



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Procesos
de Psicología Clínica

APLICACIÓN DE TERAPIA BREVE EN EL CENTRO DE APOYO
PSICOLÓGICO Y EDUCATIVO (CAPED): UN ENFOQUE
CENTRADO EN SOLUCIONES

Reporte de práctica de servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Aide Anzures Ramos

Director: Lic. Giovanni García Yedra

Presidente: Mtra. Alicia Ivet Flores Elvira

Vocal: Mtra. Edith González Santiago



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México

24 de noviembre 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.

Tabla de contenido

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1.1 Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a distancia (CAPED)	6
Proceso terapéutico	7
Proceso terapéutico individual	9
Psicoterapia breve	11
2.1 Terapia Cognitivo Conductual	12
Antecedentes	13
Las TCC utilizadas en el proceso intervención.....	16
Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	16
Terapia cognitiva de Beck.....	17
Entrenamiento en Inoculación del Estrés	18
Entrenamiento en Resolución de problemas (ERP).....	18
2.2 La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBS)	19
Antecedentes	19
Práctica de la TBCS	21
Técnicas de intervención de la TBCS.....	23
Objetivos centrados en soluciones	23
Cambios pretratamiento	24

Pregunta escala.....	25
Elogios	25
Externalizar el problema	25
Tareas	26
2.3 La integración de Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones en procesos de intervención psicológica.....	26
3.1 Presentación de casos.....	30
Presentación del Caso 1	34
Identificación del usuario.....	34
Motivo de Consulta.....	34
Historia del problema.....	34
Evaluación.....	35
Análisis funcional.....	36
Diseño de Intervención	38
Resultados Pre y Post de inventarios BDI Y BAI.....	45
Cambios clínicos reportados	46
Presentación de caso 2	47
Evaluación.....	49
Análisis funcional.....	49
Diseño de intervención.....	52

Resultados Pre y Post de inventarios BDI Y BAI.....	64
Cambios clínicos reportados	65
Presentación de caso 3	66
Identificación de usuario	66
Motivo de consulta.....	66
Historia del problema.....	66
Evaluación.....	67
Análisis funcional.....	68
Diseño de intervención.....	71
Resultados Pre y Post de inventarios BDI Y BAI.....	82
Cambios clínicos	83
Discusión	84
Conclusiones	89
Referencias.....	92

RESUMEN

La práctica supervisada es una actividad que permite a los estudiantes demostrar y aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos a lo largo de formación profesional. Esta experiencia permite a los estudiantes aplicar habilidades en un entorno práctico y realista. El trabajo presentado se enfoca en la exposición detallada de tres casos Clínicos abordados a través de la Terapia breve con un enfoque teórico en Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Centrada en Soluciones. Estas intervenciones terapéuticas se llevaron a cabo en el marco de la práctica supervisada dentro del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Las intervenciones realizadas se llevaron a cabo vía online, por medio de la plataforma Meet, en un periodo de seis a ocho sesiones cada una, utilizando como instrumentos de evaluación el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, además de realizar el análisis funcional de la conducta. Cada caso clínico se presenta de manera puntual, destacando la implementación de las técnicas y estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones. Al examinar los resultados de estas intervenciones, se destaca la efectividad en la mejora del bienestar psicológico de los usuarios atendidos. Así mismo, se exploran los desafíos que surgieron durante el proceso terapéutico y las lecciones aprendidas en la práctica clínica dentro de CAPED.

Palabras Clave: Terapia breve, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Intervención psicológica.

ABSTRACT

Supervised practice is an activity that allows students to demonstrate and apply the knowledge, skills and abilities bought throughout their professional training. This experience allows students to apply skills in a practical and realistic environment. The work presented focuses on the detailed presentation of three clinical cases addressed through Brief Therapy with a theoretical focus on Cognitive Behavioral Therapy and Solution Focused Therapy. These therapeutic interventions were carried out within the framework of supervised practice within the Distance Psychological and Educational Support Center (CAPED) of the National Autonomous University of Mexico, at the Iztacala Faculty of Higher Studies. The interventions carried out were carried out online, through the Meet platform, in a period of 6 to 8 sessions each, using the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory as evaluation instruments, in addition to carrying out the functional analysis of behavior. Each clinical case is presented promptly, highlighting the implementation of the techniques and strategies of Cognitive Behavioral Therapy and Solution Focused Therapy. When examining the results of these interventions, the effectiveness in improving the psychological well-being of the users served stands out. Likewise, the challenges that arose during the therapeutic process and the lessons learned in clinical practice within CAPED will be explored.

Key words: Brief therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Brief Solution Focused Therapy, Psychological intervention

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

El Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia tiene como objetivo proporcionar orientación psicológica y educativa a estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, dicha orientación se realiza por medio de plataformas digitales como Zoom, Skype o Google Meet, es decir es un servicio mediado por tecnología, lo que garantiza que todos los estudiantes puedan tener acceso a servicios de salud mental y orientación educativa, independientemente de si pueden o no asistir a sesiones presenciales debido a diversas circunstancias, como su ubicación o disponibilidad.

El apoyo/asesoramiento psicológico proporcionado en CAPED, toma como sustento teórico el enfoque de terapia breve cognitivo-conductual, de manera particular en este documento también se hace uso del modelo de la Terapia Breve centrada en soluciones, para crear la intervención adecuada para tratar el malestar emocional, que afecta la vida de los estudiantes en diferentes aspectos. Este servicio ofrece orientación a corto plazo, que puede consistir en seis a ocho sesiones, según las necesidades del estudiante y el tipo de intervención requerida. En caso de necesitar un seguimiento más prolongado, se realiza una canalización adecuada a instituciones especializadas.

En cuanto a la asesoría educativa, esta se concentra en abordar las necesidades educativas de los estudiantes, especialmente en lo que respecta a sus habilidades de aprendizaje y estrategias de estudio. Proporciona estrategias que mejoran el rendimiento académico y ofrece información sobre hábitos de estudio que fomentan una planificación y organización efectiva del trabajo académico.

Es imprescindible mencionar que la labor desempeñada en el marco de CAPED se lleva a cabo bajo supervisión. En esta práctica supervisada, el equipo de asesores recibe formación continua y supervisión por parte de profesionales de la salud mental, principalmente, los profesores de la Licenciatura en Psicología del SUAyED. Es fundamental destacar que las y los practicantes siguen los estándares éticos del ejercicio profesional de los psicólogos, asegurándose de salvaguardar tanto la confidencialidad como la protección de los datos del estudiante que solicita los servicios de asesoramiento.

Proceso terapéutico

Dado que en este trabajo se aborda la aplicación, en un proceso terapéutico, de la terapia cognitivo conductual en su formato breve, es pertinente primero definir ¿qué es el proceso terapéutico?

El proceso terapéutico de acuerdo con Oblitas “es el conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico, que abarca desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento” (Oblitas, 2008, pp. 2-3). Este está destinado a promover cambios de comportamiento, pensamientos y emociones de una persona, con el propósito de solucionar problemas psicológicos, mejorar la capacidad de afrontamiento y funcionamiento, así como prevenir problemas futuros e incrementar la satisfacción personal (Trull & Phares, 2003, p.323).

Los protagonistas del tratamiento psicológico son los usuarios, personas (pareja, familia, grupo) con problemas ante los que han perdido la capacidad de resolver por sí mismos o alguien con una conducta inadecuada o anormal (Morejón, 2019, p. 43).

Hay al menos tres diferencias en los procesos terapéuticos relacionadas con el número de personas implicadas, dando lugar a la terapia individual, de pareja, de familia o grupal. También

la diferencia puede radicar en el modelo teórico que se elige para llevar a cabo las intervenciones o en el número de sesiones que se destinan para el mismo.

De acuerdo al modelo teórico, algunas de las diferencias que podemos encontrar radican en la forma de abordar el problema o las técnicas y estrategias que usan para conseguirlo, por ejemplo: en las terapias conductuales el foco está en que el cliente aprenda modos nuevos y más satisfactorios de conductas que contribuyan a una mejor adaptación con su medio, en otros modelos, como la terapia breve centrada en soluciones, la atención se centra en crear una relación cliente y terapeuta la cual tiene la intención de producir una atmosfera de confianza que ayudará a encontrar las soluciones al problema que el usuario presenta, otros modelos como el cognitivo el terapeuta y el usuario trabajan para encontrar representaciones equivocadas de la realidad, de manera que con las técnicas terapéuticas, el paciente creencias o pensamientos mejores, más válidos y más adaptados a la realidad (Alonso, 2019, pp. 66,75, 204).

Cada modelo teórico tiene una intención, una manera particular de intervenir, unos alcances y unas limitaciones que van determinando la eficacia que pueden tener con determinados casos, por lo que se considera importante conocer cabalmente el modelo teórico a través del cual se crea la intervención terapéutica.

En cuanto al número de personas implicadas en el proceso terapéutico existen distintos niveles de intervención: individual, parejas, familias y grupos. La intervención de pareja o familiar es viable cuando el problema es de dos (pareja) o más miembros (familia), tiene la peculiaridad de que todos los asistentes participen en la terapia; en estas intervenciones se pretende que los implicados se den cuenta de su contribución al problema y de los cambios positivos que pueden realizar, además de trabajar en mejorar las pautas de comunicación e interacción de cara a la resolución del problema. La intervención grupal se caracteriza por integrar varias personas con

problemas similares o con un objetivo en común y cuyas características no impidan participar en el grupo o que incidan negativamente en el funcionamiento de la intervención (López, 2008, p. 7-8).

Proceso terapéutico individual

El **nivel individual** es el proceso terapéutico que particularmente se aplica en las intervenciones dentro de CAPED por lo que en los siguientes párrafos se describe a mayor profundidad

El proceso terapéutico individual se presenta como un abordaje centrado en las relaciones interpersonales. En este proceso, participan activamente un terapeuta capacitado y un usuario con el propósito de abordar y resolver el trastorno, problema o queja del usuario, ajustando y personalizando el proceso de intervención según sus necesidades (Morejón, 2019, p. 34).

Zamorano (2009) considera que para configurar un contexto terapéutico individual es necesario que el paciente plantee que algo le produce ansiedad, dolor o cuestionamiento y que no tiene deseo de continuar en ese estado emocional, además aún, cuando lo que le ocurre tiene que ver con otros, se plantea desde el/ ella lo que le ocurre y toma posición al respecto, aceptando al mismo tiempo la invitación del terapeuta para pensar y dialogar de todo aquello (p.7).

El proceso individual es recomendado para aquellas personas que experimentan dificultad al expresarse enfrente a otros por sentir miedo a ser juzgados o cuando los problemas que tiene la persona son consigo misma, más que con los demás. Este enfoque también es adecuado para usuarios que se sienten muy confundidos y que pueden distraerse fácilmente con la presencia de otras personas dentro de la terapia. Este método presenta diversos beneficios, siendo considerado la mejor forma de avance de una persona, ya que se adapta de manera flexible al estilo terapéutico requerido, además, el formato individual propicia una relación más cercana entre terapeuta y

paciente, la cual suele generar resultados positivos en la intervención, en contraste con el formato grupal (Oblitas, 2008, p.216).

Con respecto a la duración del proceso existen diferentes factores que pueden determinar la duración del tratamiento como el tipo de diagnóstico, diagnósticos en eje III Y IV (DSM-IV-TR), la presencia de comorbilidad, el número de técnicas aplicadas. Por otro lado, existe una diferencia significativa en la duración de las intervenciones de los psicólogos en ámbito de práctica supervisada o investigación por ser más estructuradas y se guían de un abordaje preferentemente breve; en cambio en ámbito de la práctica profesional, consulta privada, la duración del tratamiento suele ser más larga ya que se va adecuando en función de la evolución y necesidades del caso (Ballesteros, Fernández, y Labrador, 2013, p. 94-95). Es importante mencionar que también el modelo terapéutico determina la duración de la intervención, ya que enfoques como el cognitivo conductual, centrado en soluciones y sistémico suelen ser terapias de tipo breve que abarcan de 1 a 8 sesiones.

Las diferencias que existen entre la terapia breve y la terapia a largo plazo son que esta última se enfoca en la intervención de trastornos psicopatológicos y tiene una duración superior a cinco sesiones, adaptándose a la gravedad del trastorno o a la coexistencia de múltiples patologías. La terapia breve en cambio se centra en intervenir problemas situados en el presente, utiliza herramientas terapéuticas en un periodo de tiempo más breve, teniendo como objetivo principal el cambio de un comportamiento en específico en contraposición de uno a gran escala o más profundo (Hewitt y Gantiva, 2009, p 166). Con respecto a la terapia breve se explica con más detalle en los siguientes párrafos por ser el enfoque utilizado en CAPED.

Psicoterapia breve

Existen enfoques teóricos con los que se pueden diseñar intervenciones terapéuticas breves, formando así una línea de psicoterapia breve cuyos antecedentes más remotos se ubican en la posguerra en los años 50's, en donde surgió la necesidad de atender al mayor número posible de personas, de manera eficaz en un tiempo reducido.

El origen de la terapia breve se remonta a la convergencia de diferentes enfoques terapéuticos. En particular toma inspiración de la búsqueda de la introspección de la psicoterapia psicodinámica, el enfoque en el presente de la terapia conductual y la importancia de establecer una conexión empática en la terapia centrada en el cliente. A lo largo del tiempo, se han desarrollado y empleado numerosos modelos de terapia breve que se enfocan en la resolución de los problemas, la ejecución de tareas, aproximaciones cognitivo-comportamentales, intervenciones en situación de crisis entre otras (Hewitt y Gantiva, 2009, p. 166)

La terapia breve no se centra únicamente en acortar la duración del tratamiento, sino que representa un enfoque para abordar problemas humanos sin la necesidad de realizar una reestructuración profunda de la personalidad. En lugar de eso, se enfoca directamente en la problemática presente en el aquí y el ahora, logrando reducir o eliminar los síntomas y restaurando la funcionalidad del paciente. La duración limitada de la psicoterapia breve implica una mayor estructura y planificación en las sesiones; por lo que los terapeutas establecen un marco temporal claro y metas terapéuticas específicas desde en principio, además de un enfoque más directo y el uso eficiente del tiempo en cada sesión, todo esto con el objetivo de que se aborden los problemas más importantes y se trabajen las estrategias terapéuticas más adecuadas para alcanzar las metas establecidas (Soto, 2011, p 33).

En la actualidad el uso de la terapia breve se ha extendido y cada vez más un mayor número de investigaciones avalan su efectividad, lo que ha generado que diversas corrientes terapéuticas estén adoptando el tipo de modalidad breve para sus intervenciones (Ellis y Custodio, 1999).

Dentro de los enfoques terapéuticos que hoy en día adoptan la modalidad breve tenemos a las terapias cognitivo-conductuales y las centradas en soluciones. Ambos modelos terapéuticos desempeñan un papel fundamental en la concepción de las intervenciones terapéuticas presentadas en este documento. En consecuencia, es imperativo abordar los antecedentes, características y técnicas inherentes a ambas perspectivas, y su integración en el proceso de elaboración de intervenciones.

2.1 Terapia Cognitivo Conductual

Según Ruiz et al. (2012), la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede ser definida como "la aplicación clínica de la ciencia de la psicología de la conducta, fundamentada en principios y procedimientos empíricamente validados" (p.32). Otros autores, como Vernon y Doyle la describen como una forma de psicoterapia que se enfoca en la resolución de problemas actuales y en la modificación conductas desadaptativas, teniendo en cuenta el papel del aprendizaje humano, que ocurre en la interacción del sujeto con su medio, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos. (Vernon & Doyle, 2017 p. 1-2).

El enfoque de esta terapia se centra en emplear diversas estrategias de intervención cognitivas y conductuales para generar cambios, que se manifiesta a nivel cognitivo, emocional, conductual o incluso fisiológico, que son las formas en las que el sujeto interactúa con su medio (Perpiñá et al., 2022, p 344). Además, parte del supuesto de que tanto las emociones como las conductas son influenciadas por las cogniciones, lo que implica que las intervenciones cognitivo-

conductuales pueden generar cambios en estos aspectos (Stallard, 2007, p. 17). En este sentido, la TCC se enfoca en la interacción entre las cogniciones, las emociones y las conductas.

Antecedentes

La Terapia Cognitivo Conductual surgió en las décadas de los sesenta y setenta, combinando las técnicas y procedimientos de la terapia de la conducta, basada en la observación de la conducta externa y los procesos de aprendizaje, con los enfoques de las terapias cognitivas que se centran en la identificación de esquemas y procesos cognitivos que el paciente utiliza para interpretar y dar sentido a sí mismo y al mundo (Londoño, 2017, p. 142).

La primera influencia de los fundamentos teóricos de la TC (Terapia Conductual) fue la teoría del condicionamiento clásico de Pávlov, dando la pauta al estudio de la ansiedad y al desarrollo de la desensibilización sistemática por Wolpe, el primer tratamiento validado en la teoría conductual. La segunda influencia importante en la terapia de la conducta se deriva de los principios del condicionamiento operante de Skinner, el cual amplió la formulación de Pávlov al considerar las consecuencias como un elemento fundamental para el estudio del aprendizaje, enfatizando la relación entre antecedentes, consecuencias y conducta, este enfoque sostiene que la modificación de antecedentes y consecuencias puede generar cambios en la conducta (Stallard, 2007, p. 18-19).

Por otro lado, la teoría que sirve de intersección entre de los procesos cognitivos es la teoría del aprendizaje social de Bandura, ya que, sin restar importancia al ambiente, enmarca el efecto mediador de las cogniciones que intervienen entre el estímulo y la respuesta, además enfatiza la idea de que el aprendizaje es un proceso en el que influyen características personales y procesos cognoscitivos impactando así al comportamiento (Phares y Trull, 1999, p. 377).

La consolidación de la terapia cognitiva se sustenta en la revolución cognitiva que se centró en el procesamiento de la información, así como las contribuciones de teorías de Albert Ellis y Aaron Beck. Esta perspectiva cognitiva subraya la función del pensamiento en la etiología y el mantenimiento de los problemas, lo que lleva a la necesidad de intervenir en los procesos cognitivos desadaptativos (Lira, 2007, p. 40).

La integración de los enfoques conductual y cognitivo da paso a la Terapia Cognitiva Conductual que, según los párrafos anteriores, busca identificar y transformar conductas y cogniciones generando bienestar psicológico y emocional.

Los autores más influyentes en los primeros días de la TCC incluyen a Ellis y Beck, cuyas publicaciones sentaron las bases para la TCC. Ellis (1962) publicó "Razón y Emoción en Psicoterapia", mientras que Beck (1963) publicó "Thinking and Depression" (Oblitas, 2008; Phares y Trull, 1999, p.91). Además, Donald Meichenbaum, conocido por su contribución al desarrollo de la TCC y su trabajo en el estrés postraumático, publicó en 1977 la obra "Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach", que se considera un texto clásico en el campo (Carrascoza y Echeverría, 2020, p. 59).

Los avances en psicología experimental y social, así como la expansión de la psicología clínica, la identificación de nuevos problemas y la necesidad de desechar modelos inadecuados de conducta anormal, impulsaron el surgimiento y la expansión de la TCC; destacando el papel que tenían la atención, la memoria y la percepción como procesos mediadores de la conducta humana (Oblitas, 2008, p 90).

Alrededor de los años 1990 surgieron las terapias denominadas contextuales (terapias de tercera generación), las cuales consideran que los problemas psicológicos son el resultado del contexto sociocultural y comunicacional del individuo, por otro lado la intervención terapéutica

no se centra en luchar contra la sintomatología sino en que se reorienta hacia que el individuo se enfoque en sus metas y valores más importantes, mejorándose el ajuste psicosocial de la persona, generando que esta sea capaz de variar el tipo de relación y visión que tiene de sí misma y del problema (Obando & Parrado, 2015 p.55-56)

Dentro de las terapias contextuales tenemos la Psicoterapia Funcional Analítica de Kohlenberg y Tsai (1998), la cual destaca la importancia de la interacción psicólogo-paciente como factor de transformación; Hayes, Strosahl y Wilson (1999) con la terapia de aceptación y compromiso se caracteriza por enfocarse en las contingencias externas de la conducta en lugar del control de los pensamientos y emociones; Linehan (1993) con la Terapia de la Conducta Dialéctica, dirigida a moldear formas adecuadas de expresión emocional en sujetos con déficit en esta área (García, et al., 2017, p. 76-77).

En resumen, el desarrollo de la terapia de la conducta se divide en 3 etapas o generaciones la primera etapa se centró en técnicas basadas en el condicionamiento clásico, operante y el neoconductismo, lo fundamental de esta etapa es la aplicación de los principios de aprendizaje a la práctica clínica y considera que tanto la conducta normal como la anormal se origina y perpetúa, mediante los mismos principios de aprendizaje. La segunda generación de terapeutas de la conducta se caracteriza por integrar la psicología experimental, cognitiva y social para explicar la complejidad del comportamiento humano, dando relevancia de las variables cognitivas en los modelos de comportamiento, surgen en esta etapa las terapias cognitivo-conductual. La tercera generación se basó en las dos generaciones anteriores y se centró en el enfoque contextual, el análisis funcional, la relación terapeuta-paciente, reconoce la importancia de la conducta verbal en la terapia y en la relación entre la instrucción y la conducta, consideró así que los problemas

psicológicos son el resultado del contexto sociocultural y comunicacional del individuo (Ruiz et al. 2012, p. 52,58,60,68, 75,86).

Las TCC utilizadas en el proceso intervención.

La práctica clínica de CAPED se basa en el marco teórico y metodológico de terapia breve Cognitivo Conductual. Dentro de este marco, se utilizan terapias que se adaptan a las necesidades y objetivos de cada caso. Algunas de las terapias que se utilizan con mayor frecuencia en las intervenciones son la terapia racional emotiva conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, entrenamiento de inoculación del estrés, entrenamiento en solución de problemas. Entre las técnicas frecuentemente utilizadas se encuentran: las técnicas de relajación, técnicas de respiración, técnicas de exposición, psicoeducación, técnicas de modelamiento y entrenamiento en habilidades sociales, técnica de role playing. Es importante mencionar que cada intervención es cuidadosamente estructurada tanto por el practicante como por el supervisor a cargo para cubrir las necesidades y objetivos terapéuticos de cada caso

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

El creador de la TREC es Albert Ellis, este utiliza el modelo A-B-C, en donde A son los acontecimientos activadores, B son las creencias sobre A y C consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas. Este modelo propone que los trastornos psicológicos son producto de las creencias irracionales y disfuncionales que hace el sujeto frente a un acontecimiento; cuando aparecen las creencias irracionales se desata en el sujeto un discurso que conforma tres creencias nucleares: la tremendización o exageración del daño o significado del hecho, la no soport-itis o baja tolerancia a la frustración y la condenación global sobre sí mismo, los otros o el mundo. Al identificar las ideas irracionales el objetivo de la intervención se enfoca en identificar la

irracionalidad del pensamiento, para así cambiar la filosofía de vida de éste (Obando y Parrado, 2015, p. 55).

Uno de los objetivos de la TREC es desarrollar un pensamiento racional que sea flexible y probabilístico que no invalide a la persona ante los fracasos y le permita alcanzar sus metas. Por otro lado, en su última formulación Ellis propone que la estabilidad emocional está asociada a la aceptación incondicional de sí mismo, de los otros y de la vida, así que alcanzar estos tres estados se convierte también en objetivo. Por último, para trabajar los aspectos cognitivos dentro de la TREC se utilizan las siguientes técnicas: debate socrático o racional emotivo, juego de roles, análisis de coste beneficio, modelado, biblio-terapia, imaginación racional emotiva (Morejón 2019, p. 277-278).

Terapia cognitiva de Beck

La terapia cognitiva fue desarrollada por Aaron Beck, el modelo cognitivo postula que las personas ante una situación no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan evalúan y asignan significado al estímulo. Por otro lado, este modelo se enfoca en los esquemas cognitivos, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos en las respuestas de las personas ante situaciones estimulares. La terapia cognitiva además de enfocarse en las distorsiones cognitivas también toma en cuenta los problemas externos relacionados con el malestar. (Ruíz, et al., 2012. Pp. 368, 380, 402).

El modelo de Beck esta más enfocado a que las personas contrasten sus creencias con la realidad y sean ellas mismas, las que busquen ideas alternativas y desarrollen un conocimiento más valido de la realidad que les permita adaptarse a la misma, para ello hay que modificar tanto los esquemas cognitivos como las distorsiones cognitivas que devienen de estos.

Por último, la terapia cognitiva tiene un modelo de intervención muy estructurado, en la primera fase se lleva a cabo de formulación cognitiva, en esta se identifica información relevante de cómo se desarrollaron y mantienen las creencias centrales, además de determinar las creencias nucleares, intermedias, estrategias de afrontamiento, pensamientos automáticos, emociones y respuestas fisiológicas que ponen en marcha las conductas a tratar. En las sesiones intermedias se trabajan todos los aspectos cognitivos detectados en la fase previa, esto se lleva a cabo con debate socrático y otras técnicas. En la fase final se dedican a el cierre del tratamiento y prevención de recaídas (Morejón 2019, p. 296).

Entrenamiento en Inoculación del Estrés

Es un paradigma de tratamiento que consiste en un plan de adiestramiento semiestructurado que se adapta según la particularidad de la persona tratada. Este entrenamiento pretende proporcionar al individuo un marco conceptual que le facilite comprender la naturaleza de las reacciones al estrés, para generar y desarrollar habilidades de afrontamiento que le permitan abordar las situaciones estresantes de manera más eficaz. El tratamiento combina elementos de enseñanza didáctica, debate socrático, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistro, auto instrucciones y auto reforzamiento, e intentos de cambios en el ambiente, implementando en tres fases: la primera denominada conceptualización, la segunda que considera la adquisición de habilidades y de ensayo y por último la fase de aplicación y seguimiento (Meichenbaum, 1987, p. 14,22).

Entrenamiento en Resolución de problemas (ERP)

El modelo de solución de problemas fue desarrollado por D'Zurilla y Goldfried, el enfoque del modelo es la solución de problemas, particularmente de índole social, por medio de un proceso

estructurado dividido en pasos fundamentados en la cognición y la particularidad de los problemas para que la intervención se pueda adaptar a situaciones específicas. El objetivo fundamental del ERP es asistir a la persona a identificar y solucionar los problemas de su vida actual, que causan manifestación de respuestas desadaptativas. Este entrenamiento busca enseñar habilidades para que la persona maneje problemas futuros de manera independiente y eficaz. Los componentes del proceso del ERP son: la orientación y actitud hacia los problemas y las habilidades básicas de resolución del problema esta última se divide en fases, la fase uno es la definición y formulación del problema, la fase dos es la generación de soluciones alternativas, la fase tres es la toma de decisión y la fase cuatro es la aplicación de la solución y comprobación de su utilidad (Bados y García, 2014, p. 1,4).

2.2 La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBS)

Antecedentes

La terapia breve centrada en soluciones tiene sus orígenes en la constitución de la terapia familiar de Milwaukee, Wisconsin a fines de la década 1970, formando parte de la configuración de modelo de terapia breve desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto California y fue desarrollada por Insoo Kim Berg y Steve de Shazer y su equipo (Lipchik, 2004, p. 40).

Las premisas teóricas y planteamientos técnicos de la TBCS se sustentan en dos grandes influencias: por un lado, los trabajos terapéuticos elaborados por Milton H. Erikson con respecto a los trabajos en soluciones, el lenguaje de influencia y el uso de los recursos del paciente; por otra parte, el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Beyebach, 1999, p.2).

El modelo de la TBCS se construyó a partir del supuesto principal de que las personas que acuden a terapia tienen fuerzas y recursos para cambiar, así como la idea de que un problema no sucede todo el tiempo, hay excepciones a la regla; además de trabajar de manera colaborativa con los pacientes, generando que participen activamente en las conversaciones para producir cambios efectivos en creencias y conductas.

Por otro lado, de Shazer y sus colegas utilizaron la construcción de soluciones hipotéticas con mirada de futuro ideal con lo que se retomó la intervención de la “pseudorientación temporal” de Erikson, dando origen a la “pregunta milagro”, esta fue considerada la pregunta insigne del modelo y de la cual se hablara a mayor profundidad en apartado de técnicas (Selekman, 2015, p 18).

La terapia centrada en soluciones es considerada como un proceso lingüístico dentro del cual se fomenta un lenguaje centrado en las soluciones que sustituya el lenguaje centrado en los problemas, donde se encuentran atrapadas las personas, por lo que en la manera de intervenir de la TBCS es imperante el diálogo terapéutico, entre la persona y el terapeuta, hablar de lo que le es importante para el usuario (Solution Focusd Brief Therapy Asociación., 2013, 4-5).

Desde la perspectiva teórica la TBCS está fundamentada en el constructivismo en su sentido más amplio, ya que en este modelo terapéutico consultante y terapeuta construyen una relación dialógica en la que el consultante es el protagonista de la terapia y el generador de sus propias soluciones y el terapeuta apoya el proceso apoyado en la escucha activa, respetando la narrativa del consultante y generando preguntas centradas en soluciones las cuales son libres de interpretación; además el terapeuta propone tareas que refuercen y amplíen las soluciones emergentes animando a la persona a alcanzar sus metas (De la Fuente Blanco, Alonso y Vique,

2019, p. 263). Se entiende entonces que es esta relación colaborativa entre consultante y terapeuta donde cobra sentido la aplicación de las técnicas dentro de la terapia.

De acuerdo con O'Hanlon y Weiner (1990), el objetivo primordial de la Terapia Breve Centrada en Soluciones es "identificar lo que funciona dentro de la situación problemática y ampliarlo de tal forma que provoque la solución al problema o la disminución del mismo a niveles que no generen malestar en la persona" (O'Hanlon y Weiner, 1990 60-61),

Este es un modelo basado en capacidades y recursos, que pone poco énfasis en fallas y problemas pasados, se enfoca en las fortalezas y expectativas de éxito anteriores y futuros de los usuarios. Además de estar centrado en trabajar desde la comprensión de las personas, sus preocupaciones, contextos y lo que quieren que sea diferente en sus vidas; busca la solución a los problemas de manera rápida, eficiente y menos dolorosa, atacando el problema, que la persona determine como causante de su conflicto en el presente.

Práctica de la TBCS

Citando a Beyebach (1999) en el siguiente párrafo se muestra una estructura clara de la manera de trabajar de la TBCS:

La TBCS trabaja en primer término con las soluciones, ayudando al cliente a identificar lo que quieren conseguir (pregunta milagro), trabajando para marcar y ampliar aquellas ocasiones en las que de hecho lo consiguen (excepciones) y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad del cambio, por otro lado si esta línea de trabajo no genera cambios suficientes el terapeuta puede abordar situaciones desde el planteamiento complementario intentando reducir la conducta problema y retomando las soluciones cuando aparecen los cambios (p. 6)

Por otro lado se puede mencionar como componentes activos en la práctica lo siguiente: La construcción de la alianza terapéutica de cooperación con el consultante, el establecimiento de objetivos concretos, realistas, alcanzables y medibles, la estructuración de preguntas y discusiones

orientadas hacia futuro, la construcción de soluciones, el monitoreo constante de logros obtenido con la idea de que el consultante pueda evaluar sus progresos, enfoque de la conversación sobre las excepciones al problema en especial las enfocadas a conseguir lo que el consultante quiere que sea distinto, la postura del consultante como experto y la del terapeuta que liderea “desde un paso atrás” tomando una postura curiosa de “no saber” (Solution Focused Brief Therapy Association, 2013, p. 11).

Además, existen estrategias que son imprescindibles en cada sesión de intervención las cuales según Beyebach (2014) son “patrones transversales de comunicación terapéutica, es decir formas de gestionar la información en el transcurso de la sesión”, dichas estrategias son:

- Elicitar la descripción de las soluciones, por medio de preguntas que lleven a conversar de estas o bien enfocándose en algún dato o información que el consultante de espontáneamente en la conversación.
- Ampliar, esto es pedir detalle y ayudar a los consultantes a generar descripciones en términos de conductas interactivas, pequeñas, concretas y en positivo.
- Anclar las soluciones o atribuir el control, es decir, mediante preguntas el terapeuta ayuda a que los consultantes identifiquen de qué forma han conseguido producir las mejoras o cambios.
- Ir despacio, es decir, ajustarse al ritmo de cambio de los consultantes, transmitir el mensaje de avanzar paso a paso, dar tiempo a los consultantes que piensen y elaboren sus respuestas a las preguntas del terapeuta (p.10)

Técnicas de intervención de la TBCS.

Las técnicas de intervención de la TBCS se utilizan de acuerdo a cada caso en particular, algunas son comunes en la primera sesión, como es el caso de la pregunta pretratamiento y la pregunta milagro; también la técnica de preguntar por las mejoras puede ser utilizada al inicio de cada sesión con el objetivo de centrarse en los cambios que se han presentado desde la última sesión hasta la sesión actual Beyebach (2014, p. 11). Por lo general las técnicas se van combinando estratégicamente según las circunstancias de cada caso.

Objetivos centrados en soluciones

El procedimiento de definición de objetivos es un proceso cooperativo de negociación en donde el consultante es el responsable de decir que cambios quiere que ocurran y el terapeuta se asegura de que estos objetivos sean alcanzables, concretos y medibles. Una de las reglas básicas para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas, ya que una de las premisas del modelo es que un cambio pequeño lleva a cambios adicionales, la forma lógica es empezar con cambios pequeños (O'hanlon y Weiner, 1990, p.116). Además, Lipchik (2004,) enfatiza la importancia de ayudar al cliente a aclarar sus metas, ya que “si no tienen claras sus metas no podrán encontrar las soluciones”, además de que este proceso, menciona esta autora, inicia en la primera sesión y prosigue a lo largo de la intervención (p. 127).

Pregunta milagro

La pregunta milagro y otras técnicas de proyección al futuro contribuyen a que la persona pueda describir su futuro preferido, con la intención de que sea más fácil identificar las mejoras y los cambios que ya están surgiendo (cambios pretratamiento y excepciones), además de ayuda a identificar como se consiguen dichos cambios e ir mencionando cuales son los siguientes pasos a

dar para ese futuro, de tal modo que la idea no es alejarse del problema si no acercarse a los objetivos (Beyebach, 2014, p.7).

La pregunta milagro, no es solo una pregunta es una secuencia de preguntas que además de recoger información para crear objetivos también intenta romper el encuadre que las personas hacen de su situación y de situaciones del futuro diferente, se trata de que las personas cambien su forma de comportarse, pensar y sentir (Beyebach, 1999, p. 14).

Excepciones

Oblitas (2008) menciona “el problema no siempre está presente, lo que da lugar a las excepciones”. Las excepciones dicho de manera general son aquellos momentos en las vidas de las personas en los que no ocurre la situación problemática, debido a que hay una acción o situación que acompaña estos momentos de excepción (p.379)

Indagar las excepciones es interesarse en las acciones que el cliente ya hace o hizo bien en alguna ocasión y que logró resolver o disminuir el problema, además existen tres tipos de excepciones: las que ya se generaban antes del inicio de la terapia, las que se producen al concertar la cita a la sesión y las que surgen al iniciarse el proceso terapéutico llamados avances o cambios terapéuticos. (García, 2013, p. 79-80). Es importante mencionar que la técnica de excepciones no se contraponen a que en el proceso terapéutico se puedan enseñar nuevas herramientas para que el usuario logre alcanzar sus objetivos.

Cambios pretratamiento

El cambio pretratamiento se considera parte de las excepciones entre los problemas, distinguiendo que estas ocurren en días o semanas previas a las sesiones de terapia, ya que estas surgen desde que la persona decide ir a terapia, incluso al intentar sus propias soluciones fallidas, entonces la persona ya está intentando solucionar el problema y este es un punto de partida.

Conocer, explorar y aprovechar estos cambios pretratamiento, excepciones, contribuyen a sentar las bases para las primeras construcciones dialógicas entre cliente terapeuta para encontrar una solución realista basada en las fortalezas de las personas (García, 2013, p. 81-82).

Pregunta escala

La intención de esta técnica es medir la percepción del consultante sobre su progreso y el cambio, en una escala del 1 al 10 en donde 1 representa la situación más desfavorable y 10 la más situación ideal o deseada, esta escala permite cuantificar los avances y proporciona un enfoque concreto y orientado a objetivos de la terapia; como señala Selekman (2015) “la pregunta escala es una herramienta valiosa para determinar el objetivo y mantener claro la atención en él a lo largo del curso de la intervención” (p. 75)

Elogios

Esta técnica tiene la función de reconocer y resaltar los éxitos y recursos del consultante fomentando de este modo un cambio positivo y sostenible, permitiendo que este construya sobre sus fortalezas soluciones efectivas a sus problemas (O’hanlon y Weiner, 1990, p.118).

Externalizar el problema

Esta técnica tiene el objetivo de separar al cliente de su problema, permitiendo una perspectiva más objetiva y facilitando la exploración de soluciones, al externalizar el problema el consultante y el terapeuta para abordar el problema como algo separado y externo al consultante mismo lo que contribuye eliminar o disminuir la sobre identificación que este tiene con el problema creando así un espacio para la exploración de soluciones, de acuerdo con Beyebach (2014) “externalizar es un proceso en virtud del cual cierto atributo o cualidad se saca fuera de las personas y se convierte en algo con entidad propia contra lo que es posible luchar” (p. 210-211).

Tareas

De manera generar dentro del proceso terapéutico las tareas son un recurso que se estructura de acuerdo a el modelo teórico con el que se trabaja y los objetivos planteados en la intervención, en el caso de la TBCS, tienen la intención de seguir generando nuevos cambios y diferencias fuera de la sesión terapéutica, por otro las tareas pueden ayudar a consolidar los cambios que surgieron dentro de la sesión a través de pedir al consultante que hagan “más de lo mismo” de lo que está funcionando (Beyebach y de Vega, 2016, lugar de las tereas en el proceso terapéutico, párrafo 9-10).

2.3 La integración de Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones en procesos de intervención psicológica.

El enfoque integrador no es una novedad en el área de la psicología, es una perspectiva común en diversas disciplinas científicas ya que funciona como medio para comprender los fenómenos; en psicología clínica, la complejidad de los problemas psicológicos ha impulsado un enfoque integrado para abordar la diversidad de situaciones. La brecha entre investigación y práctica en el ámbito clínico ha generado tensiones, conduciendo a un movimiento integrador, que ha sido evidente desde la aparición de la Society for Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) en 1983, seguido por la publicación del Journal of Psychotherapy Integration en 1991. Norcross y Goldfried (2005) proponen que mejorar el integracionismo implica identificar principios unificadores en las teorías, así como al encontrar elementos en común en diferentes teorías (Villalobos, 2013, p.156). No hay que olvidar que la psicología cognitiva ha evolucionado

a través de la integración de conceptos de una teoría en otra, lo que puede sugerir el éxito en la integración de modelos.

Desde hace una década, la integración de los enfoques cognitivo-conductuales y la terapia breve centrada en soluciones ha sido objeto de atención psicológica, aunque existen discrepancias teóricas notables, como que la TCC se centra en el problema y la TBCS se enfoca en soluciones o excepciones, se busca una convergencia que enriquezca la práctica terapéutica (Ramírez y Rodríguez, 2012, p. 611). En el proceso de aplicación se sistematizarían aspectos, como el análisis funcional como base para el diseño del tratamiento y los elementos mínimos para considerar que el modelo terapéutico empleado corresponde a la integración práctica de ambos enfoques (González y Juárez, 2016, p. 1028).

De manera general existen varios elementos en común entre ambos modelos, tanto la Terapia Cognitivo-Conductual como la Terapia Breve Centrada en Soluciones se caracterizan por ser directivas, concretas y enfocadas en el presente, fundamentalmente en la interacción conductual actual, en lugar de centrarse en enunciados generales o interpretaciones. Ambas terapias en las primeras sesiones recopilan información tangible-comportamental como base para la planificación de la intervención. Además, en ambos modelos se asignan tareas para casa que ayudan a recuperar información útil para trabajar en las sesiones, el papel del terapeuta es directivo, pero al mismo tiempo colaborativo con el cliente, siendo este un actor activo dentro del proceso terapéutico (Kiskeri, et al. 2018, p. 275, 285).

Se han realizado intervenciones que integran la TCC y TBCS, éstas utilizan las técnicas coincidentes de ambos modelos, por ejemplo; en la primera sesión, se emplean técnicas como el establecimiento del rapport, la normalización de los problemas y la definición de objetivos. En las

sesiones subsiguientes, se destacan la actualización, la revisión de lo acontecido previamente y el establecimiento de tareas (Ramírez y Rodríguez, 2012, pp., 628-629).

Por su parte Gonzáles y Juárez (2016) presentan una guía de integración práctica de los modelos de Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Breve Centrada en Soluciones, cuyo enfoque central se basa en el análisis funcional. Esta guía aborda la consideración de elementos específicos en la aplicación del modelo integrado por ambos enfoques:

- Evaluación: en las primeras sesiones, es fundamental dar prioridad a la identificación y análisis de los elementos necesarios para el análisis funcional como: los factores predisponentes, desencadenantes, de control, la obtención de la descripción detallada problema, factores de mantenimiento del problema. El análisis funcional se convierte en la columna vertebral de la estrategia terapéutica. Por otro lado, en la primera entrevista se da espacio para hablar del problema, validar la perspectiva de la persona para que se sienta escuchada y comprendida, además de indagar sus recursos y habilidades, así como los intentos de solución al problema que ha tratado de implementar.
- La evaluación del tratamiento debe incluir la utilización de herramientas que posean sólidas cualidades psicométricas y sumar dentro de la intervención la pregunta escala de avance, de esta manera se integran estos dos como puntos de referencia para la evaluación del tratamiento.
- Establecer objetivos en términos de proceso y con estas características: deberán ser realizables, éticos, específicos, observables y cuantificables, para identificarse cuando se alcanzaron.
- La intervención se centra en la modificación de factores de control y factores de mantenimiento. El plan de tratamiento debe incorporar al menos una estrategia cognitiva,

comúnmente la reestructuración cognitiva, una estrategia de intervención conductual y una estrategia de enfoque centrado en soluciones, para así considerar un modelo que integra ambos enfoques.

- En cuanto a la evaluación de metas terapéuticas se realizará con herramientas de evaluación con sólidas características psicométricas.
- Por último, en esta guía se considera dar seguimiento.

Otras coincidencias

A lo largo de este capítulo se ha mencionado que para que la integración de enfoques sea viable estos deben compartir principios teóricos que permitan dicha integración, en este sentido Beyebach (2015) menciona que existen varias concomitancias entre las Terapias Cognitivo Conductual de tercera generación y el enfoque de Terapia Breve Centrada en Soluciones las cuales se enlistan a continuación:

- Tanto la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) y La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) describen con detalle cómo los intentos desafortunados de solución que ponen en marcha las personas terminan constituyendo problemas.
- La Terapia de Activación Conductual (AC) subraya la importancia de que el paciente pase a la acción, y que lo haga, aunque pueda sentirse mal todavía, lo mismo hace la TBCS proyección al futuro de la pregunta milagro en la que se propone “actuar como si ya hubiera sucedido el milagro”.
- Se comparte también la posición fundamental de rechazo al diagnóstico psiquiátrico tradicional, ya que en los años 60 las terapias de tercera generación se unen a la crítica que hacen los enfoques sistémicos al uso de etiquetas psicopatológicas.
- Ambos enfoques son terapias contextuales que se centran en el contexto y las relaciones funcionales de los eventos psicológicos.

- Por último, las terapias de tercera generación y la TSB también coinciden en el interés por el lenguaje y en particular por el lenguaje en el contexto de terapia.

Aunque la aspiración de integrar distintos enfoques terapéuticos existe desde los cincuenta hasta día de hoy, en las últimas dos décadas se ha renovado el interés por esta integración impulsado por: la evolución observada en muchas terapias cognitivo-conductuales, el actual enfoque constructivista y la diversidad de orígenes de los terapeutas cognitivo-conductuales actuales. Cada profesional clínico opera en un marco teórico conceptual específico, excluyendo otras perspectivas, pero hoy se reconoce que la conceptualización y la naturaleza del cambio terapéutico no son simples, sino complejas, y dependen de diversos factores. Esto ha aumentado el interés por la integración de corrientes psicoterapéuticas, con el reto principal de integrar diferentes modalidades tanto teóricas como práctica, y dar importancia a la evaluación empírica del proceso de cambio (Oblitas, 2008, pp. 105, 349).

3.1 Presentación de casos

A continuación, se presentan tres casos atendidos en Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), que representan la estancia de practica correspondiente del 14 de diciembre 2022 al hasta el 4 de octubre del 2023, son casos de asesoría psicológica de corte clínico, de enfoque de terapia breve, base teórica de Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Breve Centrada en Soluciones y los cuales se han desarrollado siguiendo los lineamientos establecidos en dicha institución:

1.- **Proceso de Preevaluación:** los casos asignados a los asesores son sometidos a un riguroso proceso de tamizaje que garantiza la viabilidad y adecuación de la intervención. En este proceso se lleva cabo la evaluación pretratamiento empleando instrumentos psicométricos tales como el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck. Estos instrumentos

son nuevamente aplicados al concluir la intervención, consolidando así un enfoque integral de evaluación a lo largo del proceso terapéutico.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El autor del instrumento es Aaron Beck (1961), la validación de la versión en español de BDI para la población mexicana la llevó a cabo Jurado, Méndez, Rodríguez, Loperena y Valera (1998). El inventario consta de 21 ítems cuya severidad se valora de 0 a 3, evalúa principalmente síntomas clínicos de melancolía y pensamientos intrusivos en los procesos depresivos. Se califica sumando los números que aparecen al costado de cada respuesta, teniendo como puntaje mínimo 0 y puntaje máximo 63.

La evaluación correspondiente con el puntaje obtenido es: mínima con un puntaje que va de 0 a 5, leve con un puntaje de 6 a 15, moderado con un puntaje de 16 a 30 y severa con un puntaje de 31 a 63. Las normas de calificación son: si el puntaje se encuentra en un rango de 0 a 5 esto es considerado no depresión, si el rango es de 6 a 14 es depresión leve y si el rango es mayor a 15 es depresión moderada o grave. Es una evaluación que se aplica al iniciar y finalizar el tratamiento y durante los seguimientos.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El autor del instrumento es Aaron Beck, (1988), la traducción, normatividad y estudio de las propiedades psicométricas de la versión en español de BAI para la población mexicana la llevó a cabo Robles y Páez (2000). El inventario consta de 21 ítems cuya severidad es valorada en una escala de 0 a 3, no existen puntos de corte, por lo que una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

Evalúa las manifestaciones de la ansiedad en las dimensiones:

- Psíquica: 6 ítems que exploran el humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales y humor depresivo (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14).
- Somática: 7 ítems que evalúan síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y autonómicos, (ítems 7,8,10,11,12 y13).
- Comportamentales: 1 ítem para evaluar el comportamiento del paciente durante la entrevista.

El inventario se califica sumando los números que aparecen al costado de cada respuesta, el puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 63. La evaluación correspondiente al puntaje obtenido es considerada mínima si el puntaje es 0 a 5, leve si es de 6 a 15, moderada si es de 16 a 30 y severa si el puntaje es de 31 a 63. Según las normas de calificación, no existe ansiedad si el puntaje está en el rango de 0 a 5, existe ansiedad leve si es de 6 a 14 y nivel de ansiedad moderada o grave si es mayor a 15. Es una evaluación que se aplica al iniciar y finalizar el tratamiento y durante los seguimientos (Blázquez, Pérez, Calderón y Medina, 2020).

2.- Primer contacto con el estudiante-usuario: cuando los usuarios han superado el tamizaje y cumplieron con los documentos requeridos para su atención, que incluyen consentimiento informado y aviso de privacidad, se les notifica mediante un correo electrónico la fecha y hora de su primera sesión, así como el nombre del asesor psicológico asignado. Posteriormente, el asesor confirma por correo electrónico al usuario los detalles de la cita, incluyendo la fecha y horario, la plataforma online a utilizar, el enlace correspondiente, y los lineamientos pertinentes para la sesión. Este proceso asegura una coordinación eficiente y transparente en el establecimiento de la primera conexión terapéutica.

3.-Sesión de Screening: en la primera sesión se lleva a cabo un Screening, es decir una entrevista estructurada que proporciona información esencial para la construcción de la intervención terapéutica, Aunque se sigue una estructura predefinida en dicha entrevista, se permite la indagación libre sobre aspectos adicionales que puedan ser relevantes para la formulación del caso. Es deseable que el Screening se concluya en una sesión de 50 min, pero en ocasiones puede abarcar hasta dos sesiones programadas semanalmente.

Durante esta sesión también se establecen los lineamientos que regirán las subsecuentes sesiones y se delinear los aspectos fundamentales del proceso terapéutico. Además, se informa al usuario sobre la vía de comunicación con el terapeuta, se presenta el modelo terapéutico que guía la intervención y se brinda espacio para aclarar dudas que puedan surgir.

4.- Análisis funcional: con la información recabada en la sesión de screening, se realiza el análisis funcional de la conducta, la hipótesis del caso y el planteamiento del objetivo terapéutico, negociado con el usuario, cuidando que sea un objetivo concreto, viable, realista, alcanzable y en concordancia tanto con las demandas del usuario como con los alcances del modelo terapéutico.

5.- La formulación del caso y la estrategia de intervención: se van creando de forma colaborativa entre asesor y supervisor de casos asignado. La supervisión de caso tiene lugar una vez por semana previo a cada sesión con el usuario.

6.-Duración y frecuencia de las sesiones: cada sesión tiene una duración determinada de 50 a 60 minutos, las sesiones se programan de manera semanal, en un horario fijo convenido con el usuario. En el marco de los servicios ofrecidos CAPED, se sigue un enfoque de tipo breve, en consecuencia, el número de sesiones asignadas para la intervención varía de dos a seis, adaptándose a la singularidad de cada caso. Además, se contempla la posibilidad de extender el proceso terapéutico hasta un máximo de ocho sesiones.

Presentación del Caso 1

Caso atendido del 14-12-2022 al 01-03-2023, supervisado por el Lic. Giovanni García Yedra.

Identificación del usuario

Usuaría, mujer de 22 años, soltera, estudiante de segundo semestre de la licenciatura en Psicología en SUAyED, que trabaja de manera independiente. Se presentó en condiciones adecuadas de higiene y aliño, así como se encontraba ubicada correctamente en tiempo, espacio, circunstancias y personas; con actitud verbal abierta, diálogo fluido y cooperativo. En el momento de la intervención se encontraba viviendo con su padre y su hermana menor, practica la religión católica.

Motivo de Consulta

La usuaria mencionó como motivo de consulta que quería seguir trabajando en el control de sus emociones ya que cuando se enojaba gritaba y agredía, por otro lado, cuando se sentía frustrada, triste, con ansiedad y miedo tendía a aislarse, tenía miedo de caer en depresión ya que se sentía desanimada y no le daban ganas de hacer nada.

Historia del problema.

La usuaria refería que asistió a terapia hace 4 meses debido al duelo afectivo derivado del rompimiento de una relación de noviazgo que duró seis años, en esta relación había violencia y dependencia emocional, pero por falta de recursos económicos abandonó dicho proceso terapéutico, por lo que decidió pedir asesoría psicológica en CAPED para terminar de procesar el duelo afectivo y el manejo de sus emociones, ya que últimamente se sentía muy irritable y enojada.

Cada vez que discutía con su papá o su hermana “explota”; es decir gritaba, lloraba y le pegaba a la pared. Cada vez que las discusiones sucedían ella pensaba “quiero que se callen porque me dan ganas de pegarles para callarlos”. Se sentía muy intolerante y para evitar los enfrentamientos se aislaba y tendía a la rumiación mental, también menciona que le da miedo aislarse porque pensaba que se iba a volver a deprimir como le sucedió cuando rompió con su novio, en esa ocasión casi no salía de su habitación, solo dormía, dejó de comer o comía en exceso, no quería salir ni hablar con nadie, se sentía angustiada y no quiere volverse a sentir así, por eso quería aprender a manejar sus emociones, para no tener que aislarse para evitar los conflictos y evitar sentir enojo, frustración, intolerancia, ansiedad y miedo. La usuaria describe que cuando sentía ansiedad le temblaba el cuerpo, el ritmo cardíaco aumentaba, le sudaban las manos y sentía tensión muscular.

Además, se sentía desmotivada sin ánimos de hacer cosas nuevas, se percibía improductiva, oscilaba entre momentos buenos y malos. Cuando se ponía a pensar todo lo que vivió en la relación de pareja, se entristece y se enoja con ella misma, lo que la llevaba a comer en exceso y a la repetición constantemente de pensamientos negativos.

Finalmente, la usuaria mencionó que últimamente experimentaba una mejora en su estado de ánimo; se levantaba temprano y se sentía motivada, no obstante, reconoció que esta mejora estaba asociada a una carga considerable de trabajo, lo que le daba ánimos. Sin embargo, expresó su preocupación por este período estaba por concluir, anticipando que podría volver a experimentar desmotivación e improductividad. Esta perspectiva le generaba ansiedad y miedo al aislamiento.

Evaluación

Para llevar a cabo la evaluación del caso se utilizaron dos métodos de evaluación; por un lado, los instrumentos psicométricos: Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad

de Beck. Por otra parte, se realizó un análisis funcional, para hacer un análisis clínico el motivo de consulta.

Análisis funcional

E Situaciones estímulo- antecedentes	O Organismo Biológico	R Conducta de interés	C Consecuencias
<p><u>Historia Pasada:</u> Durante su infancia, la usuaria solía golpearse contra la pared como respuesta a sus errores y recurría al consumo excesivo de alimentos cuando se sentía triste o enojada. A los cinco años de edad, sus padres decidieron divorciarse y ella se quedó a vivir con su madre. Hace 1 año la usuaria se tuvo que ir a vivir con su padre debido a que su mamá la corrió de casa por tener comportamientos violentos.</p> <p><u>Contemporánea:</u> Cuando la usuaria solicitó la terapia se encontraba viviendo en casa de su padre, junto con su hermana menor, ella no tenía una buena relación con ellos, debido a que la criticaban constantemente y no la comprendían Hace 6 meses que termino una relación de pareja en la que existía violencia, esto la llevo a vivir un cuadro depresivo y decidió tomar terapia, pero por falta de recursos abandono el proceso terapéutico.</p>	<p>No presentaba ningún padecimiento físico, no ingería sustancias legales o ilegales. Se encontraba 12 kilos arriba de su peso. Su aspecto físico era pulcro con buen aliño, ubicada correctamente con tiempo, espacio, circunstancia y personas.</p> <p><u>Habilidades</u> Creativa, trabajadora, servicial, emprendedora, reflexiva, le gusta aprender cosas nuevas. Áreas de oportunidad Se distrae con facilidad, procrastina, se involucra en varios proyectos y en algunos no los concluye, falta de asertividad para comunicarse, tiende a la indecisión.</p> <p><u>Valores culturales</u> Valoraba el respeto por el trabajo de las personas, la honestidad. Creía que es posible formar una familia unida. Era católica pero no practica la religión.</p> <p><u>Historia de reforzamiento:</u> Las críticas del padre con respecto a cómo debería de resolver sus problemas y expresarle continuamente que estaba decepcionado de ella</p>	<p><u>Conducta de interés</u> Control de las emociones, que pudiera manejar su enojo, miedo, tristeza, desanimo. Quería dejar de aislarse y disminuir la rumiación mental.</p> <p><u>Motor</u> La usuaria mencionó que tendía a explotar, es decir discutir a gritos, golpea la pared, llorar. Se aislaba en su habitación y cuando el aislamiento duraba varios días se obliga a salir a pesar de no sentirse motivada ya que le daba miedo deprimirse. Dejó de salir con amigos y de realizar actividades que le gustaban Postergaba la entrega de actividades escolares.</p> <p><u>Cognitivo</u> Cuando discutía con sus familiares pensaba: “ya cállense porque tengo ganas de golpearlos” Tenía la tendencia al pensamiento rumiativo. Pensaba que ya no debería de sentirse triste, ni enojada cuando recordaba a su ex o cuando ex le mandaba mensajes. Ella pensaba de sí misma que era una exagerada, que debería ser más fuerte, que era una floja,</p>	<p><u>Acorto plazo:</u> Que la relación con familiares y amigos empeorara y esto hubiera generado que se aislara cada vez más.</p> <p><u>A mediano plazo</u> Que no lograría controlarse y golpear a su padre o hermana cuando discutían, repetir con mayor frecuencia conducta de aislamiento generando que los niveles de ansiedad y depresión aumentarían. Dejar de realizar las actividades escolares o laborales.</p> <p><u>A largo plazo</u> Que los niveles de ansiedad aumentarían, así como los de depresión lo que la llevaría a tratamiento psiquiátrico. Que su padre la corriera de la casa. Abandono escolar.</p>

<p><u>Qué ocurrió que le hizo solicitar el servicio.</u> Ella se percibía intolerante y agresiva con su familia y amigos, además últimamente se aislaba con más frecuencia y sentía que sus emociones y reacciones se salía de control</p> <p>Externas: Dónde, cuándo, con quién, a qué hora. En casa, cuando discutía con sus papá o hermana, en casa de su mamá cuando estaban en desacuerdo y discutían, cuando salía con amigos y estos la contradecían. Cuando disminuía la carga de trabajo o actividades escolares. Cuando su expareja le mandaba mensajes o se lo encontraba en la calle o cuando recordaba cosas que vivió con él.</p> <p>Temática interna: Cogniciones antecedentes a la R: Creía que nadie la apoyaba cuando lo necesitaba, que los demás la deberían comprender, que nadie le debería de decir cómo actuar y que los demás deberían actuar diferente, que era mejor aislarse para no discutir con nadie, que solo la juzgaban, que tenía la culpa de que su novio haya sido agresivo con ella.</p>	<p>Que familiares y amigos le dijeran que exagera. En relación de pareja su ex la responsabilizaba de todo lo que iba mal en la relación.</p>	<p>que debería ser más productiva, que estaba fracasando. Cree que se seguía aislando volverá a sentir deprimida o ansiosa, que ella era la responsable de su vida y que es la que tenía que hacer los cambios necesarios pero que su familia y amigos la deberían de comprender y apoyar. Que su papá la debería tratar diferente.</p> <p>Elementos emocionales: Miedo, angustia, enojo, frustración, ansiedad, tristeza, desanimo impotencia.</p> <p>Fisiológico: Cefalea, sudoración, taquicardia, temblor del cuerpo, tensión muscular. Tenía sobrepeso y le preocupa seguir subiendo de peso ya que comía cuando se sentía triste, ansiosa o enojada.</p>	
--	---	--	--

En resumen, la usuaria experimentaba dificultades para controlar sus emociones, se aislaba con frecuencia y sentía que sus reacciones se salían de control. Su relación con familiares y amigos era tensa, y se criticaba constantemente así misma. Tenía antecedentes de violencia en una relación

pasada, duelo afectivo derivado de la misma relación y había experimentado cambios en su entorno familiar. La usuaria buscaba ayuda para manejar sus emociones, dejar de aislarse y controlar su rumiación mental.

Diseño de Intervención

Todas las sesiones iniciaron con la estrategia de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBC) denominada “Preguntar por las mejoras”, la cual permite desde de la primera sesión centrarse en los cambios que se han presentado recientemente. Cuando el usuario detecta los cambios, por pequeños que sean, éstos se pueden ir ampliando, es decir, la descripción que da la usuaria puede ser tan detallada hasta lograr que describa en términos conductuales, concretos y positivos la manera en cómo logro dichas mejoras y posteriormente esto permita anclar los cambios, ya que la usuaria percibe las conductas realizadas como algo que puede seguir repitiendo, además de atribuirse el control de dichos cambios a sí misma alejándola de la idea de que estos surgieron por casualidad (Beyebach y de Vega, 2016).

Sesiones	Objetivo de la sesión	Revisión de tareas	Técnicas y o procedimientos aplicados en la sesión	Tareas y actividades prescritas en la sesión	Cambios Importantes
Screening	Recolección de datos. (indagar sobre el motivo de consulta) Generar empatía y rapport		Entrevista estructurada Escucha activa		
Sesión 1	Se estableció el objetivo terapéutico se reconocieron las		Se inició la sesión preguntando por los cambios pretratamiento para detectar todas aquellas	Tarea de formula: Observar, reconocer y registrar que cosas que estaban	Se estableció el objetivo terapéutico: Mejorar la gestión emocional y mejorar sus habilidades de comunicación, para que pudiera expresar

	<p>habilidades y estrategias de afrontamiento de la usuaria.</p>		<p>mejoras que se han producido en el problema con el propósito de mantener y aumentar las mejoras que la usuaria había obtenido por sí misma.</p> <p>Después se realizó un ejercicio para establecer objetivos.</p> <p>Preguntas de afrontamiento (TBC), estas preguntas están orientadas a identificar recursos en situaciones especialmente negativas, sin restar importancia ni minimizar las situaciones que menciona la usuaria, se prepara a la usuaria a generar mejoras partiendo de los recursos que ella ya maneja y engrosando estos mismos.</p>	<p>sucediendo en su día a día que quería que siguieran pasando y poner acción a los objetivos que se habían planteado:</p> <p>salir a caminar con su mascota y llamarle a una amiga.</p>	<p>con mayor claridad sus emociones, pensamientos y necesidades a familiares y amigos, eliminando así el aislamiento como estrategia de afrontamiento ante los conflictos.</p> <p>La usuaria reconoció habilidades y estrategias de afrontamiento con las que cuenta: escribir, alejarse cuando ya se siente muy enojada, hablar con su amiga, salir a caminar.</p>
Sesión 2	<p>Que la usuaria pudiera conocer y comprender el uso de TREC y el modelo ABC</p> <p>Que se pudiera</p>	<p>Se revisaron los registros de auto observación que se dejaron de tarea con lo que se concreta la idea de que si lograba hacer cosas o llevar a cabo actividades que la hicieran sentir satisfecha</p>	<p>1.-Pregunta por las mejoras</p> <p>2.-Técnica de Respiración diafragmática, se practicó al inicio de la sesión para entrenar a la usuaria en el uso de esta.</p>	<p>Auto registro ABC</p> <p>Que siguiera realizando las actividades de salir a caminar con su mascota y tener contacto social.</p>	<p>La usuaria reconoció que sobre pensar es una manera de evitar llevar a cabo actividades.</p> <p>Reconoció momentos en que ha usado la TRE, sin saberlo, por ejemplo: cuando la contrataban y tenía que poner un precio a</p>

	<p>entrenar a la usuaria en la técnica de respiración diafragmática.</p>	<p>y las cuales quería que siguieran sucediendo. El salir a caminar con su mascota y llamarle a una amiga la hicieron reflexionar en su capacidad de acción para enfrentar la conducta de aislamiento.</p>	<p>3.- Psicoeducación de las creencias racionales e irracionales y las implicaciones de la Terapia racional emotiva, así como el modelo ABC</p>	<p>Practicar la respiración diafragmática a 2 veces al día y utilizarla cuando surjan conflictos con sus familiares.</p>	<p>su trabajo, solía minimizar su trabajo y creía que la gente no le pagaría, ella escribía lo que pensaba, para replantearse una manera diferente de pensar que le ayudara a poner un precio adecuado a su trabajo, y también lo hacía cuando sentía que se aislaba varios días, escribía para poder reflexionar y cambiar su pensamiento. Detectó, durante la sesión, la sesión pensamientos irracionales recurrentes.</p>
<p>Sesión 3</p>	<p>Que se Identificaron y modificaron las cogniciones desadaptativas de la usuaria, reconociendo el impacto que estas tienen sobre sus emociones y conducta.</p>		<p>Pregunta por las mejoras.</p> <p>Práctica de la respiración diafragmática al inicio de la sesión</p> <p>Escucha activa, Dialogo Socrático, así como Dialogo Estratégico, paráfrasis y metáforas, se utilizaron a lo largo de la sesión para lograr la reestructuración cognitiva, utilizando el Registro ABC para trabajar en las creencias registradas en y mencionadas en</p>	<p>Que se Siguió repitiendo las actividades y acciones que hasta esta sesión le han funcionado.</p> <p>Registro ABCDE</p> <p>Practicar la respiración diafragmática.</p> <p>Diario de auto reconocimiento.</p>	<p>Mejóro el manejo de las situaciones de conflicto con sus familiares, la usuaria mencionó que el practicar la respiración diafragmática le ayudó a sentirse menos tensa y reactiva, además que el realizar los registros en el momento que suceden los eventos le ayudó a tranquilizarse, disminuyendo el enojo y ansiedad, además de poder mejores decisiones.</p> <p>Por otra parte, sigue con las actividades que se plantearon: salir a caminar con su mascota y tener contacto social.</p>

			la columna anterior.		
Sesión 4	<p>Que se consolidara el trabajo con que se ha realizado con la TREC.</p> <p>Que se normalizara el proceso del duelo afectivo por medio de psicoeducación, ya que en la sesión pasada insistía en que ya debería de haber superado la ruptura de la relación de pareja</p> <p>Por último, reconocer las mejoras.</p>	<p>Se revisó el auto registro ABCDE y se ayudó a concretar las creencias y pensamientos nuevos. Reportó seguir realizando las actividades propuestas.</p> <p>El diario de auto reconocimiento no se realizó porque mencionó que no pasó nada especial.</p> <p>Reportó haber llevado a cabo la práctica de respiración diafragmática, ya que sirve para controlarse y sentir menos ansiedad.</p>	<p>Pregunta por las mejoras.</p> <p>Psicoeducación del proceso del duelo y las emociones, pensamientos, conductas y manifestaciones físicas que este conlleva, para generar la normalización de la conducta ante el duelo afectivo.</p> <p>Se trabajó en las creencias reportadas en el autorregistro, consolidando los cambios reportados, para esto se utilizó el Diálogo Socrático y la técnica de imaginación racional emotiva.</p> <p>Pregunta escala, se utilizó para que la usuaria ubicara los avances y mejoras, además de poder reflexionar sobre los aspectos hacia falta concretar para avanzar en su proceso.</p>	<p>Auto registro ABCDE</p> <p>Diario de auto reconocimiento.</p> <p>Seguir con las actividades que se han propuesto y que le estaban funcionando, agregando a estas la organización de las actividades académicas.</p> <p>Continuar con la práctica de la respiración diafragmática.</p>	<p>Con la psicoeducación del proceso de duelo la usuaria cambió la manera de ver su proceso y pasó de una postura de autoexigencia una postura más comprensiva y realista, además de reconocer los avances y mejoras dentro del proceso.</p> <p>A través de la pregunta escala la usuaria pudo reconocer sus avances, al inicio del proceso ella se califica en una escala de 1 a 10 en donde 1 es no puedo manejar mi estado emocional y 10 es puedo manejar mi malestar emocional, ella menciona que en la primera sesión se encontraba en un 3 y que es esta sesión consideraba que se encuentra en 7, debido a que podía gestionar mejor sus emociones, ha disminuido la frecuencia de los momentos en los que se aislaba, han disminuido y transformado los pensamientos que la angustiaban por pensamientos más funcionales. Además, puntualizó</p>

					los pasos necesarios para seguir mejorando y poder llegar a un 9 o 10 en la escala: poder comunicarse diferente y seguir trabajando en sus creencias para que cambiarlas y así pueda relacionarse de manera diferente, además de dejar de sobre pensar tanto las cosas.
Sesión 5	<p>Consolidar los cambios cognitivos y comportamentales que la usuaria ha logrado a lo largo de la intervención.</p> <p>Recuperar recursos y habilidades presentes que la están ayudando a manejar de manera diferente las emociones.</p> <p>Entrenar en comunicación asertiva y buscar excepciones de los momentos en los que se ha logrado</p>	<p>Con la revisión del auto registro ABCDE se han seguido concretando los cambios generados con respecto a la manera de interpretar la realidad.</p> <p>En esta ocasión el diario de auto reconocimiento si lo presentó, aunque refirió que le costó trabajo realizarlo, debido a que normalmente fija su atención en lo que no hace bien, que en lo que hace bien.</p> <p>Se reportó contante en practicar las actividades acordadas y la</p>	<p>Se trabajó con la TREC y el modelo ABCDE para consolidar los cambios, Se realizaron preguntas para indagar como se ha llegado a las nuevas creencias, con esta indagación la usuaria mencionó que le había sido de mucha utilidad hacerse preguntas para evaluar si lo que pensaba estaba sustentado por la realidad o es creación de sus interpretaciones de adivinación, o de sus aseveraciones negativas. Se realizaron preguntas de afrontamiento, con el fin de rescatar los recursos que la usuaria utilizó</p>	<p>Auto registro de las cosas que le gustaría que sucedieran cuando el proceso terapéutico termine.</p> <p>Seguir realizando la respiración diafragmática y las actividades acordadas más la escritura de un diario.</p> <p>Caja de recursos (es una caja física o virtual en donde guarde notas que contengan indicaciones o ideas de qué hacer cuando tenga un día malo, en esta</p>	<p>La usuaria comenta que tuvo en la semana una discusión con su padre y volvió a sentir ansiedad, pero qué pudo mantener la ansiedad a raya, además de que en la sesión por medio de preguntas de afrontamiento logró reconocer puntualmente los recursos puestos en práctica.</p> <p>Reconoció que ha podido organizar su tiempo, ha mejorado su sentido de productividad, además el aislamiento es menos usual, aunque refirió que últimamente se aislaba solo cuando quiere escribir el auto registro o para tranquilizarse, pero ya no para evitar las situaciones que le generan ansiedad.</p>

	comunicar asertivamente.	respiración diafragmática.	<p>en la discusión que tuvo con su familia, además se indagó que estrategias que implementó para la llamada de su expareja; lo que ella mencionó fue que la respiración diafragmática le ayudó, además que el cambio de creencias servido para tomar una postura diferente respecto a esta relación y pudo decirle a su expareja que ya no la llamara.</p> <p>Respecto a la psicoeducación comunicación asertiva y búsqueda de excepciones, se indagó acerca en los momentos que ella ya había utilizado la comunicación asertiva, a lo que ella reportó que la usaba más con sus amigos y con sus clientes, pero que con su familia le había sido difícil usarla, entonces empezaría a utilizarla para que pueda expresarse y no solo frustrarse, explotar y callar.</p>	también podrá guardar los notas que le recuerden los recursos desarrollados a través de su proceso terapéutico)	
--	--------------------------	----------------------------	---	---	--

Sesión 6	Cierre del proceso y prevención de recaídas.	<p>Se revisó la lista de las cosas que le gustaría que sucedieran cuando el proceso terapéutico termine.</p> <p>Se trabajó con la caja de recursos, poniendo ejemplos de cómo los usaría podía enfrentar futuras discusiones o alguna otra situación en donde experimentara ansiedad, enojo, o intolerancia.</p>	<p>Se preguntó por las mejoras.</p> <p>Prevención de recaídas: Inmunizar ante posibles recaídas, previniendo que las situaciones pueden volver a ocurrir y enfatizando los recursos que la persona tiene para afrontar estas situaciones y realizando preguntas de como afrontaría una situación futura con los recursos que hoy tiene.</p> <p>Reflexión a través de la pregunta escala, para evaluar los avances y poder plantear los se plantearon objetivos a corto, mediano y largo plazo. Gracias a esta pregunta se pudo observar que la usuaria se encontraba al inicio proceso en un 3 en una escala del 0 al 10, en un en donde 0 es no poder gestionar sus emociones y 10 poder gestionar completamente las emociones,</p>	<p>Poner en marcha los objetivos a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>Seguir haciendo lo que funciona.</p>	<p>La usuaria logró reconocer sus avances.</p> <p>Disminuyó el aislamiento y el “sobre pensamiento”</p> <p>Aumentó la motivación por hacer cosas nuevas.</p> <p>Aumentó su capacidad de gestión emocional y auto regulación.</p> <p>Logró una postura menos exigente de cómo debería vivir su proceso de duelo afectivo además de que se dio cuenta que está en el punto de cierre de este proceso. Por último, menciona que si sigue practicando la comunicación asertiva va a poder comunicarse de manera más efectiva.</p>
----------	--	--	--	--	---

			posterior a la intervención se posiciono en un 8.		
--	--	--	---	--	--

Resultados Pre y Post de inventarios BDI Y BAI

Inventario de Depresión de Beck			Inventario de Ansiedad de Beck		
	Pre.	Post.		Pre.	Post.
Puntuación:	14	2	Puntuación:	8	1
Rangos			Rangos		
Normal	1-10		Normal	0-7	
Leve	11-16		Leve	8-15	
Moderado	17-30		Moderado	6-25	
Grave	31-40		Severo	26-63	

Los resultados de la tabla muestran las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, tanto antes (Pre.) como después (Post.) de intervención. Los rangos que se utilizaron para la interpretación de las puntuaciones fueron los siguientes:

Inventario de Depresión de Beck:

Puntuación Pre: 14, lo que cae en el rango de "Leve" (11-16).

Puntuación Post: 2, lo que está en el rango de "Normal" (1-10).

Esto indica que la usuaria inicialmente presentaba síntomas de depresión leves (en el rango de "Leve"), pero después de la intervención, sus síntomas de depresión disminuyeron significativamente, y su puntuación cayó en el rango de "Normal", lo que sugiere una mejora significativa en su estado de ánimo y bienestar.

Inventario de Ansiedad de Beck:

Puntuación Pre: 8, lo que se encuentra en el rango de "Leve" (8-15).

Puntuación Post: 1, que también se mantiene en el rango de "Normal" (0-7).

En este caso, la usuaria tenía inicialmente una puntuación que caía en el rango de "Leve" en términos de ansiedad y, tras la intervención, su puntuación cayó en "Normal", lo que sugiere que sus síntomas disminuyeron, logrando así el bienestar del paciente con respecto a la de ansiedad.

Cambios clínicos reportados

Los cambios clínicos más relevantes que se obtuvieron tras la intervención fueron:

- La usuaria reconoció habilidades y estrategias de afrontamiento que le ayudaron a mejorar su gestión emocional, así como se ha dotó de nuevas estrategias como la reestructuración cognitiva, la comunicación asertiva y la respiración diafragmática que también contribuyeron a la mejora en la gestión emocional
- Logró parar su rumiación mental, así como cambiar sus creencias irracionales con respecto a sí misma, a su familia y su proceso de duelo afectivo, por creencias más realistas y adaptativas.
- Llevó a la práctica de respiración diafragmática como estrategia para controlar los síntomas de la ansiedad, encontrando que esta le ayuda a sentirse menos tensa y reactiva.
- Logró realizar actividades como salir a caminar con su mascota, tener contacto social, organizar sus actividades académicas y laborales, lo que permitió sentirse satisfecha, productiva y dejó de aislarse, lo que contribuyó a disminuir los síntomas depresivos.
- Logró reconocer sus habilidades y su capacidad de autogestión.

- Logró comunicarse de manera más efectiva con familiares y amigos.

En resumen, la usuaria presentó cambios emocionales y comportamentales en relación con su familia y amigos, así como en su capacidad para gestionar sus emociones. Con la intervención logró identificar recursos y estrategias de afrontamiento que le permitieron manejar eficazmente sus emociones y conductas. Aunque reconoció que aún enfrenta desafíos, darse cuenta de su habilidades, estrategias y capacidad de autogestión le ayudará para enfrentar los retos que se le puedan presentar en el futuro.

Presentación de caso 2

Caso atendido del 15-03-2023 al 17-05-2023, supervisado por el Lic. Giovanni García Yedra.

Identificación de usuario

Usuaría, mujer de 35 años, casada, estudiante de 2do semestre de la licenciatura de Psicología, dedicada a las labores del hogar, no practicaba ninguna religión y vivía en el continente europeo con su esposo, originario de donde viven. Se presentó en condiciones adecuadas de higiene y aliño, así como ubicada correctamente en tiempo, espacio, circunstancias y personas; con actitud verbal abierta, dialogo fluido y cooperativo.

Motivo de consulta

La usuaria mencionó como motivo de consulta el tener ansiedad y depresión persistente, ya que sentía ansiedad la mayor parte del día y que esto la hacía sentirse triste, desmotivada, pensaba que las cosas no iban a mejorar, mencionaba que se sentía deprimida. Además, hizo hincapié en que le gustaría tener herramientas para salirse de los pensamientos que le generaban miedo y controlar los síntomas de ansiedad, así como aumentar su motivación, dejar de tener miedo

a lo que pueda pasar, ya que veía el futuro sin esperanza y tendía a sobrestimar las consecuencias negativas.

Historia del problema

La usuaria mencionó que la pandemia fue uno de los factores que desencadenó su situación actual ya que se sintió muy aislada. Otro factor fue que ella estuvo viviendo con su esposo en Portugal por 2 años y después se regresó a vivir un año a México en donde convivió con su familia de origen pero que empezó a tener problemas con sus hermanas y padres, lo que la hizo sentirse preocupada y angustiada y decidió regresar a Portugal con su esposo, pero que desde que regresó a Portugal empezó a sentirse muy ansiosa, aislada, sin opciones, teniendo miedo de salir a la calle y de convivir con las personas porque sentía que la iban a juzgar por no dominar el idioma. También tuvo miedo de pedir trabajo por las diferencias tanto de idioma como culturales, lo que la llevaba a pensar que nadie la iba a contratar, lo que la desmotivaba y la aislaba haciendo que le fuera difícil levantarse o que se despertaba desanimada, se pasaba el día pensando y diciendo que le dolía la cabeza de pensar tanto en todo lo que le pasaba y en que nada le salía bien o nada le iba a salir bien; vivía en una casa en donde había ruido todo el día y eso la alteraba. Por otro lado, se sentía muy dependiente de su esposo por lo económico y por no poder desplazarse de un lugar a otro dentro de la ciudad, y pensaba que su esposo la manipulaba y sentía que sus suegros la juzgaban y la vigilaban.

La ansiedad se manifestaba con tensión muscular, dolor en el estómago, opresión en el pecho. Además de que sentía ganas de llorar y se sentía triste todo el tiempo, no tenía ánimos para realizar sus actividades escolares, aunque no había dejado de cumplir con las entregas de trabajo en tiempo y forma. Además, dijo que duerme toda la noche, pero se despierta cansada con el cuello tenso.

Por último, la usuaria mencionó que desde pequeña sufría de ansiedad, que vivió en un hogar en donde sus padres la violentaban verbalmente, la criticaban, lo que generó que ella se volviera insegura y ansiosa, pero que hay épocas buenas en donde ella estaba muy tranquila y podía realizar sus actividades sin problemas. Ella insistía en que su conducta actual era resultado de su crianza.

Evaluación

Para llevar a cabo la evaluación del caso se utilizaron dos métodos de evaluación; por una parte, los instrumentos psicométricos: Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, con los que se obtiene un pre post evaluación. Por otra parte, se realizó un análisis funcional, para hacer un análisis clínico el motivo de consulta.

Análisis funcional

E Situaciones estímulo- antecedentes	O Organismo Biológico	R Conducta de interés	C Consecuencias
<p><u>Historia pasada:</u> La usuaria reportó haber crecido en un entorno de una familia muy conflictiva, su padre y madre la criticaban y juzgaban constantemente, su padre tenía ideas muy machistas y la minimizaba, la violentaba verbalmente. En el momento de la intervención, la relación con sus padres y sus hermanos era distante.</p> <p><u>Historia contemporánea:</u> Los síntomas de ansiedad aumentaron por dos factores: por un lado, la</p>	<p>Presentaba un trastorno cardiovascular, el cual estaba controlado con anticoagulantes, el estrés era un factor que desencadenaba los síntomas del síndrome. No ingería sustancias legales o ilegales. Su aspecto físico era pulcro con buen aliño, ubicada correctamente en tiempo, espacio, circunstancia y personas. Presentaba dolores frecuentes de cabeza y de estómago, cuando se sentía muy estresada.</p> <p><u>Habilidades</u></p>	<p><u>Conducta de interés</u> Síntomas de ansiedad que presentaba como comorbilidad conductas depresivas, falta de motivación, desesperanza, aislamiento social, pensamientos que sobreestiman los resultados negativos, pensamiento rumiativo, sensación de incapacidad o percepción de autoeficacia disminuida.</p> <p><u>Motor</u> Lloraba, se encerraba en su habitación, ponía música o se decía afirmaciones positivas para calmar la ansiedad,</p>	<p><u>Acorto plazo:</u> Que los síntomas de ansiedad siguieran aumentando, la conducta de evasión permaneciera, aislamiento social.</p> <p>Dejar de cumplir con las actividades académicas.</p> <p><u>A mediano plazo</u> Que los síntomas de ansiedad aumentaran hasta llegar a ataques de pánico.</p>

<p>pandemia y por el otro regresar a vivir con su esposo, en otro continente, en donde se sentía aislada, con las manos atadas, sin poder buscar trabajo, ni relacionarse socialmente por miedo a la crítica y rechazo de no dominar al cien por ciento el idioma; además de sentir que depende de su esposo en varios aspectos. La usuaria se sentía vigilada por su suegra y la familia de su esposo, creía que la juzgaban constantemente, tenía una visión negativa del futuro.</p> <p><u>Qué ocurrió que le hizo solicitar el servicio:</u> La usuaria mencionó que se sentía ansiosa casi todo el tiempo y que esto la hacía estar triste y desmotivada, sin ánimos para actividades, mencionó sentirse deprimida, que temía que sus síntomas empeorasen y que no pudiera salir de la situación.</p> <p><u>Externas:</u> <u>Dónde, cuándo, con quién, a qué hora:</u> Cuando sus vecinos del piso de arriba hacían ruido, ella dijo que el ruido es casi todo el día, que se dormía estresada pensando que los vecinos iban a hacer ruido al otro día desde temprano. Cuando quería salir de casa, pedirle a su esposo que la llevara a algún lugar, subir al transporte para irse sola, hablar con alguien en la calle o en el gimnasio al que asistía, Cuando interactuaba con sus suegro o cuñados. Cuando pensaba en buscar empleo.</p>	<p>Se mostró comprometida, puntual, responsable, servicial, con gusto por la lectura y por aprender cosas nuevas.</p> <p><u>Valores culturales</u> No practica ninguna religión, pero cree que hay un ser superior que se encarga de darle un orden a todo. Cree en la libertad, dice que las personas deberían ser libres para expresar lo que sienten y piensan. Cree en la igualdad de género.</p> <p><u>Historia de reforzamiento</u> El sentimiento de indefensión y la narrativa que la usuaria tenía: “mis padres me decían tan seguido que era tonta e inútil que me lo creí, mis papás así me educaron, nunca fui suficiente para mis padres, mis papás siempre me hicieron sentir insegura y poca cosa etc.” reforzaban la creencia de que podía hacer poco o nada por lo que le sucedía y que lo que le sucedía tenía que ver con su crianza.</p>	<p>pero esto ya no funcionaba, no podía parar los pensamientos negativos y la rumia mental, lo que generaba que se incrementaran los síntomas de ansiedad. Evadía los encuentros sociales, lo que generaba aislamiento social. Evitaba la búsqueda de empleo. Postergaba la entrega de las actividades académicas, porque no se sentía con ánimo.</p> <p><u>Cognitivo</u> Pensamientos negativos con respecto a sus capacidades y el futuro. Tenía pensamientos de sobrestimar los resultados negativos, así como pensamiento rumiativo. Pensaba que lo que le pasaba era debido a como fue tratada por sus padres y que hoy en día los demás la percibían igual como sus padres la percibían. Pensaba que la gente que la rodeaba la iba a criticar o a rechazar. Pensaba que no iba a poder conseguir empleo. Presentaba dificultad para concentrarse en las actividades académicas, mencionó que se sentía bloqueada mentalmente. En general presentaba tendencia a pensamiento rumiativo, sobrestimar las consecuencias negativas, personalización, adivinación del pensamiento etc.</p> <p><u>Elementos emocionales:</u> Miedo, angustia, enojo con ella misma, tristeza, se sentía desmotivada, desesperanzada, sentía vergüenza, apatía.</p>	<p>Aumento del aislamiento social y que los síntomas de depresión aumentarían.</p> <p>Tener notas académicas bajas o que reprobara el semestre.</p> <p><u>A largo plazo</u> Que desarrollara agorafobia. Que pudiera presentar un cuadro de depresión mayor Deserción escolar. Divorcio.</p>
--	--	---	---

<p>Cuando discutía con su esposo. Cuando realizaba las actividades académicas. <u>Temática interna:</u> <u>Cogniciones</u> <u>antecedentes a la R:</u> Pensaba que las personas la juzgaban como rara, tonta, torpe, que la familia de su esposo la criticaba y que ellos pensaban que ella era una inútil, rara, floja, que no sabía ser una buena esposa, que era una mantenida. Pensaba que ella no podía hacer cosas por sí sola, que lo que se propusiera no lo lograría, que está indefensa y que la inseguridad que sentía se debía a la manera que la trataron sus padres. Creía que podía hacer poco por su situación actual (sentimiento de indefensión) Pensaba que la iban a rechazar cuando buscara trabajo porque no dominaba el idioma. Pensaba que su vecina debería ser más consiente y no hacer tanto ruido. Creía que si encontrara trabajo su situación cambiaría, que no tenía opciones porque no podría regresar a México porque su familia era conflictiva y la rechazaba y la culpaban de los problemas que existían en casa. Creía que su esposo la manipulaba y le mentía.</p>		<p>Se sentía como atada de manos, dependiente de su esposo. Además de sentimiento de incapacidad. <u>Fisiológico:</u> Dolor de cabeza y dolor agudo en el estómago, insomnio, dolor y tensión muscular, opresión en el pecho, en pocas ocasiones había llegado a experimentar taquicardia. <u>Luego de que se presenta la conducta problemática qué ocurre que potencializa que el problema se arraigue.</u> Se quedaba sola todo el día en casa, se alejaba de las personas para que no la criticaran, había abandonado la idea de solicitar empleo. En ocasiones guardó su opinión cuando discutía con su esposo o dejaba pasar las cosas para no discutir.</p>	
--	--	---	--

En resumen, la usuaria ha experimentado una historia de conflicto y críticas constantes por parte de sus padres, lo que ha contribuido a su baja autoestima y sensación de incapacidad. En la historia contemporánea, factores como la pandemia y vivir en un país extranjero la han llevado a

experimentar ansiedad, aislamiento social y miedo al rechazo. La usuaria buscó ayuda debido a sus síntomas de ansiedad, depresión y falta de motivación, así como la sensación de no poder cambiar su situación actual. Externamente, situaciones como el ruido de los vecinos, interactuar socialmente y encontrarse con su familia política generaban estrés en ella. Internamente, la usuaria tenía pensamientos negativos sobre sí misma, temía el rechazo y tenía una percepción pesimista del futuro. La historia de reforzamiento, junto con sus creencias limitantes y emociones negativas, reforzaba su percepción de incapacidad y contribuía a su malestar emocional.

Diseño de intervención

Todas las sesiones iniciaron con la estrategia de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBC) denominada “Preguntar por las mejoras”, la cual permite desde de la primera sesión centrarse en los cambios que se han presentado recientemente. Cuando el usuario detecta los cambios, por pequeños que sean, éstos se pueden ir ampliando, es decir, la descripción que da la usuaria puede ser tan detallada hasta lograr que describa en términos conductuales, concretos y positivos la manera en cómo logro dichas mejoras y posteriormente esto permita anclar los cambios, ya que la usuaria percibe las conductas realizadas como algo que puede seguir repitiendo, además de atribuirse el control de dichos cambios a sí misma alejándola de la idea de que estos surgieron por casualidad (Beyebach y de Vega, 2016).

Sesión	Objetivo de la sesión	Revisión de tareas	Técnicas y/o procedimientos	Tareas y actividades prescritas en la sesión	Cambios Importantes
Screening	Recolección de datos (indagar sobre el motivo de consulta) Generar empatía y rapport		Entrevista estructurada y escucha activa.	Autorregistro de los momentos en los que presenta ansiedad y de los factores	La usuaria reportó que las preguntas del screening le ayudaron a ver con claridad lo que le ocurre.

				que la desencadenan	
Sesión 1	<p>Concretar el objetivo terapéutico.</p> <p>Entrenar a la usuaria en la técnica de respiración diafragmática.</p>	<p>Se revisó el autorregistro de los momentos en los que presentaba ansiedad con lo que la usuaria comentó que no sentía ansiedad todo el día, como ella lo mencionó en la sesión previa, que se dio cuenta que había momentos en el día que estaba más tranquila, pero que sí pudo observarse sin ánimos y triste la mayor parte del día.</p>	<p>Se inició la sesión con la explicación y práctica de la respiración diafragmática. Posteriormente Se realizó el cuestionamiento con respecto a las expectativas de la intervención y se realizó devolución de información con respecto a los datos recabados en la sesión de screening, con lo que se co-construyó el objetivo terapéutico.</p>	<p>Tarea de fórmula: se pidió que observe, desde ese día hasta la próxima sesión, todas aquellas cosas que suceden en su día a día que deseaba que siguieran ocurriendo y llevara un registro de éstas.</p>	<p>Se concretó el objetivo terapéutico: Disminuir el miedo a la interacción social que provoca los síntomas de ansiedad y desmotivación, por medio de reestructuración cognitiva y regulación emocional, para lograr una mejor adaptación a su entorno y un aumento en la percepción de autoeficacia.</p> <p>Por otro lado, la usuaria reconoció que la mayor parte del día y la noche se la pasaba pensando en situaciones que ya pasaron o que creía que iban a suceder en un futuro y que esto era lo que le generaba insomnio y además de generarle inactividad por sentirse mentalmente bloqueada y cansada de tanto pensar.</p>
Sesión 2	<p>Que la usuaria conozca la TREC y el modelo ABC</p>	<p>Se revisó la tarea, en la que la usuaria mencionó que le costó trabajo identificar lo que quería que</p>	<p>Al inicio de la sesión se utilizó la estrategia de elogio, con el objetivo de hacer visible que la usuaria pudo</p>	<p>Auto registro ABC</p> <p>Seguir repitiendo las acciones que hasta ese</p>	<p>La usuaria mencionó que en esa sesión se dio cuenta de que lograba realizar acciones positivas en su vida y que no</p>

		<p>siguiera sucediendo en su vida, pero que, a pesar de eso, quería que siguieran sucediendo dos cosas: seguir aprendiendo y estudiando la licenciatura, aunque por ahora le fuera difícil concentrarse. También quería seguir asistiendo al gimnasio. Por otro lado, mencionó que esa semana se animó a ir al gimnasio usando el transporte público y que eso la hizo sentirse libre y eso también quería que siguiera sucediendo.</p>	<p>identificar las cosas que quería que siguieran sucediendo en su vida, además de enmarcar que a pesar de que en su narrativa inicial decía que le fue muy difícil encontrar qué cosas positivas quería que siguieran sucediendo en su vida, lo logró, por lo que también con el elogio se marcaron las excepciones y el recurso de análisis y observación de la usuaria.</p> <p>Por otro lado, también se elogió para enmarcar la decisión de la usuaria de tomar el transporte para ir al gimnasio y se animó a platicar esta experiencia para ampliarla y animarle a repetir acciones que le generen sensación de logro y autoeficacia. En una presentación se explicaron a la usuaria las implicaciones de la TREC, cómo los pensamientos influyen en</p>	<p>momento le generaban bienestar: ir al gimnasio en el transporte público o caminado.</p> <p>Seguir practicando la respiración diafragmática.</p>	<p>era como ella pensaba que todo estaba mal y que pudo seguir intentando seguir repitiendo esas acciones que la hacían sentir libre, independiente y segura. Además, mencionó que toda su vida sus padres la criticaron tanto que hoy en día le costaba trabajo reconocer que hay cosas buenas en su vida o que ella puede hacer las cosas bien, pero que en esta sesión se dio cuenta que sí puede, aunque todavía lo que sus padres le decían de niña y adolescente era muy fuerte y que iba a ser difícil quitar la creencia de que esas palabras eran ciertas.</p>
--	--	---	--	--	---

			nuestras emociones y/o conductas y en la interpretación de las situaciones, y se le enseñó cómo llenar el registro ABC.		
Sesión 3	Que la usuaria identifique los diferentes errores de pensamiento y aprenda a cuestionar y modificar sus creencias irracionales.	<p>Revisión del auto registro ABC: Los pensamientos más recurrentes se enfocaron en:</p> <p>Suponer las varias maneras en que la criticaban: “la gente piensa que soy rara, soy tonta, torpe, fodonga, mantenida, libertina, loca.”</p> <p>Otros pensamientos estaban enfocados en cómo deberían comportarse los demás: “Mi vecina debería ser más considerada, mi esposo debería apoyarme, él se victimiza, debería resolver de una mejor manera”.</p> <p>Pensamientos de</p>	<p>Psicoeducación con respecto a las distorsiones cognitivas más frecuentes, con lo que la usuaria pudo detectar aquellas en las que incurre con más frecuencia.</p> <p>Reestructuración cognitiva a través de la TREC y el dialogo socrático y estratégico con el uso de metáforas.</p>	Tarea de la pequeña felicidad: “Todos los días antes de acostarte, piensa en algo que te gustaría hacer al día siguiente, alguna cosa que implique cuidarte o tener un detalle contigo misma, escríbela en un post-it y colócala en un lugar que la puedas ver al levantarte. Al día siguiente cuando te levantes y veas la actividad escrita deberás ponerla en marcha a lo largo del día, es importante que la lleves a cabo, aunque no tengas muchas ganas y que fijas un horario concreto para realizarla” (Beyebach y Vega, 2016).	<p>Entre los cambios importantes se encontró la disposición de tomar el transporte público o caminar en lugar de esperar a que su esposo la llevara al gimnasio, poder detectar las distorsiones cognitivas más frecuentes como la sobrestimación de los resultados negativos, abstracción negativa, sobre generalización y adivinación del pensamiento, etiquetado global, los “debería” o “debiera”, personalización, indefensión. La detección de sus creencias dio lugar a que la usuaria empezara a darse cuenta que no son las situaciones o las personas las que generaban en ella el estrés, o las emociones displacenteras, sino que era su manera de pensar.</p> <p>A través del diálogo socrático</p>

		<p>generalización: “mis papás siempre me han criticado, mi familia siempre es muy conflictiva, nunca se puede hablar con ellos, nunca se puede hablar con mi esposo”.</p> <p>Pensamientos con respecto a sí misma: “yo nunca he podido relacionarme bien con la gente, soy tota y torpe, soy muy ansiosa, siempre he sido así, todo lo que me pasa es por lo que mis padres me decían y me hacían y es muy difícil cambiar eso.”</p> <p>Pensamientos hacia el futuro: “Nunca lo lograré, siento que no me van a contratar por no saber el idioma al 100%, por mi edad no me van a contratar. Tengo miedo a la crítica, me da ansiedad no saber cómo hacerlo o</p>		<p>Autorregistro ABCDE.</p> <p>Repetir la restructuración cognitiva trabajada en sesión con respecto a la crítica.</p> <p>Práctica de la respiración diafragmática.</p>	<p>se cuestionó la veracidad de las creencias con respecto a la crítica que creía que las personas en la calle hacían de ella.</p> <p>Con la metáfora de la mente como un proyector, reflexionó sobre las críticas que creía que la gente decía de ella.</p> <p>El resultado de la restructuración cognitiva fue que la usuaria restara validez a esta creencia y buscara formas alternativas de pensamientos como: “no me consta que las personas piensan eso, no me sirve pensar así, no sé lo que las personas piensan.”</p>
--	--	---	--	---	---

		pensar que no lo voy a lograr.”			
Sesión 4	Que la usuaria concrete los cambios cognitivos que ha estado generando, por otro lado, generar reestructuración cognitiva enfocada en las creencias que la usuaria tiene de sí misma con el objetivo de poder aumentar su percepción de autoeficacia.	Al revisar la tarea se elogió la acción de seguir repitiendo ir al gimnasio en transporte público o caminado, además comentó que pudo ir a tomar una café sola y que a pesar de que le costó trabajo cambiar el pensamiento de que la iban a criticar por estar sola tomando un café, lo logró , en este evento se animó a la usuaria a platicar con más detalle como logró esta acción con el objetivo de ampliar la experiencia y atribuir el control de la acción a la usuaria lo que contribuye a reforzar su percepción de autoeficacia. Por otro lado, en el registro ABCD se registraron	Se utilizó la técnica de externalización en los conceptos de “mi ansiedad, soy ansiosa, soy tonta, soy torpe”, para que la usuaria describiera como se manifestaban las conductas que la llevaban a sentir que ella era así y revisar la veracidad de dichos conceptos y poder modificar la percepción de ineficacia y desvalorización que la usuaria tenía de sí misma, por una autopercepción más adaptativa y auto eficaz. Por medio de las flechas descendentes se cuestionó la creencia de: “si tengo actos de autocuidado eso quiere decir que soy egoísta”.	Tarea de la pequeña felicidad. En sesión se planteó la posibilidad de saludar a alguna compañera en el gimnasio para seguir trabajando en la ansiedad social por miedo a la crítica. Seguir con el registro ABCDE. Práctica de respiración diafragmática.	La usuaria al final de la sesión denotó que cerró la sesión con una mejor percepción de sí misma, que no se había dado cuenta de que el pensamiento de “soy tonta, o torpe o ansiosa” venía de manera tan automática y que nunca lo había cuestionado, sólo lo creía porque así se lo habían repetido en la infancia. Por otro lado, mencionó que actualmente sabe que la ansiedad aparece cuando sobre piensa las cosas y que no es sólo porque ella sea ansiosa; además reconoció que actualmente sabe cómo calmar las sensaciones que se activan con la ansiedad y poner atención a los pensamientos que la generan, para poder modificarlos. Por último, se dio cuenta que cuidar de ella no es ser egoísta, que con el ejercicio de flechas descendentes se percató de que esa

		<p>cambios en la manera de pensar de cómo la perciben los demás y con respecto a buscar trabajo, por lo que empezó a buscar trabajo en otras localidades, así como otras opciones de vivienda.</p> <p>Por último, tuvo dificultad con la tarea de la pequeña felicidad, ya que su esposo enfermó y ella dijo que no tuvo tiempo ni ganas de realizarla, además, en su familia no era bien visto hacer cosas para sí misma, que eso era ser egoísta y que la incomodaba pensar en hacer cosas para ella.</p>			<p>idea es absurda ya que el autocuidado es evidencia de que una persona se tiene amor propio por lo que tratará de llevar a cabo la tarea, de la pequeña felicidad.</p>
Sesión 5	<p>Evaluar los avances de la intervención y los cambios que faltan por realizar o concretar mediante la pregunta escala.</p>	<p>En la revisión de tareas de esta sesión se obtuvo lo siguiente:</p> <p>A lo largo de la semana la usuaria logró llegar al</p>	<p>Se utilizó la técnica de elogio para retroalimentarla con respecto a acciones que había logrado realizar en la semana, como se menciona en el</p>	<p>Seguir repitiendo lo que funciona y la tarea de notas para uno mismo: escribir en notas de papel mensajes breves que</p>	<p>En esta sesión los cambios más representativos fueron que la usuaria pudo reconocer que había logrado cambios y que tuvo que seguir practicando las</p>

		<p>gimnasio y saludar a dos de sus compañeros de gimnasio, a pesar de que el pensamiento se dirigía “a van a pensar que soy rara porque los salude, cuando nunca lo había hecho”, pero logró detener ese pensamiento con la frase: “no tengo ninguna evidencia de que las personas piensen así de mí” y esto disminuyó la ansiedad que empezaba a sentir con el saludo, esta acción la repitió los tres días que asistió al gimnasio percatándose que cada vez que lo realizaba la ansiedad disminuía.</p> <p>Logró realizar acciones de autocuidado, como retomar la lectura, comer más sano, bañarse y arreglarse desde la mañana, se comunicó con</p>	<p>párrafo de revisión de tareas.</p> <p>Se utilizó el diálogo socrático para revisar las creencias reflejadas en la tarea de autorregistro “nunca voy a poder salir de esta situación, siempre me ha pasado que cuando algunas cosas me salen bien otras empeoran” y concretar y ampliar la reestructuración cognitiva que la usuaria ya había intentado en casa.</p> <p>A través del diálogo estratégico “preguntas de afrontamiento” se abordó la idea de pensar que lo que sus padres le dijeron de niña y adolescente se lo creyó tanto que era difícil de cambiar, llegando al final a la conclusión de que de niña ella no era capaz de rebatir a sus padres pero que hoy en día, como adulta, ella puede no estar de acuerdo con estos</p>	<p>describan sus fortalezas y recursos o que le recuerden sus sueños o deseos personales y que los pegue por toda la casa como recordatorios que pueda mirar a lo largo del día. Esta tarea tiene la intención de que la persona refuerce su percepción positiva sobre sí misma y se motive, ya que la tarea está indicada para personas que tienden a tener discursos negativos sobre sí mismas o mantienen una postura Derrotista (Beyebach y Vega, 2016).</p> <p>Seguir con la práctica de la respiración diafragmática y sus autorregistros ABCDE, para seguir practicando.</p>	<p>estrategias que había adquirido para seguir generando cambios. Por otro lado, en sesión se generaron dos cambios cognitivos importantes: la idea de que las cosas nunca le salen bien y tiene la tendencia a que todo siempre salga mal, se cambió por la idea de que en algunas ocasiones las cosas no salen como lo planeó, pero puede replantearse cómo hacerlo diferente y conseguir lo que quiere. Por otro lado, la idea de que “es difícil cambiar y dejar de creer lo que mis padres me dijeron de niña” cambió por: “hoy soy la adulta y yo decido qué hacer, pensar y decir, porque lo he logrado en este proceso.”</p>
--	--	--	--	---	--

		<p>una amiga que tiene en México.</p> <p>Se elogiaron las acciones anteriores animándola a que contara cómo las llevo a cabo, para seguir atribuyendo el control de estas acciones y con esto la usuaria refirió: “me doy cuenta que lo que he logrado hacer en esta semana no son pequeñeces, ahora que lo platico me siento que sí logro hacer cosas pero que no las valoro, me enfoco más en lo que no logro.”</p> <p>En el autorregistro se mostraron situaciones conflictivas que la usuaria ha tenido con su esposo y con su suegra, que la han hecho sentir que retrocede, ya que sólo tenía ganas de dormir, lloraba, no tenía ánimos de realizar sus</p>	<p>conceptos y cambiarlos, que además a lo largo del proceso terapéutico en CAPED lo había logrado en cada ejercicio de reestructuración cognitiva.</p> <p>Se utilizó la pregunta escala, en donde se evocó el objetivo terapéutico “disminuir el miedo a la interacción social que provoca los síntomas de ansiedad y desmotivación y aumento en la percepción de autoeficacia”</p> <p>En una escala del 1 al 10 en donde es 1 es “no he alcanzado mi objetivo” y 10 es “he alcanzado totalmente mi objetivo.”, la usuaria se ubicó en un 7, ya que mencionó que actualmente ha logrado tener un poco de contacto social que antes no era imaginable que pudiera tener, y que cuando tiene estos acercamientos sociales las estrategias de respiración y flexibilidad/</p>		
--	--	---	---	--	--

		<p>actividades académicas. Los pensamientos se dirigían a: “nunca voy a poder salir de esta situación, mis papás me repitieron tantas veces lo inútil que soy que me lo creí y es difícil cambiarlo, me dan ganas de dejar todo y regresarme a México.” En la columna D y E la usuaria trató de cambiar estos pensamientos por medio de realizar preguntas con respecto a la utilidad y la veracidad de los mismos. A pesar de que tenía ganas de acostarse se dio a la tarea de salir a caminar y llamarle a su amiga, así como escribir.</p>	<p>reestructuración cognitiva la ayudan a lograrlo. Por otro lado, ya se percibía con mayor autoeficacia, pero que para llegar a un 10 creía que tendría que seguir repitiendo las estrategias, así como seguir avanzando con pasos pequeños a la interacción social. Además, pensó que si supiera resolver mejor los problemas ella se podría sentir mucho más eficaz, por lo que se decidió que en la próxima sesión se trataría el tema de resolución de problemas.</p>		
Sesión 6	Que la usuaria aprenda la técnica de solución de problemas	Al revisar la tarea, la usuaria refirió que los primeros días sólo escribió los posts tips, pero no los puso por toda la casa ya que sentía	Por medio de una presentación power point se presentó la técnica de solución de problemas, posteriormente se puso un ejemplo práctico simulado y otro	Poner en práctica la técnica de solución de problemas en casos reales ya sean pasados o presentes. Seguir poniendo en	Cambios importantes que se notaron en esta sesión fueron: que la usuaria demostró un aumento en la toma de iniciativa para realizar actividades nuevas, se

		<p>vergüenza de que su esposo los viera y tenía miedo de que éste se burlara.</p> <p>Al cuarto día los puso después de que su esposo se fue y los vio durante el día y se dio cuenta de que se sintió más motivada y segura, mandó más solicitudes de trabajo y buscó una escuela de manejo para aprender a manejar.</p> <p>“No he dejado de ir al gimnasio, y los momentos de ansiedad han disminuido”, ella menciona, “observo que la ansiedad se presenta cuando estoy cerca de mi esposo o mi suegra, cuando tenemos discusiones y aunque los puedo controlar mejor, es incómodo.”</p>	<p>ejemplo de un problema real de la usuaria, el problema elegido fue relacionado con realizar trabajos en equipo. En este ejemplo primero se hizo reestructuración cognitiva con respecto a lo que pensaba de realizar trabajos en equipo y después se fueron planteando los pasos de la técnica de solución de problemas.</p>	<p>práctica las acciones que ya funcionan.</p> <p>Por último, seguir con la tarea de post tips para sí misma.</p>	<p>encontró más motivada y activa.</p> <p>Además, los momentos en donde presentaba ansiedad disminuyeron y cuando estos se presentaban los pudo manejar mejor.</p>
Sesión 7	Alta. Prevención de recaídas.	En la revisión de tarea, la usuaria comentó que	En la sesión se explicó que pueden volver a ocurrir	Seguir poniendo en práctica sus recursos de	La usuaria reconoció que ha cambiado la manera de auto

		<p>siguió poniendo los posts tips en la casa cuando su esposo se iba a trabajar y los quitaba cuando él regresaba. Por otro lado, comentó que encontró una APP en la que pudo registrar sus pensamientos y que le había ayudado mucho tenerla a la mano cuando la necesitaba, ya que le ayudaba a hacerse preguntas para llegar a un pensamiento diferente.</p> <p>Finalmente dijo que ha aplicado la técnica de solución de problemas a los problemas que se le van presentando en la escuela, aunque son problemas fáciles, le ayudan a poner en práctica la técnica.</p>	<p>situaciones que la hagan sentirse mal, ansiosa o desmotivada, pero que ella cuenta con recursos para salir adelante y que, si éstos no fueran suficientes, siempre está la posibilidad de pedir ayuda.</p> <p>Se planteó la actividad de Plan de emergencia que consiste en analizar con la usuaria qué puede hacer ante un momento malo o de “bajón”, para evitar una recaída. Con este ejercicio, la usuaria mencionó que lo primero que haría sería calmarse, no actuar impulsivamente, después usar la técnica de cambio de pensamientos (TREC) o la técnica de solución de problemas, pero lo importante es no decirse que ella no puede.</p>	<p>afrontamiento, seguir realizando las acciones que ya funcionan.</p>	<p>percibirse y que la ansiedad, tristeza y desánimo han disminuido considerablemente, pero que sabe que tiene que seguir practicando y resolviendo problemas que se le presenten. Además, en la semana llamó por teléfono a sus padres para pedirles apoyo y regresarse a México. Piensa que el proceso también le ayudó a poner claridad en sus pensamientos, por lo que está considerando en terminar con su matrimonio y regresar a México, ya que se siente más tranquila y más segura de las decisiones que toma.</p> <p>Ella menciona “sé que este proceso va a resolver todos mis problemas, pero hoy estoy más segura de qué rumbo tomar “ Por último, mencionó es “yo sé que no tengo que dejar de practicar lo que ahora sé y no quiero dejar de hacer lo que he logrado.”</p>
--	--	---	---	--	---

Resultados Pre y Post de inventarios BDI Y BAI

Inventario de Depresión de Beck			Inventario de Ansiedad de Beck		
	Pre.	Post.		Pre.	Post.
Puntuación:	16	2	Puntuación:	35	14
Rangos			Rangos		
Normal	1-10		Normal	0-7	
Leve	11-16		Leve	8-15	
Moderado	17-30		Moderado	16-25	
Grave	31-40		Severo	26-63	

Los resultados de la tabla muestran las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, tanto antes (Pre.) como después (Post.) de intervención. Los rangos utilizados para la interpretación de las puntuaciones son los siguientes:

Inventario de Depresión de Beck:

Puntuación Pre: 16, lo que cae en el rango de "Leve" (11-16).

Puntuación Post: 2, lo que está en el rango de "Normal" (1-10).

Estas puntuaciones indican que la usuaria inicialmente presentaba síntomas de depresión que de acuerdo a los indicadores se encuentra en un rango "Leve", pero después de la intervención, sus síntomas de depresión disminuyeron significativamente se posicionó en el rango de "Normal".

Estos resultados indican una mejora sustancial en el estado de ánimo de la usuaria tras el proceso de intervención.

Inventario de Ansiedad de Beck:

Puntuación Pre: 35, lo que se encuentra en el rango de "Severo" (23-63).

Puntuación Post: 14, que también se mantiene en el rango de "Leve" (8-15).

En este caso las puntuaciones iniciales, en la pre evaluación, indican un nivel severo de ansiedad, pero después de la intervención, los síntomas de ansiedad disminuyeron significativamente, cayendo en el rango "Leve" lo que denota una disminución sustancial en los niveles de ansiedad experimentados por la usuaria.

Estos resultados dan evidencia del éxito de la intervención, ya que tanto los síntomas de depresión como los de ansiedad disminuyeron significativamente, alcanzando niveles considerados como normales o leves.

Cambios clínicos reportados

El proceso de terapia marco cambios importantes en el comportamiento y perspectiva de la usuaria entre los cambios más notorios se encuentran:

- Disposición de la usuaria para adoptar medidas proactivas en su vida cotidiana, mostrando un aumento en su autoeficacia y autonomía.
- Logró cuestionar y redefinir creencias sobre las críticas externas, lo que generó un cambio en su auto imagen y autovaloración.
- Capacidad de reconocer y manejar las sensaciones de ansiedad y dirigir su atención a pensamientos más adaptativos y constructivos.
- Transformó la creencia de que todo le sale mal todo el tiempo hacia la perspectiva de que algunas veces pueden salir mal las cosas y que ella puede replantearse estrategias.
- Se generó una evolución en la influencia arraigada de la crítica de sus padres hacia la toma de decisiones empoderada y autónomas.
- La usuaria experimentó disminución de preocupación, tristeza y desanimo.

- Logró tener una actitud más proactiva y empezó tomar decisiones significativas para su futuro, como regresar a su país de origen y reevaluar su matrimonio. Si bien comprende que la terapia no resuelve todos sus problemas, se siente más confiada y segura en la dirección que está tomando su vida.

Presentación de caso 3

Caso atendido del 23-08-2023 al 04-10-2023, supervisado por el Lic. Giovanni García Yedra.

Identificación de usuario

Una mujer de 35 años, casada y con dos hijos, estudiante del séptimo semestre de la licenciatura en Psicología en SUAyED, se dedica a las labores del hogar. Se presenta en condiciones adecuadas de higiene y aliño, así como ubicada correctamente en tiempo, espacio, circunstancias y personas, con actitud colaborativa y reflexiva.

Motivo de consulta

La usuaria dijo que el motivo por el que asistió a terapia era porque quería aumentar su autoestima y dejar de procrastinar, ya que ha dejado de hacer actividades que le gustan debido a su baja autoestima. Además, mencionó que no soportaba que las personas la rechazaran, que le gustaría mejorar su autoestima para que ya no le importe lo que las personas digan o piensen de ella y poder desarrollarse plenamente en cualquier ámbito.

Historia del problema

El problema de baja autoestima se ha presentado desde la niñez, la usuaria comentó que nunca se había sentido segura de sí misma, que cuando era niña sus familiares la culpaban de las

cosas que sucedían, lo que la hacía sentir rechazada, que no encajaba en ningún lugar, pero que cuando se quedó viviendo sola en la adolescencia se logró sentir mejor y más aceptada por sus maestros y compañeros de escuela.

Al iniciar la asesoría psicológica se ha vuelto a sentir rechazada, juzgada, con sentimiento de culpa, sentía que nada le salía bien, se sentía desmotivada, triste, había abandonado actividades que le agradaban y manifestó tener aislamiento social, además de discutir con frecuencia con su esposo; todo esto se manifestó desde seis meses atrás, cuando ella volvió a vivir con su esposo tras vivir separados casi un año y medio.

Al regresar con su esposo, ellos cambiaron de lugar de residencia debido a la situación laboral de su esposo. Este cambio generó que ella no tuviera ni amigos ni familiares cercanos y que al querer relacionarse con sus vecinas del fraccionamiento en donde vivía, no hubiera podido relacionarse porque sentía que la juzgaban y la rechazaban. Lo mismo experimentaba con las madres de familia con las que interactuaba por las actividades académicas de sus hijas al igual que con sus compañeros de la licenciatura. Esto generó que se aislara y dejara de realizar actividades dentro de la comunidad.

Por último, la usuaria experimentaba un sentimiento de culpa constante por cosas que sucedieron con su hermana y su madre, además de sentirse culpable por la separación de ella y su esposo hace dos años y por hacer sufrir a sus hijos y a su esposo.

Evaluación

Para llevar a cabo la evaluación del caso se utilizaron dos métodos de evaluación; por una parte, los instrumentos psicométricos: Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, con los que se obtiene una pre- y post-evaluación. Por otra parte, se realizó un análisis funcional, para hacer un análisis clínico del motivo de consulta

Análisis funcional

E Situaciones estímulo- antecedentes	O Organismo Biológico	R Conducta de interés	C Consecuencias
<p><u>Historia pasada:</u> La usuaria comentó que cuando era niña era muy frecuente que sus familiares la culparan de situaciones que sucedían, como, por ejemplo, la abuelita decía que ella le robaba cosas, sus padres la regañaban o pegaban porque la responsabilizaban de lo que su hermana o sus primas hacían, la culpaban si algo salía mal cuando jugaban. A sus 15 años sus padres se divorciaron, ellos vivían en Sinaloa y un año después su madre se fue a vivir a Tijuana con otro hombre y la dejó a cargo de la casa y de su hermana menor, después de 6 meses su padre les pidió que se fueran a vivir con él y ella no accedió, por lo que sólo se llevó a su hermana y ella se quedó viviendo sola, su mamá le envía dinero para todos sus gastos. A pesar de vivir sola ella mencionó que no se la pasó tan mal, aunque sí se sentía en ocasiones sola, sin apoyo y con temor a que algo le sucediera por lo que socializaba poco. Cuando terminó la preparatoria, la mamá regresó a Sinaloa y le dijo que se saliera de estudiar y que se pusiera a trabajar, para que le ayudara a pagar los gastos de la casa.</p>	<p>No presentaba ninguna enfermedad o trastorno. No ingería sustancias legales o ilegales. Su aspecto físico era pulcro con buen aliño, ubicada correctamente con tiempo, espacio, circunstancia y personas. Presentaba dolores frecuentes de cabeza y de estómago. <u>Habilidades</u> Se mostró creativa, comprometida, con disponibilidad para el aprendizaje y la auto regulación, analítica, reflexiva, empática, solidaria, con facilidad de expresión, le gustaba leer. <u>Valores culturales</u> La honestidad sobre todas las cosas. Mantener a la familia unida y cuidar de los hijos tratando de darles un espacio seguro y estable es lo principal. Las personas se deben de ayudar unas a otras. Cree que una madre se debe a sus hijos, ellos son lo primero. <u>Historia de reforzamiento</u> Su mamá se separó de su esposo por infidelidad y la usuaria mencionó que ella fue quien descubrió la infidelidad. Esto la hacía sentirse muy culpable, a pesar de que la mamá no le dijo directamente “tú eres culpable”, hacía comentarios que la hacían sentir así.</p>	<p><u>Conducta de interés:</u> Conducta de evitación social, desmotivación y desánimo derivadas de una autopercepción de baja autoeficacia y un autoconcepto disminuido. <u>Motor</u> Se aislaba, evitaba reuniones sociales, dormir, llorar, dejaba de hablar por teléfono con el esposo y su mamá. Evitaba reuniones familiares. Procrastinaba, dejaba de asistir a cursos y dejaba las actividades comunitarias que le interesaban como: dar cursos, asistir a talleres de desarrollo personal y de pintura. <u>Cognitivo</u> “Le voy a caer mal a las personas, seguramente mi vecina ya les habló mal de mí, las personas me rechazan, le caigo mal a las personas, las personas creen que soy rara, por mi culpa está mal la relación con mi esposo, cuando veo que mi esposo está serio o habla poco, creo que está enojado conmigo. Por mi culpa mi mamá es infeliz, por mi culpa mis hijos sufren. “Mi esposo sólo está conmigo por mis hijos” “Todo me sale mal, soy tonta, soy incapaz de pedir ayuda, me da pena, soy desorganizada, dejada. Debería de poner más empeño en mis</p>	<p><u>A corto plazo:</u> Aislamiento social, ansiedad, desánimo, desmotivación, dejar de hacer actividades que le gustaban, problemas familiares, discutía con su esposo, se retrasaba con sus actividades escolares. <u>A mediano plazo:</u> Que los problemas con el esposo y el aislamiento social aumenten. Aumento en los síntomas de ansiedad y depresión. Que deje de realizar las actividades escolares. <u>A largo plazo:</u> Divorcio, deserción escolar. Problemas de depresión mayor y crisis de ansiedad generalizada.</p>

<p>A los 20 años se casó y tiene 2 hijas.</p> <p><u>Historia contemporánea:</u> Hace 2 años se separó de su esposo y hace 6 meses que regresó a vivir con él y se fueron a vivir a Chihuahua, desde entonces ella se ha sentido insuficiente, rechazada y juzgada por sus vecinos y personas con las que interactúa, sin ánimos de hacer actividades, sólo hace lo indispensable. Ella se sentía muy culpable por haberlo dejado y haber hecho sufrir a sus hijos.</p> <p><u>Que ocurrió que le hizo solicitar el servicio:</u> El aumento de desánimo y el aislamiento social. La usuaria mencionó que quiso retomar actividades y sentirse motivada pero que no tuvo la confianza, ni la motivación para realizarlas, que se sentía demasiado insegura, rechazada, insuficiente, que sentía que no lo iba a lograr, por lo que ella refirió que todo esto es por causa de su baja autoestima.</p> <p><u>Externas:</u> <u>Dónde, cuándo, con quién, a qué hora:</u> Cuando había interacción social, familiar, cuando se encontraba a algunas vecinas en la calle o en el pasillo. Cuando había reuniones vecinales o de la escuela de sus hijas. Cuando su marido llegaba a casa cada mes, cuando acudía a los cursos que dan en su fraccionamiento. Cuando tenía que realizar actividades académicas o</p>	<p>Cada vez que podía, su esposo le reclamaba y la responsabilizaba de la separación.</p> <p>Hubo un mal entendido con una vecina y la usuaria pensó que ésta ha hablado mal de ella con otras vecinas.</p> <p>Una compañera de un equipo la ignoraba y no contestaba sus preguntas, por lo que pensó: “seguramente no le caigo bien”.</p>	<p>tareas, sólo estoy perdiendo el tiempo y no aprendo”</p> <p>“Mis compañeros de equipo están enojados conmigo porque los presioné a entregar la tarea, es mi culpa que se haya entregado incompleta la tarea”</p> <p><u>Elementos emocionales:</u> Vergüenza, impotencia, enojo, tristeza, culpa, rechazo, angustia, preocupación y desánimo.</p> <p><u>Fisiológico:</u> Tensión muscular, dolor de cabeza, cansancio, colitis.</p> <p><u>Luego de que se presenta la conducta problemática qué ocurre que potencializa que el problema se arraigue</u> Se encerraba en su cuarto, dejaba de realizar actividades que le gustaban. Dejaba de comunicarse con esposo y familiares. Cuando intentaba tomar una siesta después de cometer un error o de tener una interacción social fallida o una discusión con su esposo, no podía descansar por la rumia mental, en la que repasaba el problema y se culpaba o se insultaba.</p>	
---	--	---	--

<p>se tenía que poner de acuerdo con sus compañeros de equipo. Cuando se equivocaba, tendía a ofenderse o regañarse</p> <p><u>Temática interna:</u> <u>Cogniciones</u> <u>antecedentes a la R:</u></p> <p>“No sé cómo vestirme para no caerle mal a las vecinas o a las mamás de las amiguitas de mis hijas. No soporto el rechazo.”</p> <p>“Si voy a la reunión me van a criticar y qué tal si no les caigo bien.”</p> <p>“Le quiero hablar a mi esposo, pero me da miedo que me vuelva a reclamar. Él ya no me quiere, sólo está conmigo por mis hijas. Si viene vamos sólo a discutir.”</p> <p>“Si les digo a mis compañeras de equipo que no entiendo, van a pensar que soy una tonta, me gustaría hacer el trabajo yo sola. Me da pena pedir ayuda.”</p> <p>“No le entiendo a la rúbrica, mejor hago la tarea después.”</p>			
---	--	--	--

En conclusión, la usuaria había experimentado una serie de desafíos emocionales y de comportamiento a lo largo de su vida. Desde muy joven, se le impuso una carga de culpa y responsabilidad inadecuada para su edad, por parte de sus familiares, lo que contribuyó a su baja autoestima y la percepción de no ser suficiente. Actualmente, su situación se caracterizó por sentirse insuficiente, rechazada y juzgada, especialmente tras la separación de su esposo y su mudanza a Chihuahua, lo que ha provocado un aumento de desánimo y aislamiento social.

Su patrón de pensamiento negativo y autocrítico, marcado por el miedo al rechazo, es un factor clave que influye en su conducta de evitación social. Esta conducta se manifiesta en la

evitación de interacciones sociales, el aislamiento, la procrastinación y la falta de motivación para participar en actividades cotidianas.

Diseño de intervención

Todas las sesiones iniciaron con la estrategia de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBC) denominada “Preguntar por las mejoras”, la cual permite desde de la primera sesión centrarse en los cambios que se han presentado recientemente. Cuando el usuario detecta los cambios, por pequeños que sean, éstos se pueden ir ampliando, es decir, la descripción que da la usuaria puede ser tan detallada hasta lograr que describa en términos conductuales, concretos y positivos la manera en cómo logro dichas mejoras y posteriormente esto permita anclar los cambios, ya que la usuaria percibe las conductas realizadas como algo que puede seguir repitiendo, además de atribuirse el control de dichos cambios a sí misma alejándola de la idea de que estos surgieron por casualidad (Beyebach y de Vega, 2016).

Sesiones	Objetivo de la sesión	Revisión de tareas	Técnicas y/o procedimientos	Tareas y actividades prescritas en la sesión	Cambios Importantes
Screening	Recolección de datos (indagar sobre el motivo de consulta). Generar empatía y rapport.		Entrevista estructurada. Escucha activa.	Tarea de fórmula	La usuaria comentó que se sintió escuchada y que platicar de lo que le sucede la hacía tener más claridad.
Sesión1	Concretar el objetivo terapéutico	En la revisión de la tarea se reportaron 3 situaciones que la usuaria quería que se siguieran repitiendo en su vida: Poder	Actividad para concretar el objetivo terapéutico: “Consulta con el sabio interno” Descripción: Propusimos a la usuaria que	Tarea de fórmula	Se concretó el objetivo terapéutico: Eliminar y/o transformar las creencias con respecto a sí misma y los demás, con el

		<p>pasar tiempo con sus hijos, seguir realizando sus actividades académicas, a pesar del desánimo, intentar acercarse a su esposo. Al reflexionar en estas respuestas la usuaria se pudo dar cuenta que hay situaciones que a pesar de su estado de ánimo las logra realizar, con lo cual se apuntó a que ella empezara a reconocer los momentos en los que si lograba realizar actividades y así apuntalar su percepción de autoeficacia.</p>	<p>imaginara que han pasado muchos años y que con el tiempo se había convertido en una versión más vieja y sabia de sí misma. A continuación, la invitamos a reflexionar sobre las siguientes preguntas para examinar su vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Qué es lo que más le gusta de su existencia como la ha vivido? – ¿Hay algo que querría no haber hecho? – ¿Hay algo que querría haber hecho? – ¿Qué le gustaría que sus seres queridos recordaran más respecto a su vida con ellos? – En una escala de 0 a 10, ¿cuánto hay ya en su existencia actual que refleje las respuestas que ha dado a la pregunta anterior? – Si quisiera aumentar el grado en que su vida actual refleje las ideas respondidas en las preguntas anteriores, ¿cuál 	<p>propósito de aumentar su percepción de autoeficacia y mejorar su autoconcepto. Con la actividad que se realizó, del sabio interno, la usuaria pudo reconocer que hay situaciones de su pasado y de su vida actual en las que se sintió bien consigo misma, como haber terminado la preparatoria sin supervisión de sus padres, haber podido cuidar de ella y ser responsable de sí misma, no involucrarse en problemas ni adicciones, cuidar de sus hijos, tratar de recuperar su matrimonio, poner límites claros a su esposo.</p> <p>Los pasos que la usuaria pensaba que tenía que dar para lograr su objetivo, sería trabajar en cambiar su manera de pensar con respecto a sí misma y a lo que cree que los</p>
--	--	--	---	---

			<p>sería el paso más pequeño que podría dar? Indicaciones: Este ejercicio invita a repasar todos los aspectos de su vida permitiéndole concretar qué cosas podría cambiar para sentirse mejor consigo misma, lo que contribuye a establecer el objetivo terapéutico.</p>		<p>demás piensan. Retomar las actividades que había dejado de realizar, contactar a las amistades que tiene en Sonora y empezar a cultivar nuevas amistades.</p>
Sesión 2	<p>Que la usuaria reflexionara y transformara el concepto de culpa en su vida, así como lograra el cambio de creencia con respecto a que ella era culpable de lo que le sucede a los demás.</p>	<p>Se realizó la revisión de la tarea de fórmula, con lo que la usuaria mencionó que se dio cuenta que hay más cosas buenas en su vida de las que ella había sido consiente, entre ellas dijo que quería que se siguiera repitiendo: despertar y que sus hijos estén a su lado, que su esposo la llame por teléfono para saber cómo está, sacar buenas notas en sus trabajos académicos, tener tiempo de comer y cenar con sus hijos, mantener la bonita relación</p>	<p>Técnica de externalización aplicada al concepto de la “culpa”. Con esta técnica se trata de “dar nombre” al problema, (en este caso la culpa) y sacarlo fuera de la persona, de tal forma que la terapia se convierta en un proceso de luchar en contra del problema externalizado, de tal modo que la usuaria se deje de ver a sí misma como “soy culpable o yo tengo la culpa” a pasar a mirar la culpa de manera externa como “un concepto de culpa ha tenido la función de ... en</p>	<p>Tarea de la pequeña felicidad: Esta tarea consiste en que todos los días, antes de acostarse, la persona piense en alguna cosa positiva que le gustaría hacer al día siguiente, algo que implique «cuidarse» o «tener un detalle» consigo misma. La escribirá en un post-it y la pondrá en un sitio en que al día siguiente lo vea al levantarse.</p>	<p>Los cambios importantes de esta sesión fueron: La usuaria, a través de la técnica de externalización, logró detectar los momentos en los que la culpa se hacía presente en su vida, cuando realizó un recorrido de los momentos en los que la culpa se hizo presente en su vida, ella reflexionó y se dio cuenta que asumir la culpa fue la estrategia para ser vista por sus familiares y así tener una manera de interactuar con ellos. Por otro lado, reconoció que en la</p>

		que tiene con sus hijos.	mi vida o ha estado presente en las situaciones.... Esta culpa ha generado...". Diálogo estratégico, se utilizó para reposicionar a la usuaria en su vida sin el eje de la culpa, se utilizó la metáfora de la bandera o estandarte de su vida: "si anteriormente tu vida se dirigía con el estandarte de la culpa, ahora cuál será tu nuevo estandarte?"		actualidad sigue siendo la culpa el vehículo por medio del que se relaciona con sus hijos, esposo, madre y hermana. Toda esta reflexión aunada con la metáfora del nuevo estandarte hizo que la usuaria hiciera conciencia de relacionarse desde el concepto de la responsabilidad compartida, el afecto, la comprensión, el apoyo, el reconocimiento en lugar de la culpa.
Sesión 3	El objetivo de esta sesión era que la usuaria conociera la terapia racional emotiva y sus implicaciones teóricas y prácticas con el fin de explorar las creencias disfuncionales en torno a la manera como se percibe y cree que los demás la perciben	Se revisó la tarea de la pequeña felicidad, en la que la usuaria comentó, al pensar en alguna actividad de autocuidado, se dio cuenta que el concepto de autocuidado lo estaba asociando a egoísmo, lo que en los primeros días le dificultó hacer la tarea, pero que cuando logró implementarla observó que estas actividades la hacían estar	Pregunta escala de avance: del 1 al 10 en donde 1 representa "baja autoestima" y 10 representa "alta autoestima", "en dónde te colocas en la primera sesión y en dónde te colocas en esta sesión", a lo que la usuaria mencionó que en la primera sesión se percibía en un 3 y que en esta sesión se percibía en un 7, ya que dejar de etiquetarse con la frase "soy culpable" la hacía sentirse mejor y más	Tarea: Auto-registro A-B-C con respecto a las creencias disfuncionales en torno a la autopercepción y la manera como creía que los demás la percibían.	Cambios importantes: La usuaria tuvo una discusión con el esposo en la cual ella ya no se responsabilizó totalmente de la situación, pudiendo expresarle a su esposo que él también tenía responsabilidad y ambos asumieran su parte y negociaran para resolver, esto la hizo sentir capaz de resolver contribuyendo a su percepción de autoeficacia.

		<p>más relajada y feliz consigo misma. “Ahora me miro y me cuido sin culpa”</p>	<p>reconciliada consigo misma. Pero que para pasar de 7 a un 9 necesitaba poder tener interacciones sociales más sanas que le permitieran realizar las actividades tanto académicas, como de recreación. “Necesito sentirme segura cuando interactúo. Poner límites.”</p> <p>Explicación de Terapia Racional Emotiva Conductual y el modelo A-B-C.</p>		<p>Con la explicación y los ejercicios de reconocer los elementos del modelo ABC, la usuaria logró comprender y aplicar el modelo ABC a situaciones que le sucedieron, con lo que quedó claro cómo realizar su auto-registro.</p>
Sesión 4	<p>Que la usuaria aprenda a cuestionar y debatir sus creencias y transformarlas en creencias más adaptativas.</p>	<p>Al revisar el auto-registro ABC, la información que se recolectó y con la que se trabajó en esta sesión fue:</p> <p>Situación: Convivio vecinal por el 15 de septiembre Pensamientos: “Quiero ir para que mis hijos convivan, pero seguramente la vecina ya les hablo mal de mí a todos y me van a ver feo o no se van a acercar a mí.”</p>	<p>Técnica de respiración diafragmática: esta técnica se implementó al inicio de la sesión con el objetivo de que la usuaria la aprendiera, se fuera entrenando en su uso y pudiera recurrir a ella como una estrategia de regulación emocional en los momentos en que la interacción social le genere sensaciones corporales displacenteras.</p>	<p>Actividad de autorregistro A-B-C-D-E y realizar la respiración diafragmática dos veces al día.</p>	<p>Reflexionando con el diálogo socrático, la usuaria reconoció que realmente las personas en la reunión se portaron amables y que ella fue la que se aisló debido a sus pensamientos y que es lo mismo que hace con su esposo, que ella no se había dado cuenta de cómo funcionaba todo lo que le sucedía pero que con el autorregistro y la reflexión ahora entendía</p>

		<p>Conducta: “Voy a la reunión, pero me pongo a ver el celular y trato de no mirar a las personas, me siento avergonzada, nerviosa, con el cuerpo tenso y el pulso acelerado, siento que nadie quiere acercarse, me enfoco en observar a mis hijos como juegan.”</p> <p>Situación 2: “Mi esposo está muy callado y se va a la recámara a dormir”</p> <p>Pensamientos: “Está enojado conmigo, no sé para qué viene a casa si va a estar tan distante.”</p> <p>Consecuencias: “No le hablo, me pongo seria y distante, trato de no estar cerca de él. Siento enojo, angustia y miedo al mismo tiempo. Aprieto los dientes, tengo ganas de llorar, me duele el estómago.”</p>	<p>TREC (ABC-DE) diálogo socrático, se trabajó con las creencias disfuncionales, se explicaron a profundidad los elementos “D” (debate) y “E” (creencia alternativa).</p> <p>Resultado de trabajar con la TREC: “No tengo evidencia de que mi vecina habló mal de mí, este pensamiento no me es útil para convivir con las personas, al contrario, me aísla. Estoy basando mi creencia más en mis sentimientos que en hechos. En otra oportunidad voy a tratar de entablar conversación con algunas de mis vecinas y observar qué sucede. Lo peor que podría pasar es que esa persona no quiera platicar conmigo, pero hoy sé que esto se puede deber a muchas otras circunstancias y no a que yo soy rara o mala persona.”</p>	<p>lo que le sucedía y veía con más claridad cómo podía cambiar su comportamiento.</p>
--	--	--	--	--

			<p>Segunda situación: “Mi pensamiento no es realista puesto que no hay ni evidencia ni razón por la que mi marido esté serio y se haya ido a dormir, en otra ocasión podría animarme a preguntar si puedo ayudarlo o si le pasa algo y si la respuesta es que está enojado conmigo, tendremos que resolverlo como otros problemas que hemos resuelto.”</p>		
Sesión 5	<p>Concretar y ampliar los cambios de creencias y conductas que ha logrado hasta este momento la usuaria.</p>	<p>Se revisó el autorregistro A-B-C-D-E en donde se presentaron dos situaciones:</p> <p>A- Se encontró en el supermercado a su vecina B- Pensamiento: “No me voy a acercar porque me da temor que me ignore, además se comporta raro creo que le caigo mal.” C- Conducta: “Me alejo metiéndome en otro pasillo, me siento agitada, tensa.”</p>	<p>Se inició la sesión con la técnica de respiración diafragmática.</p> <p>Se trabajó en concretar los cambios, iluminando los cambios importantes, poniendo ejemplos de los pensamientos y creencias en otras situaciones, realizando “role playing” y utilizando la técnica de imagería.</p> <p>La técnica de la imagería se utilizó para que</p>	<p>Práctica de la respiración diafragmática.</p> <p>Autorregistro A-B-C-D-E</p> <p>Realizar la actividad de la carta para los días malos: Se le pidió a la usuaria que, en un momento en que se sintiera bien, escribiera una carta dirigida a sí misma en un día malo. En esta carta, la usuaria puede expresar su apoyo a</p>	<p>Cambios importantes:</p> <p>La usuaria ha sido capaz de poner en práctica el modelo A-B-C-D-E, debatiendo las creencias irracionales y sustituyéndolas por unas más racionales y funcionales. Esto lo ha hecho no sólo en el autorregistro, es decir de manera hipotética, sino que también ya lo llevó a cabo en la vida diaria, lo que dio como resultado dar lugar a la</p>

		<p>“Me detengo a pensar un poco y a respirar.”</p> <p>D- “¿Qué evidencia tengo de que le caigo mal? Ninguna, estoy actuando así porque tengo miedo al rechazo, me voy a acercar y la voy a saludar para observar lo que pasa.”</p> <p>E- “Me acerco y la saludo y ella me pregunta que si no sé a dónde pueda conseguir tortillas de harina y la ayudo, todo fluyó bien y ella fue linda conmigo.”</p> <p>Segunda situación</p> <p>A- “Mis compañeros de equipo no me contestan los mensajes”</p> <p>B- “Tal vez no les gustó cómo redacté el marco teórico y se enojaron.”</p> <p>C- “Me pongo ansiosa, empiezo a escribir mensajes disculpándome”</p>	<p>la usuaria pudiera evocar la situación de integrarse a sus cursos de pintura, primero que lo viviera con los pensamientos, emociones y conductas comunes y después que cambiara los pensamientos y observara como sería su conducta y emociones.</p> <p>Posteriormente se realizó un “role playing” de una conversación con alguna vecina que encontrara en el pasillo de los departamentos en donde vive y que la saludara y le preguntara por los problemas de apagones que han surgido en el fraccionamiento, cuando estuviéramos haciendo el “role playing” la usuaria estaría atenta a sus pensamientos dejando que estos aparecieran espontáneamente sin modificarlos, que observara sus emociones y sus sensaciones físicas, posteriormente se repitió el “role</p>	<p>sí misma, y también darse algunos buenos consejos sobre qué puede hacer para sobrellevar ese mal día o incluso convertirlo en uno bueno.</p>	<p>interacción social y el aumento de su autoeficacia.</p> <p>La usuaria comentó que se sentía más motivada y con mayor confianza en sí misma y que ha empezado a crear un curso para proponerlo en la biblioteca de su comunidad, además de que ha retomado la lectura y ya entregó con más puntualidad sus actividades académicas.</p> <p>Lo anterior denota el aumento de percepción de autoeficacia y la mejora de su autoconcepto.</p>
--	--	--	---	---	---

		<p>“Paro, respiro y pongo atención a lo que estoy pensando y lo cuestiono.”</p> <p>D- “No tengo evidencia de que estén enojados, este pensamiento no me es útil para poder relacionarme con ellos.”</p> <p>E- “Tal vez estén ocupados, voy a ser paciente y esperar sus respuestas. Con esto me calmé y esperé, por la tarde una de mis compañeras me platicó que había estado muy ocupada que ya había leído el documento y que le gustó como quedó.”</p>	<p>playing” con nuevos pensamientos y creencias.</p>		
Sesión 6	<p>Instruir a la usuaria en la prevención de recaídas. Devolver información a la usuaria, con respecto a los cambios y avances que ha logrado. Que la usuaria reconozca las estrategias y recursos con los que cuenta</p>	<p>Revisar tarea: La usuaria comentó que le ha sido de utilidad en los momentos de crisis el uso de la respiración diafragmática y que, aunque no esté en crisis, seguirá practicando por las noches.</p>	<p>Prevención de recaídas. Ésta implicó invitar a la usuaria a reflexionar sobre las circunstancias que podrían llevar a un retroceso o incluso a una verdadera recaída y por otro lado se llevó a explorar cómo se las arreglaría, en ese</p>	<p>Seguir con la práctica de la respiración diafragmática y con el registro A-B-C-D-E, para seguir generando cambios y ampliando los cambios que logró en la intervención.</p>	<p>Ser consciente de que aun cuando no puede actuar y pensar diferente al momento de los hechos, debe seguir entrenándose en el modelo A-B-C-D-E. Esto le permitirá ir cambiando su filosofía de vida y su comportamiento</p>

	<p>y como puede implementarlos en determinadas situaciones.</p>	<p>Al revisar el registro ABCD, la usuaria comentó que hay momentos más difíciles en los que no puede cambiar en el momento en el que ocurre pero que cuando realiza el registro, se da cuenta con mayor claridad de lo que le ocurre y que poner el pensamiento y consecuencia alternativa le ayuda para implementarlos en alguna otra ocasión.</p>	<p>caso, para evitar volver atrás, para recuperarse y retomar el rumbo. Para abordar este último punto se utilizó la información recabada con la actividad de la carta de los días malos en la que la usuaria menciona que parar, respirar y anotar es la estrategia que le funcionaría para afrontar las situaciones de riesgo. Además de recordar que lo ha hecho antes y lo puede seguir haciendo, aunque a veces no le salga como ella quisiera, que ella puede y que sólo es cuestión de tenerse paciencia.</p> <p>Escala de avance: en donde 1 es “baja autoestima” y 10 es “alta autoestima”, ella se colocó en un 8.5, porque dijo que tenía que seguir repitiendo lo que aprendió en la intervención y cada día le sumara a estar mejor.</p> <p>Planteamiento de objetivos a corto,</p>	<p>Realizar los pasos de los objetivos planteados en la sesión.</p>	<p>poco a poco, ya que este proceso conlleva práctica.</p> <p>“Me veo y me siento diferente, hoy sé que las personas no me rechazan como yo creía, incluso creo que ellas sentían mi miedo al rechazo, y que yo con mi actitud de aislamiento las alejaba.”</p> <p>“Hoy tengo conductas de autocuidado, me doy pequeños regalos y tengo detalles conmigo sin sentir culpa.”</p> <p>“No siento culpa por lo que pasó con mi esposo.”</p> <p>“Hoy sé que no tengo la culpa de lo negligentes que fueron mis padres conmigo.”</p> <p>“Hoy tengo la certeza de que puedo lograr lo que me propongo, siempre y cuando sea realista y verdaderamente alcanzable.”</p>
--	---	--	--	---	---

			<p>mediano y largo plazo.</p> <p>A corto plazo: “Retomar mis clases de pintura y de lectura.”</p> <p>“Seguir con la práctica de cuestionar mis pensamientos y cambiarlos.”</p> <p>“Cada vez que mi marido llega a casa, hablar con él y convivir más.”</p> <p>“Seguir contactando a mis amigas.”</p> <p>A mediano plazo: “Visitar a mi mamá y mi hermana y si me producen malestar trabajar en mis creencias con respecto a ellas.”</p> <p>“Terminar el semestre.”</p> <p>“Tener más convivencia social.”</p> <p>A largo plazo: “Terminar la licenciatura.”</p>		<p>“Hoy estoy trabajando en no juzgarme tan duramente y no hablarme mal.”</p> <p>“Hoy sé que la manera como me percibía y percibía a los demás era inadecuada, ya que me llevaba a evitar el contacto social, a alejarme de mi familia; hoy sé que trabajando en debatir mis creencias podré, poco a poco, cambiar estas conductas por otras que me ayuden a lograr lo que me propongo.”</p>
--	--	--	--	--	--

Resultados Pre y Post de inventarios BDI Y BAI

Inventario de Depresión de Beck			Inventario de Ansiedad de Beck		
	Pre.	Post.		Pre.	Post.
Puntuación:	19	1	Puntuación:	11	7
Rangos			Rangos		
Normal	1-10		Normal	0-7	
Leve	11-16		Leve	8-15	
Moderado	17-30		Moderado	6-25	
Grave	31-40		Severo	26-63	

La tabla muestra los resultados de dos instrumentos utilizados para la evaluación antes (Pre.) y después (Post.) de la intervención: Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck.

Inventario de Depresión de Beck: antes de la intervención, la puntuación era de 19, lo que cae en el rango de 17 a 30, que se clasifica como "Moderada" en términos de depresión. Después de la intervención, la puntuación disminuyó significativamente a 1, lo que cae en el rango de 1 a 10, que se clasifica como "Normal" en términos de depresión.

Esto sugiere que la usuaria experimentó una marcada reducción en los síntomas de la depresión después de la intervención. Pasó de tener síntomas Moderados a estar dentro del rango considerado Normal.

Inventario de Ansiedad de Beck: antes de la intervención, la puntuación era de 11, lo que se encuentra en el rango de 8 a 15, clasificado como "Leve" en términos de ansiedad. Después de la intervención, la puntuación fue de 7, lo que la ubica en el rango de 0 a 7, considerado "Normal" en términos de ansiedad.

En resumen, los resultados sugieren que la intervención tuvo un impacto positivo en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad.

Cambios clínicos

La usuaria logró tener una visión menos polarizada de su vida, es decir pasó de tener un discurso de “todo me sale mal, soy culpable de todo lo que pasa en mi vida y en la vida de los que amo”, a un discurso más adaptativo en el que reconoce los momentos en donde pone en práctica sus habilidades y tiene éxito. Por otro lado, se sabe responsable de ciertos aspectos de su vida y de lo que puede suceder en relación con los demás, pero no totalmente responsable de todo.

La usuaria aprendió a debatir y cuestionar sus creencias disfuncionales. Con esto, ella ha logrado tener una actitud más abierta para relacionarse con sus vecinos, compañeros de la licenciatura y familiares, lo que generó que regrese a formar parte de las actividades comunitarias, que deje de postergar las entregas de actividades escolares y participe activamente en los trabajos de equipo y que se ha podido comunicar mejor con su esposo.

En cuanto a su relación de pareja, la usuaria tuvo un cambio de perspectiva de ver su matrimonio como la unión por los hijos a “mi pareja y yo estamos juntos porque todavía lo quiero y él a mí”, dejó de ver a su esposo como una persona fría y alejada a mirarlo con cariño y comprensión.

En general, los resultados reflejan un progreso positivo en la usuaria a lo largo de las sesiones terapéuticas. Ella ha aprendido a cuestionar y cambiar sus creencias disfuncionales, ha mejorado su autoestima y la percepción de autoeficacia, ha tomado medidas concretas para abordar sus desafíos. Además, reporta cambios significativos en su forma de pensar y actuar. La terapia ha contribuido a que la usuaria se sienta más capacitada para afrontar situaciones difíciles y mejorar su bienestar emocional.

Discusión

El objetivo de este trabajo se centró en la exposición detallada de tres casos Clínicos que se llevaron a cabo en el marco de la práctica supervisada dentro del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los casos fueron abordados a través de la Terapia breve con un enfoque teórico en Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Centrada en Soluciones.

En cuanto a la práctica supervisada Silva (2005) enfatiza la importancia de las estancias de práctica en la formación de los profesionistas, ya que estas permiten la integración de la práctica y la teoría en el ejercicio profesional, constituyendo un espacio en donde el alumno adquiera competencias que le permitan brindar un servicio profesional de alta calidad en la sociedad (p.106) desde esta perspectiva CAPED resulta ser un espacio que brinda la oportunidad, tanto al alumno de semestres avanzados (7°, 8° y 9° semestre) como a egresados de la facultad de psicología, de poder desarrollar sus habilidades clínicas para la atención de asesoría terapéutica en formato de práctica supervisada en la que se otorga capacitación constante que potencian sus capacidades como psicólogos clínicos.

Por otro lado, Silva (2005) también menciona que es necesario innovar las prácticas profesionales dando apertura a otras áreas de formación e intervención profesional más acordes a las necesidades de la sociedad mexicana (p111). En este sentido CAPED es una estancia de practica en donde la innovación se hace presente, porque hace uso de la tecnología como medio para la atención psicológica, lo que permite atender las necesidades actuales de los estudiantes del el Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), ofreciendo los servicios tanto de asesoría psicológica como educativa a distancia de manera online, propiciando la desintegración de las barreras físicas, logrando la igualdad de acceso a los servicios de salud mental a usuarios

que tienen dificultad de asistir de manera presencial a este tipo de atención, ya sea porque se encuentran en diferentes estados de la república mexicana y el extranjero, por sus actividades laborales o por tener alguna condición física que les dificulte el traslado.

Con respecto a las intervenciones expuestas en este documento se puede puntualizar de manera general que son intervenciones de tipo individuales, es decir en ellas interviene un solo usuario y de acuerdo con Zamorano (2009) es necesario que en este tipo de abordajes el paciente plantee que algo le produce ansiedad, dolor o cuestionamiento y que no tiene deseo de continuar en ese estado emocional, además aún, cuando lo que le ocurre tiene que ver con otros, se plantea desde el/ ella lo que le ocurre y toma posición al respecto, aceptando al mismo tiempo la invitación del terapeuta para pensar y dialogar de todo aquello (p.7). De acuerdo a lo mencionado por Zamorano y con lo expuesto en este documento se puede decir que lo ideal es que el usuario llegue motivado al cambio ya que esto facilita el proceso de intervención, pero que en algunas ocasiones, como en el caso número dos expuesto en este documento, es necesario trabajar en consolidar la motivación al cambio ya que esta usuaria tenía la idea de que su entorno es lo que debería cambiar y que todo lo que le sucedía era por la manera que fue educada, en consecuencia creía que sus comportamientos casi eran imposibles de cambiar, por lo que se trabajó en que la usuaria tomara una posición de cambio desde ella y no de los otros o su contexto.

Por otro lado, se habla que estas intervenciones son de tipo breve, de acuerdo a Hewitt y Gantiva (2009) la terapia breve tiene como objetivo principal el cambio de un comportamiento en específico en contraposición de uno a gran escala o más profundo, por lo que las metas planteadas para la intervención deben de muy específicas (p. 166), de acuerdo a esta idea se construyen las tres intervenciones expuestas, ya que desde la primera sesión se plantean las metas que sean alcanzables y realistas en un tiempo de seis a ocho sesiones, logrando cambios de

comportamentales específicos debido a la brevedad del tratamiento, pero que dan pauta a la resolución de cambios más profundos, un ejemplo de esto es en el caso uno en donde la usuaria reconoce que aunque todavía tiene desafíos que enfrentar, las habilidades, estrategias y capacidad de autogestión logradas en la intervención le ayudarán a vencerlos. Otro ejemplo representativo son los resultados de la post evaluación de la usuaria del caso dos en donde los puntajes del inventario de ansiedad de Beck no reportaron cambios tan significativos en comparación con los resultados de depresión de Beck y esto se debió a que la usuaria se enfrentaba a tomar decisiones y a resolver problemas que no estaban al alcance del modelo de intervención, pero ella estaba consiente al finalizar la intervención, que contaba con las estrategias necesarias, desarrolladas en el proceso terapéutico, para gestionar sus emociones y mantener en niveles leves los síntomas de ansiedad.

El uso de la Terapia cognitivo conductual en los tres casos se identificó que uno de los factores claves para que las usuarias comenzaran a experimentar mejoría en su estado fue el abordaje de las creencias disfuncionales por medio de la Terapia Racional Emotiva conductual. Cuando se les proporcionó información acerca de cómo las creencias disfuncionales influyeron en su estado de ánimo y conductas, las usuarias comenzaron a informar una mejora en su sensación de bienestar. Este hallazgo es coherente con las investigaciones previas de Sevilla (2013), quien también sugieren que una de las bases subyacentes en la manifestación de la sintomatología depresiva y ansiosa es la distorsión en la percepción de la realidad. En consecuencia, la modificación de las creencias conduce a una reducción de los síntomas depresivos y ansiosos y facilita el cambio.

De acuerdo a la TBCS se observó que en los tres casos la búsqueda de excepciones por medio de la tarea de formula y preguntar por las mejoras, fueron estrategias claves para reconstruir

la autoeficacia y el locus de control interno de las usuarias, contribuyendo a su empoderamiento, ya que en los tres casos había una sensación de incapacidad y baja autoeficacia, lo que generaba síntomas depresivos y ansiosos por percibirse carentes de recursos para afrontar los problemas. Estas aseveraciones coinciden con el estudio realizado por De la fuente (2023) en donde se menciona que las preguntas en búsqueda de excepciones son un medio importante para promover cambios en las personas y aumentar las expectativas positivas y las emociones positivas, además de posibilitar la búsqueda de soluciones a las situaciones que viven las personas, basándose en las percepciones sobre éxitos pasados o excepciones al problema, lo que da como resultado la reconstrucción de la percepción de autoeficacia y control (p.9).

Es importante recordar que las intervenciones de casos se construyeron desde la perspectiva de dos enfoques teóricos: Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Breve Centrada en soluciones reportando resultados exitosos en los tres casos, con informes de mejoras significativas en el estado emocional y el comportamiento de las usuarias. Estas mejoras también se reflejaron en los resultados de los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, en los tres casos, evidenciando una disminución de los síntomas, lo que indica una mejora en su bienestar psicológico. Estos resultados coinciden con los resultados presentados en el estudio realizado por Galdámez, (2015). en el que después de 12 sesiones de intervención los resultados reportaron una disminución sustancial de los indicadores de síntomas depresivos y ansiosos logrando así el bienestar del paciente.

En este tipo de abordaje integrado por la TCC y el TBCS se ha aplicado en diversas intervenciones en los últimos años reportando resultados positivos, pero al mismo tiempo áreas de oportunidad para lograr mejorar la praxis a la hora de utilizarlo, como menciona Ramírez y Rodríguez (2012), no se ha logrado un equilibrio el cual coloque a ambos modelos a la par a la hora de llevar a cabo la intervención ya que la TBCS es más utilizada que la TCC (p.631). El

presente estudio no concuerda con esta perspectiva, debido a que, en los tres casos expuestos, se puede observar cómo es mayor el uso de la TCC que de la TBCS, lo cual también puede corresponder a que la práctica dentro de CAPED se da prioridad al uso de TCC.

En relación a la intervención terapéutica aplicada en los tres casos descritos en este documento, se observan puntos de convergencia con la guía de integración práctica de los modelos de Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Breve Centrada en Soluciones presentadas por González y Juárez (2016).

Uno de estos puntos en común radica en la importancia del análisis funcional como piedra angular para la formulación de la estrategia terapéutica, en los tres casos se llevó a cabo dicho análisis funcional. Asimismo, se destaca la relevancia de que en la sesión de entrevista inicial se brinde espacio para explorar el problema, propio de la TCC, validar la perspectiva de los usuarios para que sientan escuchados y comprendidos, así como para indagar acerca de sus recursos, habilidades y los intentos previos de solución que ha emprendido, esto último corresponde al enfoque de la TBCS, de esta manera se lleva a cabo la sesión de screening de los casos expuestos.

Así como también en estos casos se realizó evaluación pre y post tratamiento, incorporando instrumentos sólidamente fundamentados y con sólidas cualidades psicométricas, sumando a esto a largo de la intervención, se utilizó la pregunta escala de avance como un punto de referencia adicional para evaluar el progreso del tratamiento como recomiendan los autores de la guía.

Por otro lado, el plan de tratamiento abarcó al menos una estrategia cognitiva, en los tres casos se implementó la TREC, junto con una estrategia de enfoque centrado en soluciones, que consistió específicamente en la búsqueda de excepciones. De esta manera se logrando una integración efectiva de ambos enfoques terapéuticos de acuerdo con González y Juárez (2016, p 615-616).

Finalmente, a pesar de que varios autores mencionan que la integración de estos enfoque todavía no cuenta con suficiente evidencia y existen asuntos pendientes de debate en lo que respeta a la coherencia teórica y la integración funcional con el objetivo de mejorar la aplicación de este enfoque en la práctica, la autora de este documento coincide con Alanís (2018) en que ambos enfoques teóricos enriquecen las intervenciones terapéuticas con las diferentes metodologías y estrategias que proponen, resultando un trabajo complementario al abordar las creencias disfuncionales y modificarlas por otras que permitan una mejor adaptación de las usuarias al medio y al mismo tiempo mantener un enfoque en los avances, las excepciones y en las soluciones que permitan resolver los problemas de las usuarios, permitiendo reconstruir su percepción de autoeficacia.

Conclusiones

La realización de la práctica profesional en el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) hizo posible importantes aprendizajes en el campo de la psicología clínica, posibilito aterrizar ciertos aspectos teóricos adquiridos en la formación académica a través del ejercicio práctico desarrollando de esta manera habilidades para el ejercicio profesional, resaltando aspectos que permitieron la reflexión de las conceptualizaciones y aplicaciones alrededor de la teoría cognitivo-conductual y terapia breve centrada en soluciones. Por medio del acercamiento a los usuarios y a sus vivencias particulares fue posible el aprendizaje en donde confluían aspectos teóricos, prácticos y éticos.

Con respecto a la atención en la asesoría psicológica se puede reconocer que se alcanzaron los objetivos propuestos en las intervenciones expuestas en este documento, desarrollando procesos de diagnóstico e intervención psicológica, permitiendo desarrollar habilidades de evaluación y construcción de casos de acuerdo a las necesidades de las usuarias. Los procesos

terapéuticos fueron desarrollados a partir de establecimientos de objetivos terapéuticos negociados con el paciente, el diseño de los programas de intervención y la revisión constante del supervisor de práctica.

Para la practicante, fue un desafío importante la integración de los enfoques de la TCC y la TBCS durante los dos últimos semestres de su práctica en CAPED. Esto se debió a que en los dos semestres anteriores se había centrado exclusivamente en la TCC. En este proceso de integración, el apoyo y la experiencia del supervisor a cargo resultaron fundamentales para adquirir un conocimiento sólido de ambos enfoques. Esto fue especialmente valioso en la comprensión de cómo estos enfoques pueden complementarse y potenciarse mutuamente al establecer objetivos terapéuticos, abordar los problemas de los usuarios y consolidar los cambios. Se podría decir de manera metafórica que estos dos modelos terapéuticos danzan en perfecta coordinación y armonía, generando resultados notables en el proceso terapéutico.

Sin lugar a dudas, uno de los aprendizajes más significativos que dejaron una huella en la autora de este trabajo de práctica, se relaciona con la importancia de comprender a fondo los enfoques terapéuticos que se emplearon en los procesos de intervención, ya que por esta experiencia práctica llega a la conclusión de que intervenciones efectivas no pueden lograrse simplemente teniendo un conocimiento superficial de estos enfoques. La teoría y la práctica están intrínsecamente entrelazadas, y solo a través de una comprensión profunda de ambos, se pueden llevar a cabo intervenciones terapéuticas coherentes y eficaces.

Se presentó otro desafío y oportunidad de aprendizaje en relación con la atención centrada en el enfoque breve. Inicialmente, resultó complicado establecer un objetivo terapéutico que cumpliera con los requisitos necesarios: concreción, especificidad, viabilidad y realismo, con el fin de garantizar una intervención efectiva en un período de tiempo limitado. Para abordar este

desafío, fue fundamental comprender a fondo el problema del usuario a través del análisis funcional. De esta manera, se logró que la terapia en formato breve arrojara resultados positivos, evidenciando la resolución de problemas significativos que contribuirán al bienestar y al equilibrio deseado para los usuarios, o en otros casos, que representarán cambios fundamentales que sirvieran como base para procesos posteriores.

Finalmente, a pesar de que en este documento no se hayan mencionado las Plenarias Semanales, la autora desea expresar su reconocimiento hacia estos espacios de socialización de los casos, ya que desempeñan un papel fundamental de las actividades llevadas a cabo por los practicantes en CAPED. Estas Plenarias, permiten la revisión de temas clínicos y educativos, así como la exposición de inquietudes y dificultades que surgen en el abordaje de los casos, lo que conduce a una valiosa reflexión y aprendizaje que enriquecen nuestro conocimiento; esto se logra gracias al intercambio de perspectivas entre los practicantes y a la compartición de experiencias por parte de las maestras encargadas de dirigir las plenaria.

Referencias

- Alanís, N. (2018). *Reestructuración cognitivo-emocional tras un proceso de duelo integrando técnicas breves centradas en soluciones y cognitivo-conductuales*. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/16543>
- Alonso, M. C. (2019). *Teorías de la psicoterapia conceptos, ejercicios y casos*. Brujas.
- Bados, A., y García, E., (2014). *Resolución de Problemas*. Universidad de Barcelona.
- Ballesteros, F., Fernández, P., & Labrador, F. J. (2013). Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. *Anales de Psicología* 29(1), 94-102. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.139361>
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. *Prevención e Intervención en salud mental*. Salamanca: Amarú, 211-245.
- Beyebach, M. (2014). La terapia familiar breve centrada en soluciones. *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* 449-480.
- Beyebach, M. (2014). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder Editorial.
- Beyebach, M. (2015). La Terapia Sistémica Breve como terapia de tercera generación1. *Manual de Técnicas de Psicoterapia Breve Aportes desde la terapia sistémica*, 13-23.
- Beyebach, M., & de Vega, M. H. (2016). *200 tareas en terapia breve* (2a edición). Herder Editorial.
- Blázquez, F. P., Pérez, K. S. M., Calderón, M. A. B., & Medina, M. P. M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2-3), 181-187.
DOI: [10.1016/j.anyes.2020.08.002](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002)

- Carrascoza Venegas, C. A., & Echeverría San Vicente, L. (2020). *Terapias cognitivo conductuales en México*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- De la Fuente Blanco, I., Alonso, Y., & Vique, R. (2019). Terapia Breve Centrada en Soluciones. *Revista de psicoterapia*, 30(113), 259-273
- De la Fuente, J. F. (2023) *Efectividad de La Terapia Breve Centrada En Soluciones en Contextos Clínicos: Una Revisión Sistemática*. [Tesis de Maestría, Universidad de La Laguna].
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Editorial Gedisa.
- Ellis, A., & Custodio, I. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Paidós.
- Galdámez, R. M. (2015). *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León].
- González, T. y Juárez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 1028- 1047.
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., & Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>
- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242009000100012&script=sci_arttext

- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M.S., y Martinovich, Z. (1993). Un modelo de fase del resultado de la psicoterapia: mediación causal del cambio. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 61 (4), 678.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.
http://132.247.16.48/index.php/salud_mental/article/download/706/705
- Kaplan, C.A., Thompson, A.E. y Searson, S.M. (1995). Cognitive behavior therapy in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 73 (5), 472-475.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1511371/pdf/archdisch00619-0098.pdf>
- Karlin, B. E., Trockel, M., Brown, G. K., Gordienko, M., Yesavage, J., & Taylor, C. B. (2015). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression among older versus younger veterans: Results of a national evaluation. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 3-12.
- Kiskeri, A., Serrat, L., Díaz, G., Schlanger, K. (2018). Terapia Breve-Resolución de problemas/MRI y Terapia Cognitivo-Conductual. Una comparación Sucinta de Modelos. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 237-286.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Amorrortu.
- Lira, N. A. H. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*.
 Libros en Red.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=EzlwZg_aH6AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=introducci%C3%B3n+a+las+teorias+psicol%C3%B3gicas+cognitivo+conductuales&ots=VNle5mATn-&sig=Vvhfa2uz0RQ4wKDQa3M8eBKwR18

- Londoño, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139–145. <https://doi.org/10.21501/16920945.2504>
- López, A. B. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. *Universidad de Barcelona*, 1-48.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* [Comprender la transferencia: el método del tema central de la relación conflictiva] American Psychological Association.
- Martínez, F. E. G. (2015). *Terapia sistémica breve*. RIL editores.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Martínez Roca.
- Mera, C (2015). Los trabajos más relevantes de la historia de la psicología en el siglo XXI. [Tesis no publicada] Universidad de Cádiz, Puerto Real, España.
- Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. *M. Garrido y J. García (Comps.), Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290.
- Morejón, A. R. (2019). *Manual de psicoterapias: Teoría y técnicas*. Herder Editorial.
- Novoa, N. S. (2023). Propuesta de técnica del enfoque centrado en soluciones para mejorar el clima social-familiar en estudiantes de una institución educativa privada. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <https://hdl.handle.net/11537/33699>
- Obando, L. & Parrado, F (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 5-61

- Oblitas, L. A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. El proceso terapéutico. Cengage Learning Editores. (Cap.1).
- O'Hanlon, W y Weiner- Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Paidós.
- Phares, E. J., Trull, T. J. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y practica* (6ta ed.). Manual Moderno.
- Perpiñá, C., Montoya-Castilla, I., & Valero-Moreno, S. (2022). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámide.
- Ramírez, J., & Rodríguez, J. C. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2), 610-635
- Ruiz, A., Diaz, M., Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Selekman, M. (2015). *Abrir caminos para el cambio: Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas* (Vol. 141622). Editorial Gedisa.
- Sevilla, E (2013). Estudio de caso: terapia cognitiva conductual para el trastorno de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y trastorno de personalidad esquizoide. *Universidad de Quinto*. <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2182/1/106933.pdf>.
- Silva, A. (2005). Proyecto de modificación al plan de estudios vigente de la licenciatura en Psicología del sistema escolarizado para impartirse en Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia en la FES-Iztacala. *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM*.
- Solution Focused Brief Therapy Association. (2013). *Manual de terapia breve centrada en soluciones*. (C. Gonzales, & C. H., Trads.) Estados Unidos América.

- Soto, G. (2011). "La psicoterapia breve como recurso para la atención de la depresión en empleados bancarios". [Tesis de Maestría Universidad Nacional Autónoma de México], <https://repositorio.unam.mx/contenidos/77077>
- Stallard, P. (2007). Pensar bien, sentirse bien: Manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes. Ed. Desclee de Brouwer. <http://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433021748.pdf>
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter* [Terapia de sesión única: maximizar el efecto del primer (y a menudo único) encuentro terapéutico]. Jossey-Bass.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Cengage Learning Editores.
- Vernon, A. & Doyle, K (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. New York, USA: Amer Couseling Assn.
- Villalobos, S. P. (2013). Corrientes cognitivas y sistémicas en psicoterapia: integración y paradigma. *Reflexiones*, 92(2), 155-161.
- Zamorano, C. (2009) Una perspectiva sistémica para la psicoterapia individual. *Revista de Familias y Terapias*, 17(27), pp. 23-39.
- Zych, I., Casal, G. B., Sierra, J. C., & Rodríguez, S. G. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 28(1), 11-18. <https://revistas.um.es/analesps/article/download/140472/126562>