



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en el área Clínica

Intervención Cognitivo-Conductual en un caso de ansiedad
en edad adulta como secuela de acoso escolar atendido en
CAPED

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Dolores Reachi Simón

Directora: Lic. Judith Rivera Baños



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 6 de diciembre de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad en edad adulta como secuela de acoso escolar atendido en CAPED

Tabla de contenido

RESUMEN	4
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN	6
1. MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED).....	8
1.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	9
1.3 Las tres generaciones de la TCC	12
1.3.1 Primera generación	12
1.3.2 Segunda generación.....	13
1.3.3 Tercera generación	14
1.4 Reestructuración Cognitiva (RE)	15
1.4.1 Terapia Cognitiva de Beck	16
1.4.2 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis.....	17
1.5 Respiración diafragmática.....	20
1.6 Psicoeducación	21
1.7 Estrés	21
1.8 Ansiedad.....	23
1.9 Acoso escolar	26
1.10 Hábitos del sueño	27
2. ESTUDIOS PREVIOS.....	28
2.1 Acoso escolar con relación a la ansiedad	28
2.2 Aplicaciones de reestructuración cognitiva y respiraciones abdominales para reducción de síntomas de ansiedad	29
2.3 Hábitos saludables del sueño.....	30
3. METODOLOGÍA.....	31
3.1 Análisis del caso.....	31

3.2	Diseño de evaluación Pretest-Postest (DPP).....	32
3.3	Antecedentes del caso	32
3.4	Ficha de identificación de la usuaria	33
3.4.1	Variables problemáticas	34
3.4.2	Mapa de patogénesis.....	35
3.4.3	Entrevista semiestructurada.....	38
3.4.4	Técnicas.....	39
a)	Respiración diafragmática.....	39
b)	Psicoeducación sobre estrés, ansiedad y hábitos saludables de sueño con autorregistros.	39
a)	Entrevista inicial (elaborada exprofeso para CAPED).....	39
b)	Escala de ansiedad de Beck.....	39
c)	Escala de depresión de Beck.	39
d)	Mapa de patogénesis.	39
e)	Autorregistros TREC.....	39
f)	Autorregistros de hábitos de sueño y descanso.	39
g)	Mapa de patogénesis.	39
4.	CRONOGRAMA DE SESIONES.....	39
4.1	Consideraciones éticas	46
5.	RESULTADOS.....	46
5.1	Cuantitativos.....	46
5.2	Cualitativos.....	47
6.	DISCUSIÓN	48
	REFERENCIAS.....	53
	APÉNDICES.....	60
	Apéndice A – Autorregistro TREC.....	60
	Apéndice B – Sustitución de pensamientos automáticos por pensamientos alternativos. ...	61

RESUMEN

La ansiedad es una respuesta sostenida de activación del cuerpo a una situación de estrés que, a su vez, resulta cuando un individuo la percibe como amenazante o peligrosa y es útil pues sirve como alerta para ponerse en modo de ataque o huida. Una vez pase este evento o pensamiento, se tiende a regresar a un estado normal; de no ser así, la alerta se queda en un continuo que puede provocar sentimientos de terror, miedo y angustia, generalmente acompañados de un estilo de afrontamiento evitativo y de huida, además de autoevaluaciones negativas. Las Técnicas Cognitivo-Conductuales (TCC) ayudan de manera eficaz a la detección y reducción de esta activación, motivo por el cual se usaron para la intervención de caso único de una mujer (“N”) de 27 años que presentaba síntomas de ansiedad que interferían con su desempeño en los diferentes ámbitos de su vida. “N” solicitó apoyo psicológico a través del CAPED y se atendió a través de telepsicología en un contexto de terapia breve que duró ocho sesiones de intervención más la sesión de entrevista. Las TCC que se utilizaron fueron efectivas y se cumplió el objetivo terapéutico de disminuir los síntomas ansiosos. En cuanto a la adquisición de habilidades de organización de tiempo, éstas las fue construyendo la usuaria por sí misma en el transcurso de la intervención.

Palabras clave: CAPED, Ansiedad, Acoso escolar, Reestructuración Cognitiva, Intervención.

ABSTRACT

Anxiety is a persistent activation response of the body during a stressful situation which occurs every time the individual perceives it as threatening or dangerous, and it's a useful response since it works as an alarm system to go into fight or flight mode. Once the event or thought has passed, there is a tendency to return to a normal state; otherwise, the alarm system remains in a state of persistent activation which can cause terror, fear, and distress, usually accompanied by an avoidant and flight coping styles and negative self-assessments.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) techniques help to effectively identify and reduce this activation and were therefore used for the single-case intervention of a 27-year-old woman (“N”) who was experiencing anxiety symptoms that were impacting in her performance in several areas of her life. “N” applied for psychological care through the CAPED program and was treated via telepsychology in the context of a brief therapy that lasted eight intervention sessions, plus the screening session. The BCT techniques applied proved to be effective and the therapeutic goal was met in terms of reducing anxiety symptoms. However, regarding the acquisition of time management skills, “N” began building her own throughout the intervention.

Keywords: CAPED, Anxiety, Bullying, Cognitive Restructuring, Intervention.

INTRODUCCIÓN

El presente manuscrito recepcional expone una intervención de caso único en la usuaria “N” –supervisado por el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED)– quien en un inicio solicitó el apoyo para asesoría y que durante la fase de recolección de datos se pudo reconocer la activación física y cognitiva por ansiedad, teniendo como variable distal el acoso escolar constante. Conforme fueron avanzando las sesiones, se detectó en sus verbalizaciones y conductas, el fuerte impacto de esta variable en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla actualmente.

La intervención se llevó a cabo aplicando Técnicas Cognitivo-Conductuales (TCC) que han evidenciado su efectividad en la modificación y mantenimiento de conductas (Ruíz, *et al.*, 2012), amén de destacarse entre otros enfoques por su rigurosidad metodológica y su perfil científico y practicante (Quant, 2013). Dicha intervención se desarrolló en un contexto de terapia breve y vía telepsicología, que abarcó una sesión de entrevista semiestructurada y ocho sesiones de intervención en total, incluyendo la de alta.

Entre las TCC que se usaron y que se detallan en la sección de metodología están la Reestructuración Cognitiva (RC) –que incluyó la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis–, técnicas de relajación usando respiración diafragmática y psicoeducación que han demostrado ser las más eficaces para la detección y disminución de activación por ansiedad, como se verá en el apartado de Estudios Previos.

Por el relevante impacto de la variable distal de acoso escolar que sufrió “N” durante la educación primaria, media y universitaria, es importante mencionar que la Organización No Gubernamental (ONG) Internacional llamada “Bullying sin Fronteras” –citada por Romero (2023) – llevó a cabo una investigación de 2020 a 2021 en la que México ocupó el primer lugar del mundo en el rubro de acoso escolar o *bullying*. Es verdad que no es un fenómeno reciente; sin embargo, no son bastantes los estudios longitudinales para analizar las secuelas

que deja en la edad adulta el acoso escolar durante la educación básica y/o media superior, que es un punto medular para la elaboración de este manuscrito. Más adelante se describe a detalle este fenómeno.

La ansiedad es una de las tantas huellas que deja en la vida adulta de las víctimas el acoso escolar (Blood y Blood, 2016; Romero, 2023) y es un malestar que –en muchas ocasiones– interfiere en diversos ámbitos de la vida, como el personal, familiar, social, laboral, entre otros. Dicho de otra manera, acompaña a la persona en su desarrollo vital en caso de no atenderse de manera que se reduzca o elimine. Una de las formas más efectivas de reducirlo es por medio de las TCC, que autores como Quant (2013), Hayes y Hofmann (2017) afirman que son muy reconocidas por tener amplia evidencia empírica y científica.

La relevancia social del tema es evidente y si observamos a “N” desde el aspecto personal, esta intervención es crucial, adecuada y efectiva para la detección y reducción de la activación física y cognitiva por ansiedad en cualquier situación que la note. Adicionalmente, contribuye a la ampliación del conocimiento en materia de psicología clínica sobre ansiedad en edad adulta relacionada al acoso escolar (*bullying*) durante la educación básica, media y/o superior y que por el éxito en su aplicación pudiera ser útil para futuras intervenciones con estas características.

Como asesora de CAPED, el objetivo de esta actividad es completar una práctica supervisada coordinada por CAPED a fin de enriquecer mi formación y experiencia práctica como psicóloga con profundización en el área clínica. Se llevó a cabo una intervención de terapia breve con enfoque cognitivo conductual en una usuaria con la intención de disminuir el malestar que le provocaba la activación por estrés y ansiedad, usando un diseño de evaluación pretest-postest.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED)

El Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia –por sus siglas, CAPED– forma parte de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM y tiene como fin ofrecer apoyo psicológico y orientación en el área académica al alumnado de dicha facultad (Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia [CAPED], s/f).

Con la finalidad de diseñar una intervención psicológica adecuada, se han de recabar datos sociodemográficos relacionados al ámbito personal, familiar, social y académico, además de las puntuaciones de las escalas de depresión y ansiedad de Beck, que son resguardados de manera confidencial por la coordinación de CAPED. Las asesorías psicológicas tienen una duración de 60 minutos y se utilizan plataformas de videoconferencias –usualmente Google Meet o Zoom– para efectuarlas; no obstante, en ciertos casos extraordinarios, se pueden realizar a través de mensajería instantánea.

Las intervenciones son proporcionadas por asesores, que son estudiantes de la licenciatura a distancia de Psicología entre séptimo y noveno semestre –con calificación promedio mínima de 8 (Toledo, 2023)–, egresados y licenciados, con el objetivo de tratar malestares emocionales o dificultades con hábitos de estudio (Gaceta Iztacala, 2017).

La estructura jerárquica de CAPED inicia con la coordinación operativa que ejecuta las cuestiones administrativas y técnicas del programa, sin olvidar la confidencialidad y aspectos éticos de la disciplina que van permeando en los siguientes niveles estructurales. Los supervisores son profesores de la carrera que tienen asignados a un número determinado de asesores y les dan orientación para la intervención psicológica de quienes solicitan el servicio.

Por otro lado, a fin de salvaguardar la confidencialidad del usuario – así como de observar los aspectos éticos– el contacto con éste se lleva a cabo únicamente por medio del correo

electrónico institucional otorgado a cada asesor, quien dará la atención previa obtención de un consentimiento informado por escrito en el que el usuario podrá conocer y aceptar los aspectos relevantes del funcionamiento de CAPED.

El enfoque que se usa en CAPED es el Cognitivo-Conductual (CC) con un modelo de terapia breve que puede ir desde dos a 8 sesiones (CAPED, s/f) o hasta doce sesiones (Gaceta Iztacala, 2017). En el supuesto que el o la usuaria requiriera de un apoyo diferente, se prevé la canalización a algún centro de atención, según el caso, tomando en cuenta las necesidades del usuario (CAPED, s/f).

Referente a los asuntos educativos, se intenta que los usuarios adquieran estrategias que les sean útiles para aumentar el rendimiento académico, lo cual se logra enseñando hábitos de estudio, planeación y organización de la carga de actividades escolares (CAPED, s/f).

1.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La TCC se basa inicialmente en teorías del aprendizaje y es un enfoque que sigue un método científico para explicar el comportamiento humano. La intervención mediante TCC pretende la modificación conductual, así como los procesos necesarios para llevar a cabo las conductas –incluyendo pensamientos, emociones y respuestas fisiológicas, además de la propia conducta observable– cuando son poco funcionales o adaptativas para el sujeto y la sustitución de éstas por otras más funcionales (Ruíz, *et al.*, 2012). Es una importante aproximación al tratamiento de los trastornos mentales (Gross, 2015).

En palabras de Quant (2013), la TCC se distingue por ser rigurosa en su metodología y porque sus terapeutas tienen un perfil científico-practicante. Asimismo, Quant (2013) y Hayes y Hofmann (2017), precisan que se podría definir como un conjunto de intervenciones que se reconocen ampliamente por su configuración dirigida a tratamientos psicológicos con la más extensa evidencia empírica.

La TCC es altamente efectiva para conocer el origen y mantenimiento de las conductas, así como su modificación por medio de estrategias y técnicas estandarizadas que se proponen después de la cuidadosa evaluación biopsicosocial de los malestares y posibles trastornos psicopatológicos de la persona (Ruíz, *et al.*, 2012).

Es de importancia mencionar que este enfoque es centrado en el problema. El consultante adquiere un papel sumamente activo y se requiere de su aprobación y compromiso –a veces incluso de sus allegados–, ya que se le pide hacer actividades fuera de las sesiones.

Las intervenciones para la mayoría de los trastornos emocionales tienen una duración de máximo 20 sesiones con una reducción notoria de sintomatología entre la cuarta y sexta semana de haber iniciado (Puerta y Padilla, 2011).

La TCC tiene dentro de su metodología la formulación de caso en donde se organizan los datos del consultante recabados por parte del terapeuta y se identifican los que se consideran de significancia clínica, además de ciertas variables que pudieran impactar. Ya con la información organizada, se determinan las variables de adquisición, detonadoras y de mantenimiento de la conducta blanco o conducta problema. En esta organización se describen las quejas y síntomas del consultante y con este material el terapeuta logra comprender cómo y por qué se manifiestan los malestares, por qué se convierten en problema y por qué se mantienen (Nezu, *et al.*, 2004 en Nezu, *et al.*, 2006).

Este enfoque se lleva a cabo por medio de intervenciones que toman en cuenta al individuo como ser biopsicosocial. Esto quiere decir que para analizar una conducta se consideran su entorno, su cultura, su estado físico, cognitivo y emocional; todos éstos, aspectos, medibles y evaluables. La aplicación de este enfoque contempla que casi todas las conductas son aprendidas a lo largo del desarrollo vital y, por tanto, como se mencionó anteriormente, se toman en cuenta la cultura y genética del individuo (Ruíz, *et al.*, 2012; Puerta y Padilla, 2011). Sobre dichos aspectos el terapeuta estructurará la intervención, de

modo que es fundamental no pasar por alto ninguno de éstos para así establecer objetivos terapéuticos acertados y proceder a diseñar un plan de intervención adecuado a cada persona (Nezu, *et al.*, 2006).

Según Méndez *et al.*, (2014), una conducta se constituye de un conjunto de conductas más sencillas que forman pasos individuales y que, finalmente, van creando una cadena de conductas o “encadenamiento”. Cada conducta que se realiza tiene un antecedente y un consecuente que la mantiene. Así pues, para modificar una conducta, primero se ha de separar el encadenamiento en conductas más simples a fin de analizarla.

Un aspecto que no se puede dejar en el olvido es la evaluación de la conducta, pues así se puede conocer si la intervención está siendo exitosa o se ha de alterar el diseño. En ésta se identifican las variables que impactan en la conducta que se desea modificar, misma que se mide para poder conocer de manera precisa si hay modificación o no (Vargas e Ibáñez, 1998).

Además, a lo largo de las diferentes etapas de la intervención se llevan a cabo evaluaciones –aún después de haber finalizado– a fin de dar seguimiento, saber si se mantuvo la conducta sustituta y hacer mediciones de efectividad. De esta forma, la evaluación va dictando el rumbo del tratamiento. Conforme una conducta cambia hacia donde se tiene esperado, se hace evidente que el tratamiento está siendo efectivo y se va evaluando y midiendo a corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta una línea base para contraste (Ruíz, *et al.*, 2012).

De acuerdo con los autores anteriores, la intervención se centra en la disminución de los pensamientos disfuncionales, el aumento del autocontrol emocional y conductual, el incremento de la capacidad para solucionar problemas, de los reforzamientos positivos naturales y de las habilidades sociales interpersonales (Puerta y Padilla, 2011).

1.3 Las tres generaciones de la TCC

La TCC se puede ver como si estuviera dividida en subgrupos definidos por la cantidad de variables que influyen en los problemas clínicos, la técnica cognitiva conductual específica, las características particulares de la población, la orientación teórica, la modalidad de intervención, entre otras. Algo de esta heterogeneidad se puede organizar al visualizar la TCC en tres generaciones: la primera, con un enfoque en psicología operante y conductismo radical; la segunda enfatiza las cogniciones; y la tercera, la aceptación y los valores (O'Donohue y Masuda, 2022). A continuación se describen las tres generaciones de la TCC.

1.3.1 Primera generación

Alrededor de los años 50 surgió la terapia conductual como una alternativa al psicoanálisis y al humanismo que se llevaba practicando sin una base científica sólida, con especificaciones vagas y evidencias débiles referente a la efectividad de sus intervenciones, desde el punto de vista del conductismo. Por esta razón los conductistas consideraron importante establecer bases científicas sólidas, que las aplicaciones estuvieran bien especificadas y se comprobaran rigurosamente, ya que –en palabras de O'Donohue, *et al.*, (2001), citado en Morris, (2022)– la Terapia Conductual es una orientación para comprender y aliviar el sufrimiento humano a través del cambio conductual que se deriva de la psicología experimental y, sobre todo, de investigaciones en aprendizaje (Ruíz, *et al.*, 2012; Morris, 2022).

Dos grandes representantes del conductismo clásico, Watson y Skinner, fundamentan el análisis aplicado de la conducta que propone un acercamiento científico y medible que se pudiera aplicar a la clínica, tomando como base las teorías del aprendizaje y el condicionamiento clásico (Obando y Parrado, 2015).

Según Ruíz, *et al.*, (2012), en esta etapa de la TCC Watson desestimaba tajante y rotundamente incluir en sus estudios aspectos del pensamiento para enfocarse en la conducta

bajo un modelo de E-R (Estímulo-Respuesta), para lo que usaban las teorías del condicionamiento clásico y operante.

Skinner aportó un bagaje importantísimo sobre el aprendizaje y la relación sobre el concepto de E-R-C (Estímulo – Respuesta – Consecuencia) por medio del análisis funcional de la conducta. Se introdujeron técnicas de reforzamiento, castigo y extinción para intentar que los sujetos aprendieran nuevos repertorios conductuales (Ruíz, *et al.*, 2012; Obando y Parrado, 2015). Esto, en un inicio, fue derivado de los experimentos en laboratorios y a partir de esto se desarrolló el primer colectivo de intervenciones conductuales para uso en psicología clínica, la cual avanzó enormemente (Ruíz, *et al.*, 2012).

1.3.2 Segunda generación

Es la unión de los tratamientos de la Terapia Conductual y de la TCC. Estas intervenciones están dentro de las mejor sustentadas y más ampliamente practicadas a nivel psicosocial hasta la fecha. Lo que hace la mayor diferencia entre las propuestas terapéuticas de primera y segunda generación es el énfasis en los procesos cognitivos y el uso de intervenciones terapéuticas a fin de elicitar cambios cognitivos y conductuales que a su vez reduzcan la psicopatología, tomando con mayor interés los pensamientos conscientes y cómo impactan en la salud mental. La idea medular en esta generación es que el individuo interpreta una situación y determina sus respuestas emocionales, así como cualquier esfuerzo de afrontamiento según su percepción de ésta (Strunk, *et al.*, 2022).

Inició por la década de los 60 con gran rigor teórico y aplicado. Se investigó el aprendizaje, los procesos mentales, la imaginación, entre otros. En esta etapa se da respuesta a la conducta humana en relación con sus pensamientos individuales y al significado que otorgan al mundo, por lo que las intervenciones se orientan a la modificación de pensamientos, lo que a su vez repercute en el cambio conductual sin dejar de lado las técnicas conductuales (Patiño, 2018).

“Existen tres tipos de TCC, a) las terapias de reestructuración cognitiva, de donde se surge la terapia racional emotiva conductual, el entrenamiento en autoinstrucciones, la terapia cognitiva y la reestructuración racional sistemática; b) las terapias de habilidades de afrontamiento, las cuales abarcan el modelo encubierto, el entrenamiento para afrontar situaciones, el entrenamiento en manejo de la ansiedad y el entrenamiento en inoculación de estrés; c) finalmente las terapias de solución de problemas que contemplan la terapia de solución de problemas interpersonales y la ciencia personal” (Becoña & Oblitas, 1997, citados en Obando y Parrado, 2015. pág. 54).

Dos de las más importantes terapias cognitivas de esta etapa son la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck (O'Donohue y Masuda, 2022), que se explicarán a profundidad más adelante.

Bandura, por otro lado, propone el concepto de autoeficacia, que es fundamentalmente la fuerza de la convicción de un individuo en relación con su propia eficiencia, su expectativa sobre si puede ejecutar de manera exitosa la conducta requerida y producir el resultado esperado, lo que significó para él un factor clave en la adquisición, regulación y motivación de la conducta (McCracken, 2022).

1.3.3 Tercera generación

Da inicio a finales de los 80, rescatando los principios del conductismo de la primera generación, contrastando y planteando teorías que han sido experimentales para aplicarlas a la modificación conductual (Patiño, 2018).

Ocurren cambios en los supuestos de la TCC y emerge una nueva propuesta CC que se basa en conceptos contextuales enfocados más en la relación del individuo con su pensamiento y emociones que en el contenido de éstos. Se enfatizan elementos como la atención plena, las emociones, la aceptación, las relaciones, los valores, las metas y la metacognición (Hayes y Hofmann, (2017); sin embargo, por el año 2004 (Hayes y Hofmann,

2017; McCracken 2022) se empezó a determinar qué tipo de terapias se considerarían dentro de esta generación.

El modelo teórico no es tan específico como en las generaciones anteriores, pues algunas técnicas se basan en las teorías del aprendizaje y otras en técnicas de relajación, sugestión, paradójicas, en las que se recalca el contexto como elemento primordial en la explicación de la conducta. El individuo regresa a ser uno con su entorno (Kazdin, 1991, citada en Ruíz, *et al.*, 2012).

Se podría decir que objetivo de esta generación es que el individuo aprenda a experimentar la vida, ya sean pensamientos, emociones, conductas o sentimientos, de una manera más flexible y a vivirla tal cual se presenta, relacionándose con estos elementos que la conforman de una manera alternativa, entendiendo que no son éstos la causa de la conducta. Al mismo tiempo, es importante el estudio de la relación que existe entre terapeuta y consultante, ya que la alianza terapéutica permitirá a éste desenvolverse como lo haría en su vida cotidiana (Patiño, 2018).

Se tiene en cuenta la integración de la filosofía oriental budista en algunas estrategias de intervención, como son la atención plena o *mindfulness* (Patiño, 2018; Ruíz, *et al.*, 2012); no obstante, los conceptos y métodos más nuevos se utilizan ampliamente hoy con los que ya estaban establecidos. Este diálogo entre ellos sirve como un incentivo para la investigación teórica y tecnológica (Hayes y Hofmann, 2017).

1.4 Reestructuración Cognitiva (RE)

La reestructuración cognitiva es un grupo de estrategias y técnicas que tienen como premisa las cogniciones como mediadores en la conducta e intentan modificar las que son disfuncionales (Méndez, *et al.*, 2014). En este grupo que existe dentro de la TCC, está la TC, introducida por A. T. Beck, que fue una contribución fundamental para el tratamiento de

problemas psicológicos, sobre todo ansiedad y depresión, pero también ha destacado para trastornos de la personalidad y psicosis (Clark *et al.*, 2013).

En los párrafos siguientes se podrán conocer algunos puntos medulares de este tema como son los pensamientos automáticos e irracionales en la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, respectivamente, acompañados de algunas otras estrategias para completar la RE.

1.4.1 Terapia Cognitiva de Beck

En el modelo de Beck de 1987 se afirma que los pensamientos, evaluaciones y creencias que son importantes para la persona –sesgadas en relación con la realidad– son clave para desarrollar y mantener malestares mentales porque se originan a partir de imágenes mentales desadaptativas de ésta que se alojan en los esquemas o estructuras de la memoria en donde se procesa la información y que es a partir de donde se ordena, selecciona, codifica y recupera información (Clark, 2013). Según se interactúa con el medio, se activan los esquemas que producen interpretaciones conforme las creencias aprendidas; éstos se llaman pensamientos automáticos (Biglieri y Vetere, 2011).

El término RE se usa para describir el mecanismo de cambio esquemático relacionado a la Terapia Cognitiva (TC). Es un planteamiento terapéutico en el que se enseña a las personas que manifiestan malestar a que exploren, identifiquen, evalúen y sustituyan sus pensamientos, evaluaciones y creencias desadaptativas que son los responsables de que los problemas y los malestares psicológicos se mantengan (Clark, 2013).

En la TC se toma en cuenta cómo procesa la información el individuo. Se han clasificado una gran cantidad de procesamientos, donde entre los más frecuentes están los errores de lógica que, para los autores Biglieri y Vetere (2011), es un término incorrecto debido a las construcciones subjetivas y proponen el término “lógicas diferentes” (pág. 36) o, según Méndez, *et al.*, (2014), “distorsiones cognitivas”. Entre ellas están:

- **Inferencia arbitraria:** sacar conclusiones sin evidencia que se corresponda con la realidad objetiva.
- **Lector de mentes:** inferir y concluir sin evidencia la reacción de otros de manera negativa.
- **Error del adivino:** es una inferencia arbitraria, pero se anticipa que las cosas van a salir mal como una realidad consumada.
- **Personalización:** atribución a la propia persona que corresponde a sus esquemas disfuncionales, buscando información que corrobore las propias creencias.
- **Razonamiento emocional:** creer que las emociones negativas reflejan absolutamente lo que es la realidad.
- **Sobregeneralización:** una conclusión que puede aplicarse a un caso específico se aplica de manera general a cualquier situación parecida.
- **Externalización de la propia valía:** subestimar nuestro valor en algún acontecimiento o suceso. (pág. 418-419)
- **Afirmaciones de debería:** esperar o exigir ciertas capacidades, habilidades o comportamientos de uno mismo u otros sin pensar si es posible que se realicen dentro del contexto que se espera o exige (pág. 375).

1.4.2 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis

Como parte de la RE está la teoría desarrollada por Albert Ellis, junto con Beck. Ellis propuso la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), fue uno de los iniciadores de las TCC y fue quien propuso que los trastornos y malestares psicológicos se derivan de creencias irracionales y que, al modificar dichas creencias, se modificarían a su vez las emociones y conductas adversas (Méndez, *et al.*, 2014).

En su trabajo se advierte la influencia de la filosofía constructivista que Epícteto habría propuesto hacía 2,000 años: las personas se alteran no por los eventos que les suceden, sino por la percepción que tienen de ellos (Holt y Austard, 2013).

Ellis dio relevancia a las emociones que experimentaban los sujetos –que para la época era algo innovador– conceptualizando a los individuos como seres biopsicosociales que necesitan objetivos en la vida y poder alcanzarlos. Afirma que hay dos metas básicas: mantenerse con vida y lograr el mayor bienestar posible evitando el malestar innecesario, y es a partir de estas metas que se van estableciendo otros objetivos (Ruíz, *et al.*, 2012).

Él propuso una terapia por fases secuenciales de la A a la F para modificar la estructura del pensamiento y, por tanto, las emociones que le acompañan. Se plantea que en la vida hay detonantes o Activadores (**A**) que interfieren con los objetivos a conseguir; sin embargo, se ha de saber que **A** no es lo que provoca las Consecuencias conductuales, cognitivas o emocionales (**C**), sino que cuando hay un malestar psicológico es porque existen creencias o interpretaciones irracionales (**B**) que interfieren entre **A** y **C**. Entonces, son dichas interpretaciones o creencias sobre **A**, las que producen **C**; no obstante, no siempre llevan este orden, pues pueden interactuar según la situación: podría ser que **A** provoque **C** y de **C** se desprendan nuevas creencias (**B**) que no existían antes de **A** (Ruiz, *et al.*, 2012).

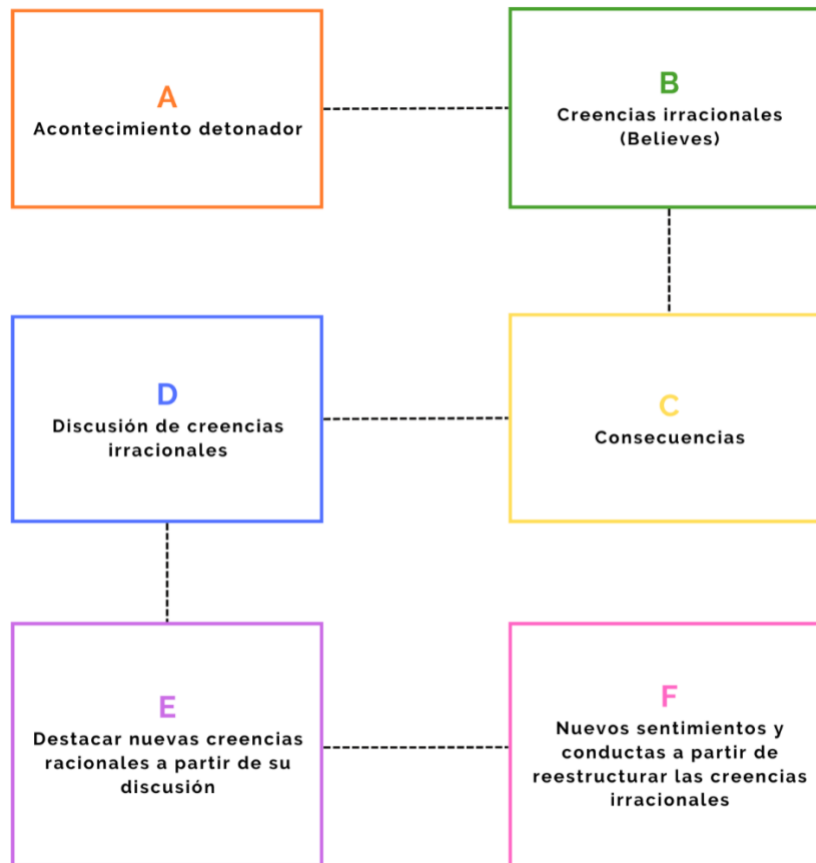
Teniendo clara la secuencia de la **A** a la **C**, se puede pasar a la fase **D** en la que el individuo debate con el terapeuta sus creencias irracionales y lo que le llevan a actuar como lo hace. Un buen método para discutir dichas creencias es el diálogo socrático, a fin de confrontar sus creencias con la evidencia que existe y con los escenarios posibles. Se pasa después a la fase **E**, donde el sujeto ya destaca las nuevas creencias lógicas y racionales, y que van a originarse del debate en **D** para finalizar con nuevos pensamientos y emociones en **F**, que a su vez provienen de la reestructuración cognitiva; es decir, de su forma de pensar, ya no automática, sino razonada (Ruíz, *et al.*, 2012).

Resumiendo, se han de identificar los **A** de manera clara, sean pensamientos o situaciones en las que el individuo se comporte de la manera que desea modificar para después detectar las **B** que dan **C** como consecuencia y pasar a cuestionarse **B** para que surjan nuevas creencias que sean racionales y funcionales con el fin de que se integren nuevos sentimientos y comportamientos a raíz de haber pensado de manera lógica y razonada lo que antes era irracional (Méndez, *et al.*, 2014). Luego se prosigue con el debate de creencias en **D**, resaltando nuevas creencias adaptativas, lógicas y racionales en **E**, para finalizar en **F**, logrando cogniciones, sentimientos y comportamientos más funcionales originados por la reestructuración cognitiva que se llevó a cabo desde la identificación de **A** (Ruíz *et al.*, 2012).

Los pensamientos racionales tienen que ver con la evaluación de las preferencias, el agrado, lo que uno desea; éstos son flexibles y útiles para el establecimiento y cumplimiento de objetivos (Ruiz, *et al.*, 2012).

Gráfica 1: Reachi (2023).

Secuencia de la Terapia Racional Emotiva Conductual



1.5 Respiración diafragmática

Nezu *et al.*, (2006) mencionan la utilidad de la respiración diafragmática para reducir la activación de los síntomas por ansiedad. Esta técnica se emplea para lograr respiraciones lentas y profundas, y se entrena al individuo modelando el procedimiento con una mano en el pecho y otra arriba del ombligo para notar cómo se eleva esa mano al momento de hacer la inhalación, que es lenta y sostenida.

Por su parte, Ruiz *et al.*, (2012), consideran adecuado que el individuo a entrenar piense en alguna palabra relativa a la tranquilidad al momento de inhalar y otra al momento de exhalar; por ejemplo, paz y calma. Ellas recomiendan hacerlo diez veces de manera continua y repetir veinte veces. Al inhalar se ha de llenar el abdomen, se toma una pausa y se exhala de manera fluida y constante.

1.6 Psicoeducación

Es el proceso de enseñar a los consultantes que presentan algún malestar psicológico –así como a sus familiares y/o personas cercanas– la naturaleza de su malestar, lo que incluye la etiología, cómo podría progresar, las consecuencias, el tratamiento y las alternativas para que conozcan las diversas facetas y puedan trabajar junto con el psicólogo para la obtención de mejores resultados. Con ello, se proporciona información del malestar o diagnóstico para evitar las recaídas y lograr un compromiso en la adherencia a la terapia. A veces, esta información se puede impartir también al personal de salud, según el caso. La psicoeducación es un elemento presente en casi todas las terapias (Kissane, D., 2011; Sarkhel, *et al.*, (2020).

1.7 Estrés

El estrés es una activación del cuerpo como respuesta a situaciones, pensamientos o emociones que se perciben como amenazantes (Méndez, *et al.*, 2014). Esta activación es para alertarnos sobre dicho peligro y produce una agudeza en los sentidos que debe cesar una vez que se hace frente a éste. El estrés es una respuesta que resulta muy útil para que el individuo evalúe si puede o no hacer frente a una situación que percibe como amenazante; es decir, si se ve a sí mismo capaz o incapaz de afrontarla (Olivares, *et al.*, 2014).

Si esta activación fisiológica se mantiene por un periodo prolongado a raíz de una situación, pensamiento o emoción estresante, muchas veces puede resultar en ansiedad o miedo que impactarán en cambios a nivel neurológico, endocrino (Olivares, *et al.*, 2014) y además, según Naranjo (2007), en todos los órganos vitales, ya sea de manera directa o indirecta.

A lo que se refiere Méndez, *et al.*, (2014) por activación fisiológica es al aumento de la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, la respiración se hace más agitada –lo que oxigena los músculos para mayor velocidad al correr–, los músculos se tensan –dispuestos para atacar–, aumenta la glucosa y lípidos en la sangre, se transpira profusamente para regular la

temperatura corporal, se secretan factores de coagulación –que ayudan a cerrar más rápido las heridas para no perder sangre– y se hace más lenta la digestión –para permitir mayor riego sanguíneo al cerebro y músculos. A esto, Naranjo (2007) incluye mandíbula cerrada, estómago contraído y extremidades en tensión. Estos síntomas nos sirven como alerta de un peligro real o no y para estar preparados para el ataque.

Esta sabia respuesta evolutiva que hoy, aunque necesaria, en algunas ocasiones es exagerada ante estímulos que no son verdaderamente amenazantes para la vida. Dichos estímulos se llaman *estresores*, y pueden ser internos –como los miedos– o externos –como un cambio de trabajo– y aparecen en forma de pensamientos, emociones, sensaciones u objetos y, aunque no a tal extremo peligrosos, al ser interpretados como tal, el cuerpo reacciona de acuerdo con lo que percibe: una amenaza que pone en riesgo la vida (Méndez, *et al.*, 2014).

Según Lazarus y Folkman en Gross (2015), el peligro sólo puede definirse según la percepción de cada persona y no de manera objetiva, así que sólo podemos identificar posibles estresores que pudieran ser tipos de eventos o experiencias en la que la mayor parte de la gente se siente incapaz de manejarlas debido a las demandas que pudieran involucrar.

El Síndrome de Adaptación General (SAP), descrito por Selye en 1956, propone que el cuerpo se defiende del estrés y responde igual ante cualquier estresor, ya sea ambiental o intrínseco. El SAP se conforma de tres etapas: la reacción de alerta, la resistencia y el agotamiento.

Gross (2015), señala que durante la reacción de alerta se percibe el estímulo amenazante – el estresor– y se presenta una fase de choque inicial breve donde disminuye la resistencia al estresor; sin embargo, rápidamente entra una fase de contrachoque en donde se activa la rama simpática del sistema nervioso autónomo y provoca la secreción de altos niveles de adrenalina y noradrenalina, conocidos como respuesta de ataque o huida. Debido a esta

activación, las glándulas suprarrenales mantienen la liberación de noradrenalina en la sinapsis del sistema nervioso autónomo.

En lo que se refiere a la etapa de resistencia, si el estresor no se retira, disminuye la actividad del sistema nervioso simpático y aumenta la actividad del córtex adrenal que controla la cantidad de corticotropina que se libera en sangre y que es indispensable para la supervivencia porque estimula la liberación de corticosteroides, (principalmente cortisona e hidrocortisona) que controlan y mantienen la cantidad de glucosa en la sangre que sirve para resistir cualquier tipo de estrés (Gross, 2015).

Explica Gross (2015) que, durante la etapa de agotamiento, una vez que la corticotropina y los corticosteroides están circulando por el torrente sanguíneo, inhiben la producción de corticotropina. Si el estresor se retira durante la etapa de resistencia, los niveles de glucosa en sangre regresan gradualmente a la normalidad; sin embargo, si la situación estresante continua, la activación de la pituitaria y el córtex adrenal continua, lo que provoca que los recursos del cuerpo se empiezan a agotar y las glándulas suprarrenales no puedan funcionar de manera adecuada. Entonces caen los niveles de glucosa en sangre y en casos extremos la hipoglucemia puede causar la muerte. Es una etapa en la que se desarrollan trastornos psicológicos, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, asma y úlceras pépticas. Syle llamó a éstas “enfermedades de adaptación” (Gross, 2015).

1.8 Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional que –a diferencia del estrés que generalmente conlleva un detonante externo– tiene la característica de tener síntomas sostenidos, preocupaciones persistentes y excesivas, aun en ausencia del estresor. Los síntomas son casi idénticos a los del estrés: insomnio, dificultad para concentrarse, cansancio, tensión muscular e irritabilidad (American Psychological Association [APA], 2022).

En ocasiones es una sensación de miedo, terror e inquietud que puede ocasionar sudor, inestabilidad y tensión, algunas veces con aumento de frecuencia cardíaca. Éstas pueden ser reacciones normales al estrés; incluso pueden proporcionar un impulso y ayudar a la concentración (Medline, 2022). El Instituto Mexicano del Seguro Social ([IMSS], 2019) la define como “un estado emocional displacentero acompañado de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos”, citado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática ([INEGI], 2021, pág. 14).

Cuando la ansiedad es leve puede controlarse de manera efectiva por medio de actividad física, una dieta nutritiva y buenos hábitos de sueño; sin embargo, existen otros mecanismos de afrontamiento cuando esto no es suficiente (APA, 2022) y las personas llegan a experimentar miedos constantes, lo cual puede ser muy abrumador pues los síntomas pueden interferir hasta en sus actividades diarias más básicas (Medline, 2020).

De la ansiedad se derivan algunos trastornos y entre los más comunes está el trastorno de ansiedad generalizada. Se puede considerar así cuando los síntomas han sucedido la mayor parte de los días por más de seis meses, que las preocupaciones vayan de un tema a otro por asuntos de la vida diaria, pero de manera excesiva y que se acompañe de los síntomas físicos propios de la ansiedad.

Otro es el trastorno de pánico, que se destaca por repentinos y recurrentes ataques de miedo intenso cuando no existe un peligro real. Los ataques se presentan de manera rápida y pueden durar varios minutos o más y provocan sudoración, inquietud, mareos, latidos cardíacos rápidos, falta de aire, entre otros.

La ansiedad también se puede manifestar en diferentes fobias, las cuales son miedos irracionales por algo que no representa un riesgo verdadero. Puede ser un miedo a algo

específico o ansiedad social, que se manifiesta como un profundo temor a situaciones sociales (APA, 2022).

Los diferentes trastornos de ansiedad tienen distintos síntomas, pero todos comparten a nivel cognitivo una combinación de pensamientos ansiosos o creencias que son difíciles de controlar, e inquietud y tensión que interfieren con la vida diaria que no se detienen y empeoran con el paso del tiempo si no se atienden. A nivel físico: latidos cardíacos acelerados, dolores y molestias inexplicables, mareos y falta de aire. A nivel conductual: cambios de comportamiento, como evitar hacer las actividades diarias. (MedlinePlus, 2020).

La Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE), llevada a cabo por el INEGI en el 2021, arrojó que el 19.3% de la población adulta experimentó ansiedad severa, el 31.3% ansiedad mínima o ligera, siendo los Estados de Puebla, Chiapas y Michoacán los que presentaron más altas puntuaciones y Nuevo León, Baja California y Quintana Roo, las más bajas (INEGI, 2021).

Para llegar a este resultado se hizo una encuesta de una pregunta que se contestaba según lo experimentado en las últimas dos semanas en una escala Likert que iba de 0 a 3 en donde 0 = Nunca o menos de un día; 1 = varios días; 2 = más de la mitad de los días; 3 = casi todos los días. La pregunta fue “¿Con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes síntomas?”, 1) “sentirse nerviosa(o), intranquila(o), con nervios de punta; 2) no poder dejar de preocuparse o no poder controlar su preocupación” (INEGI, pág. 15).

Las mujeres manifestaron experimentar síntomas ansiosos severos en un 23.2%, mínimos o ligeros en un 32.8% y el 44.0% manifestó no haber experimentado síntomas de ansiedad. En cuanto a la población de hombres, el porcentaje para síntomas de ansiedad severos es del 15%; mínimos o ligeros, del 29.7% y el 55.3% refirió no haber presentado síntomas ansiosos (INEGI, 2021).

1.9 Acoso escolar

El profesor Dan Olweus definió en 1973 el *bullying* o acoso escolar como un comportamiento repetido que llevan a cabo algunos alumnos para causar daño o para molestar (en diferentes maneras: verbal, física, psicológica y socialmente) a sus pares, donde se establece una relación asimétrica (Olweus, 1998 en Valera-Pozo, *et al.*, 2021).

El acoso escolar es un fenómeno generalizado y preocupante que se relaciona con diferentes variables personales, conductuales y sociales e impactan negativamente en éstas, inclusive a largo plazo. De esto último existe la evidencia de que la victimización en la infancia se relaciona específicamente con la ansiedad social en la edad adulta, adicionalmente obteniendo puntuaciones más bajas en las escalas psicosociales (Blood y Blood, 2016).

Asimismo, Beltrán-Catalán, *et al.*, (2016), mencionan que la emoción internalizante a la que más tienden los individuos que han sido acosados en la escuela es la tristeza, para posteriormente presentarse las externalizantes de irritabilidad, hostilidad y evitación o huida.

Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) que realizó el INEGI en 2022, muestra que el 28.5% de la población infantil de 9 a 11 años percibió que dentro de su localidad los adultos “nunca” valoran su opinión. La proporción de niños y niñas en la escuela es de 5.9% y 5.4%, respectivamente. En este mismo rango de edad mencionaron haber experimentado discriminación por sus compañeros el 19.4% del total de la población y el 43.8% de ésta fue por su peso o estatura; el 17.2% declaró que algún compañero o compañera se burló de él o ella, le ofendieron o pusieron apodos en el último año; el 19.2% fueron niños y el 15.3% fueron niñas.

En el caso de adolescentes y jóvenes de entre 12 y 29 años, el 29.3% de la población estudiantil sufre acoso escolar, siendo el porcentaje 4.3% para hombres y 5.0% para mujeres. Esta encuesta también arrojó que 31.3% de mujeres opina que sus derechos no se respetan

mucho en comparación con los hombres, con un 26.0% y en cuanto a discriminación escolar, ambos sexos que constituye el 8.1%, percibe exclusión dentro de la escuela.

1.10 Hábitos del sueño

La TCC se usa exitosamente para problemas de insomnio a nivel de atención primaria. Para abarcar todos los aspectos que inciden en el sueño se atienden elementos cognitivos, conductuales y se proporciona psicoeducación sobre higiene del sueño. Se ha de identificar si el individuo relaciona su área de dormir con frustración y estar despierto, o bien con otras actividades que son incompatibles con dormir, como comer, ver la televisión, usar el celular, entre otros, para poder controlar estos estímulos y así modificar las asociaciones con el área de dormir y que se perciba únicamente como un lugar de descanso (AdSalutem, Instituto del sueño [AdSalutem], s/f).

Se recomienda usar la cama sólo para dormir –y/o tener relaciones sexuales–, además de tener una misma hora para levantarse todos los días, establecer un límite de tiempo que se pasará en la cama para que se fije un horario constante para dormir, lo que incrementará el deseo de hacerlo (AdSalutem, s/f).

Una forma es obteniendo un promedio de horas que duerme en una semana durante la noche y se aumenta media hora. Este es el tiempo que debe permanecer en su cama y poco a poco se va aumentando 30 minutos hasta lograr ocho horas. Es importante no usar este límite de tiempo en personas diagnosticadas con alguna condición médica o psiquiátrica (AdSalutem, s/f), pues algunas enfermedades médicas podrían tener como comorbilidad sueño y cansancio excesivo, mientras que algún padecimiento psiquiátrico puede ocasionar insomnio y somnolencia durante el día.

Se usa también la relajación con respiraciones y otras técnicas de relajación muscular, además de meditación, para reducir los pensamientos intrusivos. También se dispone de la psicoeducación que incluirá factores como conservar un horario fijo para dormir, no quedarse

en la cama si ya se está despierto, apagar todos los dispositivos antes de dormir y hacer alguna actividad de relajación, comer sanamente, ejercitarse un poco y no tomar bebidas alcohólicas para aportar a un sueño reparador (AdSalutem, s/f).

2. ESTUDIOS PREVIOS

2.1 Acoso escolar con relación a la ansiedad

Según un estudio de Valera-Pozo, *et al.*, (2021) los adultos que son o fueron acosados en la escuela tienden a reportar los mismos resultados a largo plazo que en niños y adolescentes en estudios longitudinales. Esto es, que son proclives a mayor sensibilidad al castigo, mayor desregulación emocional, baja autoestima, bajo ajuste psicológico y mayor frecuencia de ideación suicida, así como puntuaciones más altas en escalas de depresión, ansiedad y estrés.

A estos factores, Beltrán-Catalán, *et al.*, (2015) añaden el autoconcepto negativo, el miedo a la evaluación negativa, sentimientos de rechazo y bajo rendimiento académico.

Adicionalmente, añaden que algunos estudios sustentan que las experiencias que son personal o socialmente traumáticas en la infancia pueden quedar intensamente grabadas en la memoria autobiográfica. Así, cuando se reconstruye la experiencia al momento de recordar, se evocan también emociones que se experimentaron en ese momento.

Asimismo, en otra investigación por Collelli y Escudé en 2006, se ratifica que cuando existe acoso escolar en niños y niñas el problema continúa hasta la vida futura del individuo, tendiendo a más trastornos psicológicos tanto en la adolescencia como en adultez e incluso a más consultas psiquiátricas, presentando las víctimas más problemas internalizados. Los más recurrentes son ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos.

Roth, *et al.* (200), llevaron a cabo un estudio sobre la relación que guardan los recuerdos de haber sido acosado durante la infancia y la ansiedad y depresión en adultos y los resultados arrojaron que la historia de acoso está más significativamente relacionada tanto al

miedo a la evaluación negativa como a la ansiedad, más que a las dificultades que presentan las preocupaciones, en donde no se observó una relación significativa.

Los autores también mencionan que los niños que son más sensibles a la ansiedad son más propensos a ser víctimas de acoso escolar, así como la tendencia a desarrollar un estilo cognitivo con tendencia a ponerse en situaciones de riesgo para el desarrollo de depresión futura (Roth, *et. al.*, 2002).

2.2 Aplicaciones de reestructuración cognitiva y respiraciones abdominales para reducción de síntomas de ansiedad

La TREC se ha implementado con un alto grado de eficacia en intervenciones para personas que presentan síntomas de ansiedad, como es el caso del trabajo de Nassar (2022), quien redujo significativamente los síntomas de su consultante usando únicamente esta terapia durante 16 sesiones de 60 minutos por semana. La autora consiguió que el individuo internalizara una nueva filosofía de vida que incluía creencias racionales y conductas funcionales, mejorando su calidad de vida, lo que coincide con el objetivo mismo de la teoría.

Vargas (2023) aplicó en una terapia breve con enfoque CC, la TC de Beck y la técnica de relajación por respiración diafragmática en un caso de ansiedad de una mujer de 26 años. Vargas usó el LSB-50 como instrumento de medición de los síntomas psicológicos y psicósomáticos en adultos, que se dividen en las más relevantes dimensiones psicopatológicas. De esta forma se obtuvieron resultados exitosos, con una reducción de síntomas en todas las dimensiones.

En el caso aplicado de Baron (2021), se muestra que el uso de la TREC en conjunto con técnicas de respiración profunda en terapia breve para disminuir significativamente las creencias irracionales que generan ansiedad fue efectiva. Para su medición se usó el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton, logrando importantes reducciones en las puntuaciones: de 23 puntos con significación “moderada”, a 5 con

significación “mínima”; y de 29 puntos con significación “ansiedad generalizada”, a 3 con significación “sin ansiedad”, respectivamente.

En la intervención de Guizado (2022), ella aplicó la TREC, TC y respiraciones abdominales. El uso de las primeras dos técnicas ayudó a su consultante a que lograra identificar pensamientos relacionados con la ansiedad y modificarlos por unos racionales, flexibilizándolos y disminuyendo las conductas impulsadas por la ansiedad. También comprendió que las interpretaciones que hacía de la realidad no eran hechos que necesariamente la reflejaran objetivamente. Con esto, cuestionando sus creencias y cambiando sus pensamientos, de la mano de las respiraciones abdominales, consiguió relajarse al identificar la activación por ansiedad y controlarla.

2.3 Hábitos saludables del sueño

En cuanto a la importancia de tener hábitos de sueño saludables, Tafoya y Lara (2011) llevaron a cabo la revisión de 37 intervenciones publicadas desde el año 1998 hasta el año 2008 sobre el insomnio primario –que es el concepto se aplicó para el caso de la usuaria “N” que presentaré a continuación– y en cuya revisión se eligieron estudios que no incluyeran fármacos. La población que se designó para esta revisión fueron adultos con edades que oscilaban entre 18 y 60 años. Entre las técnicas que se utilizaron podemos contar con la relajación, el control de estímulos y la higiene del sueño. Las autoras afirman que la evidencia muestra que la TCC fue la intervención más efectiva para el insomnio primario sin medicamentos, que mantuvo su eficacia a largo plazo y su capacidad para progresar en los resultados.

3. METODOLOGÍA

3.1 Análisis del caso

La usuaria “N” solicitó apoyo psicológico vía CAPED, refiriendo inicialmente durante la entrevista semiestructurada como motivo de consulta el hecho de sentir ansiedad por el exceso de actividades académicas, además de tristeza y frustración derivadas del uso de redes sociales ante la percepción de felicidad y logro de sus pares, no así de sí misma.

Por medio de la entrevista semiestructurada, la observación y las puntuaciones obtenidas en el pretest, se estableció como objetivo terapéutico disminuir los síntomas de estrés y ansiedad, además de adquirir habilidades de organización del tiempo para sus actividades académicas. En el mapa de patogénesis propuesto por Nezu *et al.*, (2006) que sigue el modelo EORC –Estímulos (antecedentes interpersonales o ambientales); Organísmicas (biológicas, conductuales, afectivas, cognitivas o socioculturales/étnicas); Respuestas (conductas funcionales); Consecuencias (efectos intrapersonales, interpersonales o ambientales derivados por la respuesta)–, se identificó que una variable distal que impactó fuertemente en sus niveles de ansiedad fue el acoso escolar que manifestó haber recibido durante toda la etapa escolar primaria que, si bien disminuyó durante la secundaria, se agudizó en el nivel medio superior y continuó de manera frecuente e intensa durante sus primeras experiencias en la fase de estudiante a nivel universitario.

Las sesiones, siguiendo el protocolo de CAPED, se llevaron a cabo con una duración de 60 minutos, usando la plataforma de videollamadas Google Meet y compartiendo la pantalla de la asesora para apoyos visuales cuando fueron necesarios, como es el caso de la psicoeducación o ejemplos de llenado de autorregistros.

3.2 Diseño de evaluación Pretest-Postest (DPP)

Es un diseño básico en donde se obtienen mediciones antes y después de la intervención y es por ello que únicamente se utiliza para contrastaciones intrasujetos. Su principal beneficio es comprobar y controlar el instrumento de medición (Alto, *et al.*, 2013).

Para conocer si la intervención fue eficaz se usó un modelo de pretest-postest usando la escala de ansiedad y depresión de Beck que se aplicó antes de la sesión de *screening* y al finalizar la intervención para contrastar los resultados.

Adicionalmente se utilizó la observación, incluyendo la escucha activa durante todo el proceso para identificar la disminución de distorsiones cognitivas y conductas impulsadas por emociones intensas, así como una mejor regulación en los hábitos de sueño.

3.3 Antecedentes del caso

El escenario fue a través de CAPED en sesiones semanales de 60 minutos. En éstas, “N” refiere –con relación al contexto académico– que durante la primaria recibió fuerte acoso escolar, al punto de haber encontrado sus útiles rotos en la basura. La secundaria pasó relativamente tranquila; sin embargo, el acoso reincidió en la etapa media superior y universitaria. Menciona que sus pares enfatizaban que ella no conseguía obtener buenas calificaciones y que no era “normal” que en materias sencillas no lograra una nota más alta, lo que la hacía sentir apenada y con miedo, al punto de esconderse el día que entregaban las calificaciones a modo de evitación de este tipo de comentarios. Lo anteriormente expuesto dio como resultado su abandono de la licenciatura en los primeros semestres.

“N” se ha inscrito a varias actividades extracurriculares, además de tres cursos propedéuticos a fin de retomar la carrera que dejó. Cabe mencionar que es muy detallista en sus actividades académicas, tanto, que se podría considerar clínicamente perfeccionista, lo que le absorbe una cantidad de tiempo considerable para dedicar a alguna labor escolar y que ella atribuye a “hacer las cosas bien”.

En el ámbito familiar de “N” se tienen creencias arraigadas inculcadas por su padre sobre que las personas deben poder lograr todo por sí solas, que no se debe pedir ayuda ni favores por mínimos que puedan ser. Ella mencionó que “una debe resolver sus cosas sola”, y que “hay que arréglatelas como puedas”.

En lo personal, refirió que tuvo una depresión no diagnosticada hacía aproximadamente cinco años y que ésta le duró alrededor de tres años. Sucedió tras abandonar la carrera universitaria previa y, en esta etapa, no tenía ganas de levantarse de la cama, no tuvo apoyo profesional psicológico o médico, y su familia intentaba –sin éxito– que se activara con frases como “ya levántate”, “échale ganas” y “no seas floja”.

Fortalezas de “N”: responsabilidad, volición, afrontamiento centrado en soluciones, valoración de la amistad y la familia.

3.4 Ficha de identificación de la usuaria

Tabla 1.

Ficha de identificación de la usuaria	
Usuaria:	N”
Edad:	27
Sexo:	Mujer
Estado civil:	Soltera
Personas que viven con ella:	3
Religión:	Católica
Profesión:	Estudiante
Promedio académico general	7.35/10
Solicitud del servicio de CAPEd	A través del sitio web de la FES Iztacala
Resultado del inventario de ansiedad de Beck	17 con significación moderada – rango (16-25)
Resultado del inventario de depresión de Beck	10 con significación leve – rango (1-10)
Motivo de la consulta:	“Asesoría”.

Objetivo terapéutico:

Disminuir los síntomas de estrés y ansiedad, además de adquirir habilidades de organización del tiempo para sus actividades académicas.

A continuación se analiza el caso de “N”, quien presenta activación física, emocional y cognitiva por estrés y ansiedad, lo cual impacta en su rendimiento académico.

3.4.1 Variables problemáticas**Tabla 2.****Variables problemáticas identificadas**

Variables fisiológicas	Variables cognitivas	Variables emocionales	Variables conductuales
Dificultad para conciliar el sueño.	- Pensamientos distorsionados de “debería”,	- Autoevaluación negativa.	- Quedarse despierta toda la noche intentando estudiar.
Tensión muscular.	polarizados,	- Perfeccionismo.	
Malestar estomacal.	personalización,	- Necesidad de logro constante.	- Ver redes sociales.
Llanto.	falacia de justicia y razonamiento emocional.	- Comparación constante de sí misma con otros.	- Decorar en exceso sus apuntes simultáneamente a las clases virtuales síncronas.
	- Creencias aprendidas de que no es bueno pedir ayuda, que la gente debe poder sola.		- Rascarse hasta lastimarse.
	- Dificultad para concentrarse.		- Inscribir varias actividades curriculares y extracurriculares.

Estas conductas se refuerzan positivamente, ya que cada vez que “N” se compara con los demás percibe que vale menos, lo cual aumenta sus intentos por querer alcanzar un estándar que “N” atribuye a sus pares.

Tabla 3

3.4.2 Mapa de patogénesis

El siguiente es el mapa de patogénesis que se usa en el contexto del CAPED.

Variables distantes	Variables de antecedentes	Variables organísmicas	Variables de respuesta	Consecuencias
<p>¿Hay algún evento o experiencia en la historia del usuario que le haga más vulnerable ante la situación problemática que vive en el presente?</p> <p>Desde la primaria la molestaban mucho sus compañeros y una de ellas le pegaba. Una vez encontró un cuaderno suyo en la basura roto y rayado. En la universidad la molestaban</p>	<p>a. ¿En qué situaciones se manifiesta el problema?</p> <p>En todo momento, diario.</p> <p>b. ¿Con quién...? ¿cómo...? ¿dónde...?</p> <p>Casi todo el tiempo, normalmente está sola con su perrita o con su mamá; sin embargo, refiere que su mamá no le pone mucha atención.</p>	<p>a) Elementos fisiológicos que experimenta durante la situación problemática:</p> <p>Tensión muscular, aumento de frecuencia cardiaca, tiene prisa. Dolor de estómago.</p> <p>b) Conductas que realiza el usuario durante la situación problemática:</p> <p>Intenta hacer respiraciones</p>	<p>a) Motor:</p> <p>Llora, habla rápido, siente prisa, platica con sus amigos en las redes sociales.</p> <p>b) Fisiológico:</p> <p>Tensión muscular, aumento del ritmo cardíaco, respira más agitadamente.</p> <p>c) Cognitivo:</p> <p>Cree que no va a poder con todo. A veces piensa que</p>	<p>¿Qué ocurre como resultado?</p> <p>a. Corto plazo:</p> <p>Mantenimiento de creencias irracionales sobre que ella es el problema y de distorsiones cognitivas. Sentimientos de soledad. Incremento en el nivel de ansiedad.</p> <p>Incremento de autoevaluación negativa.</p> <p>b. Mediano plazo:</p>

Variables distantes	Variables de antecedentes	Variables organísmicas	Variables de respuesta	Consecuencias
también porque “no sacaba buenas calificaciones” en materias que los demás creían muy fáciles. Los días que mencionaban en la universidad las calificaciones ella se escondía para que no la acosaran ni se burlaran. Le enseñaron a no preguntar cuando tiene dudas: “una resuelve sus cosas sola” “hay que arreglárselas como puedas”. Hace cinco años refiere haber vivido una fuerte “depresión” (no diagnosticada) que se detonó cuando durante la pandemia vio sus calificaciones en línea y decidió que no podía	<p>c. ¿Cuándo comenzó?</p> <p>Hace dos años cuando empezó a tomar tres cursos propedéuticos para retomar la carrera que abandonó y que se sumó a su ingreso en psicología SUAyED.</p> <p>d. Aspectos cognitivos previos: (Ideas, creencias, etc.)</p> <p>Dejó de visitar a un grupo de señoras mayores católicas con las que se sentía muy acogida y consentida porque no tienen ideas modernas sobre feminismo. Aprendió a no pedir ni la más</p>	<p>para relajarse. Si es de noche se va a dormir o a ver sus redes sociales o videos en YouTube, pero los ve rápido para regresar a terminar las tareas que estaba haciendo.</p> <p>c) Emociones que experimenta durante la situación problemática:</p> <p>Le pide mucho a Dios que la ayude a enfrentar sus problemas. Piensa que no va a poder con todo.</p> <p>d) Elementos sociales/étnicos /culturales relevantes ante</p>	<p>Dios la va a ayudar a resolver sus problemas.</p> <p>d) Luego de que se presenta la conducta problemática qué ocurre que potencializa que el problema se arraigue: (Ejemplo: Se queda sola todo el día en casa, “huye” o se va del lugar para no pelear)</p> <p>Llanto, rumiación, desesperación de no poder con todo.</p>	<p>Mayor incremento de la activación por ansiedad y que sea continuo, lo que derive en problemas físicos y trastornos emocionales. Mantenimiento de locus de control externo. Abandono de la carrera que más le interesa.</p> <p>c. Largo plazo:</p> <p>Trastorno de Ansiedad Generalizada. Abandono de ambas licenciaturas. Mayor autoevaluación negativa. Mayor intensidad en las distorsiones</p>

Variables distantes	Variables de antecedentes	Variables orgánicas	Variables de respuesta	Consecuencias
<p>continuar con esa carrera y no regresaría a la universidad. Menciona que el ambiente era muy pesado, machista y poco cooperativo. Refiere que esta “depresión” le duró tres años, que su hermana le decía que estaba así porque quería mientras que su mamá le decía que “le echara ganas”. Cuando tenía cinco años, su primo adolescente de aproximadamente 14 años y su amigo “la manosearon”, cada uno en una ocasión diferente; sin embargo, comenta que no</p>	<p>mínima ayuda por lo que no pregunta al tutor o tutora las dudas ni a los compañeros de los módulos. Refiere sentir que los demás son mejores que ella. Menciona que quiere estar en la UNAM porque es su sueño y por los beneficios que obtiene. Tiene mucha fe en Dios y que le ayudará a salir adelante.</p> <p>e. Historia de reforzamiento: (Sucesos relevantes o influyentes en el desarrollo)</p> <p>No está obteniendo</p>	<p>la situación problemática:</p> <p>La usuaria manifiesta que su familia no interactúa mucho con ella, la mamá “le da su espacio” pero no se involucra mucho. El papá es el proveedor y no habla con ella sobre sus cosas. Refiere que las cuestiones emocionales son responsabilidad de la mamá.</p>		<p>cognitivas y, por tanto, mayor malestar emocional y físico. Aislamiento al no pedir ayuda.</p>

Variables distantes	Variables de antecedentes	Variables organísmicas	Variables de respuesta	Consecuencias
suele recordar el evento.	calificaciones altas. Se queda a veces toda la noche despierta intentando estudiar o haciendo tareas. Dejó sus clases de natación, Ha ido dejando de hacer las actividades extracurriculares que le gustan porque tiene demasiadas actividades académicas que no logra completar y refuerza sus creencias de incompetencia.			

3.4.3 Entrevista semiestructurada

Se usó la entrevista semiestructurada desarrollada exprofeso para CAPED con el objetivo de recabar datos para el llenado del mapa de patogénesis y determinar las variables, el objetivo de intervención, las estrategias y las técnicas a implementar.

La entrevista es un instrumento indispensable en las TCC, pues con éstas se inicia la evaluación de un individuo y se extraen datos que pudieran ser valiosos. En principio, en ésta mencionará la o las conductas que le llevan a buscar terapia, ya sean emocionales, motoras, cognitivas o lo que perciba como una situación problemática y es con la entrevista que se identifican las variables que pudieran mantener la conducta, aquello que la detona, qué personas pudieran incidir, entre otros. Es una herramienta de gran valor para recabar información que coadyuvará en el adecuado diseño de la intervención (Méndez, et al., 2014).

3.4.4 Técnicas

- a) Respiración diafragmática.
- b) Psicoeducación sobre estrés, ansiedad y hábitos saludables de sueño con autorregistros.
- c) De Reestructuración Cognitiva: Trabajo con distorsiones cognitivas, pensamientos negativos, pensamientos irracionales con autorregistros.

3.4.5 Instrumentos

- a) Entrevista inicial (elaborada exprofeso para CAPED).
- b) Escala de ansiedad de Beck.
- c) Escala de depresión de Beck.
- d) Mapa de patogénesis.
- e) Autorregistros TREC.
- f) Autorregistros de hábitos de sueño y descanso.
- g) Mapa de patogénesis.

4. CRONOGRAMA DE SESIONES

Tabla 4.

Cronograma de sesiones

No. Sesión	Estrategia / Técnica / Actividad	Objetivo	Materiales
<i>Screening</i>	Entrevista semiestructurada o <i>screening</i> .	Recabar información relevante sobre si el motivo de consulta sigue siendo el mismo que cuando solicitó el apoyo psicológico en CAPED, así como identificar variables que pueden impactar en la adquisición y mantenimiento de la conducta a modificar. Indagar para la identificación de variables relevantes para el análisis de la conducta.	Puntuación del pretest de los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Entrevista semiestructurada desarrollada exprofeso para el <i>screening</i> de CAPED.
1	Psicoeducación sobre el estrés y ansiedad.	Acordar el objetivo terapéutico. Conocer qué es el estrés y reconocer e identificar los síntomas de activación por estrés.	Presentación con diapositivas.

No. Sesión	Estrategia / Técnica / Actividad	Objetivo	Materiales
	Psicoeducación sobre hábitos de sueño.	Notar cómo afecta en las emociones y en el desempeño personal y académico el no dormir bien.	Autorregistro de sueño como actividad en casa.
	Entrenamiento en respiración diafragmática.	Conocer cómo respirar para relajarse frente a estresores o al detectar sintomatología ansiosa.	Presentación con diapositivas.
2	Revisión de autorregistros.	Identificar cuándo se siente mejor y peor con relación a las horas de sueño.	Autorregistros de sueño.
	Psicoeducación en TREC.	Aprender a identificar los acontecimientos detonadores y las creencias irracionales relacionadas para cuestionarlos y buscar alternativas lógicas y funcionales.	Presentación con diapositivas.

No. Sesión	Estrategia / Técnica / Actividad	Objetivo	Materiales
	Ejemplo de autorregistro TREC.	Aprender a llenar el autorregistro de la A a la F y aclarar dudas.	Formato de autorregistro como actividad en casa (Apéndice A).
3	Revisión de autorregistros TREC y de sueño.	Conocer si identifica correctamente los acontecimientos detonadores, las creencias y si nota las consecuencias, así como conocer si advierte cómo la higiene del sueño puede beneficiar.	Formatos de autorregistro TREC y de hábitos de sueño.
	Diálogo socrático.	Identificar creencias irracionales y lograr que se las cuestione.	
	Yo racional vs Yo emocional.	Practicar verbalizaciones y pensamientos que sean reales, estén en tiempo presente y neutras en emoción.	
	Flexibilidad cognitiva.	Identificar lo que puede controlar y lo	

No. Sesión	Estrategia / Técnica / Actividad	Objetivo	Materiales
		que no puede controlar.	
4	Revisión de TREC y diálogo socrático.	Retomar la identificación de creencias irracionales y su cuestionamiento y aclarar dudas de autorregistro.	Autorregistro TREC.
5	Revisión de autorregistro TREC.	Evaluar el progreso en la identificación de acontecimientos detonantes, creencias irracionales y alternativas de pensamientos. Aclarar dudas.	
	Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas de Beck.	Conocer e identificar sus distorsiones cognitivas.	Presentación con diapositivas.
		Conocer el llenado del formato de pensamientos automáticos, introduciendo	Formato de pensamientos automáticos como

No. Sesión	Estrategia / Técnica / Actividad	Objetivo	Materiales
		pensamientos alternativos.	actividad en casa (Apéndice B).
6	Revisión de autorregistros TREC y de formato de pensamientos automáticos.	Evaluar el progreso en la identificación de acontecimientos detonantes, creencias irracionales y alternativas de pensamientos.	Autorregistro TREC.
	Preguntas abiertas sobre la identificación de distorsiones cognitivas en casa.	Conocer si se detectaron las distorsiones de pensamiento y si logró reducir el malestar.	
	Confrontación de distorsiones cognitivas más recurrentes.	Aceptar sus pensamientos distorsionados para modificarlos por unos más funcionales.	
7	Cierre.	Prevenir recaídas.	Evaluación postest.
	Juego de roles.	Reflexionar sobre sus propias capacidades ya	

No. Sesión	Estrategia / Técnica / Actividad	Objetivo	Materiales
		<p>que se ha cumplido el objetivo.</p> <p>Encontrar posibles soluciones ante probables futuros detonantes.</p>	
8	Alta.	<p>Concientizar sobre los problemas que se presentan en la vida diaria y que volverá a sentir estrés y ansiedad.</p> <p>Repasar la función de alerta del estrés y reforzar que cuenta con las herramientas necesarias para aplicarlas en un futuro.</p> <p>Conocer que los pensamientos irracionales o conductas disfuncionales en el futuro son normales y que puede afrontarlas.</p>	Infografía sobre logros adquiridos.

No. Sesión	Estrategia / Técnica / Actividad	Objetivo	Materiales
		Valorar los propios logros.	

4.1 Consideraciones éticas

Aunque al momento de contactar al usuario de los servicios de CAPED éste firma un consentimiento informado –donde se estipulan los lineamientos del proceso, el cuidado de los datos personales y que la información de las sesiones sólo puede ser utilizada con fines académicos– durante la sesión de *screening* se le recuerda que la intervención es totalmente confidencial, que es completamente libre de abandonarla si en algún momento se sintiera incómodo o si así lo decidiera, así como que el proceso es voluntario y gratuito. En el consentimiento informado también se especifican las cuestiones técnicas como los horarios, la plataforma que se usará para las sesiones y el medio de comunicación, que es únicamente por correo electrónico.

5. RESULTADOS

5.1 Cuantitativos

Según los inventarios de ansiedad y depresión de Beck en el diseño pretest-posttest, se observa que la usuaria logró el objetivo terapéutico que fue la disminución de la activación de síntomas por estrés y ansiedad –como se muestra en la Tabla 4 siguiente– lo que, a su vez, impactó beneficiosamente en el rendimiento académico de la usuaria.

Tabla 5.

Resultados de las puntuaciones de los inventarios de depresión y ansiedad de Beck

	Pretest		Postest	
		Significación		Significación
Depresión	10	Leve	1	Normal
Ansiedad	17	Moderada	0	Mínimo

Siendo los puntos de corte para el inventario de depresión de Beck: normal: 1-10; moderada: 11-16; grave: 31-40; extrema + 40, y para el inventario de ansiedad de Beck: mínimo: 0-7; leve: 8-15; moderado: 16-25; severo: 26-63.

Cabe la posibilidad de que el postest se viera influenciado por variables desconocidas, ya que, si bien pudieron haber reducido considerablemente ambas dimensiones, es poco probable puntuar en uno y cero para depresión y ansiedad respectivamente en los inventarios de Beck.

5.2 Cualitativos

A partir de los datos recabados durante la entrevista se identificaron varias distorsiones cognitivas, entre ellas: inferencia arbitraria, personalización, sobregeneralización, externalización de la propia valía, afirmación de “debería” que al inicio se acompañaba de llanto, rascarse hasta lastimarse, no dormir durante la noche, irritabilidad, tensión muscular en cuello y hombros, temblores y sentimiento de desesperación.

Conforme fueron pasando las sesiones, la usuaria manifestó que se eliminó la conducta de rascarse hasta sangrar; se observó que cuestionaba sus creencias irracionales y las sustituía por pensamientos más funcionales; hubo una disminución considerable en las verbalizaciones

de cogniciones distorsionadas; el llanto se eliminó y se mantuvo sin esta conducta hasta el día del alta; empezó a hacer bromas durante la intervención y se notaba más alegre.

Desde la sesión 3 empezó a cuestionarse las creencias irracionales cuando notaba que aparecían. En la sesión 5 señaló que había decidido no compararse con los demás y que, aunque era difícil, sabía que ella era su propio punto de referencia. Manifestó que el uso de redes sociales durante la noche la entristecía y le era más difícil evitar las comparaciones, por lo que decidió poner un límite para el uso del celular antes de acostarse. Durante la sesión 6 la usuaria refirió haber practicado la sustitución de pensamientos automáticos por algunos alternativos y expresó sentirse de mejor ánimo comparado a como había estado, a pesar de que tuvo un evento de llanto nocturno al revisar las redes sociales y compararse de nuevo con sus amistades. Junto con estos cambios, “N” instauró un horario fijo de sueño y si lo consideraba necesario, siestas diurnas de 20 minutos.

Durante la sesión de cierre, comentó haber puesto un límite con respecto a su familia y se notó una franca evolución derivada de la intervención: empezó a pedirle cosas a los demás, como que le pasaran algún objeto o preguntar cierta duda a la tutora de algún módulo; inclusive escribió un correo electrónico para quejarse sobre la actitud de una tutora y, adicionalmente, reconoció sus propios logros y se autoaconsejó soluciones para posibles recaídas.

6. DISCUSIÓN

En el caso específico de “N” se advierte en los resultados cuantitativos del postest una puntuación de uno para depresión y de cero para ansiedad. Si bien esta puntuación se esperaba significativamente reducida por los efectos de la intervención, otras variables pudieron influenciar al momento del llenado de los inventarios por una coincidencia con el término del ciclo escolar, que –en su caso– no sólo fue el de la licenciatura que está cursando, sino también de varios cursos propedéuticos que tomaba para asegurar su ingreso en una

segunda carrera, lo que pudo haber ocasionado una alteración en el estado del ánimo, a su vez reflejado en dicha puntuación.

Se concluye que la intervención para detectar y disminuir los síntomas de estrés y ansiedad fue adecuada. Se pudo notar que la usuaria reflexionaba sobre los pensamientos irracionales y cómo podría cambiarlos. “N” inició un proceso cognitivo de detección y cuestionamiento de éstos, lo que –como dice la teoría– la llevó a reducir significativamente el malestar y el insomnio.

En cuanto a los aspectos éticos, se salvaguarda la confidencialidad de la consultante, quien firmó un consentimiento informado en donde acepta que la información sea usada para fines académicos, que fue su voluntad tomar el apoyo que ofrece el servicio de CAPED y que podía retirarse en el momento que así lo decidiera.

La psicología tiene –por añadidura– la responsabilidad social que conlleva el bienestar de la usuaria y de cualquier consultante que acuda a solicitar apoyo, misma que ha de traducirse en una mejor calidad de **vida y en el enfoque cognitivo conductual**. Esto se logra al aprender las herramientas necesarias para que se apliquen en cualquier momento que se perciba necesario.

En cuanto al contexto social, sería posible la oportunidad modificar las conductas de acoso escolar en el país a través de una educación integral que permee a los diferentes niveles de la sociedad, incluyendo escuela para padres, lo que recuerda una frase que se atribuye a John Dewey: “La educación no es prepararse para la vida, sino que la educación es la vida misma”, citado en Rooney y Lipka (2021).

Es de suma importancia que la población mexicana comprenda los alcances tan variados y perjudiciales que tiene el *bullying* en edad escolar; por ejemplo, la ansiedad, que es sólo una de las muchas secuelas que deja esta práctica en la edad adulta. Reducir la incidencia de este fenómeno en el país podría lograrse con programas efectivos y continuos implementados

desde el Estado y desarrollados por expertos en psicología, pedagogía, servicio social, entre otras disciplinas relevantes que pudieran aportar conocimientos sensibles que se difundan a la mayor población posible, alcanzando los diferentes niveles educativos, gubernamentales, laborales, familiares. En otras palabras, que la educación llegue a todas las personas y se pueda aplicar a cualquier ámbito de la vida.

En cuanto a las limitaciones de la práctica general en CAPED, me gustaría anotar que se aplican las TCC de primera y segunda generación, pues son las acotadas en la licenciatura y que se estudian de manera rigurosa; sin embargo, existen técnicas de tercera generación que – si bien podrían ser muy útiles en algunos casos específicos– no es posible aplicarlas por la falta de capacitación en éstas y que se requiere formación específica para ello. No obstante, el servicio de CAPED es una oportunidad invaluable que pocas universidades tienen y que abre un mundo de conocimiento, perspectivas y autoconocimiento, que de otra forma sería más difícil y conllevaría más tiempo para conseguir, sobre todo sin acompañamiento y supervisión, por lo cual no puedo dejar de agradecer este apoyo a la formación profesional.

En la revisión de prevalencia de acoso escolar dentro del marco teórico, el INEGI consideró en su revisión del 2021 en población mexicana a un muy grupo que va desde los 12 hasta los 29 años, lo cual me parece también una limitante para conocer con precisión en qué edad es la que más *bullying* existe y si son más niñas o niños los que se presentan mayormente como agresores o víctimas, lo cual podría permitir un mejor análisis de las secuelas de ansiedad en edad adulta.

Relativo a las líneas futuras de investigación, me parece conveniente que se desarrollen para la población mexicana instrumentos de medición longitudinal de acoso escolar y su correlación con la ansiedad, que inicien desde que un niño empieza a asistir a clases (entre los 5 y 6 años), hasta diferentes grupos etarios en la adultez, de tal forma que se pueda contar con instrumentos confiables y válidos que amplíen el conocimiento, amén de permitir un diseño

de intervención adecuado y específico para los adultos con ansiedad secundaria al acoso escolar.

En el marco del desarrollo de la intervención que se implementó con “N”, aprendí determinadas competencias que me serán de utilidad en un futuro, como lo es el análisis objetivo de un caso que me servirá para mi práctica profesional. Entre ellas quisiera anotar principalmente la empatía, la escucha activa, la preocupación genuina por el consultante, además de la organización, redacción profesional, investigación crítica actualizada y constante, diferentes metodologías, manejo de datos, así como aspectos éticos que conforman la disciplina de la psicología. Sin dejar de mencionar el entrenamiento en observación y aplicación de entrevistas –que es tan relevante en psicología clínica y que se va optimizando con la práctica– así como pruebas para evaluación cuantitativa y cualitativa de los procesos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales de la usuaria.

En contraste con el perfil del egresado de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Autónoma de México, considero que mi desempeño me ha llevado a desarrollar una determinación por entregarme a un camino profesional alineado con los principios de mantener un ojo crítico constantemente actualizado ante nuevas y viejas teorías psicológicas, analizar la pertinencia de éstas en cada situación que se me presente, realizar diseños de intervención especializados y, sobre todo, tener la capacidad de autocrítica para reparar cuando sea necesario modificar el diseño antes preparado con el objetivo de que mi consultante obtenga los mayores beneficios de la terapia (Facultad de Estudios Superiores Iztacala [FESI], 2019).

No puedo más que reconocer que una de las partes de mayor relevancia que me ha dejado esta licenciatura es el desarrollo de la sensibilidad y la empatía hacia los y las consultantes – sin dejar de lado el rigor científico y el razonamiento crítico– así como la importancia de la educación continua para seguir expandiendo mis horizontes teóricos y prácticos a fin de

entregar siempre un servicio de excelente calidad, ya sea en la clínica, investigación, o cualquiera actividad inherente a la disciplina de la psicología.

REFERENCIAS

- AdSalutem Instituto del sueño. (s/f). *Terapia cognitivo conductual para el insomnio (TCC-I / CBT-I)*. <https://adsalutem.es/terapia-cognitivo-conductual-insomnio/>
- Alto, M., López, J., Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. En *Anales de Psicología* (29)3. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Centro de apoyo psicológico y educativo a distancia. (s/f). *CAPED*. https://sdri.iztacala.unam.mx/?page_id=2891
- Collelli, J., Escudé, C. (2006). El acoso escolar: un enfoque psicopatológico. En *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. (2). 9-14. ISSN: 1699-6410. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132524/APCS_2_esp_9-14.pdf?sequence=1
- Baron, C. (2021). *Intervención con TREC en una usuaria de CAPED sobre su autoconcepto negativo, agravado por el confinamiento por COVID-19*. [Manuscrito recepcional de grado]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2022/junio/0826137/Index.html>
- Beltrán-Catalán, M., Zych, I., Ortega-Ruíz, R. (2015). El papel de las emociones y el apoyo percibido en el proceso de superación de los efectos del acoso escolar: un estudio retrospectivo. En *Ansiedad y Estrés*. (21)2-3. 219-232. <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2015/anyes2015a17.pdf>
- Biglieri, R., Vetere, G. (2011). Conceptos básicos de la terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad. En R. Biglieri y G. Vetere (2011). En *Manual de*

terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad. (1a Edición). 418-419. Editorial Polemos, S.A. ISBN: 978-987-649-028-3.

Blood, G., Bood, I. (2016). Long-term Consequences of Childhood Bullying in Adults who Stutter: Social Anxiety, Fear of Negative Evaluation, Self-esteem, and Satisfaction with Life. En *Journal of Fluency Disorders* (50). 82-84.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.10.002>

Clark, D. (2013). Cognitive Restructuring. *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd.

doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt02

Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (2019). *Perfil de ingreso y egreso*. Universidad Nacional Autónoma de México.

https://psicologia.iztacala.unam.mx/psi_perfilneg.php

Gaceta Iztacala. (30 de octubre de 2017). *Conoce CAPED*. [Archivo de video].

Youtube. <https://youtu.be/8Gln2skKdg0?si=mpPQ0YeTn9W2h2kx>

Gross, R. Psychology. *The Science of Mind and Behaviour*. (7a edición 204.). ISBN: 978 1471 829734. Hodder Education.

Hayes, S., Hofmann, S. (2017). The third wave of cognitive behavioural therapy and the rise of process-based care. En *World Psychiatry*. (16)13. Doi:

<https://doi.org/10.1002%2Fwps.20442>

Holt, S., Austad, C.S. (2013). A Comparison of Rational Emotive Therapy and Tibetan Buddhism: Albert Ellis and the Dalai Lama. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 7(4). 11.

<https://doi.org/10.1037/h0100959>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (14 de diciembre del 2021). *Presenta INEGI resultados de la primera encuesta nacional de*

bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemografico/ENBIARE_2021.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2023). *Encuesta Nacional sobre Discriminación ENADIS 2022*. 117-118, 123-124, 128, 131.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2022/doc/enadis2022_resultados.pdf

Guizado, C. (2022). *Intervención bajo el enfoque racional emotivo conductual en un caso de ansiedad*. [Tesis de grado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11662/Intervencion_GuizadoMarcelo_Carmen.pdf?sequence=1

Kaplun, A., Trosman, S., Reitblat, T., Friedman, A., Kalichman, L. (2023). The effects of brief guided. Imagery on patients suffering from chronic back pain: An A-B design study. En *Elsevier*. (3)21.

Kissane, D., Doolittle, M. (2011). Clinical counseling and applied psychotherapy in supportive oncology. En *Supportive Oncology*. 555-566.

<https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1015-1.00054-0>

McCracken, L.M. (2022). What is Third-Wave Behavior Therapy? En W. O'Donohue y A. Masuda, (2022). *Behavior Therapy. First, Second, and Third Waves*.

Springer. e-book: ISBN 978-3-031-11677-3

MedlinePlus. (2020). Anxiety. *National Library of Medicine*.

<https://medlineplus.gov/anxiety.html>

Méndez, F., Olivarez, J., Quiles, M.J. (2014). Técnica de relajación y respiración. En *J. Olivares y F.X. Méndez. Técnicas de modificación de conducta*. 28- 31.

- Méndez, F., Olivarez, J., Ros, Ma. del C. (2014). Entrenamiento en habilidades sociales. En *J. Olivares y F.X. Méndez. Técnicas de modificación de conducta*. 345.
- Meza, J. (s/f). *Manual de entrenamiento para psicólogos del programa: crisis, emergencia y atención al suicidio*. 75-76.
- Morris, E. (2022). What is First-Wave Behavior Therapy? En W. O'Donohue y A. Masuda, (2022). En *Behavior Therapy. First, Second, and Third Waves*. Springer. e-book: ISBN 978-3-031-11677-3
- Nassar, T. (2022). *Terapia Racional Emotiva Online en un caso de ansiedad de un centro de psicoterapia especializado*. [Trabajo de grado]. Universidad peruana Cayetano Heredia.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11785/Terapia_NassarCahuas_Tamara.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. En *Manual Moderno*. 13-14, 108. ISSN 970-729-235-0.
- Obando, L., Parrado, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. En *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y Tecnología*. 8(1), 51–61.
<https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.8105/723>
- Méndez, F., Olivares, J., Moreno, P, (2014). Técnicas de reestructuración cognitiva. En *Técnicas de modificación de la conducta*. 427-433 (4ª. Edición). Biblioteca Nueva
- Patiño, L. (2018). En *Teorías y métodos conductismo y enfoque cognitivo*. *Fundación Universitaria del Área Andina*. 87-107. ISBN 978-958-5539-03-7.

<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3530/68%20TEORÍA%20Y%20MÉTODOS%20CONDUCTISMO%20Y%20ENFOQUE%20COGNITIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Puerta, J., Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. En *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. (8)2. 251-257. ISN: 1794-5992. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Quant, D. (2013). Formulación clínica de casos: aspectos metodológicos. En *Vanguardia Psicológica*. (3)2. 160. ISSN 2216-0701.
- Rooney, K., Lipka, R. (2021). “*School is Life, Not a Preparation for Life*” -John Dewey: *Democratic Practices in Middle Grades Education*. ix. Series Editors. E-book: 978-1-64802-380-4
- Roth, F., Coles, M., Heimberg, R. (2002). The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood. En *Journal of Anxiety Disorders*. 16(2002). 159-161. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(01\)00096-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(01)00096-2)
- Romero, L. (2023). Los casos de bullying siguen en aumento. *Gaceta UNAM*. (5)419. <https://www.gaceta.unam.mx/los-casos-de-bullying-siguen-en-aumento/#:~:text=El%20crecimiento%20del%20fen%C3%B3meno%20es,China%2C%205.8%20por%20cada%2010>.
- Ruiz, M.A., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). Definición de terapia cognitivo conductual y características actuales. En M.A. Ruiz, M., Díaz, M. Villalobos (Ed). En *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Pp. 60-68. Desclée De Brouwer, S.A. ISBN: 978-84-330-2535-7.

- Ruiz, M.A., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). Evolución de la terapia cognitiva. En M.A. Ruiz, M., Díaz, M. Villalobos (Ed). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Pp. 82-86. Descleé De Brouwer, S.A. ISBN: 978-84-330-2535-7.
- Ruíz, M.A., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). En M.A. Ruíz, M.I. Díaz, A. Villalobos. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. (2012). 318-356. Descleé De Brouwer, S.A. ISBN: 978-84-330-2535-7.
- Sarkhel, S., Singh, O., Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. En *Indian Journal of Psychiatry*. 62(2). 319-323.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7001357/#:~:text=Psychoeducation%20combines%20the%20elements%20of,for%20a%20better%20overall%20outcome>
- Strunk, D., Whelen, M., Bailey, B. (2022). What is Second Wave Behavior Therapy? En W. O'Donohue y A. Masuda, (2022). *Behavior Therapy. First, Second, and Third Waves*. Springer. e-book: ISBN 978-3-031-11677-3
- Tafoya, S., Lara, Ma. del C. (2011). Intervenciones no farmacológicas en el insomnio primario: la evidencia de los ensayos clínicos controlados en los últimos diez años (1998-2008). En *Revista Colombiana de Psiquiatría*. (40)2. ISSN: 0034-7450. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502011000200011&script=sci_arttext
- Toledo,S. (2023). Convocatoria para prácticas supervisadas CAPED 2024-1. En *Universidad Nacional Autónoma de México. Licenciatura de psicología del*

SUAyED. <https://suayed.iztacala.unam.mx/2023/06/convocatoria-para-practicas-supervisadas-caped-2024-1/>

Valera-Pozo, M., Flexas, A., Servera, M., Aguilar-Mediavilla, E., Adrover-Roig, D.

Long-term profiles of bullying victims and aggressors: A retrospective study.

En *Frontiers in Psychology*. (12). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631276>

Vargas, J., Ibáñez, J. (1998). La evaluación conductual. (1)2. En *Revista electrónica*

de psicología Iztacala.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerodos/laevaluacionconductual.html>

Vargas, J. (2023). Aplicación de la reestructuración cognitiva en un proceso de

psicoterapia breve desde el modelo cognitivo de Beck, en una consultante con

trastorno de ansiedad relacional al rol de ser cuidador principal de una persona

con esquizofrenia. En *Revista Fidéлитas*. (4)1.

https://revistas.ufidelitas.ac.cr/index.php/revista_fidelitas/article/view/57/123

What's the difference between stress and anxiety? Knowing the difference can ensure

you get the help you need. (2022). En *American Psychological Association*.

[https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-](https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference#:~:text=People%20under%20stress%20experience%20mental,the%20absence%20of%20a%20stressor)

[difference#:~:text=People%20under%20stress%20experience%20mental,the](https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference#:~:text=People%20under%20stress%20experience%20mental,the%20absence%20of%20a%20stressor)

[%20absence%20of%20a%20stressor](https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference#:~:text=People%20under%20stress%20experience%20mental,the%20absence%20of%20a%20stressor)

APÉNDICES

Apéndice A – Autorregistro TREC.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PSICOLOGÍA A DISTANCIA

Nombre:

Instrucciones:

En cuanto notes que estás pensando negativamente, llena este autorregistro y contestar la letra D de forma razonada y lógica como se indica en el ejemplo de la primera fila.

Autorregistro de modelo ABC de Albert Ellis

Fecha y hora	Acontecimiento detonador	Creencia Irracional (Beliefs)	Consecuencias (Pensamientos, conductas, emociones)	Debate de creencia Irracional (B)	Nueva creencia adaptativa	Nueva consecuencia (Pensamientos, conductas, emociones)
	A	B	C	D	E	F
Ej. 28 marzo 14:30	Me caí en la calle.	Qué pena, todos me vieron, van a pensar que soy una boba.	Angustia Estrés Pena	¿Qué tiene de terrible caerse en la calle o qué pasa de malo si alguien se cae en la calle? ¿Por qué la gente pensaría que soy una boba por eso?	Es algo que no me gusta, es incómodo para mí, pero no es terrible, no tiene nada de malo, no es algo con lo que no pueda vivir.	Molestia.

Adaptado de Ruíz, *et al.* (2012).

Apéndice B – Sustitución de pensamientos automáticos por pensamientos alternativos.

Nombre:

Fecha:

Pensamientos automáticos

Instrucciones:

Llena los recuadros de la derecha con pensamientos más adecuados o funcionales. Que sean reales, estén en presente y sean neutros (sin emoción).

Pensamiento automático	Pensamiento alternativo
Soy totalmente responsable de mí mismo y de los demás.	Algunas cosas están dentro de mi control y hago un esfuerzo para que las cosas estén bien, también trato de apoyar a los demás, pero no soy el único responsable de lo que me pasa a mí o a los otros.
Necesito estar siempre en control de mis emociones.	
Es necesario seguir las reglas siempre, si no, tal vez no salga bien.	
Si no tengo las cosas planeadas, todo puede salir mal.	
Las personas deberían hacer las cosas como yo creo que está bien.	
Si no alcanzo mi máximo nivel, no lo estoy haciendo bien.	
Las fallas son intolerables.	
Los detalles son extremadamente importantes.	
Mi forma de hacer las cosas casi siempre es la mejor.	
Cualquier cosa que se salga de control o falle puede causar una catástrofe.	
Las cosas dependen de mí para que estén bien hechas.	
Los otros tienden a ser informales, irresponsables o incompetentes.	
Es importante hacer un trabajo perfecto.	
Necesito orden, métodos y normas para hacer el trabajo correctamente.	

Adaptado de Meza, J. (s/f). Manual de entrenamiento para psicólogos del programa: crisis, emergencia y atención al suicidio. 75-76.