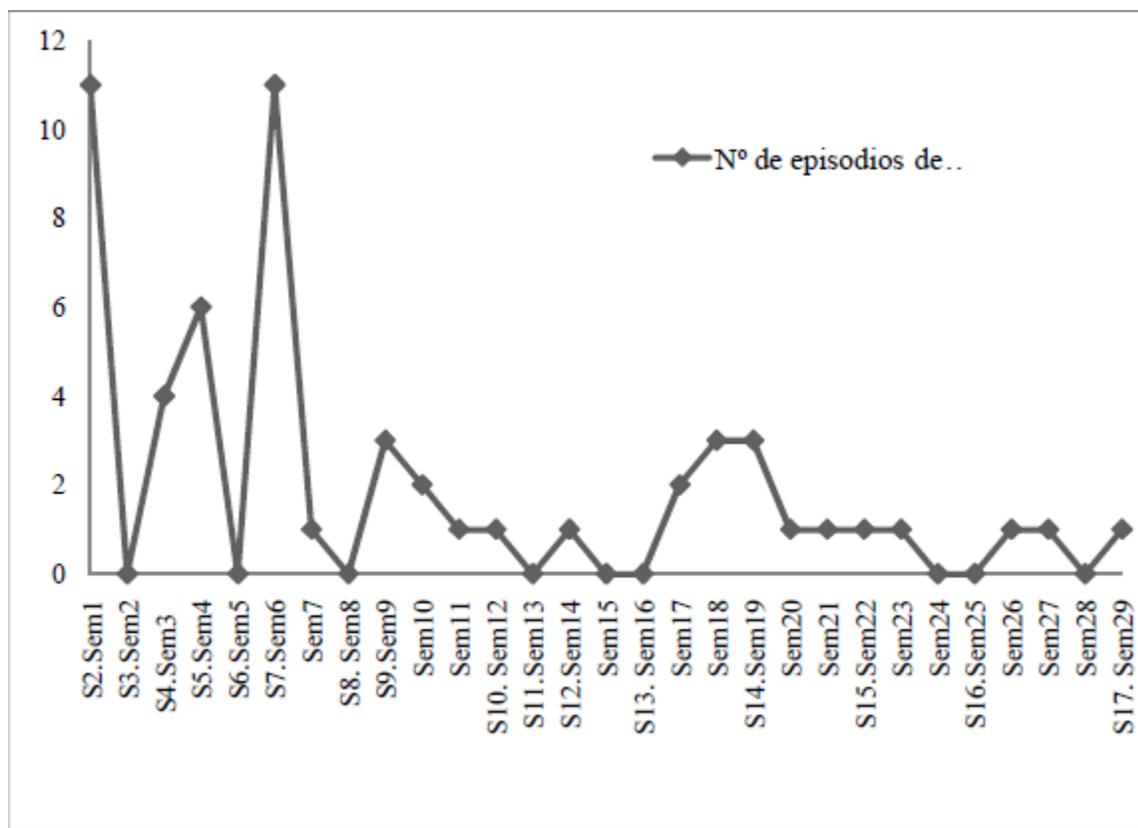
	Pre-Tratamiento		Post-Tratamiento		Seguimiento	
	Puntuac. directa	Percentil	Puntuac. directa	Percentil	Puntuac. directa	Percentil
STAI A/E	24	70	20	65	15	50
STAI A/R	33	85	20	45	7	3
BDI-II	10		4		2	
Inventario Rathus	10		29			

Nota: Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu, (2014).

El auto registro de episodios de irritabilidad llevado semanalmente demostró gran evolución en la ansiedad de la paciente, demostrando una gran baja de presencia de esta misma, siendo a la par, verbalizados por la persona en cuestión, externado experimentar disminuciones en sus episodios de irritabilidad, preocupaciones, conflictos y activación fisiológica (Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu, 2014).

Tabla 2

Gráfica de reporte del autorregistro presentado



Nota: Fernández-Marcos, Calero-Elvira y Santacreu, (2014).

Durante las sesiones de seguimiento (5 semanas) se observó una mayor habilidad de resolución de problemas de manera óptima de parte de la paciente, mantenimiento de logros y esforzándose por aplicar ella misma su restauración ante distorsiones cognitivas. Se expresaba haber modificado sus afirmaciones exigentes consigo misma (“deberías”) en sus contextos familiares, de trabajo y amistosos. No se ahonda más en la historia de la paciente.

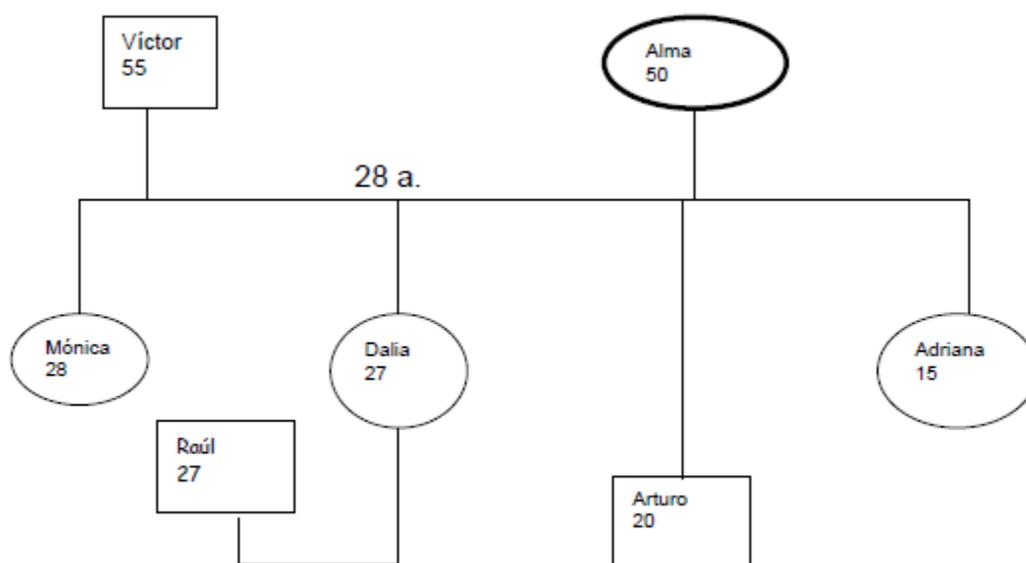
3.2.3 Intervención sistémica

Modelo	Caso	Referencia
Modelo sistémico – Terapia Breve Orientada a Soluciones	Ansiedad	Mandujano (2006)

Descripción del caso:

Figura 8

Familiograma presentado de la paciente Alma.



Nota: Mandujano (2006)

Este caso es atendido dentro del Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica de Maestría de la UNAM.

Alma, la paciente, reporta presentar problemas de ansiedad, que se manifiesta en un temblor de manos incontrolable, por otro lado, comenta tener una fuerte preocupación por su hijo

Arturo, ya que en alguna ocasión le encontró revistas de pornografía gay. Respecto a esto, se molestó mucho con él, ya que además abandonó la escuela.

Señala que comienza a sentirse avergonzada ante la gente, aunque esta no sepa absolutamente nada de la problemática que tiene respecto a su hijo, lo que la lleva a aislarse y sufrir su dolor a solas.

Por su parte, Víctor, el padre, manifiesta estar muy preocupado por su hijo al considerar que este “batea para el lado izquierdo, siendo esto algo que debe resolver con su hijo y hablar con él”, principalmente para decirle que tuviera cuidado, ya que la gente podría ser muy agresiva con él. Comenta que la orientación sexual de su hijo es algo que no acepta, pero que le gustaría trabajar en ello (Mandujano, 2006)

Características.

- Alma comenta que desde pequeño notaba cosas raras en su hijo, por ejemplo, jugar con muñecas o cosas relacionadas con niñas.
- No acepta el problema de su hijo y llega a renegar a Dios por su situación.
- Piensa que su hijo sufrirá y esto le genera mucha angustia al pensar que la gente lo puede agredir y rechazar.
- Quisiera creer que esta situación es una pesadilla.
- Toda esta situación generó entre ella y su hijo un distanciamiento, ya no miran la T.V. como antes, o la trata de un modo frío.

Objetivos terapéuticos:

- Alma comenta que le gustaría controlar sus estados de angustia y ansiedad que le generan el temblor de manos incontrolable.

- Alma y Víctor comentan que quieren trabajar el problema de la homosexualidad de su hijo y aceptarlo como es, recuperar el acercamiento.

Tratamiento.

El tratamiento se lleva a cabo respecto al modelo de terapia breve orientado a soluciones en un total de 5 sesiones.

Figura 9

Tratamiento llevado a cabo mediante intervenciones terapéuticas

Reencuadre.	Cambiar la percepción que Alma y Víctor tienen con respecto a su hijo, pasando de un problema de homosexualidad a uno de comunicación, ayudando mucho al trabajo terapéutico.
Identificación de situaciones donde no aparece el problema.	Alma tuvo que comentar cómo eran las cosas cuando el problema no estaba presente con su hijo, es decir, recordar las excepciones. Esto le permitió a Alma realizar algunos cambios, como ver una película juntos, abrazarlo, hablar por teléfono, todo esto estando más tranquilos y comunicándose más.
Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problema.	El terapeuta comentó que mucha gente que había tenido algún problema similar al de su hijo, lo había resuelto hablando, se señaló que esto no sería algo que resolvería el problema, pero que en otros casos parecidos al de ella había funcionado. Hablar de un modo distinto era la estrategia. Con respecto al nerviosismo y el temblor de la mano, se le mencionó a Alma que debía sacarlo de alguna forma. Se le comentó que el equipo terapéutico creía que ella tenía la inteligencia y visión para lograrlo, además, por lo mismo debería probar nuevas ideas y acciones para sacar esa angustia y nerviosismo.
Cambiar “la forma de ver” la situación percibida como problemática	Se le señaló a Alma que la condición de ser homosexual no es algo distinto al modo de vida de la demás gente y que los homosexuales son tan “normales” como cualquiera de los demás. A la pareja se le dio el mensaje de que su hijo era un hombre y que sus hijas eran mujeres, independientemente de sus preferencias sexuales y que a lo largo del tiempo no los había defraudado, que de lo que debían de hablar era de la orientación sexual de Arturo, y no de los fracasos de este en la vida, ya que sus hijos a lo largo de su desarrollo les habían dado muestras de amor y lucha y que eso era lo positivo de sus hijos.

Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.	Para Alma, el no pensar en el problema le ayudó y pudo hablar con su hijo, comenzó a salir a la calle como antes y eso le permitió no estar encerrada solamente en el problema. Se le dio la sugerencia de continuar usando estos recursos.
Toma de decisiones.	La Sra. Alma respondió favorablemente a la terapia, por lo que desde un principio se manejaron con ella las prescripciones directas. Hablar con su hijo, tratarlo de un modo diferente cuando el problema no estaba presente, hacer cosas distintas respecto a ella y sus problemas físicos, etc.

¿Cómo se define el problema?

Se define como un problema homosexualidad que se reinterpreta a lo largo de la terapia como uno de comunicación entre Alma, Víctor y su hijo Arturo, el cual desata la cadena de interacciones que mantienen vivo el problema.

Descripción de las intervenciones-técnicas

- Cambio de marco de referencia: Modifica la percepción de la paciente hacia ciertas situaciones.
- Identificación de situaciones donde no aparece el problema: Se identifican los momentos en los que el problema no está presente en la interacción de los sistemas.
- Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problema: Cambiar las acciones que se llevan a cabo al momento de la presencia de una situación problemática.
- Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problema: Se realiza un cambio de perspectiva en la forma de ver la situación problemática.
- Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicar a la situación que se percibe como problema: Hacer presentes y aumentar los recursos y soluciones fructíferas que lleva a cabo el paciente.

- Toma de decisiones.

Conclusión de la terapia.

Los objetivos de Alma con respecto a sus aspectos físicos, así como los compartidos con su esposo asociados al problema de la homosexualidad de Arturo, fueron alcanzados, por lo que se les dio de alta.

3.3 Depresión

La depresión es un trastorno de la salud mental caracterizado por una tristeza persistente y falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras (Organización Mundial de la Salud, 2015). Según la APA (2013), la depresión consiste en una profunda tristeza o desesperación cuya duración se extiende más allá de unos pocos días, interfiriendo con las actividades de la vida cotidiana y llegando incluso a provocar dolores físicos. Esta presenta un importante problema de salud mental, siendo esta la condición crónica más común después de la hipertensión en la práctica médica general (Wells, Strum, Sherbourne y Meredith, 1996, citados por Cassano y Fava, 2002) al ser una enfermedad de causa emocional o afectiva que se caracteriza por síntomas psíquicos (tristeza, desmoralización, pérdida de la autoestima) y físicos (pérdida del apetito y peso, cansancio, dolores y trastornos del sueño).

La depresión tiene diversas causas en su origen (Depresión, 2021) desde la tristeza patológica considerada como el momento en el que el nivel es tan elevado que interfiere negativamente en todas las áreas de la vida normal de un individuo; la apatía tomada en cuenta desde que el sujeto se queda sin ganas de nada (incluidas las ganas de vivir) y que nada le resulte placentero, alteraciones del sueño, alteraciones de la conducta alimentaria y de peso, reducción de energía, culpa excesivo, pensamientos suicidas y alteraciones interpersonales.

Las causas de esta misma incluye importantes interacciones de factores ambientales, psicológicos, biológicos y genéticos, es decir, antecedentes en el ámbito familiar, comportamientos adquiridos, habilidades sociales inadecuadas, descenso de neurotransmisores como dopamina o serotonina adversidades en la infancia, exposición a situaciones difíciles, duelo, pérdida o incluso desempleo que contribuyen al desarrollo de la depresión y pueden propiciarla (OMS, 2015), siendo capaz de suceder en personas de todas las edades (adultos, adolescentes, adultos mayores, etc.).

Los síntomas que se llegan a manifestar en esta patología:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de veces.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza o abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.
- Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual.

Existen dos tipos principales de depresión, siendo la depresión mayor y el trastorno depresivo persistente, los más comunes (Medline, 2019):

Figura 10

Tipos principales de depresión

Depresión mayor	Trastorno depresivo distímico
Es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico en la recurrencia. Sucede cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria por semanas o periodos largos de tiempo.	Se trata de un estado de ánimo depresivo que dura 2 años. A lo largo de este periodo de tiempo, puede tener momentos de depresión mayor junto con épocas en las que los síntomas son menos graves.

Nota: Medline, (2019).

Los síntomas provocados por la depresión mayor pueden variar según la persona (American Psychiatric Association, 2013). Para determinar el tipo de depresión presente en cada individuo un profesional debe sumar uno o más especificadores, es decir, características particulares depresivas, como:

- Depresión ansiosa: depresión a la que se le suma la inquietud o preocupación inusual por posibles eventos o pérdida de control.
- Características combinadas: depresión y manía en simultáneo, que comprenden autoestima elevada, hablar demasiado, aumento de energía.
- Características melancólicas: depresión grave con falta de respuesta ante cuestiones que solían proporcionar placer y que está asociada a despertarse temprano en la mañana, a que el estado de ánimo empeora durante la mañana, cambios en el apetito y sentimientos de culpa, agitación o pereza.
- Características atípicas: depresión que comprende la capacidad de alegrarse momentáneamente por acontecimientos felices, mayor apetito, necesidad excesiva de dormir, sensibilidad al rechazo y sensación de pesadez fisiológica.
- Rasgos psicóticos: depresión acompañada de delirios o alucinaciones, lo que puede implicar limitación para cumplir con sus tareas u otras cuestiones negativas.
- Catatonía: depresión que comprende actividades motoras relacionadas con descontrolados y sin sentido, o una postura fija y rígida.
- Comienzo en el periparto: depresión que se manifiesta durante el embarazo o en las semanas o meses posteriores (posparto).
- Patrón estacional: depresión relacionada con los cambios de las estaciones y con una menor exposición a la luz solar.

Para llegar al diagnóstico de un episodio depresivo o distimia es necesario entrevistar al paciente y comprobar que cumple con los criterios que se establecen en DSM V o CIE-10 (Alarcón, Gea, Martínez, Pedreño y Pujalte, 2018) dependiendo la intervención terapéutica y modelo que se utilice, ya sea para considerar un episodio depresivo leve con síntomas mínimos como el ánimo depresivo, disminución de interés y capacidad de disfrutar, así como el aumento de la fatigabilidad; un episodio depresivo moderado donde se intensifican los síntomas con mayor duración; o un episodio grave con grandes indicios de angustia o agitación, pérdida de estima de sí mismo, sentimientos de inutilidad o culpa, además del riesgo de suicidio.

3.3.1 Intervención en neuropsicología

Modelo	Caso	Referencia
Neuropsicología	Depresión	Díaz-Regañón, López-Híges, Alarcón, Castillo y Cavas (2010)

Descripción del caso:

Varón de 53 años que ingresa por depresión delirante desde urgencias derivado del hospital como candidato a la administración de Terapia Electroconvulsiva (TEC). En el trabajo del paciente se ha implementado un nuevo sistema informático que refiere que le ha estresado, comenzando a dormir mal, no comer, obsesionarse con el tema del manejo del software, pensaba que lo iban a echar y que perjudica a la empresa a tal punto de cerrarla por su culpa, su ingreso a prisión y por lo tanto también ingresaría su hijo que trabaja en la misma empresa (Díaz-Regañón, López-Híges, Alarcón, Castillo, Cavas, 2010).

Ante esta situación sus compañeros de trabajo le recomiendan tomarse algunos días de descanso, sugerencia que el paciente no acepta, de hecho, pasa aún más horas dentro de su trabajo. Comienza tratamiento antidepresivo y antipsicótico a nivel ambulatorio, debido al aumento de sus síntomas, su jefe le acompaña a urgencias en el hospital de referencia donde se recomienda su ingreso. Posteriormente el paciente no admite su ingreso y se decide que vuelva a su hogar donde su ex mujer e hijo se hacen cargo de él, sin embargo, ante el empeoramiento de los síntomas se acude a urgencias ante la dificultad del manejo depresivo.

Se realiza el traslado a la unidad de hospitalización psiquiátrica de Elche (Díaz-Regañón, López-Híges, Alarcón, Castillo, Cavas, 2010).

Características.

- El paciente vive solo.
- Trabaja como contable en una agencia de viajes donde también labora su hijo.
- No existen antecedentes médicos o psiquiátricos sin tratamiento.
- Sin antecedentes familiares psiquiátricos significativos, sin embargo, su hijo se encuentra en tratamiento por cuadro depresivo.

Tratamiento

Tras una primera exploración mediante una entrevista clínica y observación directa, se decide valorar la personalidad y actitudes del paciente que están influyendo significativamente en el afrontamiento de su situación actual y en el posterior desarrollo del trastorno depresivo. Se emplearon dos cuestionarios.

- McMI-II (Test de personalidad de Milton): Se destacan las puntuaciones elevadas de ciertas escalas, siendo la esquizoide, fóbica, dependiente, compulsiva, autodestructiva, esquizotípica y paranoide las más relucientes. Con los resultados de este test, así como de sus entrevistas realizadas y el conocimiento de la personalidad previa del paciente, destacan rasgos anancásticos.
 - Perfeccionismo desproporcionado, hasta el punto de llegar a perder la perspectiva global de la situación.
 - Limitada capacidad para expresar emociones afectivas (limitadas relaciones sociales)
 - Rigidez y obstinación.
 - Falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas que reflejan una profunda inseguridad

personal.

- Escala EAD (Escala para la evaluación de actitudes disfuncionales): Todas las puntuaciones son negativas y cercanas a la puntuación máxima de vulnerabilidad psicológica (-10). Se resaltan los siguientes resultados:
- Aprobación (-9): Elevada vulnerabilidad a la crítica o desaprobación.
 - Omnipotencia (-8): Excesiva tendencia a la responsabilización de sentimientos y tareas personales como ajenas.
 - Derechos (-8): Poca tolerancia a la frustración ante situaciones que se creen injustas, con posibilidad de un derrumbe emocional.
 - Perfeccionismo (-7): Baja valía personal en base a la calidad de los resultados de las tareas.
 - Realización (-6): Poca tendencia significativa a la valoración de sí mismo.
 - Amor (-6): Vulnerabilidad escasa al distanciamiento afectivo de los significativos.
 - Autonomía personal (-6): No tiende a la responsabilización de su situación emocional, atribuyéndole a acontecimientos externos.

Posteriormente a esta evaluación mediante cuestionarios utilizados en neuropsicología, se llevó a cabo la intervención que aborda el artículo citado, es decir, la Terapia Electroconvulsiva, a la cual, después de su aplicación, se decide valorar los efectos secundarios de esta terapia sobre la memoria, evaluándose mediante el Test de Retención visual de Benton, utilizando 10 seg de observación y reproducción inmediata, valorando errores y aciertos (Díaz-Regañón, López-Híges, Alarcón, Castillo, Cavas, 2010).

Se resalta que la intervención de TEC realizada en el paciente tuvo resultados positivos, ya que, al alta, se observa al paciente casi sin componentes delirantes, trastornos del apetito, sueño o deterioros cognitivos. En este caso, no se presenta un número de sesiones en específico, al ser la evaluación neuropsicológica solo una herramienta más en el tratamiento de la TEC

3.3.2 Intervención cognitivo-conductual

Modelo	Caso	Referencia
TCC	Depresión	(Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016).

Descripción del caso:

En el caso presentado dentro de la corriente cognitivo-conductual respecto a la depresión, se ha realizado una revisión a un caso clínico atendido en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Universitario de Elche en Alicante, España (Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016).

Características.

- La paciente en cuestión es una joven de 18 años de edad, cursa el primer año de bachillerato y es la mayor respecto a su hermana de 15 años. Ambas viven en el mismo domicilio con sus padres.
- Acude a consulta demandando atención por problemas de ansiedad derivada a sus exámenes escolares, sintiéndose nerviosa, con dolor de cabeza y estómago. Refiere que en diversas ocasiones le ha sucedido quedarse en blanco al momento de presentar alguna evaluación, llegando a suspender tres materias.

- La paciente ha recibido tratamiento psicológico desde hace dos años por problemas de ansiedad principalmente.
- Es una persona responsable que nunca ha dado ninguna clase de problema, sus padres la consideran una buena persona.
- Comenta que sus padres siempre han tenido altas exigencias hacia ella en el tema académico. A raíz de reprobado sus exámenes ella percibe que les ha fallado (a sus padres).
- Explica que cuando llega a tener un examen próximo empieza a inquietarse y sentirse mal, nerviosa y con miedo de quedarse en blanco (bloqueada).
- A partir de las primeras entrevistas de tratamiento y evaluación, se empieza a informar la presencia de síntomas depresivos, refiriendo sentirse triste y sin esperanza, sin ganas de hacer nada y con una visión negativa de sí misma (ideas esporádicas de muerte) y del futuro.
- Se constata también que la paciente presenta baja autoestima. Comenta que tiene pocas amistades, se lleva bien con su hermana y madre, pero la relación con su padre atraviesa por problemas de comunicación.
- Tras la evaluación y realización del análisis funcional del caso se constata que la paciente presenta síntomas depresivos graves al obtener una puntuación de 31 en el Inventario de Depresión de Beck (Beck, et al., 1979, en Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016), por lo cual se toma la decisión de centrar la intervención en la depresión, al considerarse de mayor gravedad, dejando en segundo plano la ansiedad ante los exámenes, así como otras variables que mantienen el problema.

Tratamiento.

Figura 11

Cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento del caso clínico

Sesión	Objetivos	Técnicas
1	Evaluación y recogida de información.	Entrevista inicial.
2	Evaluación mediante autoinformes (BDI, ISRA y Rosenberg).	TAS-20 y cuestionario de autoestima.
3	Psicoeducación y revisión de tareas. Entrenamiento en respiración diafragmática y activación conductual.	Práctica de la respiración y actividades agradables.
4	Revisión de tareas y entrenamiento en auto instrucciones de afrontamiento.	Práctica de auto instrucciones Respiración Actividades agradables.
5	Revisión de tareas y actividad “Escala de Autoestima”	Actividades agradables. Actividad para la autoestima (reconocimiento de las limitaciones).
6	Revisión de tareas. Entrenamiento para la asertividad y reestructuración cognitiva. Actividad para la autoestima (afirmaciones positivas y derechos inalienables)	Hábitos saludables (dieta y ejercicio físico)
7	Revisión de tareas y reestructuración cognitiva. Actividad para la autoestima (autorrespeto).	Registro y discusión cognitiva. Actividades agradables y ejercicio.
8	Revisión de tareas. Discusión cognitiva. Actividad para la autoestima (restauración del ego).	Actividades agradables Distorsiones cognitivas.
9	Revisión de registros.	

	Nueva evaluación (post test).	
10	Refuerzo de logros. Cierre	
11	Seguimiento (2 meses)	
12	Seguimiento (4 meses)	

¿Cómo se define el problema?

El problema en este caso clínico es definido desde la visión patológica de la depresión, misma que es atribuida debido a los resultados que reflejan las herramientas aplicadas en la paciente en cuestión, es decir, aunque se reflejan problemáticas de ansiedad, falta de autoestima y depresión, según estos test, es la última mencionada la que muestra una escala mayor de presencia dentro del caso, por lo tanto, se toma prioridad para atenderla.

Herramientas:

- Entrevista semiestructurada para la elaboración de historia clínica de la Unidad de Salud Mental.
- Escala de Autoestima de Rosenberg. Este cuestionario se puede administrar individual o grupal. Cuenta con puntos de corte, considerando: entre 10 y 20 puntos indicativo de baja autoestima, entre 20 y 30 autoestima media y entre 30 y 40 alta autoestima (Rosenberg, 1965, en Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016).
- Inventario de Depresión de Beck calidada por Vázquez y Sanz en 1991 (citado en Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016). Cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos y puede utilizarse a partir de los 13 años.

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, citado en Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016). Se trata de un modelo de tres sistemas de respuesta, evalúa los niveles generales de ansiedad y sus sistemas de respuesta (motor, fisiológico y cognitivo), así como situaciones específicas de ansiedad, por ejemplo, fobias.
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), desarrollada por Bagby, Parker y Taylor en 1994 (Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016) y consta de 20 ítems que localizan la dificultad para la discriminación de señales emocionales, dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos.

Descripción de las intervenciones-técnicas:

- Entrevista inicial: Recogida de información necesaria para la contextualización y análisis funcional del caso.
- Práctica de la respiración y actividades agradables: Consta en la psicoeducación y revisión de tareas asignadas a la paciente, junto al entrenamiento en respiración diafragmática de activación conductual.
- Práctica de autoinstrucciones: Entrenamiento en autoinstrucciones de afrontamiento.
- Actividades agradables: Se utilizan las escalas de autoestima y su reconocimiento en las limitaciones.
- Hábitos saludables: Entrenamiento en asertividad y manejo de reestructuraciones cognitivas.

Resultados

Se observa una clara mejoría en la paciente desde el pretratamiento al postratamiento, dado a que la puntuación obtenida en el inventario de depresión de Beck se reduce de una puntuación directa de 31 (depresión severa) a 17 (riesgo de sufrir una depresión) (Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016).

De acuerdo con el análisis estadístico presentado por los autores, “la ansiedad se reduce ligeramente en todas las dimensiones, sin embargo, esta no es significativa, presentando aún una ansiedad severa en todas dimensiones”. Esto a través de los resultados del Inventario de Situaciones y Respuestas, antes y después del tratamiento.

En cuanto a los resultados obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg en el antes y después del tratamiento, las puntuaciones directas obtenidas son de 18 y 19, mostrando una diferencia no significativa en este ámbito. Durante el tratamiento de la variable alexitimia, medida mediante la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) se encontró en todo momento en la normalidad, por lo tanto, no se consideró trascendental esta variable.

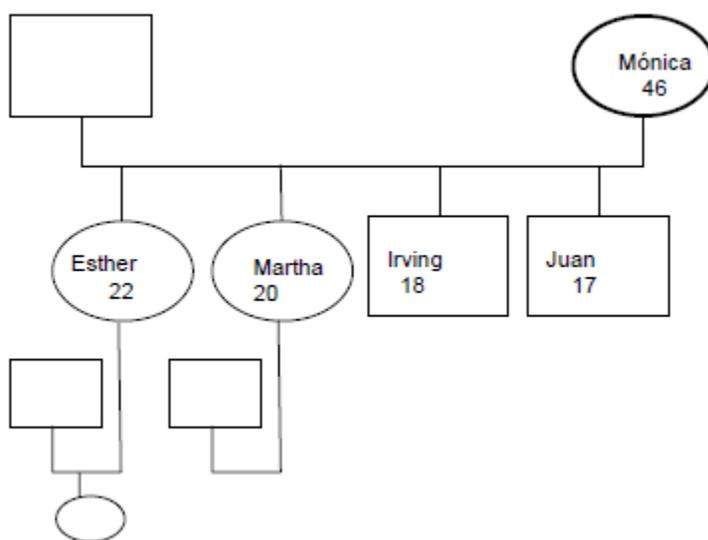
3.3.3 Intervención sistémica

Modelo	Caso	Referencia
Modelo Sistémico - Estratégico	Depresión	Mandujano (2006)

Descripción del caso.

Figura 12

Familiograma de Mónica.



Nota: Mandujano (2006).

Este caso es atendido dentro del Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica de Maestría de la UNAM.

Mónica es una mujer de 46 años que presenta problemas con sus dos hijos, Juan e Irving. Por su parte, Juan presenta problemáticas de llegar por las madrugadas en estado de ebriedad, ante esa problemática, Mónica no sabe qué hacer, más que regañar a su hijo, sin mostrar esta acción resultado alguno, sino que, por el contrario, la relación de ambos se convierte más distante (Mandujano, 2006). Esta problemática es presentada desde que Juan tenía 14 años (actualmente a la fecha del caso, tiene 17 años).

Por su parte, Irving de 18 años comienza a ser agresivo y aislado con Mónica al no estar de acuerdo con como ella consideraba a Juan, esperándolo por las madrugadas y dándole de desayunar por las mañanas, él considera que “si su hermano no estudia y además genera problemas en la casa, la familia no tiene por qué ayudarlo”. La relación entre hermanos es distante.

En cuanto a su pareja, su esposo la responsabiliza de lo sucedido, alegando que los consintió mucho y toda la problemática es consecuencia de esos mimos.

Características:

- Mónica ante el problema decidió asistir a Al-Anon durante cuatro meses, infructífera mente ya que su relación familiar no cambió en nada, por el contrario, se tornaba cada vez más distante y problemática.
- Mónica se siente sola debido a esta situación.
- Su matrimonio siempre ha sido distante y problemático.
- Irving comenta que, al finalizar el bachillerato, se irá de la casa aunque las cosas llegaran a cambiar. Juan comparte la misma idea.
- Mónica considera que, si sus hijos se van, entonces ella hará lo mismo.

Descripción de las pautas presentadas:

Figura 13

Pautas presentadas en la relación y mantenimiento problemático de Mónica y sus hijos.

Pauta de Juan y Mónica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es fin de semana y Juan no llega a casa o llega tarde. 2. Mónica se encuentra preocupada y molesta por la situación, no haber llegado ni avisado que llegaría tarde. 3. Juan llega a casa muy tarde o al día siguiente. 4. Mónica reclama el por qué llegó tarde o al día siguiente. 5. Irving le dice a su mamá que no se preocupe, que su hermano sabe cuidarse y que, además, casi siempre se encontraba en casa de un amigo bebiendo. 6. Al percatarse que Juan huele a alcohol o en estado de
------------------------	--

	<p>ebriedad, se enoja y le reclama más.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Juan se enoja y se encierra en su cuarto. 8. Los días siguientes, Mónica trata de hablar con Juan, le reclama y le dice que por qué no estudia o busca un trabajo en lugar de estar bebiendo 9. Ambos discuten y no llegan a ningún acuerdo. 10. Llega el fin de semana y la pauta se repite.
Pauta de Irving y Mónica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mónica se encuentra preocupada por el distanciamiento entre ella y su hijo. 2. Mónica trata de acercarse a él, ya sea para abrazarlo o darle un beso. 3. Irving le dice que no lo haga, que no quiere que ella se le acerque. 4. Mónica pregunta por qué se encuentra enojado. 5. Irving le dice que tiene muchas cosas de las cuales preocuparse (escolares). 6. Mónica le dice que tal vez ella puede ayudarlo e insiste en saber de qué trata la molestia de su hijo. 7. Irving se molesta más, se encierra en su cuarto o sale a la calle. 8. Al día siguiente, Mónica le pide disculpas a su hijo y que tratará de no involucrarse en su vida. 9. Mónica se encuentra preocupada y la pauta se repite.

Tratamiento.

➤ Intervenciones sobre la pauta

1. En el caso de Mónica, se le pidió que modificara el patrón que tenía con respecto a la relación con sus hijos. En ambos casos, cesó de insistir con respecto a los problemas y se le sugirió “intentar controlar la preocupación que tiene por ellos”.
2. En el caso de Juan, se le pidió que fuera más cordial y que sólo en los momentos de sobriedad, tratara de hablar con él, sin reclamos. Con respecto al problema del alcohol, se le dijo que tratara de evitar el tema y hablara de otras cosas, incluso de su preocupación por ellos como madre.

3. Para el caso de Irving, la instrucción fue la misma. Dejar de insistir para saber cuáles son sus problemas, se le pidió que se acercara poco a poco, como antes. Si Irving se encontraba despreocupado le permitiría un acercamiento, en caso contrario debería dejarlo a solas.

En ambas situaciones, la instrucción consistió en dejar de hacer lo que regularmente generaba problemas con sus hijos.

➤ Reencuadre.

En varias ocasiones se usó para modificar la percepción de Mónica respecto a su problemática.

1. De situaciones problemáticas que fueron las que Mónica empleaba al referirse a sus hijos, se pasó a situaciones difíciles, comunes en muchos padres con hijos adolescentes (normalización).
2. De una mujer débil y sin recursos ante los problemas de sus hijos, por el de una madre que estaba luchando por encontrar el bienestar de ella y su familia.

➤ Directivas.

1. Se le dijo que ella debía cambiar. Si ella cambia, los demás cambiarán.
2. Dejar de hacer reclamos e intentar mejorar la relación, buscar una forma distinta de acercamiento.

Objetivos terapéuticos:

1. Resolver las situaciones problemáticas con sus hijos.
2. En el caso de Juan, encontrar en la terapia la ayuda necesaria para que su hijo deje de beber.

3. Por su parte, tratándose de Irving, se busca encontrar los medios que permitan acercarse a él y recuperar la relación madre-hijo que mantenían anteriormente, es decir, apoyo, cercanía y facilidad de conversación.

¿Cómo se define el problema?

El problema presentado por Juan e Irving radica en una conducta adaptativa a la situación problemática presentada por el sistema familiar. Los hijos ocupan una mayor jerarquía (incongruente) a comparación del resto de la familia. Esto demuestra que, en la familia, hay niveles inadecuados o conflictivos en la comunicación, marcando diferencias en estos niveles y lucha por el poder entre los diversos miembros del sistema identificado.

Por parte de la paciente, el motivo de consulta se maneja como “depresión y alcoholismo”.

Descripción de intervenciones-técnicas

- Intervenciones sobre la pauta: Rompimiento de las pautas establecidas e identificadas a través de acciones distintas.
- Reencuadre: Modifica la percepción de la paciente hacia ciertas situaciones.
- Directivas: Acciones concretas que los pacientes tienen que ejecutar.

Resultados

A través de ocho sesiones, aplicando el modelo estratégico, la terapia concluyó satisfactoriamente. Mónica pudo alcanzar los dos objetivos principales planteados en la terapia, las relaciones familiares cambiaron, Juan dejó de beber y consiguió un empleo. Con respecto a Irving, dijo que la relación volvió a ser como antes, cordial, y que entre hermanos se dio un mayor acercamiento. Se le dio de alta.

3.4 Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por una importante deficiencia en la forma en la que se concibe la realidad (OMS, 2021), contando con cambios en el comportamiento en la persistencia de ideas delirantes, alucinaciones, razonamiento y comportamiento desorganizado, así como la limitación del habla. expresión de emociones, incapacidad de experimentar placer, agitación extrema y/o retraimiento social. De igual manera, esta misma organización considera que la esquizofrenia puede estar provocada por la interacción entre la dotación genética y una serie de factores ambientales y psicosociales.

Para la APA (2013), la esquizofrenia se define como un trastorno de la mente grave que afecta los pensamientos, sentimientos, estados de ánimo y funcionamiento general de una persona, pudiendo llegar a causar problemas cognitivos, de memoria, atención y concentración.

Esta es considerada una enfermedad mental grave que usualmente se manifiesta en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta (Alanen, 1997), la cual puede comenzar repentinamente o de manera gradual. Varios factores pueden contribuir al riesgo de que una persona presente esquizofrenia, como lo informa el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) en Estados Unidos en 2021, estos factores son tres:

- **Genética:** Algunas veces la esquizofrenia es hereditaria, sin embargo, esta no es un factor decisivo para que una persona la presente.
- **Ambiente:** Los aspectos del entorno y las experiencias de vida pueden desempeñar una función en el desarrollo de la esquizofrenia, desde vivir en la pobreza, entornos estresantes o peligrosos, exposición a virus o problemas nutricionales antes del nacimiento.

- Estructura y función del cerebro: Estructura y función del cerebro: Es más probable que las personas con esquizofrenia tengan diferencias en el tamaño de ciertas áreas del cerebro y las conexiones que las conforman, pudiendo desarrollarse incluso antes del nacimiento.

Un aspecto general de los síntomas en la esquizofrenia es la desorganización de la personalidad como una verificación de la realidad (Alanen, 1997), es decir, se ha perdido la capacidad para diferenciar experiencias internas y percepciones del mundo exterior, es decir consecuencia la aparición de alucinaciones, siendo las auditivas las más comunes, delirios y pérdida de la verificación de la realidad. Es típico en casos de esquizofrenia que la frontera psicológica que separa al yo de los otros tiende a borrarse, experimentando el paciente simultáneamente con el mismo y como otra persona vista en televisión, como si fueran las sensaciones de otra persona.

La esquizofrenia no es una enfermedad unificada, Eugen Bleuler en 1911 (citado en Alanen, 1997) considera que el grupo nuclear de la esquizofrenia consiste en tres subcategorías: hebefrénica, catatónica y paranoide.

Figura 14

Subcategorías nucleares de la esquizofrenia

Esquizofrenia hebefrénica	La desorganización y la regresión del yo es más profunda en la esquizofrenia hebefrénica, contando también con un comienzo más precoz que puede manifestarse de manera gradual. Las alucinaciones auditivas predominan, aunque también están presentes algunos otros trastornos más leves.
Esquizofrenia catatónica	Habitualmente tiene un inicio agudo, presentando alteraciones psicomotoras, además de demás síntomas en forma de estupor o de pánico que puede llegar a una agitación violenta.
Esquizofrenia	Predominan los delirios y alucinaciones asociadas, auditivas y sensaciones

paranoide	somáticas de ser influenciado por otros.
-----------	--

Nota: Bleuler, (1911).

3.4.1 Intervención en neuropsicología

Modelo	Caso	Referencia
Neuropsicología	Esquizofrenia	Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros (2017)

Descripción del caso:

Se realizó un análisis (Jiménez, 1998, citado en Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017), con un alcance descriptivo para la realización de un perfil neuropsicológico.

Características.

- Paciente masculino de 52 años, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde los 17 años.
- Los primeros 20 años de su historia evolutiva de enfermedad predominaron los síntomas positivos que llevaron a cabo conductas agresivas, requiriendo múltiples intervenciones y manejo antipsicótico
- Aumento gradual de alteraciones motoras y profundización de síntomas negativos como el aislamiento social, abulia, aplanamiento afectivo, etc.
- Presenta insomnio de conciliación, múltiples despertares, manifestaciones ansiosas de tipo agorafóbicas y sintomatología obsesivo compulsiva, llegando a cumplir criterios para realizar el diagnóstico comórbido de TOC.
- El paciente se encuentra en tratamiento antipsicótico atípico (risperidona 4,5 mg/día) y antidepresivo tricíclico (clomipramina 300 mg/día).

- A partir de la observación conductual, se encontró un paciente alerta y consciente durante el transcurso de las sesiones, siendo colaborador y participativo, orientado en persona, espacio y tiempo.
- Cuenta con porte, actitud y lenguaje apropiado, demostrando un buen nivel de funcionalidad en su día a día (a pesar del deterioro cognitivo secundario al trastorno de esquizofrenia).

Herramientas:

- Sub-pruebas de la escala de inteligencia Wechsler para Adulto-WAIS III (Tulsky y Zhu, 2003 en Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017).
- Programa integrado de exploración Neuropsicológica-Test Barcelona (Peña-Cassanova, 1991, en Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017).
- Curva de Aprendizaje del Test Verbal de California (Ardila y Otrosky, 2012, en Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017)
- Test Figura Compleja de Rey-Osterrieth (Rey, 2009, en Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017)
- Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) (Pereira-Manrique y Reyes, 2013, citado en Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017)
- Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST).
- Test del Trazo (TMT-A y TMT-B) (Strauss, Sherman y Spreen, 2006, en Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017).

Tratamiento

- Aplicación de herramientas, test y batería de pruebas hacia el paciente.

¿Cómo se define el problema?

El paciente se define como esquizofrénico paranoide, considerado como un problema de salud mental, caracterizado por incoherencias en el procesamiento del pensamiento, así como la presencia de alucinaciones o delirios.

Resultados

Los hallazgos clínicos evidenciaron alteración de los procesos mnésicos, atención alterada y en el funcionamiento ejecutivo principalmente (Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, 2017). Las habilidades atencionales se encuentran conservadas, de igual forma se evidenció la lentificación en tareas de seguimiento visual, apareamiento de símbolos y dificultades en la velocidad del procesamiento.

Tabla 3*Puntuaciones en pruebas neuropsicológicas obtenidas por el paciente en el caso clínico***Material Suplementario****Tabla Suplementaria 1. Puntuaciones en pruebas neuropsicológicas obtenidas por el paciente**

Prueba Realizada	Natural	Escala / Percentil	Cualitativo
<i>Tamizaje</i>			
Evaluación Cognitiva Montreal	16/30		Bajo
<i>Orientación</i>			
Persona	7/7	95*	Adecuado
Espacio	5/5	95*	Adecuado
Tiempo	23/23	95*	Adecuado
<i>Atención y Funciones Ejecutivas</i>			
TMT-A	24/24		Adecuado
TMT-A Tiempo	43 Seg.	85*	Adecuado
TMT B	11/14		Adecuado
TMT B Tiempo	112 Seg.	70*	Bajo
Dígito-Símbolos WAIS	20	3 **	Bajo
Semejanzas	11	5 **	Bajo
Retención de Dígitos	15	9 **	Adecuado
Búsqueda de Símbolos	12	4 **	Bajo
WCST Intentos	128		-
WCST Aciertos	52		Bajo
WCST Errores	76 (59%)	<5 *	Bajo
WCST Errores Perseverativos	49 (38%)	<5 *	Bajo
Categorías	1	5 *	Bajo
Fallos de mantenimiento del set	1		Bajo
Control Mental Directo	3/3	95 *	Adecuado
Control Mental Inverso	1/3	<10 *	Bajo

Memoria

Memoria De Textos Evocación	5	<10 *	Bajo
Memoria De Textos Preguntas	10	<10 *	Bajo
CVLT E1	2	5 ***	Bajo
CVLT E2	5	7 ***	Bajo
CVLT E3	5	7 ***	Bajo
CVLT E4	7	7 ***	Adecuado
CVLT E5	6	7 ***	Adecuado
CVLT MCP SC	3	6 ***	Bajo
CVLT MCP CC	5	6 ***	Bajo
CVLT MLP SC	2	6 ***	Bajo
CVLT MLP CC	3	6 ***	Bajo
CVLT Reconocimiento	14	8 ***	Adecuado
<u>Recobro Figura de Rey- Osterreith</u>	<u>4/36</u>	<u>5 *</u>	<u>Bajo</u>

Lenguaje

Denominación	14/14	95 *	Adecuado
Repetición de Sílabas	8/8	95 *	Adecuado
Repetición de Logotomos	6/8	-10 *	Bajo
Repetición de Palabras	10/10	95 *	Adecuado
<u>Denominación Verbo Verbal</u>	<u>6/6</u>	<u>95 *</u>	<u>Adecuado</u>

*Habilidades Visuoconstruccionales**Apraxia, Agnosia*

Copia Figura de Rey- Osterreith	27/36	30 *	Adecuado
Gesto Simbólico Orden e Imitación	10/10	95 *	Adecuado
Mímica de Objetos	10/10	95 *	Adecuado
Secuencia de Posturas	8/8	95 *	Adecuado
<u>Imágenes Superpuestas</u>	<u>20/20</u>	<u>95 *</u>	<u>Adecuado</u>

Nota. *Percentiles; **Escala; ***Puntaje Esperado.

Nota: Díaz, Delgado, Riaño, Caballero y Moros, (2017).

3.4.2 Intervención cognitivo-conductual

Modelo	Caso	Referencia
TCC	Esquizofrenia	Perona-Garcelán y Cuevas-Yust (2002)

Descripción del caso:

Se presenta un estudio de caso en el que se aplica la TCC a un paciente de 26 años de edad con un diagnóstico esquizofrénico paranoide en el Servicio Andaluz de Salud, la persona en cuestión presenta modificación de las creencias delirantes y las alucinaciones auditivas verbales (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002).

Características.

- Paciente de 26 años de edad diagnosticado como esquizofrénico paranoide.
- Persona de raza negra, adoptado el mismo día de su nacimiento.
- La madre biológica falleció en el parto.
- Tuvo un desarrollo normal, aunque siendo un niño tímido de pocos amigos.
- A los 14 años su padre le informa que él es adoptado, siendo esta una revelación traumática.
- A los 16 años fallece su abuela paterna, con la que tenía una relación afectiva muy estrecha, la relación con su padre se convierte en complicada, con discusiones y peleas frecuentes, debido a esto, a los 18 años se fuga de casa durante días por una mala reacción de su padre.
- A los 19 años comienza la carrera de empresariales, sin embargo, la abandonó en un lapso corto de tiempo.

➤ A los 21 años comienza el trastorno a partir de sus lecturas de la biblia, concretamente del libro del Apocalipsis, llegó a la conclusión de que su madre biológica era un personaje descrito en este libro (“una mujer vestida del sol y sobre su cabeza una corona de doce estrellas”), y él era su hijo (el “hijo varón” que “regirá con vara de hierro todas las naciones”)

➤ A partir de los 22 años, manifiesta un cuadro clínico de alucinaciones auditivas verbales, ideas delirantes de persecución y grandeza, aislamiento social, niveles de ansiedad muy altos y un alto grado de convencimiento sobre la veracidad de sus voces e ideas delirantes.

➤ Según el paciente, las voces provenían de dentro de su cabeza y eran transmitidas por una serie de personajes que decían ser obispos, monjes y santos que vivían en un convento en Toledo, apareciendo todos los días, a todas horas, gritando insultos en relación a su color de piel, adopción y castigos que recibirá en su futuro próximo.

Tratamiento

Figura 15

Cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento del caso clínico

Sesión	Objetivo	Técnicas
Sesiones 1-75 (Periodo de 2 años).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuir o eliminar el malestar emocional que le produce al paciente la idea delirante de ser el “hijo varón” y que su madre biológica es “una mujer con corona de doce estrellas”. ➤ Reconocer que las voces presentadas en realidad son los propios pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervenir sobre dichas alucinaciones, socavando gradualmente las creencias del paciente, cambiando la relación entre el paciente y sus voces, disminuyendo el grado de convicción de sus ideas delirantes. ➤ Cuestionamiento socrático.

	del paciente	➤ Flecha vertical
--	--------------	-------------------

¿Cómo se define el problema?

Durante la revisión del texto analizado no se brinda una definición específica del problema presentado, sin embargo, debido a la información y descripciones con las que se cuenta, se puede considerar al problema como un padecimiento de esquizofrenia paranoide (síntomas) diagnosticada con alucinaciones referentes a contextos bíblicos.

Herramientas

- Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, Opler, Lindenmayer, 1988). Escala empleada para medir la intensidad de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, demostrando buenos índices de confiabilidad y validez (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002). Esta escala está compuesta por 30 ítems: 7 de síntomas positivos, 7 negativos y 16 de psicopatología general, puntuando de 1 a 7 en su máxima gravedad del síntoma, según la escala de tipo Likert.
- Medida de convicción en las creencias delirantes y relacionadas a voces, basadas en el trabajo de Hole, Rush y Beck en 1973 (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002). Consiste en preguntar al paciente el porcentaje de convicción que tiene en cada una de sus creencias, en la que una puntuación de cero se refiere al valor mínimo de convicción y una puntuación de 100 indica el máximo de convicción.

Descripción de intervenciones-técnicas

- Establecimiento de rapport: Con una duración de tres meses, al ser el paciente desconfiado y remiso a sus temas personales.

- Cuestionamiento socrático: Basado en la práctica del diálogo sincero, concreto, disciplinado y reflexivo para combatir las ideas irracionales respecto a las voces presentadas en el paciente. Permitió abordar la coherencia de algunos mensajes, por ejemplo: ¿Cómo es que personas religiosas quieren hacerte daño?
- Estrategias adquiridas de afrontamiento fuera de las sesiones mediante lo aprendido y debatido en terapia.
- Trabajo en la identidad de las voces, llegando a la conclusión a lo largo de las sesiones que estas voces no eran más que el mismo paciente hablándose en tercera persona.
- Flecha vertical: Localiza las creencias más profundas y nucleares del paciente para hacerlas conscientes y debatibles debido a la irracional que pueden llevar en su contenido, reemplazándolas por otras con mayor utilidad y trascendencia.

Resultados

Al final del tratamiento se produce la desaparición de ideas de grandeza y suspicacia, así como el abandono del paciente hacia sus creencias de ser un personaje importante y la desconfianza hacia el terapeuta y otras personas.

Se pueden observar los resultados en cuanto a los síntomas positivos medidos a través de la PANSS, como reflejan (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002), arrojando un descenso significativo en los ítems de delirios y comportamiento alucinatorio, pasando de un nivel de gravedad “extremo” (7) a “ligero” (3), reflejándose en las dudas respecto a sus ideas delirantes, siendo éstas poco consistentes y vagas. Mientras tanto, las alucinaciones, de igual manera, pasan de un nivel “extremo” (7) a “moderado” (4).

Al igual que los resultados mostrados por el PANSS, en la mayoría de ítems se demuestra un descenso considerable a través de la intervención terapéutica de larga duración (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002).

Tabla 4

Resultados obtenidos en el PANSS pre y post tratamiento

<i>Tabla 1</i> Resultados obtenidos en la PANSS en la escala positiva, negativa y psicopatología general, antes y después del tratamiento (1: sintomatología ausente; 2: mínimo; 3: ligero; 4: moderado; 5: moderado-severo; 6: severo 7: extremo)		
a) Síndrome positivo	Antes	Después
Delirios	7	3
Desorganización conceptual	1	1
Comportamiento alucinatorio	7	4
Excitación	1	1
Grandiosidad	7	1
Suspiciousidad/perjuicio	6	1
Hostilidad	1	1
b) Síndrome negativo		
Embotamiento afectivo	4	1
Retraimiento emocional	1	1
Contacto pobre	4	1
Retraimiento social	1	1
Pensamiento abstracto	1	1
Espontaneidad y fluidez en la conversación	1	1
Pensamiento estereotipado	1	1
c) Psicopatología general		
Preocupaciones somáticas	1	1
Ansiedad	7	3
Sentimientos de culpa	1	1
Tensión motora	1	1
Manierismo y posturas	1	1
Depresión	1	3
Retardo motor	1	1
Falta de colaboración	6	1
Inusuales contenidos del pensamiento	7	5
Desorientación	1	1
Atención deficiente	4	1
Ausencia de juicio e «introspección»	6	1
Trastornos de la volición	4	4
Control deficiente de impulsos	1	1
Preocupación	1	1
Evitación social activa	7	3

Nota: Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, (2002).

Los resultados obtenidos a través del grado de convicción en cada una de las creencias delirantes y creencias del paciente sobre las voces en su cabeza, de igual manera demostraron un descenso y efectividad en el tratamiento administrado (Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002).

Tabla 5

Grado de convicción de cada una de las creencias antes y después del tratamiento

Tabla 2 Grado de convicción en cada una de las creencias antes y después del tratamiento (0: mínimo grado de convicción en la creencia; 100: grado máximo de convicción)		
Creencias	Antes	Después
«Mi madre es una mujer con corona de 12 estrellas»	100	0
«Yo soy el hijo varón»	100	0
«Las voces vienen de obispos, monjes y santas»	90	10
«Las voces son muy poderosas»	80	50
«No puedo controlar mis voces»	80	20
«Si no las obedezco me harán daño»	90	50
«Me creo lo que me cuentan las voces»	90	10
«Las voces son mi pensamiento»	0	90

Nota: Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, (2002).

Chadwick, Birchwood y Trower en 1996 (citado en Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002) mencionan que este tipo de tratamiento parte del supuesto de que las emociones disfuncionales que padecen los psicóticos, no tienen que ver directamente con síntomas positivos del trastorno, sino con las creencias que se mantienen sobre estos. No obstante, las estrategias basadas en la aceptación que ponen al sujeto en contacto directo con su contexto de emociones y situaciones relacionadas con los síntomas sin intentar reducirlos o eliminarlos, consiguen mejores resultados en su intervención.

3.4.3 Intervención sistémica

Modelo	Caso	Referencia
Modelo Sistémico - Estructural	Esquizofrenia	Soria, Montalvo y Herrera, (1998)

Descripción del caso:

El paciente identificado es un joven de 29 años de edad, diagnosticado como esquizofrénico en el Hospital Fray Bernardino de la Ciudad de México, donde recibió tratamiento de tipo externo durante varios meses (Soria, Montalvo y Herrera, 1998).

Características.

- El paciente pertenece a una familia de clase media conformada por el padre y once hijos (4 hombres y 7 mujeres), la madre había fallecido. Es el tercer hijo de orden cronológico.
- Al no presentar mejoría con el tratamiento psiquiátrico, el paciente es trasladado a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la entonces ENEP Iztacala perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.
- A la edad de 15 años el paciente comenzó a deprimirse frecuentemente desde que uno de sus amigos murió en un accidente.
- Posteriormente pasó una temporada en Guadalajara con un tío para olvidar el acontecimiento, fue abusado sexualmente por dicho pariente.
- La familia del paciente no le brindó apoyo alguno, por lo contrario, lo rechazaron por ello.
- A partir de sus 20 años de edad comenzó a descuidar su aseo personal, irse de la casa por varios días, dormir en la calle, dejó de estudiar y de trabajar, comenzó a utilizar un lenguaje incoherente, siendo considerado como indigente.

➤ Lo que motivó al hermano del paciente a pedir ayuda psicológica fueron los problemas causados en el vecindario por la indigencia del paciente en cuestión.

Tratamiento

Se realiza una intervención estructural (con base en el Modelo Estructural de Salvador Minuchin), en la intervención llevada a cabo por Soria, Montalvo y Herrera en 1998.

➤ Se consolida al padre de familia como el jerárquico (miembro con mayor poder de la familia), únicamente con la responsabilidad de trabajar y proporcionar dinero al hogar, estableciendo límites rígidos (que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes) en su subsistema parental, sin embargo sus órdenes y reglas las hacía obedecer por vía de su hijo Felipe (quien ha acompañado a su hermano en el proceso terapéutico), quién es el que funge como hijo parental (miembro de la familia que asume el rol de padre) en colaboración con su novia que no vive con ellos. Esta relación origina límites difusos en el holón parental respecto a la relación padre-hijo.

➤ Las reglas establecidas por el padre implican que todos los hijos deben acudir a su escuela/trabajo y regresar inmediatamente al hogar para cumplir sus labores domésticas. Los límites hacia el exterior son sumamente rígidos. No existe contacto con otros familiares, está prohibido recibir visitas o visitar a alguien. El hijo mayor contrajo matrimonio con el fin de dejar la familia y la dinámica que se maneja en ella.

➤ Felipe reconoce que los hijos consideran al padre muy autoritario, cerrándose las posibilidades de ser sociables, además de no hablar con ellos, únicamente comunicándose para dar órdenes, siendo tratados como niños.

Procedimiento

Se toma la decisión de trabajar con Felipe y su novia sin incluir al paciente directamente, al tener un lenguaje incoherente.

- Establecer límites claros y flexibles al interior y exterior del sistema.
- Ubicar al hijo parental en su subsistema fraterno.
- Formar alianzas entre hermanos.
- Establecer comunicación directa y explícita.
- Cambiar la relación de los hermanos con el paciente identificado.

Se pidió a Felipe que hablara con sus hermanos respecto al intento de hacer cambiar al paciente, poniéndose de acuerdo en cuanto a lo que esperaban de él: que se aseara, realizar actividades domésticas, comer con limpieza, que no falte a casa, utilizar un lenguaje coherente. Sin embargo, estos cambios implican poner atención y recibirlo en casa sin insultos ni agresiones.

¿Cómo se define el problema?

El problema es considerado más allá del diagnóstico de “esquizofrenia” brindado al paciente, es tratado como un problema familiar que se basa en las dinámicas y límites de convivencia los cuales se la atribuyen a la causa de consulta mencionada para su intervención.

Herramientas

- Intervención en la estructura familiar a través de las formas de interacción, es decir, límites al interior del sistema y límites al exterior del sistema. Dirigiéndose a los cambios en la estructura familiar para eliminar el síntoma.

Resultados

Al principio Felipe rechazó el hecho de que se tratara de un problema familiar, sin embargo, posteriormente se reconoció que sí era. A lo largo de 9 sesiones de tratamiento, Felipe reportó gran

mejoría en la conducta del paciente, pues este no presentaba conductas indeseables y cada día se notaba más motivado para continuar, por lo que hasta su padre se acercaba a platicar un poco con él.

La comunicación entre hermanos comenzó a ser abierta y explícita, estableciendo alianzas entre ellos para poder comunicarle al padre la situación familiar y establecer reglas flexibles en el hogar, llegando a lograr acuerdos familiares para modificar las dinámicas, gracias a las alianzas formadas por los hijos.

En cuanto a Felipe, comenzó a ocupar su lugar en el subsistema fraterno y a dedicarse más en su relación de pareja, yendo a vivir con su novia, obligando a su padre de alguna manera a hacerse cargo de la familia.

Discusión

Los resultados brindados por las tres respectivas corrientes en psicología dentro de los casos de incidencia, demostraron, claramente una buena aplicación de sus herramientas para tratar dichas problemáticas de manera óptima cada una a través de sus diversos alcances y herramientas. A continuación, mencionaré los rasgos más destacables de cada uno de estos modelos en cuanto a su aplicación en los casos presentados en este trabajo.

Sin embargo, cada uno cuenta con observaciones particulares en las cuales se pueden denotar, en algunas ocasiones, ciertas deficiencias en sus métodos de aplicación o sobre todo en el objetivo de estudio de este documento, es decir, en su eficacia. A continuación, describiré las observaciones puntuales de cada uno de los tres modelos presentados con sus respectivos casos, para, posteriormente realizar una comparativa de estos mismos, basada en sus aspectos teóricos, evaluativos, técnicos y de resultados.

Neuropsicología

Dentro de dicha corriente se cuenta prioritariamente con la observación y evaluación de los procesos psicológicos y cómo a partir de ellos pueden devenir diversas “patologías”. Mediante su aplicación de baterías y pruebas psicométricas para localizar afectaciones dentro de estos procesos, se mantiene en un nivel meramente evaluativo, contando con limitantes al momento de intervenir, dejando este papel canalizado normalmente hacia la corriente cognitivo-conductual, no manejándose un método de acción en concreto para la acción más allá de la evaluación en lo que respecta a las problemáticas abordadas dentro de esta revisión bibliográfica.

Figura 16*Ámbitos generales de la intervención neuropsicológica en los casos clínicos presentados*

Ansiedad	<p>Durante la aplicación de la neuropsicología en el trastorno de ansiedad generalizada, se realiza una revisión bibliográfica de distintos casos que analizarán varios aspectos dentro de los procesos psicológicos que son considerados por los investigadores como la base que propicia a un posible caso de TAG, siendo estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atención ● Memoria ● Funciones Ejecutivas <p>Actuando en el análisis de estas tres áreas la neuropsicología a través de diversas pruebas, estímulos y evaluaciones. Por ejemplo, hablando de las funciones ejecutivas, se observó en una población de adultos mayores con diversos trastornos de ansiedad que algunos, pero no todos presentaban alteraciones en dichos procesos, llegando a ser no concluyente la relevancia que puedan tener la poca o mucha presencia de la ausencia en la calidad de estos procesos en dichos sujetos en relación a su ansiedad.</p>
Depresión	<p>Se analizó un caso primeramente dedicado a la terapia electroconvulsiva dentro del tratamiento a la depresión, sin embargo, la relevancia se encuentra dentro de la evaluación neuropsicológica realizada en el pre y post tratamiento de esta, siéndole aplicado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Test de personalidad de Milton ● Escala para la evaluación de actitudes disfuncionales ● Test de retención visual de Benton <p>Dentro de los resultados arrojados por las primeras dos herramientas utilizadas, se retrata a un paciente de elevadas puntuaciones en rasgos esquizoides, fóbicos, dependientes, compulsivos, autodestructivos, falta de decisión, vulnerabilidad a la crítica, poca tolerancia a la frustración, baja valía persona, poca valoración de sí mismo, entre otras.</p> <p>Posteriormente a la TEC y la aplicación del Test de retención visual de Benton se observaron resultados positivos y de alta, al no presentar componentes delirios, trastornos en el apetito, sueño o deterioros cognitivos.</p>
Esquizofrenia	<p>Se realiza un diseño de investigación de tipo clínico con el único fin de expandir un perfil neuropsicológico hacia un paciente de 52 años identificado con esquizofrenia paranoide desde los 17 años, con las herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● WAIS III ● Test Barcelona ● Test Verbal de California ● Test Figura Compleja

	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación Cognitiva Montreal ● WCST ● Test del trazo <p>Después de la aplicación de los test mencionados, se encuentra evidenciada las habilidades atencionales intactas, pero alteración en procesos mnésicos, atención alterada y los funcionamientos ejecutivos, lentificación en su seguimiento visual, apareamiento de símbolos y dificultades en la velocidad del procesamiento.</p>
--	---

La neuropsicología a través de la aplicación de sus herramientas características, llámese test, batería, evaluación, etc., se basa definitivamente en el diagnóstico y descripción de la afección en los procesos psicológicos en las patologías presentadas en los casos clínicos, por ejemplo, la presencia de rasgos dependientes y esquizoides en el diagnóstico de una depresión, que si bien, pueden ser rasgos desglosados dentro de este padecimiento, no es el punto trascendental de atención dentro de una posible futura intervención.

Dentro de la bibliografía analizada y los tres casos particulares en esta revisión, se observa claramente el papel de apoyo y respaldo de la corriente neuropsicológica en la futura intervención de los casos presentados a través de la Terapia Cognitivo Conductual o la Terapia Electroconvulsiva, sin embargo, carece de acción dentro de las operaciones posteriores, al menos en los casos revisados.

Terapia Cognitivo-Conductual.

De la mano de herramientas como pruebas y test psicométricos, la TCC tiene un amplio panorama de ejecución de sus intervenciones para solucionar los conflictos presentados por los pacientes, sin embargo, este modelo de psicología puede llegar a centralizarse dentro de los resultados arrojados por dichas herramientas, dejando de lado las percepciones y vivencias del

paciente al momento de intervenir, es decir, el contexto, dándole prioridad a rasgos patológicos que pueden llegar a no tener tanta trascendencia en la causa de consulta del paciente.

Figura 17

Ámbitos generales de la intervención cognitiva-conductual en los casos clínicos presentados

<p>Ansiedad</p>	<p>Se presenta un caso de ansiedad y dificultades sociales en una madre de familia de 48 años. Se interviene principalmente a través de estímulos y respuestas condicionadas, es decir, se toma en cuenta la ansiedad presentada como una RC a diversos EC que la rodean, pudiendo ser situaciones fuera de su control, comportamientos de terceras personas acerca de sus acciones, etc. Principalmente se utilizan las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista inicial ● Cuestionario STAI ● Inventario BDI-II ● Inventario de asertividad de Rathus ● Autorregistro de episodios de irritabilidad ● Parada de pensamiento ● Respiración abdominal ● Reestructuración cognitiva <p>De primera instancia, los resultados de los cuestionarios e inventarios STAI y de asertividad de Rathus reflejaron buenos resultados en el post tratamiento, demostrando la paciente con disminución en su ansiedad y mejora en su asertividad.</p> <p>Sin embargo, la aplicación del BDI-II no aportó información relevante en absoluto al mantener niveles de depresión bajos dentro del caso.</p> <p>Mediante el autorregistro de la irritabilidad, preocupaciones y conflictos presentada en el día a día por la paciente, se nota una significativa disminución de estas respuestas condicionadas al entorno. Dicha mejoría es atribuida a las intervenciones realizadas al paso de las sesiones, es decir, la parada de pensamiento, el dominio de la respiración abdominal y sobre todo a las reestructuraciones cognitivas realizadas para eliminar las distorsiones cognitivas presentes en la paciente.</p>
<p>Depresión</p>	<p>La paciente dentro del presente caso es una joven de 18 años de edad con una causa de consulta de aparente ansiedad debido a exámenes importantes dentro de su escuela. A través de la indagación del terapeuta se vislumbra la baja autoestima presentada por la paciente. Sin embargo, a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, se constata que la joven presenta síntomas depresivos graves, tornando toda la atención e intervención hacia aquel diagnóstico depresivo. Además del inventario mencionado con anterioridad se utilizan las siguientes herramientas:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Historia clínica ● Escala de Autoestima de Rosenberg ● Inventario de Depresión de Beck ● Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ● Escala de Alexitimia de Toronto ● Práctica de respiración y actividades agradables ● Práctica de auto instrucciones ● Hábitos saludables <p>Posteriormente a las intervenciones realizadas, la puntuación del inventario de depresión de Beck reduce la puntuación de la paciente de 31 (depresión severa) a 17 (riesgo de sufrir una depresión). La ansiedad se reduce ligeramente, pero no de manera significativa. En cuanto a la autoestima, no demuestra diferencias significativas entre el pre y post tratamiento.</p> <p>Por lo tanto, se puede concluir que el resultado de la intervención realizada ha sido un descenso de la depresión de la paciente del nivel máximo a uno moderado, pero no más allá.</p>
Esquizofrenia	<p>Se presenta un estudio de caso aplicado a un paciente de 26 años diagnosticado con esquizofrenia desde los 21 años. Este trastorno se caracteriza por la conclusión a la que llega de ser parte del libro del apocalipsis de la biblia, con alucinaciones auditivas e ideas delirantes respecto a su tono de piel, muerte de su madre y adopción.</p> <p>El tratamiento CC consistió en 75 sesiones en un periodo de 2 años, con el propósito de disminuir (o eliminar) las ideas delirantes del paciente y ayudarlo a reconocer que las voces presentadas en su cabeza son en realidad sus propios pensamientos</p> <p>Dentro de este caso clínico destacaron las herramientas e intervenciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cuestionamiento socrático ● Flecha vertical ● Escala PANSS <p>A través del cuestionamiento socrático se trataron las ideas irracionales y pensamiento delirantes del paciente, permitiendo abordar de manera lógica y coherente dichas ideas ilógicas, por ejemplo, ¿cómo es que personas religiosas quieren hacerte daño? o la identidad de las voces en sus pensamientos.</p> <p>Por otra parte, a través de la intervención “flecha vertical” se hacen conscientes y debatibles las ideas irracionales, reemplazándolas por ideas coherentes, de mayor utilidad y trascendencia.</p> <p>Finalizado el tratamiento se logró una disminución en la desconfianza del paciente hacia su terapeuta y otras personas, a través de la PANSS se refleja una disminución en ideas delirantes y alucinaciones, aunque no se logra eliminar por completo dichas características, simplemente el paciente es capaz de reconocer y debatir con dichas alucinaciones.</p>

Lo interesante de la TCC dentro de los tres casos a los que se les ha dado revisión, es la confianza que tiene en la aplicación de pruebas, test y baterías psicométricas, que si bien, dan una mayor “confiabilidad” y “evidencia” a los casos clínicos, llega a ser un indicador para cambiar la atención dentro de la necesidad del paciente, dado como ejemplo el caso depresivo dentro de las revisiones presentadas, donde, a pesar de ser la “ansiedad” una problemática a resolver por parte de la paciente, debido al reflejo de los niveles altos de depresión en el Inventario de depresión de Beck, la dirección del tratamiento cambia completamente para darle prioridad a los resultados arrojados por esta, es decir, una depresión que no se tenía considerada.

Aunque la corriente cognitiva-conductual demuestra la disminución de las patologías presentadas por los pacientes en cuestión, la mayoría de los casos analizados se llega a la ausencia de estas mismas en el post tratamiento, aún incluso llegando a analizar casos de más de 75 sesiones en dos años, sin mencionar, que la atención de la TCC se centra mayoritariamente (por no decir totalmente) en los resultados de los instrumentos, teniendo escasa descripción del proceso de tratamiento aplicado, al menos en los casos consultados.

Por otra parte, el caso que puedo considerar con mayor éxito respecto los resultados de las intervenciones realizadas, es en el cual se trató la patología de ansiedad, que si bien, la gran cantidad de test psicométricos que se realizaron a la paciente en cuestión, arrojaron resultados irrelevantes para diversos padecimientos que carecían de importancia para la intervención, a través de la herramienta del autorregistro, aunado a la reestructuración cognitiva de pensamientos irracionales, incentivó un gran decremento en los síntomas ansiosos de la paciente, llegando a considerarse eliminados y tratados exitosamente durante la intervención terapéutica.

Modelo sistémico

El modelo sistémico en sus diversas escuelas comienza desde el pensamiento de la comunicación y retroalimentación entre sistemas, en este caso y en su mayoría, sistemas familiares, los cuales son propensos a alimentar problemáticas que afectan a uno o más miembros de dicho sistema. Dentro de este modelo no se patologiza la causa de consulta del paciente, así como se buscará intervenir en la problemática a través de sus marcos de referencia y concepciones del entorno que lo rodea.

Particularmente dentro de la revisión de casos de incidencia dentro de este modelo, se tomaron en cuenta dos casos de la misma fuente, esto debido a la escases de información adecuada para el documento dentro de las fuentes de consulta, llegando a encontrar casos que no se adecuaban hacia las tres problemáticas a estudiar (ansiedad, depresión y esquizofrenia) o que no demostraban un procedimiento en su totalidad sistémico, llegando muchas veces a utilizar herramientas extras como pruebas psicométricas o diversos métodos de medición clínica cuantitativa.

Figura 18

Ámbitos generales de la intervención sistémica en los casos clínicos presentados

Ansiedad	<p>En este caso abordado mediante la terapia orientada a soluciones, Alma, la paciente identificada reporta problemas de ansiedad, que son manifestados con un temblor de manos. Sin embargo, comenta tener una fuerte preocupación por su hijo Arturo, al haberle encontrado revistas de pornografía gay.</p> <p>Alma señala sentirse avergonzada ante la gente, aunque esta no sepa absolutamente nada de su situación.</p> <p>Mientras tanto, Víctor, el padre que igual acude a terapia, manifiesta sentirse preocupado por su hijo y que no acepta su orientación sexual.</p> <p>Como objetivos terapéuticos de maneja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Controlar los estados de ansiedad que generan el temblor de manos. ➤ Trabajar la comunicación con Agustín, aceptarlo como es y recuperar el acercamiento. <p>Durante un transcurso de 5 sesiones (cada 15 días) se intervino en la problemática de alma y Víctor a través de:</p>
----------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reencuadre ➤ Identificación de situaciones donde no aparece el problema ➤ Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problema ➤ Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática ➤ Evocar recuerdos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problema ➤ Toma de decisiones <p>Posteriormente a la aplicación y paso de las sesiones e intervenciones mencionadas, los objetivos de Alma respecto a sus aspectos físicos, así como los asociados con su esposo y el problema de comunicación con Arturo respecto a su homosexualidad, fueron alcanzados. Se les dio de alta.</p>
Depresión	<p>Mónica es una mujer de 46 años que presenta problemas con sus dos hijos Juan e Irving. Por su parte con Juan presenta problemáticas al llegar de madrugada en estado de ebriedad, Irving, comienza a ser agresivo y aislado con Mónica al no estar de acuerdo en cómo ella considera a Juan. Este caso es atendido a lo largo de ocho sesiones, aplicando el modelo estratégico. Este caso se analiza mediante las pautas presentadas de Mónica en relación con sus dos hijos, y como estas propician la continuación de las mismas pautas problemáticas, por lo tanto, el tratamiento se basa en intervenciones sobre la pauta, mediante las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reencuadre ➤ Directivas <p>A través de estos medios, los objetivos terapéuticos de resolver las situaciones problemáticas de sus hijos, encontrar en la terapia la ayuda necesaria para que Juan deje de beber y buscar los medios que permitan a Mónica acercarse a Irving, se alcanzan. Manifestando la paciente que sus objetivos principales llegaron a su resolución, Juan dejó de beber y consiguió un empleo, mientras que Irving, dijo que retomó su relación como solía ser, además, de que entre hermanos se dio un mayor acercamiento. Se le dio de alta.</p>
Esquizofrenia	<p>Paciente identificado de 29 años de edad con un diagnóstico de esquizofrenia. A partir de los 20 años comienza a descuidar su aseo personal y comienza a dormir en la calle, utilizando un lenguaje incoherente. La persona encargada de pedir ayuda psicológica por el paciente es su hermano. El problema es considerado como una problemática familiar basada en dinámicas y límites de convivencia que devienen en la causa de consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se utiliza el modelo estructural de Salvador Minuchin para el diagnóstico e intervención de la problemática ● Establecimiento de límites claros y flexibles ● Formación de alianzas entre hermanos, incluido el paciente ● Establecimiento de comunicación directa e implícita ● Cambio de la realización de los hermanos con el paciente identificado <p>A lo largo de 9 sesiones de tratamiento con el paciente y su hermano, se logró la mejoría en la conducta y acciones indeseables en el paciente. La</p>

	<p>comunicación dentro de la familia comienza a ser abierta y explícita, se establecen alianzas y fomenta al padre de la familia a modificar y establecer reglas flexibles en el hogar.</p> <p>Esta cadena de cambios en el ámbito familiar devino periódicamente en la integración del paciente y la eliminación de los síntomas que causaban las conductas desadaptativas que representaban una problemática para él y su familia.</p>
--	--

El modelo sistémico en la revisión de los tres casos presentados ha demostrado una buena aplicación de sus intervenciones independientemente de la escuela que maneje cada profesional. Dentro de los casos presentados se ha concedido una solución a las problemáticas específicas que ha presentado cada consultante.

Puntualmente en los casos clínicos presentados se aprecia que no es necesario interferir con las causas de consulta que tienen los pacientes en cuestión al momento de imponer de manera innecesaria herramientas extras, llámese pruebas psicométricas, test, baterías, etc. Esto debido a que el cimiento fundamental del éxito de esta psicoterapia se basa en la resolución de los problemas identificados e importantes para la persona, no para el terapeuta o con base a resultados de pruebas cuantitativas y “científicas”.

Si bien, dentro de los casos presentados en general se podría enriquecer muchísimo más la comprensión del caso, contar con el desglose de intervenciones sesión a sesión, se da una buena idea de cómo se actúa sistémicamente en las causas de consulta de cada caso singular, ejemplificando correctamente la manera del aprovechamiento de los marcos de referencia para la resolución de problemas.

Mediante la revisión de estos tres casos se aprecia la efectividad y apego de este modelo hacia el marco de referencia del paciente respecto a su problemática, aunque muestra diferencias dependiendo la perspectiva de cada escuela, dígame el enfoque a los intentos de solución infructuosos, estudio de las pautas interaccionales o el análisis y organización estructural de la

familia, se demuestran los procedimientos necesarios para la resolución de las quejas y problemáticas actuales de las personas solicitantes, siendo esto un pro en cuanto a la efectividad del tratamiento, intervención, duración del proceso terapéutico y sobre todo, resolución óptima en cuanto a los problemas que quiere resolver el consultante en un periodo de tiempo mínimo con resultados comprobables y evidencia suficiente para demostrar un resultado efectivo.

Tomando en cuenta la principal inspiración que tuve para realizar este proyecto de tesina, a través del documento de Compas y Gotlib de 2003, haré una comparación para analizar los principales aspectos de cada una de las corrientes, dándoles a cada uno un valor de 1 a 3, donde 1 es deficiente, 2 regular y 3 sobresaliente, esto con el fin de conocer la “fortaleza” de cada uno de estos modelos al momento de aplicar toda su estructura en la intervención clínica, basado en los casos revisados, aplicado directamente a sus aspectos teóricos, evaluativos, técnicos y resolutivos,

Figura 19

Análisis comparativo de aspectos teóricos, evaluativos, técnicos y resolutivos, presentados por los tres modelos.

	Neuropsicología	Terapia Cognitivo-Conductual	Modelo Sistémico
Aspectos teóricos	Tiene sus orígenes en los estudios de la neurología, neuroanatomía, neurofisiología, neuroquímica y psicología. Mediante esto, estudia las relaciones entre la organización cerebral y el comportamiento, haciendo énfasis en la organización cognitiva de los procesos psicológicos y daños cerebrales. (3)	Tiene la visión de explicar los procesos patológicos del malestar psicológico a través del cambio en los procesos cognitivos y de conducta, provocando cambios en el paciente para sentirse mejor, centrándose en las dificultades del aquí y el ahora. Tiene sus bases en los modelos de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual de Aaron Beck y Albert Ellis, respectivamente. En su manera más básica, esta corriente es apegada al conductismo y todo lo que ello conlleva, no obstante, y como se observa en esta revisión, a lo largo de su evolución ha llegado a contar con diversas influencias y adaptaciones de intervenciones o teorías que no tienen su origen dentro de la TCC, llegando a rozar el eclecticismo en la actualidad. (2)	cuenta con sus antecedentes en la cibernética y en la teoría de la comunicación humana, considerando un énfasis en la comunicación paradójica y su relación con diversas problemáticas de recepción y/o comprensión de mensajes dentro de los mismos sistemas (3).

Aspectos evaluativos	Al proponer una estrecha relación entre cerebro y comportamiento, su herramienta principal son los test psicológicos y baterías neuropsicológicas que permiten etiquetar las alteraciones presentadas en un paciente, basándose en diversos grados de lesiones en el cuerpo cerebral. (3)	Similarmente (o en algunos casos complementariamente) a la neuropsicología, la TCC se respalda en el uso de pruebas psicométricas para constatar y tener “datos científicos” que confirmen o descarten la ausencia de cierta patología presente en el paciente con base a los síntomas o padecimientos que presenta, es decir, colocar una etiqueta a la problemática. Este punto llega a ser tan importante en esta corriente, que, como se notó en este análisis, gracias a los datos arrojados por las herramientas, se tiende a ignorar las necesidades prioritarias del paciente, moviendo la tensión terapéutica hacia un eje completamente distinto y muchas veces ineficaz. Sin embargo, con base a sus propios objetivos y necesidades de “encontrar lo que se está buscando”, se puede considerar que cuenta con un nivel evaluativo regular, aunque a la vista de terceros se estén ignorando las necesidades del paciente. (2)	la línea base de la que parte la corriente sistémica deviene de la cibernética y procesos de retroalimentación entre sistemas. En este caso, la evaluación es basada y construida alrededor de las necesidades específicas de cada consultante, siendo evaluada y dándole seguimiento a sus problemáticas y sus resoluciones mediante sus propias percepciones y marcos de referencia, por lo tanto, la evaluación en el modelo sistémico siempre contará con una guía regida meramente por las necesidades específicas de la persona a tratar (3).
Aspectos técnicos	la técnica presente en la neuropsicología a través de sus herramientas principales, siempre arrojará los problemas orgánicos o lesiones presentadas de manera fisiológica en el cerebro y procesos psicológicos, siendo un método reduccionista al no contemplar factores externos (al menos en los casos presentados), centrándose meramente en un diagnóstico clínico. (1)	La técnica aplicada en la TCC está sumamente basada en, como se menciona, la intervención y acción aplicada a las cogniciones y en la conducta, la cual, al menos en los casos presentados, llega a cumplir con sus objetivos (basándose únicamente en la técnica aplicada), principalmente en la aplicación reestructuración cognitiva y uso de técnicas de respiración, lo cual es lo que más abunda en este modelo. (3)	la técnica aplicada dentro de esta corriente de intervención siempre será basada alrededor del funcionamiento y retroalimentación de un sistema identificado, aunque puede llegar a variar de escuela a escuela en ciertas perspectivas o prioridades (por ejemplo, la importancia de las excepciones en el modelo centrado en soluciones), el modelo sistémico siempre se basa en su epistemología y teoría base, sin adoptar consideraciones de corrientes de pensamiento externas. (3)

Aspectos resolutivos	Posteriormente a la revisión y evaluación de los resultados psicométricos, se debe comenzar una intervención, dependiendo de la problemática presentada. Sin embargo, basado en el estudio de los casos de incidencia revisados, la neuropsicología no llega a un nivel de intervención o resolución, llegando a canalizar los casos hacia otras psicoterapias para su tratamiento. (1)	A través del análisis de los casos presentados la TCC demostró un nivel de resolución de problemáticas pobre, en su mayoría de ocasiones orientados estrictamente hacia los resultados arrojados por pruebas psicométricas, ignorando las necesidades explícitas del paciente o simplemente aminorando los “síntomas” presentados, pero nunca dándoles resolución (1).	las problemáticas dentro de la psicoterapia sistémica llegan a su resolución en el momento en que la queja/problemática principal y prioritaria queda resuelta, derivado de las diversas intervenciones realizadas por el terapeuta sobre el patrón infructuoso de la comunicación dentro de los sistemas y subsistemas (3).
----------------------	---	--	--

Tabla 6

Puntuación obtenida de los tres modelos en las consideraciones desglosadas en la figura 19

Neuropsicología	Terapia Cognitivo- Conductual	Modelo Sistémico
8	8	12

Como se aprecia dentro de la Tabla 6, una vez realizado el análisis y comparación de observaciones realizadas dentro de los tres modelos, el modelo sistémico es el único en alcanzar una puntuación máxima dentro de las consideraciones tomadas en cuenta, donde, al menos en la revisión de casos realizada, los otros dos quedan vulnerables al tener limitaciones importantes a considerar dentro de sus procesos terapéuticos, siendo la corriente sistémica la única en demostrar una apta eficacia y resolución de problemáticas al 100% apegado a las necesidades del paciente dentro de los casos de incidencia consultados.

Conclusiones

Los modelos en psicología han tenido una gran evolución a través de las décadas en su crecimiento epistemológico, teórico y práctico, teniendo un gran crecimiento y diversificación de estos mismos que conciben las patologías o problemas desde diversos puntos de vista.

Durante la presente revisión de tres modelos específicos hacia sus intervenciones y efectividad en su acción dentro del tratamiento de la ansiedad, depresión y esquizofrenia, se pueden vislumbrar los alcances y posibilidades de éxito en el tratamiento de dichas causas de consulta. Si bien y con justa razón cada uno brilla de diversa manera debido a sus variadas concepciones de abordar y analizar una problemática, cuentan métodos, herramientas, intervenciones y pensamientos diferentes que no necesariamente merman su utilidad o rango de éxito dentro de su alcance.

La neuropsicología, por su parte, se caracteriza por su gran alcance diagnóstico y descriptivo conforme a las patologías localizadas mediante la alteración de los procesos psicológicos en el sujeto, es decir, toma en cuenta estos como la base desde la que se ramifican las problemáticas estudiadas a través del uso de herramientas, tales como test o baterías de pruebas psicométricas, las cuales dan una prueba cuantitativa y de estudio científico al diagnóstico que se expide en cuanto a cierto caso presentado. Es decir, basándonos en la revisión realizada, la neuropsicología deja su proceso diagnóstico y de estudio en eso, un diagnóstico que no se inmiscuye más allá hacia una intervención clínica para la resolución y tratamiento de patologías localizadas, teniendo como siguiente paso, normalmente, en la canalización hacia una atención (la mayoría de veces) cognitiva-conductual, la cual será la corriente que comenzará o debería comenzar a dar resolución a las causas de consulta presentadas por el sujeto, siendo esta una gran limitante que no permite a esta corriente contar con un campo de aplicación más amplio, al menos

en las problemáticas tratadas y en los casos analizados, quedando estancada en la evaluación y ausentarse en los procesos de intervención o tratamiento.

Por su parte, la Terapia Cognitivo Conductual es considerada por algunos profesionales de la psicología como la corriente más “confiable y basada en evidencia”, gracias al respaldo que le proporciona la aplicación de herramientas y test psicométricos para apoyar sus diagnósticos e intervenciones de manera cuantificable, a la par de tener un “respaldo” conductual en su modelo de tratamiento.

No obstante, como se llega a apreciar en la revisión realizada, cuenta con algunas debilidades y deficiencias en sus procesos terapéuticos, por ejemplo, la duración de algunos de sus tratamientos, llevándonos a enfrentar a casos de más de 75 sesiones para “calmar” los padecimientos de alucinación auditiva devenidos de una esquizofrenia o la influencia de los resultados psicométricos que pueden cambiar la atención del terapeuta hacía una causa de consulta completamente diferente a la que el paciente manifiesta prioridad en ese momento, tal como el caso demostrado en el estudio de la intervención TCC dentro de la depresión, donde la causa de consulta principal de la paciente era la ansiedad recurrente en temporada de exámenes, que, gracias a los resultados arrojados por el Inventario de Depresión de Beck en cuanto a los indicadores depresivos de la paciente en cuestión, se cambió completamente el marco de acción del tratamiento, apegándose a una patología que no demostraba problema alguno para la persona, sin mencionar, que finalizada la atención terapéutica no se vislumbraron grandes logros o mejoría significativa en las intervenciones realizadas.

A través de esto me llego a cuestionar, ¿la TCC es respaldada y apoyada por la “confiabilidad” y “evidencia” que le brindan sus herramientas de diagnóstico en patologías aunque no se encuentren estas apegadas a las necesidades explícita de los pacientes?, evidentemente este

modelo es útil y demuestra casos de éxito en su aplicación, no obstante, se ha tendido a dogmatizar dicha corriente, siendo esta a los ojos de diversos terapeutas como el indiscutible modelo que lleva a una psicología “científica” y “eficaz”, cuando diversas corrientes fuera de esta, han demostrado iguales o mejores resultados que las intervenciones cognitivo-conductuales.

Finalizando con el modelo sistémico y las escuelas que se despliegan de él, es evidente que el trabajo de este se basa en los marcos de referencia y necesidades específicas manifestadas por el paciente en las problemáticas características que quiera resolver, basando todo el tratamiento enteramente a sus percepciones y concepciones del mundo que lo rodea. Al paso de los casos revisados en el actual documento, se puede notar que, aunque destacan ciertos procedimientos que no son del todo necesarios para una intervención sistémica, ayudaron a dar un respaldo comparativo importante hacia las otras dos corrientes estudiadas, demostrando de manera cuantitativa la gran eficacia que tiene este modelo en su tratamiento terapéutico.

Es importante destacar, que, si bien el modelo sistémico no ha tenido un gran reconocimiento al ser de cierta forma rezagado principalmente por planes y/o programas de estudio de algunas universidades, en este caso puntual dentro de la FES Zaragoza o por otras corrientes como, por ejemplo, la Terapia Cognitivo-Conductual, demuestra una gran viabilidad y eficacia filosófica y epistemológica en su manera de concebir y solucionar problemas de manera eficaz, breve y óptima, siendo estas características que considero indispensables y justas para un “modelo fuerte” en psicología.

Si bien, a través de esta revisión bibliográfica se tuvo la oportunidad de darle revisión a tres modelos trascendentales en la psicología, puede realizar los puntos y alcances fuertes de cada uno, siendo evidentemente útiles y diferentes en sus intervenciones hacia los casos de mayor incidencia, sin embargo, considero que hay aún un gran campo que explorar y extender, hablando

puntualmente del modelo sistémico que lo tiene absolutamente todo para destacar a igual o mayor nivel que las demás “corrientes fuertes”, teniendo un gran trabajo por delante para extender su aplicación a nivel clínico y general en el panorama actual de la atención psicológica en México.

Justamente y gracias a mi formación académica, específicamente hablando de mi estadía en el área de psicología clínica en los años 2019-2020 fue que concebí la idea principal para redactar este documento como manera de titulación, al considerar importante resaltar los resultados y calidad que tiene el modelo sistémico dentro de la psicología clínica, siendo este el que me abrió el panorama hacia una atención terapéutica de calidad y de ayuda eficiente y sobre todo breve hacia las problemáticas de las personas consultantes.

A nivel personal, profesional y académico, gracias a este proyecto de investigación he logrado complementar y aumentar los conocimientos que se me dieron por cuatro años dentro de la carrera de psicología, abriendo mi panorama y curiosidad hacia la investigación de conocer de primera mano los datos y virtudes (o deficiencias) que tienen ciertos modelos en psicología que se tienden a dogmatizar y engrandecer dentro del panorama académico actual.

De igual manera, gracias a este proceso he reforzado mi vocación e interés por seguir indagando y aplicando el pensamiento y concepción sistémica como profesional de la salud mental, notando un enorme grado de eficacia y calidad dentro de las intervenciones y resoluciones de problemáticas.

Referencias

- Alanen, Y. (1997). *La Esquizofrenia, sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. H. Karnak Ltd. Londres.
- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J. y Pujalte, L. (2018). *Depresión en adultos*. En J., Martín y M., Hernández (coordinación). Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias. Servicio Murciano de Salud.
- Álvarez, J., Andrade, C., Vieyra, V., Esquivias, H., Merlín, I., Neria, R. y Benzanilla, S. (2020). Manual Operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de COVID-19 en México. Secretaría de Salud, México. Recuperado de: http://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_brigadas_2020.pdf
- Antón-Menárguez., García-Marín. y García-Benito. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología con Niños y Adolescentes*, 3, 1, 45-52.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a ed.)*. Washington, DC: Author.
- Ardila, A. (2014). El futuro de la neuropsicología en Latinoamérica. *Revista Mexicana de Comunicación*, 3, 3, 93-94.
- Aso, U. (2020). ¿Qué problemas trata la neuropsicología? [Mensaje en un blog]. *Psicología y Mente*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/que-problemas-trata-neuropsicologia>
- Ayesa, G. (2013). *La Terapia Familiar en la Esquizofrenia*. Trabajo de 3o EVNTF. Bilbao.

- Balbi, P., y Roussos, A. (2012). *Investigación neuropsicológica en el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (1999). *Manual de psicopatología*. McGrawHill.
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación fundamentado teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Burgos, S. (2019). Historia de la TCC en México [Presentación en un blog]. Diplomado en Terapia Cognitivo Conductual. Recuperado de: <https://prezi.com/p/kip0f1tejfbc/historia-de-la-tcc-en-mexico/>
- Carrascoza, C. (2020). Génesis teórica y social de la terapia de la conducta y su desarrollo en México. En, C., Carrascoza (Ed.), y L., Echeverría (Ed.). *Terapias cognitivo-conductuales en México*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Ciudad de México.
- Cassano, P., y Fava, M. (2002) Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Compas, B. y Goltib, I. (2003) Modelos de desarrollo, conducta y personalidad. *En Introducción a la psicología clínica* (pp. 89-117). México: McGrawHill
- David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. (2018). Porqué la Terapia Cognitivo conductual es el actual estándar de oro de la psicoterapia. Department of Clinical Psychotherapy, International Institute for Advanced Study in Psychotherapy and Applied Mental Health. Babes-Bolyai University. Romania.

Davidoff, L. (1990). *Introducción a la Psicología*. México: McGrawHill.

Depresión. (2021). Recuperado El 18 de Enero de 2022, de <https://neuronpsicologia.com/areas-de-intervencion/depresion/?currency=USD#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,dolores%2C%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o>).

Díaz, E., Delgado, G., Riaño, M., Caballero, A. y Moros, P. (2017). Perfil Neuropsicológico en un Paciente con Esquizofrenia. *Rev. Chil. Neuropsicol*, 12, 1, 34-39

Díaz-Regañón, A., López-Híges, A., Alarcón, M., Castillo, M., Cavas, V. (2010). Caso clínico: exploración psicológica pre administración de TEC y su seguimiento neuropsicológico en la UHP. *11o Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010*.

Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.

Ellis, A., y Abrahams, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. Editorial Pax, México.

Fernández-Álvarez, H. (2017). Psicoterapia en un mundo emergente. El paisaje de América Latina. *Revista Argentina de Psicología*, 16, 3, 255-260.

Fernández-Marcos, Calero-Elvira, Santacreu. (2014). Un caso de ansiedad generalizada o un problema de asertividad: el análisis funcional como herramienta clave para fijar el plan de tratamiento. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 1-19.

Fisch, R., y Schlanger, K. (2017). *Manual de la Terapia Breve Resolución de Problemas/MRI*. Centro de Terapia Breve Palo Alto.

Fonseca-Aguilar, P., Olabarrieta, L., Rivera, D., Aguayo, A., Ortíz, X., Rabago, B., Rodríguez, Y., Álvarez, E. y Arango-Lasprilla, J. (2015). Situación actual de la práctica profesional de la neuropsicología en México. *Psicología desde el caribe*, 32, 3, <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.3.7896>

García-Allen, J. (2020). La Terapia Cognitiva de Aaron Beck [Mensaje en un blog]. Psicología y Mente.

Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>

Giunta, D. (30 de Marzo de 2019). Modelos Psicológicos [Presentación en un blog]. Universidad

Bicentennial de Aragua. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/Danielgiunta2/modelos-psicologicos-psicologia-clinica>

Godínez, A. (2017). Integración del enfoque cognitivo conductual y centrado en soluciones para el tratamiento de un paciente con síntomas depresivos. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 10(4), 1426-1450.

González, D. Barreto, A. y Salamanca, Y (2017). Terapia cognitiva. Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 10(2), 99-107.

Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la terapia familiar: *Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.

Instituto Jalisciense de Salud Mental. (2019) Principales trastornos de salud mental [Mensaje en un blog].

Recuperado de <https://salme.jalisco.gob.mx/salme-te-ofrece/acompanamiento>

Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. (2021). Maestría en Terapia Familiar [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://www.ilef.com.mx/historia/>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). *La esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/21-mh-8082s-la-esquizofrenia.pdf>

Keeney, B. (1994). *Estética del Cambio*. Paidós Ibérica, Barcelona.

López, F. y Carrascoza, C. (2020). Modificación de conducta en México: su papel en la formación profesional. En, C., Carrascoza (Ed.), y L., Echeverría (Ed.). *Terapias cognitivo-conductuales en*

México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Ciudad de México.

Mandujano, S. (2006). *Residencia en terapia familiar sistémica* (Reporte de experiencia profesional de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Ciudad de México.

Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.

Martínez, A. (2020). *Comunicación conyugal y Psicoterapia Sistémica* (Tesis de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México. México.

Medline. (2019). *Depresión*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual: Actualidad, Tecnología*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Psicología. Lima, Perú.

Minici, A. Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2001). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de terapia cognitivo conductual*, 1, 1-6.

Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Depresión*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/depression#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact->

[sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20es%20un%20trastorno,violaci%C3%B3n%20de%20sus%20derechos%20humanos.](#)

Otrosky-Solís, F. y Matute, E. (2009). La Neuropsicología en México. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 9, 2. 85-98.

Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14, 1, 26-33.

Pereyra, H. (2014). *Terapia Familiar Manual De Apoyo Al Terapeuta*. Centros de Integración Juvenil, AC.

Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8, 2, 251-257.

Regader, B. (2020). La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis. [Mensaje en un blog]. Psicología y Mente. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotiva-conductual>

Reyes-Ticas, A. (2005). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Roca, E. (2016). Terapia cognitiva de Beck para la depresión [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>

Rosnay, J. (1977). *El Macroscopio*. Madrid: Editorial AC.

Roselló, J. Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la Terapia Cognitivo-Conductual de la depresión*. Instituto de Investigación Psicológica. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.

- Ruis, C. (2011). Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual. [Presentación en un blog]. Recuperado de <https://www.academia.cat/files/425-3832-DOCUMENT/Ruiz-42-17Oct12.pdf>
- Sierra, J. Ortega, V. y Zudeidat, I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3, 1. 10-59.
- Soria, R., Montalvo, J. y Herrera, P. (1998). Terapia familiar sistémica en un caso de esquizofrenia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1, 1.
- Timms, P. (2007). *La Terapia Cognitivo-Conductual*. Royal College of Psychiatrists. Londres.
- Villa, M. (2019). *Definición y breve historia de la neuropsicología*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Campus 1, Ciudad de México.