



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Intervención cognitivo conductual en un caso con
síntomatología de depresión y ansiedad

Tipo de investigación
Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Ibet López Alvarado

Director: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza

Vocal: Esp. Araceli Flores Ángeles

Secretaria: Lic. María Cristina Canales Cuevas

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 30 mayo 2022





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.

Índice

Intervención Cognitivo Conductual en un Caso con Sintomatología de Depresión y Ansiedad.....	5
Resumen	5
Abstrac.....	6
Depresión	7
<i>Clasificación de la Depresión</i>	8
<i>Trastorno de Depresión Mayor</i>	9
<i>Etiología de la Depresión</i>	10
<i>Tratamiento para la Depresión</i>	11
<i>Modelo Explicativo de la Depresión</i>	12
<i>Técnicas Cognitivo Conductuales para la Depresión</i>	12
<i>Comorbilidad de la Depresión</i>	13
Ansiedad.....	13
<i>Clasificación de la Ansiedad</i>	14
<i>Trastorno de Ansiedad Social</i>	15
<i>Etiología de La Ansiedad Social</i>	16
<i>Modelo Explicativo de la Ansiedad Social</i>	17
<i>Tratamiento para la Ansiedad Social</i>	17
<i>Técnicas Cognitivo Conductuales para la Ansiedad Social</i>	18
<i>Comorbilidad de la Ansiedad Social</i>	18
Justificación e importancia de la práctica profesional	19
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos	20
Estudio de caso	20
Descripción del Escenario	20
Nombre del Caso	20
Identificación del Paciente	20
Análisis del Motivo de Consulta	21
Historia del Problema	21
Análisis y Descripción de las Conductas Problema	22
<i>Cuadro E-O-R-C</i>	22
<i>Análisis funcional</i>	24
<i>Conductas problema</i>	26
Establecimiento de las Metas del Tratamiento.....	27

Objetivos Terapéuticos.....	27
<i>Objetivo General</i>	27
<i>Objetivos específicos</i>	27
Selección del Tratamiento más Adecuado	27
Técnicas de Evaluación y Resultados Obtenidos antes del Tratamiento	27
<i>Entrevista Semiestructurada</i>	28
<i>Evaluación con Instrumentos Psicométricos</i>	28
<i>Resultados de la Evaluación</i>	30
<i>Diagnóstico</i>	32
<i>Formulación Clínica</i>	33
Tratamiento	33
<i>Resultados de la post-evaluación</i>	36
Evaluación de la eficacia del tratamiento.....	38
Seguimiento	43
Observaciones.....	47
Conclusiones.....	48
Competencias desarrolladas en la actividad de servicio realizada.....	49
Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés.....	51
Responsabilidad social de su quehacer profesional	51
Limitaciones de la práctica realizada	52
Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica de servicio	53
Referencias	53
Apéndice.....	59
Instrumentos de evaluación.....	60
<i>Inventario De Depresión De Beck, segunda edición (Beck Depression Inventory, BDI-II)</i>	60
<i>Inventario De Ansiedad De Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI)</i>	61
<i>Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos A-30</i>	62
<i>Inventario de Fobia Social</i>	64
Cartas descriptivas.....	65
<i>Cartas descriptivas: Sesión 1</i>	65
<i>Cartas descriptivas: Sesión 3</i>	70
<i>Cartas descriptivas: Sesión 4</i>	72
<i>Cartas descriptivas: Sesión 5</i>	75

<i>Cartas descriptivas: Sesión 6</i>	78
<i>Cartas descriptivas: Sesión 7</i>	81
<i>Cartas descriptivas: Sesión 8</i>	84
<i>Cartas descriptivas: Sesión 9</i>	87
<i>Cartas descriptivas: Sesión 10</i>	90
<i>Cartas descriptivas: Sesión 11</i>	93
<i>Cartas descriptivas: Sesión 12</i>	96
<i>Cartas descriptivas: Sesión 13</i>	99

Intervención Cognitivo Conductual en un Caso con Sintomatología de Depresión y Ansiedad

Resumen

Todos los días realizamos conductas que van determinando el rumbo de nuestra vida, algunas de ellas funcionales, otras no tanto, pero no nos damos cuenta de ello hasta que nos percibimos sin armas para enfrentar la rutina, la familia, el trabajo y/o la sociedad. Ese es el momento adecuado de accionar y buscar ayuda profesional.

El siguiente manuscrito aborda una intervención cognitivo conductual de un hombre de 30 años que se llevó a cabo desde el 11 de febrero al 12 de mayo del 2022 cuyo objetivo fue conocer la eficacia de la intervención en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad. Para determinar y analizar la problemática, se realizó una evaluación usando entrevista clínica, análisis funcional, instrumentos psicométricos y el manual psiquiátrico DSM-5, que en conjunto arrojaron datos sobre el trastorno de depresión mayor y el trastorno de ansiedad social para los cuales se propuso una intervención cognitivo conductual de 13 sesiones, donde se trabajó con técnicas desde psicoeducación, técnicas de relajación, hasta desensibilización sistemática.

Como resultado de esta intervención, el usuario redujo su sintomatología clínica presentada en la etapa de evaluación, lo cual pudo ser verificado con la aplicación de instrumentos psicométricos en comparativa pre - test vs post - test y los criterios diagnósticos del DSM-5, por lo tanto, se comprueba la eficacia de la intervención cognitivo conductual en este caso. Concluyendo que el profesional de esta área no solo se sienta a escuchar, sino también analiza, estudia, entiende y con ello propone e interviene coadyuvando hacia el cambio.

Palabras clave: funcional, hombre, intervención, depresión, ansiedad.

Abstrac

Every day, we behave in ways that determine the course of our lives, some of them are functional, others are not so much. However, we do not realize that until we perceive ourselves without tools to cope with the routine, family, work, and/or society. And this is the right time to act and seek professional help.

This paper addresses a cognitive-behavioral intervention of a 30-year-old man, developed from February 11 to May 12, 2022. Its aim was to know the effectiveness of the intervention in a case with symptoms of depression and anxiety. In order to determine and analyze the problem, an evaluation was conducted using a clinical interview, functional analysis, psychometric instruments, and the DSM-5 psychiatric manual. Based on the yielded data, major depressive disorder and social anxiety disorder, a 13-sessions cognitive-behavioral intervention was proposed, in which psychoeducational and relaxation techniques were used, as well as systematic desensitization.

As a result of this intervention, the user reduced his clinical symptoms presented in the evaluation stage. This was verified through the comparison between the pre-test vs post-test of the psychometric instruments, and the diagnostic criteria of the DSM-5. Therefore, the efficacy of the cognitive-behavioral intervention, in this case, is confirmed. Thus, it is concluded that the professional in this area not only sits down to listen, but also analyzes, studies, understands, and thereby proposes and intervenes in contributing to change.

Keywords: functional; man; intervention; depression; anxiety.

Depresión

La mayoría del tiempo nos encontramos experimentando una emoción, no tienen un evento o estímulo claro que la ocasione, o de existir, no siempre es identificable por quien la experimenta, ya que en el día cumplimos con varias actividades que pueden dar y variar este tono afectivo dependiendo del ejercicio que se realice, al modo en el que nos encontremos la mayor parte del día se le denominara estado de ánimo (Gallardo, 2006).

La depresión es un trastorno mental que perjudica el estado anímico ya que se caracteriza por sentimientos de tristeza, irritabilidad, culpa, pérdida de interés o placer en actividades, baja autoestima, trastornos del sueño y/o del apetito, cansancio y poca concentración. Es el resultado de las interacciones complejas entre factores biológicos, sociales y psicológicos. La depresión es una enfermedad frecuente en el mundo que afecta aproximadamente a 280 millones de personas, la cual puede llevar al suicidio, calculando el suicidio de más de 700 000 personas al año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En México, las estadísticas de mortalidad reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] del año 2021 indican que sucedieron 7 818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país en el año 2020 de los 1 069 301 de fallecimientos registrados, lo que representa 0.7% del total de muertes autoinfligidas y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 000 habitantes. Por sexo, los decesos atribuidos a esta causa destacan que los hombres tienen una tasa de 10.4 fallecimientos por cada 100 000 (6 383), mientras que esta situación se presenta en 2.2 de cada 100 000 mujeres (1 427). Subrayando la cantidad de hombres que llegan al suicidio y la importancia de atención a este sexo de la población.

Además, del 3 de junio al 23 de julio de 2021 se realizó la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) por parte de INEGI, donde de 84.4 millones de personas que respondieron se encontró, que la proporción de población con síntomas de depresión asciende a 15.4% de la población adulta, lo que se traduce 12,997, 600 personas padeciendo síntomas de depresión en México para ese año. Complementado con los datos del reporte de

Health at a Glance, los indicadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], 2021 para la prevalencia de la ansiedad y depresión es más del doble de los niveles observados antes de la pandemia SARS-CoV-2 en México. A mi juicio trastornos que en la actualidad solicitan atención inmediata y profesional.

Al mismo tiempo el Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades [CEVECE], 2021 en México, nos dice que estas cifras son alarmantes, ya que escalan hasta convertirse en la primera razón para el deterioro en la calidad de vida entre mujeres y la novena para los hombres, es decir, personas entre 14 y 35 años, lo cual representa el 11% de consultas de salud mental. Aquí considero que es importante pensar en el número de suicidios cometidos por hombres, ya que a pesar de ser las mujeres las que reportan mayor deterioro también nos dice que son las que más acuden a consulta, lo que me lleva a pensar en el tipo de variables que interfieren para que estos datos se presenten de esta forma.

Clasificación de la Depresión

Acerca de la clasificación de la depresión, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association's, 2014), nos dice que se ubique como parte de los llamados Trastornos del Ánimo los que a su vez se organizan en Trastornos depresivos y Trastornos Bipolares, dentro de los primeros y de los cuales se centrara la atención encontramos:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo inducido por sustancia / medicación.
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

Como ya se había mencionado el rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología American Psychiatric Association's, (2014), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; p.155).

Conviene subrayar esto último, ya que nos servirá de guía para establecer diferencias y semejanzas cuando se utiliza este manual como orientación para un diagnóstico.

Trastorno de Depresión Mayor

Por consiguiente, los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor de acuerdo con el DSM-5 son:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante un periodo, representando un cambio del funcionamiento del individuo.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p.ej., se le ve lloroso).
 2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno.

Etiología de la Depresión

Con relación a la etiología de la depresión, es un tema complejo, ya que puede tener origen genético, fisiológico y/o hormonal, por factores psicológicos y/o sociales; las hipótesis del posible origen que nos indican Pérez-Padilla et al. (2017) se enlistan de la siguiente manera:

- Déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT).
- Modificaciones en el sistema nervioso central en respuesta a niveles crónicos de estrés.
- Reducción en los niveles de neurotrofinas (NGF y BDNF) afectando las funciones de las áreas cerebrales límbicas que participan en el control del ánimo y en las funciones cognitivas.

- Reducción en los niveles de las citosinas pro - inflamatorias en respuesta a los diferentes tratamientos antidepresivos.
- Reducción de los niveles de GABA en el plasma sanguíneo, en el fluido cerebroespinal o en el tejido cortical.
- Transmisión anormal del neurotransmisor glutamato en las áreas límbicas y corticales.
- Depresión mayor por herencia familiar en parientes de primer grado.
- La influencia de los genes 5HTTP / SLC6A4, APOE, DRD4, GNB3, HTR1A, MTHFR, y SLC6A3 debido a que se producen alteraciones anatómicas, en las vías neuronales o en vías hormonales.

Tratamiento para la Depresión

En cuanto al tratamiento de la depresión, si se acude al psicólogo, el metaanálisis realizado por Cuijpers et al. (2013) menciona que el tratamiento cognitivo conductual es una de las opciones más utilizadas y recomendables para la depresión, su intervención indica una mayor eficacia y previene de modo valioso la cronicidad y/o recaídas. He aquí la importancia de intervenir en la situación actual del usuario, pero también prever las futuras en donde se puede enfrentar a situaciones similares, pero con los conocimientos y las herramientas para afrontarlo.

Además, Sanz (2017) en su análisis menciona que la terapia cognitivo conductual es igual de eficaz para la depresión que la medicación antidepresiva tanto para los casos con depresión severa, leve o moderada, incluyendo menor riesgo de abandono precoz del tratamiento, menor duración y prácticamente ausencia de efectos adversos. Y, por lo tanto, es una opción para aquellas personas que no desean una medicación en su tratamiento contra este trastorno, sin importar la categoría donde se ubique su caso.

Por otra parte, Pérez-Padilla et al. (2017) reportan que, el tratamiento convencional es por medio de medicamentos antidepresivos donde estos se suelen tomar varias semanas antes de que sus beneficios terapéuticos tengan efecto, aunque en estudios recientes sugieren la

posibilidad de una nueva generación de agentes antidepresivos de acción rápida y más eficaz. Lo anterior podría explicarse porque las personas con depresión pueden decidir si acudir con un psiquiatra que es el encargado de hacer las valoraciones médicas pertinentes para determinar y medicar en un caso de depresión o un psicólogo en análisis del origen de sus conductas.

También González (2021) encontró en líneas generales de los estudios que revisó, que la Terapia Cognitivo-Conductual resulta efectiva para la reducción de síntomas depresivos tanto en adolescentes como en adultos. Por lo tanto, concluyó que la intervención con la terapia cognitivo-conductual cuenta con suficiente evidencia empírica para aplicarse en un caso de depresión.

Modelo Explicativo de la Depresión

Si hablamos de tratamientos psicológicos y la TCC sería importante rescatar que esta aborda la depresión desde el modelo cognitivo de la depresión expuesto por Aaron Beck desde finales de los cincuentas a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Ruiz et al., 2012). Además, Beck y Shaw (2010) explican que el modelo cognitivo postula tres conceptos: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). Por lo que las respuestas fisiológicas y conductuales de la depresión se deben al procesamiento de los patrones cognitivos negativos y a las emociones que experimenta el sujeto.

Técnicas Cognitivo Conductuales para la Depresión

Complementando, Ruiz et al. (2012) nos indican que este modelo utiliza técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para promover el cambio de los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos, es decir, se centra en modificar las cogniciones del sujeto para cambiar sus conductas. Nezu et al. (2006) menciona que para la depresión podemos utilizar técnicas como reestructuración cognitiva, terapia en solución de problemas,

terapia de autocontrol, activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de afrontamiento y prevención de recaídas.

Comorbilidad de la Depresión

Mora (2019) indica que “la depresión mayor es el trastorno comórbido observado con mayor frecuencia en el trastorno de ansiedad social con tasas que oscilan entre el 35 y 70%” (p. 9). Factor de riesgo destacable en la salud mental y en la calidad de vida del individuo ya que percibirse sin apoyo social aumenta la probabilidad de suicidio y como se menciona es importante atender y distinguir las comorbilidades que pueda tener la depresión del individuo que asista a atención psicológica. Aclarando que no es la única comorbilidad que puede presentar la depresión, pero sí el dato que apoya el fundamento teórico de este proyecto.

Ansiedad

Continuando con este trastorno, la ansiedad en el año 2015 se estimó a 264 millones de personas padeciendo distintos desórdenes de ansiedad en el mundo, siendo más común en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3.6%) para la región de las américas con un total 57.22 millones de casos registrados de acuerdo al informe de la OMS (2017). Complementando, el Senado de la República (2022) nos indica que la ansiedad es el principal trastorno mental con 301,390,391 de personas padeciéndola en el mundo y de las cuales 4,533,743 corresponden a México, en el año 2019. Lo que nos dice que en cuatro años aumentó a 37 millones de casos, sin contemplar aquellos casos que surgieron durante la pandemia SARS-CoV-2 en México.

De acuerdo con Sotelo (2018) en el mundo el trastorno de ansiedad social tiene una prevalencia de 0.5 % y 2 % anualmente. Dicha tasa de prevalencia se reduce con la edad. La prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 % al 5 %, destacando cifras más altas del trastorno en mujeres que en hombres. La ENBIARE del INEGI (2021) captó que 19.3% de la población adulta que contestó su encuesta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado. Los datos que hasta ahora se

exponen nos marcan un panorama actualizado de la problemática de este trastorno de ansiedad en México.

La ansiedad es una respuesta previsoras ante una amenaza futura con la función de adaptar y mejorar el rendimiento de las personas produciendo una activación conductual como tensión muscular y la vigilancia de un peligro Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; Psychiatric Association's, American,2014). Por su parte Chacón et al. (2021) la menciona como un mecanismo de defensa fisiológico ante una amenaza, que puede producir conductas y pensamientos desagradables como: preocupación, irritabilidad, inquietud, hipervigilancia o agitación. Se considerará patología ansiosa, si se convierte en una respuesta incontrolable y persistente en el paciente.

Aunque el miedo es muy parecido las diferencias se observan desde la definición, es decir, es una respuesta desagradable provocada por la percepción de peligro, real o imaginario ante un estímulo o una situación donde se experimentan respuestas fisiológicas desagradables (activación del sistema nervioso autónomo) y lleva a cabo conductas de escape o evitación (Miltenberger, 2012). Cuando el individuo experimenta una reacción alterada a la respuesta que normalmente daría, da paso al trastorno ya que esto le impide el funcionamiento normal y adaptativo de la emoción.

Koyuncu et al. (2019) mencionan que para un diagnóstico diferencial de este tipo de trastornos es necesario conocer las conductas evitativas y cogniciones particulares, por lo cual es necesario una evaluación psicológica completa, sobre todo por los síntomas similares que comparten. Lo anterior considero, no solo se limita a los trastornos de ansiedad sino a todos aquellos que comparten síntomas.

Clasificación de la Ansiedad

Los trastornos de ansiedad vienen agrupados según Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; Psychiatric Association's, American,2014), como el trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad social,

trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno inducido por medicamentos y la fobia específica, aunque para fines de este proyecto de intervención solo se abordará el trastorno de ansiedad social.

Trastorno de Ansiedad Social

Los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Social nos indican que el individuo presenta ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, le es difícil controlar la preocupación y se asocia a tres de los otros criterios de la lista para el TAS American Psychiatric Association's, (2014), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5).

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (por ejemplo, mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (por ejemplo, comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (por ejemplo, dar una charla).
- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que lo rechacen, que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre le provocan miedo o ansiedad
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

L. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

*Especificar si es sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Además, en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; Psychiatric Association's, American, 2014), se mencionan las características asociadas en el diagnóstico como, asertividad o sumisión, posturas corporales excesivamente rígidas o un contacto ocular inadecuado o hablar con una voz demasiado suave, ser tímidos o retraídos y poco abiertos en las conversaciones o hablar poco acerca de sí mismos, empleos en puestos de trabajo que no requieran contactos sociales, excluyendo a los individuos con trastorno de ansiedad social de actuación. Estas personas pueden vivir en la casa familiar durante más tiempo, los hombres pueden tardar en casarse y crear una familia y las mujeres con deseos de trabajar fuera de casa, acaban viviendo como amas de casa y madres. Lo cual se me hizo importante rescatar por los datos del usuario presentados más adelante.

Etiología de la Ansiedad Social

Gregorio y Pastrana (2021) indican que la etiología de la ansiedad social, proviene de estudios familiares y de gemelos que sugieren el factor genético, aunque también resaltan los de factores ambientales, otros mencionan que han sido difíciles de ubicar identificadores genéticos, otros responsabilizan a la crianza controladora o intrusiva en los niños aumentando el riesgo, hay menciones sobre eventos de vida adversos y estresantes, factores neurobiológicos como la 'amígdala extendida' en los trastornos de ansiedad. En resumen, es diversa y poco explorada actualmente.

Continuando con el tema Wagner et al. (2014) encontraron que la ansiedad social se sitúa en la infancia y/o adolescencia, así como las situaciones sociales por las que se acude a consulta provocan una respuesta inmediata de ansiedad, perjudicando notablemente el

desempeño de la persona. Así mismo Koyuncu et al. (2019) indica que es poco frecuente su aparición a partir de los 25 años y persiste a menos que se intervenga.

Según Mora (2019) la edad media en las personas cuando acuden a un tratamiento es de 30 años, por lo que considera que estas personas sufren durante años los síntomas del trastorno antes de acudir a un profesional y cuando buscan asistencia las áreas más importantes que comprenden su vida ya se encuentran deterioradas. De aquí la importancia detectar, intervenir y generar cambios funcionales en el sujeto, tanto desde la adolescencia como en la adultez.

De acuerdo a Caballo et al. (2019) encontraron en algunos autores (p. ej., Heimberg, 1990; Heimberg, Dodge y Becker, 1987) que las razones para no acudir a consulta o seguir un tratamiento puede deberse a la idea de que hablar abiertamente sobre sí mismos puede provocar miedo a ser observados, analizados o juzgados; se pueden considerar tímidos (“así soy yo”) y que no podrán cambiarlo (“así he sido siempre”) y pueden acudir por tratamiento para otros problemas como depresión, alcoholismo y otros abusos de sustancias psicoactivas.

Modelo Explicativo de la Ansiedad Social

El modelo cognitivo conductual explicativo que nos indica Barlow (2014) es el de Heimberg, Brozovich y Rapee en 2010 los cuales actualizaron el propuesto por Rapee y Heimberg en 1997 para describir cómo procesan la información los individuos con el trastorno de ansiedad social, en donde el individuo construye una representación mental de cómo lo ven los demás, es decir, imágenes negativas, distorsiones de las personas y las situaciones que le generan conflicto, vistas desde el individuo, es decir, de lo cree la misma persona que evaluarán los demás sobre el/ella.

Tratamiento para la Ansiedad Social

Para el tratamiento de la ansiedad social, se recomienda la terapia cognitivo-conductual y/o la farmacología, o ambas (Gregorio y Pastrana, 2021). En un metaanálisis encontraron mejoría en usuarios con ansiedad social con tratamiento con TCC y por lo tanto lo sugieren

como mejor tratamiento inicial (Mayo-Wilson et al., 2014). Como se mencionó anteriormente para el caso de un trastorno de depresión, la decisión es del usuario ya que cualquier tratamiento que se opte tiene la misma validez.

Técnicas Cognitivo Conductuales para la Ansiedad Social

La terapia cognitivo-conductual en el trastorno de ansiedad social se ha centrado en técnicas que involucran la confrontación de la vida real con situaciones sociales, en mayor o menor medida, ocupando para ello técnicas como Exposición en Vivo, Ejercicios de Relajación, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Reestructuración Cognitiva y Terapia Cognitiva, las cuales se pueden manejar con sesiones individuales o grupales (Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental, 2013). Ruiz et al. (2012) también recomiendan confrontar al sujeto a las situaciones temidas mediante y en suma a las anteriores la Terapia Racional Emotiva-Conductual. Por su parte Nezu et al. (2006) recomiendan además o en suma la técnica de Inundación y Terapia de Solución de Problemas en el abordaje de los objetivos o metas terapéuticas.

Barlow (2014, p.225) también menciona que “el terapeuta ideal debe tener una formación sólida en sustentos teóricos de la terapia cognitiva conductual de la ansiedad”, lo que a mi consideración reafirma la efectividad de la terapia y que la elección de una u otra técnica debe ser estudiada y evaluada de acuerdo con el objetivo general de la intervención.

Comorbilidad de la Ansiedad Social

Por último, Salazar et al. (2022) encontraron varios estudios con correlaciones similares en donde las personas con ansiedad social son más propensas a experimentar depresión y el nivel de gravedad de la depresión se relaciona con la gravedad de la ansiedad social. Donde volvemos a la depresión y sus relaciones, por ejemplo, encontré que el modelo explicativo de habla de las ideas y cogniciones erróneas del individuo y por lo tanto las técnicas de intervención cognitivo conductual pueden funcionar para este trastorno, además, la depresión y

la ansiedad social son resultado de una interacción compleja de factores biológicos, sociales y psicológicos.

Lo anterior apoya a que la ansiedad social tiende a ser crónica y se puede encontrar a lo largo de la vida de la persona causando un aumento de comorbilidad muy común en un 90% de los casos, a la depresión, el suicidio, el abuso de sustancias, otros trastornos de ansiedad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, por mencionar algunos (Koyuncu et al., 2019). Resaltando la importancia de elaborar una evaluación e intervención desde el conocimiento de la comorbilidad ya que se evitan síntomas de más gravedad y mayor resistencia a un tratamiento.

Justificación e importancia de la práctica profesional

En resumen, como futuros profesionales de la psicología, con las estadísticas actuales de los trastornos antes descritos y la eficacia del tratamiento cognitivo conductual, considero importante las prácticas profesionales y supervisadas en este tipo de casos ya que nos brindaran la expertiz necesaria para generar dudas y cuestionamientos que nos preparan como profesionales actualizados a las problemáticas que desarrolla el país, considerando las particulares de la historia del sujeto, como sus aprendizajes, sus formas de relacionarse y que en algún momento esto podría generar la manifestación de cualquier trastorno mental de manera única, en consecuencia también se requiere de profesionales con métodos y estrategias que aborden su problemática desde este conocimiento y con las armas necesarias.

Por ello considero que ¿Sí se proporcionan estrategias cognitivas y conductuales a un individuo con sintomatología de depresión y ansiedad por medio de la terapia cognitivo conductual (TCC) entonces, sus respuestas ante las interacciones o situaciones sociales comunes en su entorno serán más adaptativas? Por lo que al reducir la frecuencia de la conducta problema mejorará el comportamiento del individuo.

Objetivo General

El presente estudio tiene como objetivo general conocer la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad.

Objetivos Específicos

- Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad.
- Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario.
- Proveer de estrategias cognitivas conductuales al usuario.
- Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales.
- Aumentar sus habilidades sociales.

Estudio de caso

La siguiente intervención se llevó a cabo por medio de la supervisión de la Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza a la cual se le agradece infinitamente el apoyo brindado para poder llevar a cabo esta práctica y estudio del caso, así como para la supervisión, manejo y revisión del presente trabajo.

Descripción del Escenario

La evaluación e intervención se llevaron a cabo en una sala privada (domicilio del aplicador), donde se cuidaron aspectos como ruido, orden, limpieza e iluminación que favorecieron el desarrollo de dichas actividades.

Nombre del Caso

Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad

Identificación del Paciente

- Nombre completo: M J R T
- Edad: 30
- Fecha de nacimiento: 7 de noviembre del 1991

- Sexo: masculino
- Domicilio: Circuito H*****a las pilas Mza 132, lote 5b
- Estado civil: Soltero
- Religión: Ninguna
- Ocupación: Lavador de carros
- Escolaridad: Preparatoria terminada
- Teléfonos de contacto: 55*****68
- Correo electrónico: j*****53@gmail.com
- Personas con quienes vive: solo

Análisis del Motivo De Consulta

M. J. acude a consulta porque se siente mal y no quiere convivir con nadie, últimamente no tiene ganas de nada y ya no quiere sentirse así. Sitúa la gravedad de su problema en 8-9 dentro de una escala de 0 al 10.

M. J. refiere vivir solo, ser distante de su familia, no tener amistades, tener un estado de ánimo bajo y sin ganas de cuidar su higiene personal, está irritable la mayoría de las veces, tiene problemas para dormir (duerme tarde y una vez conciliado el sueño despierta como a las 3 o 4 horas y le cuesta volver a dormir, si logra hacerlo aun así se levanta temprano y no se siente descansado), come una vez al día, ha perdido el interés por las actividades que realizaba antes, así como aquellas que tiene que ver con la realización de su trabajo, a pesar de tener la oportunidad de conocer personas nuevas opta por realizar actividades que le eviten el contacto y/o le provoquen molestias, se percibe sin más logros en la vida. Sus actividades en tiempo libre son ver el celular y mensajear con su hermano menor.

Historia del Problema

De acuerdo al reporte del usuario su problemática se origina entre los 6 o 7 años aproximadamente. Según relata, todo se desencadena cuando debió comportarse de tal forma

que se minimizaran las incomodidades que él podría ocasionar a sus primos debido a que él vivía en su casa y temía ser corrido de ese lugar. A raíz de este suceso presenta sentimientos de inferioridad y tristeza, déficits en la solución de problemas y toma de decisiones e irritabilidad. Además, menciona que fue víctima de un intento de violación. Posteriormente logra independizarse, lo cual en sus palabras significó “un gran reto”, porque no se percibió con el apoyo emocional de su entonces pareja, y lo que lo llevó de nuevo a sentimientos de inferioridad y tristeza. Hace un año recibe una operación de nariz para mejorar la calidad de su respiración debido a su tabique desviado, donde recibió un comentario alusivo a que “por una situación pequeña se tira al drama”, lo que considera fue un detonante para que en la actualidad presente sentimientos de tristeza, inferioridad, insatisfacción y desinterés general (aun después de adquirir una motocicleta, la cual deseaba, pero que al obtenerla “no cambió nada, no me emocione como creía”), provocando la poca o nula socialización con personas nuevas y conocidas e irritabilidad. Asimismo, refiere presentar fatiga, dolores musculares, cefaleas, dificultad para dormir, pérdida de aproximadamente 5 kilos a raíz de su poco apetito y porque solo realiza una comida por día.

Análisis y Descripción de las Conductas Problema

Una vez recabada la información por medio de la entrevista inicial, esta se organizó y analizo por medio del siguiente cuadro.

Cuadro E-O-R-C

Este cuadro E-O-R-C es una versión de González (2018), aunque se añaden elementos nuevos con el fin de explicar mejor la variable orgásmica.

E	O	R	C
Estímulos y antecedentes	Variables Orgásmicas	Respuestas	Consecuencias
Situaciones estímulo-antecedentes *Historia pasada:	Organismo Biológico *Edad :30 años *Sexo: masculino	Conducta de interés	Consecuencias inmediatas: Al irse el cliente o las personas con

E	O	R	C
Estímulos y antecedentes	Variables Orgásmicas	Respuestas	Consecuencias
<p>Puede atribuirse su problema a sus antecedentes en donde él vivía en la casa de su tía, menciona que alrededor de los 6 o 7 años vivía con su tía y sus primos, los cuales le hacían sentir menos y que estaba de arrimado por lo cual trataba de no hacer nada que los incomodara o los hiciera decir cosas que lo lastimaran, al cumplir 12 años empieza a trabajar e independizarse lo que lo lleva a hacer menos caso a los comentarios de sus primos y a estar en la casa que habitaba.</p> <p>Menciona que su antigua pareja no lo apoyó emocionalmente cuando se independizó.</p> <p>En la causa social se relaciona con pocas habilidades sociales para la comunicación, ya que en la historia de niñez que comenta no vivió con sus padres y la relación con los familiares con los que vivía era distante.</p> <p>*Historia contemporánea: El detonante que lo hace solicitar ayuda puede atribuirse a raíz de su primera cirugía de nariz, como hace un año, en la cual recibió un</p>	<p>*Estado civil: soltero *Ocupación: Lavador de carros *Religión: Ninguna *Enfermedades o medicamentos actuales: Se realizó una cirugía de nariz para respirar mejor, por lo que en ocasiones toma medicamentos para el dolor. Consume cigarro. *Otros aspectos: Estado de ánimo bajo. No tiene ganas de cuidar su higiene personal. Problemas para dormir. Come una vez al día.</p> <p>*Historia de enfermedades: Niega enfermedades importantes que se puedan destacar.</p> <p>*Accidentes o traumatismos: Fue víctima de un intento de violación. *Antecedentes psicológicos, neuropsicológicos y/o neuronales: Menciona haberse tratado en 4 ocasiones diferentes, pero abandona el tratamiento a la 4, 3 o 1 sesión por temor a ser juzgado o por comentarios prejuiciosos sobre su caso a su consideración.</p>	<p>No se siente a gusto al relacionarse con otras personas Sitúa su problema en una gravedad entre 8 y 9, en una escala de 0 al 10. Al convivir con personas nuevas, huye o realiza otra actividad que le evite el contacto. Motora: Evita la situación, es decir, tener pláticas con hombres y mujeres que llegan al negocio donde trabaja; Se encierra en su negocio, se pone a hacer otra cosa, prepara algún material, hace cuentas, etc. Se esconde. Prende un cigarro. Se distrae revisando el teléfono. Está irritable en el trabajo y con su pareja. Cognitivo: Se manifiestan pensamientos como: - "Estoy mal, tendría que convivir con la gente a pesar de las ideas que tengan".</p>	<p>las que tenía o podía hablar, se relaja. Menciona tratar de no pensar en lo sucedido e incluso el cigarro no se le antoja.</p> <p>No convivir con alguien, no tener más conocidos</p> <p>Consecuencias a corto plazo: Sentirse más solo, No convivir con alguien, no tener más conocidos</p> <p>Consecuencias a mediano plazo: Se percibe sin mayores logros en la vida.</p> <p>Consecuencias a largo plazo: Quedarse completamente solo</p> <p>Consecuencias biológicas: Su conducta adictiva al cigarro Actualmente consume 12-15 cigarros por día.</p>

E Estímulos y antecedentes	O Variables Orgásmicas	R Respuestas	C Consecuencias
<p>comentario que hacía mucho drama por una situación.</p> <p>Externos: Empezó a experimentar sus síntomas mientras se encontraba en casa (vive solo) en su período postoperatorio.</p> <p>Internos <u>*Cognitivas:</u> - “Siento que no coincido en muchas cosas con las personas” - “Siento que tienen ideas erróneas que no van conmigo, evito todas esas cosas y personas” - “ Si algo me pasa, nadie lo sabrá” <u>*Emocionales:</u> -” Estoy irritable la mayoría de las veces”. -” No tengo ganas de hacer nada”</p>		<p>- ¿Con qué actitud va a llegar el cliente, con una actitud payasa? - “Estoy mal, al final del día debo convivir y conocer a gente y respetar las ideas que tengan”.</p> <p>Fisiológicos: Empieza un hormigueo por las piernas e invade el cuerpo. En ocasiones siente que le aprietan el pecho. Dolores de cabeza. Le sudan las manos Un ruido en el oído como zumbido. Consume cigarros para sentirse tranquilo.</p>	

Análisis funcional

El siguiente análisis corresponde a una persona del sexo masculino con edad de 30 años, soltero, el cual vive solo y se dedica a lavar carros. El paciente se presenta por que no se siente a gusto al relacionarse con las personas, situando la gravedad de su problema en 8 y 9, en una escala de 0 al 10. Además de mencionar que tiene problemas con su estado de ánimo, su higiene personal, su alimentación y su rutina de sueño. Tiene dos intervenciones en la nariz debido a problemas para respirar por lo que en ocasiones consume medicamentos para el dolor y refiere consumir 12 -15 cigarrillos por día.

Su conducta de interés se presenta en el trabajo cuando llegan nuevos clientes al negocio, se manifiestan pensamientos como: - “Estoy mal, tendría que convivir con la gente a pesar de las ideas que tengan”; - ¿Con qué actitud va a llegar el cliente, con una actitud payasa? y - “Estoy mal, al final del día debo convivir y conocer a gente y respetar las ideas que tengan”.

Tiene reacciones fisiológicas como hormigueo que empieza por las piernas e invade el cuerpo, en ocasiones siente que le aprietan el pecho, le sudan las manos y se presenta un ruido en el oído como zumbido, dolores de cabeza, y sus conductas cuando la situación se presenta es evitar la situación, se encierra en su negocio, se pone a hacer otra cosa, preparar algún material, hace cuentas, se distrae revisando el teléfono y/o prende un cigarro. El paciente menciona que la situación provoca su irritabilidad en el trabajo y con su pareja.

Dentro de la causa detonante se atribuye su primera intervención en la nariz, hace un año en donde se le hizo un comentario: “que hacía mucho drama por una situación”, lo cual no sabe si se relaciona con su problema, pero si lo hizo pensar en la razón del comentario y desde ese tiempo el percibe comenzó a experimentar la conducta de interés. Empezó a experimentar sus síntomas mientras se encontraba en casa en su período postoperatorio, donde su estado emocional era irritable y con desmotivación, sumado a las siguientes cogniciones: - “Siento que no coincido en muchas cosas con las personas”, “Siento que tienen ideas erróneas que no van conmigo, evito todas esas cosas y personas” y “Si algo me pasa, nadie lo sabrá”.

También menciona que otras causas se pueden relacionar con el nulo apoyo emocional por parte de su antigua pareja cuando se independizó y que el caso más antiguo que recuerda con síntomas parecidos es cuando a la edad de 6 o 7 años viva con su tía y primos, y estos últimos hacían comentarios hirientes en los cuales le decían que estaba de arrimado a lo que él trataba de no decir nada para evitar incomodar a sus primos y que ellos no lo corrieran, a los 12 años pudo conseguir un trabajo y empezar a independizarse por lo que prestó menos atención

a los comentarios, ya que estaba menos tiempo en casa de su tía. Por otra parte, menciona tener un evento traumático relacionado con un intento de violación.

El paciente ya ha solicitado apoyo psicológico en 4 ocasiones diferentes, pero abandonó el tratamiento por miedo a sentirse juzgado a raíz de comentarios prejuiciosos que realizaron sus terapeutas.

Por último, tiene consecuencias inmediatas relacionadas que lo hacen pensar que no conocerá a alguien nuevo y que no debe ser así. Percibe consecuencias a mediano plazo de continuar con su conducta de no tener mayores logros en su vida; a largo plazo considera que de continuar su conducta se quedará solo. Además, de continuar con su conducta puede contraer enfermedades relacionadas con su consumo de cigarro.

Menciona no tener antecedentes de síntomas depresivos y ansiosos en su familia. Niega tener pensamientos de suicidio, ni intentos de suicidio, ni ingresos psiquiátricos, niega alergias o enfermedades físicas.

Conductas problema

Se encontraron en el usuario las siguientes conductas problema al momento de acudir a evaluación:

- Bajo estado de ánimo (sentimientos de inferioridad y tristeza).
- Problemas para dormir.
- Problemas de alimentación, pérdida de aproximadamente 5 kilos desde el inicio de sus síntomas.
- Falta de interés y placer en actividades que antes realizaba.
- Irritabilidad.
- Síntomas fisiológicos como hormigueo que empieza por las piernas e invade el cuerpo, opresión el pecho, le sudan las manos, zumbidos, dolores de cabeza.
- Síntomas de ansiedad relacionadas a la interacción social.

Establecimiento de las Metas del Tratamiento

- El interés de M.J. para seguir un tratamiento psicológico es alto, refiere querer sentirse bien y ya no sentirse así. El usuario indica que la naturaleza de su problema radica en su sintomatología fisiológica y pensamientos que lo hacen sentir mal. Por lo se infiere que al concluir el tratamiento el usuario ya no quisiera sentirse con sintomatología fisiológica y pensamientos que lo hacen sentir mal.

Objetivos Terapéuticos

Con el propósito de guiar la intervención se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Disminuir la sintomatología de depresión y ansiedad para que su interacción social sea más adaptativa.

Objetivos específicos

- Disminuir la activación fisiológica que le genera la ansiedad.
- Promover la activación conductual y organizar sus actividades diarias.
- Ayudar al usuario a entender mejor sus cogniciones y emociones.
- Reestructurar el estado de ánimo negativo (racionalizar las creencias, pensamientos automáticos, estilo atribucional).
- Aumentar la capacidad de afrontamiento al tratar con situaciones estresantes y/o emocionales desagradables.

Selección del Tratamiento más Adecuado

Para esta intervención se optó por la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual tradicional enfocada en la sintomatología depresiva y ansiosa por las razones antes descritas en el marco teórico.

Técnicas de Evaluación y Resultados Obtenidos antes del Tratamiento

Para llevar a cabo la evaluación se ocuparon los siguientes instrumentos:

Entrevista Semiestructurada

Entrevista semiestructurada basada en determinar la naturaleza y el contexto del problema, hacer un rastreo general de las psicopatologías y trastornos asociados. Comienza por el registro de los datos personales, delimitación de la conducta problema, interferencia, evolución y desarrollo, comorbilidad y expectativas hacia la terapia.

Dicha entrevista se realizó el día 11/02/2022 y el 16/02/2022 de los cuales se obtuvo el análisis funcional

Evaluación con Instrumentos Psicométricos

Para la recolección de datos a analizar se utilizaron los siguientes instrumentos:

Inventario De Depresión De Beck, segunda edición (Beck Depression Inventory, BDI-II). Se compone de 21 ítems, en cada uno de los cuales se tiene que elegir entre cuatro enunciados que describen el estado de la persona, lo cual viene siendo una escala de 4 puntos (de 0 a 3). Esta adaptación reviso que son equivalentes con los síntomas del DSM -5 y su puntuación máxima es 63. Fue empleada la versión mexicana adaptada por González et al. (2015), en la cual se obtuvo una consistencia interna de 0.87-0.92 y las siguientes normas para calificar el inventario.

Cuadro 1.

Normas de calificación del BDI-II para México.

Nivel de depresión	Puntaje crudo
Mínima	0-13
Leve	14-19
Moderada	20-28
Severa	29-63

Nota: Adaptado de "Adaptation of the BDI-II in Mexico" (p.239), González, et al. (2015) Revista de Salud

Mental(<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n4/0185-3325-sm-38-04-00237.pdf>)

Inventario De Ansiedad De Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI). Consta de 21 ítems que se contestan en una escala de 4 puntos (de 0 a 3), los cuales miden síntomas de ansiedad general. En esta investigación, se utilizó la versión mexicana adaptada por Robles et al. (2001). La puntuación media para población general fue de 12 (DE = 9.3), para pacientes con trastornos de ansiedad de 36.9 (DE = 12.6) y para sujetos sanos de 9.7 (DE = 7.0). Presentó una consistencia interna de 0.84 en estudiantes universitarios y de 0.83 en población general, así como una confiabilidad test-retest de 0.75.

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos A-30. Instrumento de autoinforme que evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo, y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Cada dimensión consta de seis ítems distribuidos al azar a lo largo del cuestionario, que se responden en una escala Likert de cinco puntos, desde 1 = Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo hasta 5 = Mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo. Así se obtiene una puntuación global y para cada dimensión. Los niveles de consistencia (alfa de Cronbach) informados para la puntuación total del caso son altos (desde .88 hasta .93), y para las dimensiones (o factores), de moderados a altos (de .66 a .90) (Caballo, et al., 2016).

Cuadro 2.

Normas de calificación del CASO.

Dimensión	Ítems	Puntos de corte	
		Hombre	Mujer
1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	10,13,15,17,19,22	17	18
2) Interacción con desconocidos	4,6,20,23,27,30	20	20

3) Interacción con el sexo opuesto	2,5,9,11,14,26	21	19
4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo	1,8,16,21,24,28	19	21
5) Quedar en evidencia o en ridículo	3,7,12,18,25,29	19	23
Puntuación total del CASO	1 a 30	92	97

Nota: Tomado de "Dimensiones del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO) con sus respectivos ítems y puntos de corte según el sexo" (p.73), Caballo et al. (2018).

https://books.google.com.mx/books?id=w5qbDwAAQBAJ&pg=PA73&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false

Inventario de Fobia Social. Cuenta con 17 ítems, que se contestan en una escala de 5 puntos (de 0 a 4). La puntuación media para sujetos con trastorno de ansiedad social es de 41.1 (DE = 10.2) y para individuos sin ansiedad social es de 12.1 (DE = 9.3); Para la población mexicana quedó de la siguiente manera: la media para sujetos con trastorno de ansiedad social fue de 52.39 (DE = 4.07) y para los individuos con ansiedad generalizada de 24.02 (DE = 8.71). Evalúa los diferentes aspectos asociados al espectro de la ansiedad social (síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos). Tiene una alta consistencia interna, una adecuada confiabilidad test-retest (Bravo, et al., 2017).

Resultados de la Evaluación

El usuario realizó las pruebas el día 28 de febrero del 2022, tomó un tiempo de 30 minutos en total, antes de realizarlas fumó un cigarro y mencionó no conocer las pruebas por lo que era la primera vez que las contestaba.

Inventario De Depresión De Beck, segunda edición (Beck Depression Inventory, BDI-II). El usuario obtuvo 36 puntos lo cual indica una depresión severa, adaptada por González et al. (2015). Con la cual se concluye que tiene sintomatología depresiva.

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI). El usuario obtuvo 32 puntos lo cual se califica como ansiedad severa. Por otro lado, la versión mexicana adaptada por Robles, et al. (2001), nos indica que la puntuación media para población general fue de 12 (DE = 9.3), para pacientes con trastornos de ansiedad de 36.9 (DE = 12.6) y para sujetos sanos de 9.7 (DE = 7.0), lo que nos indica que para la versión mexicana se encuentra en una ansiedad moderada. Con la cual se concluye que tiene sintomatología ansiosa.

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos. En el cuestionario obtuvo un puntaje en crudo de 120 puntos y por cada dimensión, el siguiente puntaje:

- Hablar en público/Interacción con personas de autoridad: 25 puntos.
- Interacción con desconocidos: 28 puntos.
- Interacción con el sexo opuesto: 20 puntos.
- Expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo: 24 puntos.
- Quedar en evidencia o en ridículo: 25 puntos.

Encontrando de acuerdo a la prueba CASO, que el paciente se encuentra por arriba de los punto de corte para la prueba en general, siendo este de 92 puntos, y para la dimensión 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad y 2) Interacción con desconocidos, respectivamente, supera el punto de corte para los hombres por 8 puntos, en la dimensión 3) Interacción con el sexo opuesto, queda un punto abajo del punto de corte, para la dimensión 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo, queda 5 puntos arriba del punto de corte y para la dimensión 5) Quedar en evidencia o en ridículo, tiene 6 puntos arriba del punto de corte. Con la cual se concluye que tiene sintomatología de ansiedad social.

Inventario de Fobia Social. Obtuvo un puntaje total de 46. La puntuación media para sujetos con trastorno de ansiedad social es de 41.1 (DE = 10.2) y para individuos sin ansiedad social es de 12.1 (DE = 9.3), aunque para la población mexicana la media para sujetos con trastorno de ansiedad social fue de 52.39 (DE = 4.07) y para los individuos con ansiedad

generalizada de 24.02 (DE = 8.71). Por lo que, de acuerdo a la estandarización mexicana, aún no reúne el puntaje de la media para sujetos con ansiedad social, pero está cerca de la media y dentro de los rangos considerados con ansiedad generalizada. Con la cual se concluye que tiene sintomatología de ansiedad generalizada.

Diagnóstico

Para interpretar los resultados de la entrevista estructurada y los instrumentos se usó el DSM-5 como guía hacia un diagnóstico y tratamiento, encontrando que los siguientes trastornos encuadran con los síntomas que presenta el usuario.

Según los criterios Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; Psychiatric Association's, American, 2014, p. 161 y 184)

296. 22 (F) Trastorno Depresivo Mayor Moderado con Ansiedad Moderado-Severo.

En el diagnóstico deben estar presentes al menos cinco de los síntomas mencionados en el criterio A, de los cuales tiene ocho de los nueve enlistados en un período de al menos dos semanas, es decir, predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo mayor que afectan áreas importantes del funcionamiento, en el usuario la parte social y laboral; no se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica; no se explica con ningún otro trastorno y no ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco, todo lo anterior corresponde a los criterios B,C,D y E.

Además, se menciona además que debe especificarse si tiene algún trastorno comórbido, y en este caso es la ansiedad, también menciona debe especificarse con nivel de gravedad actual: la cual indica es moderado-severo, ya que tiene 4 síntomas de los 5 enlistados.

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.

5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

También se encontró que presenta otro diagnóstico según los criterios Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; Psychiatric Association's, American, 2014, p. 223)

300.23 (F40.10) Trastorno de Ansiedad Social solo con Actuación. Se considera este trastorno debido a que cumple con todos los criterios de la A a la J, la característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás, pero se limita a ser con actuación ya que solo aparecen sus síntomas cuando le toca hablar con personas nuevas para hacer una amistad o establecer una relación de trabajo, lleva según sus referencias un poco más de seis meses con estos síntomas y antes a consideración del usuario, este sí podía establecer interacciones para conocer gente nueva.

Formulación Clínica

Con los datos descritos anteriormente se formulan las siguientes hipótesis

Hipótesis de Origen. La conducta de no sentirse a gusto al relacionarse con otras personas que posee M. J podría explicarse por su sintomatología depresiva que lo hace sentirse triste, desmotivado, sin interés, su falta de descanso por sus problemas para dormir, pérdida del apetito, creencias erróneas relacionadas con el rol que desempeña.

Hipótesis de Mantenimiento. Se mantienen no sentirse a gusto al relacionarse con otras personas debido a las pocas habilidades sociales que posee en el área de comunicación, pocas o nulas estrategias de relajación, la falta de descanso y su capacidad de afrontamiento al tratar con situaciones estresantes.

Tratamiento

El tratamiento se diseñó con 13 sesiones de una hora de duración y con periodicidad semanal, para atender su sintomatología depresiva y ansiosa.

Fase	Sesión	Objetivo	Técnica	Tareas para casa
Evaluación	1	Identificar los síntomas presentes en el usuario	Entrevista cognitivo conductual	
	2	Identificar los síntomas presentes en el usuario	Aplicación de instrumentos psicológicos	
Tratamiento inicial, aspectos generales	3	Informar sobre los resultados de las pruebas aplicadas y presentar propuesta de tratamiento.	Psicoeducación de la depresión, ansiedad.	Empezar a llenar el formulario de estado de ánimo.
	4	Explicar la funcionalidad de la terapia cognitivo conductual y sus beneficios.	Balance decisional	Hacer una carta de las acciones que se compromete a realizar para el éxito del tratamiento.
Tratamiento, abordaje de los aspectos fisiológicos	5	Enseñar una técnica de relajación	Relajación diafragmática	Practicar en situaciones o contextos sociales que generen la conducta problema
	6	Enseñar una técnica de relajación	Relajación progresiva	Practicar en casa
Tratamiento, abordaje de los aspectos conductuales	7	Mejorar la calidad y horas de descanso del usuario	Higiene del sueño	Tomar una fotografía de las acciones que emprendió para acondicionar su habitación de dormir

Fase	Sesión	Objetivo	Técnica	Tareas para casa
	8	Animar al usuario a realizar o volver a realizar las actividades que le resulten significativas.	Activación conductual	Lista de actividades agradables y no agradables
	9	Enseñar habilidades sociales básicas	Habilidades sociales	Poner en práctica una habilidad social y escribir la experiencia.
Tratamiento, abordaje de los aspectos cognitivos	10	Identificar y enseñar a corregir ideas y pensamientos irracionales sustituyéndolos por otros más racionales.	Reestructuración cognitiva	Realizar el cuadro de reestructuración cognitiva
	11	Reducir las respuestas de ansiedad.	Auto instrucciones	Realizar la lista de autoinstrucciones para 3 de sus pensamientos erróneos
	12	Aumentar la capacidad de afrontamiento al tratar con situaciones problema.	Desensibilización sistemática	Realizar una plática social por 30 minutos.
Post- evaluación	13	Identificar los síntomas presentes en el usuario posterior al tratamiento.	Aplicación de instrumentos psicológicos	

Resultados de la post-evaluación

El usuario realizó las pruebas el día 12 de mayo del 2022, tomó un tiempo de 30 minutos en total, antes de realizarlas fumó un cigarro.

Inventario De Depresión De Beck, segunda edición (Beck Depression Inventory, BDI-II). El paciente obtuvo 0 cero lo cual indica depresión mínima, con la cual se concluye que actualmente no tiene sintomatología depresiva.

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI). El paciente obtuvo 4 puntos lo cual se califica ansiedad mínima de acuerdo a la versión mexicana. Con la cual se concluye que actualmente no tiene sintomatología ansiosa.

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos A-30. En el cuestionario obtuvo un puntaje en crudo de 74 puntos y por cada dimensión, el siguiente puntaje:

- 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad: 16 puntos
- 2) Interacción con desconocidos:17 puntos.
- 3) Interacción con el sexo opuesto:12 puntos.
- 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo: 12 puntos.
- 5) Quedar en evidencia o en ridículo: 17 puntos.

Encontrando de acuerdo a la prueba CASO A-30, que el paciente se encuentra por abajo de los puntos de corte para la prueba en general, siendo este de 92 puntos (por su sexo, hombre), y para cada dimensión se realizó la siguiente tabla que nos ayuda a visualizar los cambios.

Tabla 1: Resultados post-test del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos					
Dimensión	Puntos de corte		Puntaje en la evaluación	Puntaje en el post-test	Diferencia de puntaje evaluación y post-test
	Hombre	Mujer			
1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad	17	18	25	16	9
2) Interacción con desconocidos	20	20	28	17	11
3) Interacción con el sexo opuesto	21	19	20	12	8
4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo	19	21	24	12	12
5) Quedar en evidencia o en ridículo	19	23	25	17	8

Observando en primer lugar que todas sus puntuaciones actuales se encuentran por debajo de los puntos de corte de acuerdo a su sexo, para la dimensión.1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, está por debajo un punto, mostrando que aún debe seguir trabajando esta dimensión porque obtuvo nueve puntos de diferencia, lo que nos indica que de seguir con lo aprendido mantendrá y/o eliminará esta dificultad social.

En la dimensión 2) Interacción con desconocidos, está por debajo tres puntos, mostrando que mejoró considerablemente porque obtuvo once puntos de diferencia lo que nos indica que de seguir con lo aprendido mantendrá y/o eliminará esta dificultad social.

En la dimensión 3) Interacción con el sexo opuesto, está por debajo nueve puntos, mostrando que mejoró a pesar que esta no representaba una gran dificultad porque obtuvo ocho puntos de diferencia, lo que nos indica que de seguir con lo aprendido mantendrá y/o eliminará esta dificultad social.

En la dimensión 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enojo, está por debajo siete puntos, mostrando que mejoró notablemente, es decir, redujo su puntaje a la mitad, porque obtuvo doce puntos de diferencia de la evaluación inicial, lo que nos indica que de seguir con lo aprendido mantendrá y/o eliminará esta dificultad social.

En la dimensión 5) Quedar en evidencia o en ridículo está por debajo dos puntos, mostrando que aún debe seguir trabajando esta dimensión porque obtuvo ocho puntos de diferencia de la evaluación inicial, lo que nos indica que de seguir con lo aprendido mantendrá y/o eliminará esta dificultad social.

Inventario de Fobia Social. El usuario obtuvo 29 puntos, lo cual se califica ansiedad generalizada de acuerdo a la versión mexicana. Con la cual se concluye que actualmente tiene sintomatología ansiosa.

En conclusión, el reporte de resultados y la comparación de la información que arrojan cada uno de los instrumentos permiten decir que hay una mejoría clínica considerable después de la aplicación del tratamiento, pero no la total remisión de la sintomatología, aunque en algunos instrumentos se diga que sí, lo que sugiere y recomienda aplicar los instrumentos necesarios que permitan este tipo de debates, para comentar al usuario que se debe seguir trabajando para alcanzar la total remisión.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

De acuerdo con Ruiz et al. (2012) “La evaluación post-tratamiento permite constatar si los objetivos finales establecidos se han logrado” (p. 135).

Para evaluar la efectividad de la intervención cognitivo- conductual generalmente se utilizan instrumentos psicométricos estandarizados utilizados en el inicio del proceso, para este caso fue:

- Inventario De Depresión De Beck, segunda edición (Beck Depression Inventory, BDI-II).

- Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI).
- Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos A-30.
- Inventario de Fobia Social

Estas medidas permiten valorar con precisión el efecto de la estrategia cognitivo-conductual en el tiempo de tratamiento, es decir, observamos en la siguiente tabla las diferencias del puntaje obtenido antes del tratamiento y posterior a él. Observar tabla 3.

Para empezar, el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), mostró una diferencia y/o mejoría de 36 puntos lo que llevó al usuario a tener una reducción total del puntaje obtenido para depresión. Esto nos indica que el usuario logró reducir su sintomatología depresiva: duerme mejor, come mejor y a sus horas, tiene mejor ánimo y disfruta de sus actividades diarias, redujo sus síntomas totalmente, reporte que se obtiene al concluir el tratamiento.

Continuando, el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI), mostró una diferencia y/o mejoría de 28 puntos lo que llevó al usuario a tener una reducción significativa con un 4 de puntaje actual para ansiedad. Lo anterior hace referencia a la reducción casi total de sus síntomas de ansiedad, como irritabilidad, taquicardias, temblores en las manos y/o piernas, fatiga y tensión muscular.

Finalmente, el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos A-30 mostró una diferencia y/o mejoría de 46 puntos lo que llevó al usuario a tener una reducción significativa con un puntaje de 74 actualmente para este cuestionario, lo que lo aleja de los puntos de corte para este instrumento de acuerdo con su sexo. Lo anterior hace referencia a la reducción significativa de sus síntomas de ansiedad social, como sus pensamientos erróneos y/o distorsionados acerca de lo que cree que evalúan los demás de él, su conducta de evitación o escape ante conversaciones con personas nuevas y sintomatología ansiosa derivada de este contexto en específico.

Tabla 2. Tabla comparativa de pre- test y post-test

Instrumentos	Puntaje pre-test	Interpretación	Puntaje post- test	Interpretación	Diferencias en puntaje
Inventario De Depresión De Beck, segunda edición (Beck Depression Inventory, BDI-II).	36	Depresión severa	0	Depresión mínima	36
Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI).	32	Ansiedad severa	4	Ansiedad mínima	28
Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos	120	Ansiedad social	74	Sin ansiedad social	46
Inventario de Fobia Social	46	Ansiedad generalizada	29	Ansiedad generalizada	17

En la gráfica 1 se puede notar cómo se cumple el objetivo general terapéutico de la intervención: Disminuir la sintomatología de depresión y ansiedad para que su interacción social sea más adaptativa, ya que debido al tratamiento propuesto y aplicado, son visibles los cambios antes y después del tratamiento, los cuales no se limitan al cambio relevante clínicamente hablando, sino a la eliminación casi total de la sintomatología depresiva y ansiosa gracias a la comprensión de mi parte , de los modelos explicativos y por lo tanto la aplicación de técnicas de acuerdo a los objetivos específicos terapéuticos planteados específicamente para este caso, tal y como lo recomienda Nezu et al. (2006); a las recomendaciones de Caballo et al.(2019) para generar un tratamiento a partir del análisis y conocimiento de cada dimensión dentro de un caso con ansiedad social, a la documentación de los supuestos teóricos que sugiere Barlow (2014) para la buena práctica del profesional.

Por la parte que le corresponde al usuario ,las manifestaciones de sus pensamientos como: - “Estoy mal, tendría que convivir con la gente a pesar de las ideas que tengan”; - ¿Con qué actitud va a llegar el cliente, con una actitud payasa? y - “Estoy mal, al final del día debo

convivir y conocer a gente y respetar las ideas que tengan”, se han sustituido por “No voy a poder con esta situación”, “Sera complicado” lo que continua con una respiración profunda para poder relajarse, enfrenta la situación con las herramientas aprendidas (respiración diafragmática, si solo se trata de seguir o iniciar una conversación, es decir, le apoya a relajarse un poco y recordar las habilidades sociales para ello; reestructuración cognitiva, si evalúa anticipadamente que la gente es payasa, él se pregunta ¿tengo evidencia de ello? ¿esto me beneficia o me afecta?) y terminar con la siguiente autoinstrucción ¡Lo lograste, no pasa nada, sigue así!, En donde se más visible lo relatado en párrafos anteriores, hay que seguir trabajando para sustituir el “No voy a poder...”, sin embargo, realiza interacciones sociales más adaptativas y funcionales, sobre todo en el trabajo que desarrolla, donde diario hay contacto con personas. Con lo anterior, también se considera que los pensamientos negativos siguen existiendo, la diferencia son las herramientas como la reestructuración cognitiva que le permiten ubicar que tipo de distorsión está generando y modificar su respuesta, razón por la cual se recomienda el seguimiento, donde se evalué y se le refuerce lo aprendido, evitando recaídas.

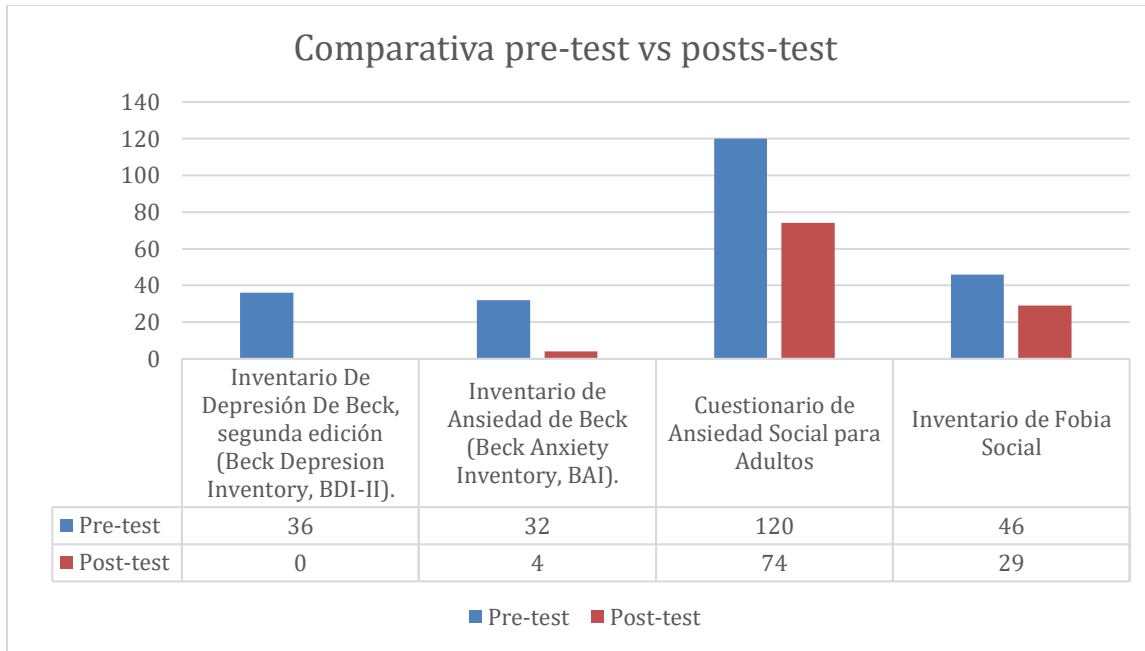
Comprobando además que no importa la gravedad de la conducta problema Sanz (2017), la intervención cognitivo-conductual es eficaz en un caso con sintomatología depresiva y ansiosa, ya que como se observó no todos los instrumentos puntuaron la misma gravedad o trastorno, lo cual tiene que ver más con el tipo de diseño, estandarización, variables e interpretación que el autor o autores le dieron a su instrumento y recordando que estos forman parte de una serie de herramientas que componen la parte de la evaluación psicológica, por lo cual se cumplió con el objetivo general de este manuscrito, no tiene efectos adversos, o por lo menos estos no fueron notados o reportados por el usuario y adhiere adecuadamente, lo que garantiza el éxito del tratamiento, evitando el abandono por parte del individuo como en su autoreporte con experiencias terapéuticas anteriores al trabajo realizado con él, con diferentes

pseudopsicólogos que sin guía de sesiones (sólo aplicación de técnicas sin explicación del porqué de su uso, sin aplicación de entrevistas clínicas, ni instrumentos psicométricos), conocimiento certero de las clasificaciones de los trastornos (haciendo una clasificación inexistente “depresión blanca”) y el uso de opiniones subjetivas que provocaron el abandono de su tratamiento en 4 ocasiones.

Para complementar, el usuario ha reportado autoeficacia en su actuar social, es decir, se percibe con capacidades para hacer interacciones sociales, comenta ya tener alrededor de 8 conversaciones con nuevas personas, pese a que aparecen sus creencias irracionales se sabe y siente con herramientas para afrontar sus situaciones diarias y evitar recaídas.

Por otro lado, en cuanto al uso del DSM-5 para orientación y tratamiento de los trastornos que se mencionaron, se encontró que actualmente también hubo un cambio significativo, para el trastorno depresivo mayor ya no presenta anhedonia la cual afectó el área de cuidado personal y sus relaciones sociales, mejoró sus hábitos de sueño y alimenticios. En el trastorno de ansiedad social, fue capaz de establecer, mantener y cerrar una conversación, según los reportes del usuario, lo cual lo llevó a la disminución de la sintomatología ansiosa como tensión muscular, palpitación del corazón, sudor en las manos y disminución de pensamientos negativos acerca de la evaluación que las personas pueden hacer de él. Se mencionó el trastorno de ansiedad generalizada, pero este fue solo el resultado de la prueba de Inventario de Fobia Social, sin embargo, aunque cumple con la mayoría de los criterios para el trastorno, su ansiedad se enfoca a su parte social y eso la hace descartar este trastorno.

Gráfica 1. Comparativa pre-test vs posts-test



Seguimiento

Debido al corto tiempo de semestre donde se realizó la evaluación, tratamiento y post-evaluación, no se realizó un seguimiento, sin embargo, sería interesante comprobar que la intervención cognitivo-conductual previene recaídas (Cuijpers et al., 2013), es decir, evaluar a un, tres y seis meses respectivamente, para contar con estos datos en la efectividad del tratamiento cognitivo conductual.

Sin embargo, se debe considerar los pensamientos negativos que siguen existiendo, aunque ahora cuenta con herramientas como la reestructuración cognitiva que le permiten ubicar que tipo de distorsión que está generando y modificar su respuesta, se recomienda el seguimiento, donde se evalúe y se le refuerce lo aprendido en dado caso que no hubiera quedado bien afianzado, evitando recaídas.

Continuando con acciones que beneficien al usuario, también es importante considerar una valoración psiquiátrica ya que como lo mencionan Álvarez y Alchieri (2016):

En el tratamiento integral, nos referimos a las acciones directas que, siendo desarrolladas por los profesionales, actúan en cada una de las dimensiones

identificadas debido a los conocimientos específicos en el área que adquirieron durante sus procesos de formación profesional (p.10).

Por lo anterior, se comentó al usuario las siguientes opciones en salud integral en donde por la gravedad de su caso durante la evaluación, sería viable también una atención multidisciplinaria como el psiquiatra y el nutriólogo, que le permitan notar las posibilidades con las que cuenta para hacer frente a su problemática de manera completa, en lo inmediato o en casos futuros.

Opciones para atención presencial

Nombre de la institución	Teléfonos	Dirección	Horarios de atención	Requisitos para ser atendidos
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"	55 5487 4271 55 5062 1600	Av. San Buenaventura 2, Niño Jesús, Tlalpan, 14000 Ciudad de México, CDMX	Lunes a domingo 24 horas.	CURP del paciente (copia). Identificación oficial del paciente y/o del responsable del paciente –credencial de elector, licencia de conducir, pasaporte, acta de nacimiento- (copia). Comprobante de domicilio con vigencia no mayor de 3 meses -agua, predial, teléfono- (copia). Hoja de referencia médica y/o referencia escolar de alguna institución pública (en caso de contar con ella). Acudir por el área de consulta a una consulta de prevaloración y pagar la cuota de recuperación que se establece de acuerdo a su tabulador.

Nombre de la institución	Teléfonos	Dirección	Horarios de atención	Requisitos para ser atendidos
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	55 4160 5372 55 4160 5000	Calz México-Xochimilco 101, Colonia, Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, CDMX	Lunes a domingo en un horario de 7:00 a 21:00 hrs.	<p>Acudir de manera voluntaria.</p> <p>Ir a Consulta Externa y solicitar el Servicio de Preconsulta para una valoración inicial.</p> <p>Acudir a la cita de primera vez en la fecha señalada y mencionar la cita de Preconsulta.</p> <p>El tiempo que permanecerás en el instituto, para la cita de Primera Vez, es de aproximadamente 4 horas.</p> <p>Antes de la consulta, debes pagar una cuota de \$152.</p>
Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno S S A	55 5860 1530	Autopista México - Puebla No 83, Ampliación Santa Catarina, 56619 Valle de Chalco Solidaridad, Méx.	Lunes a domingo abierto las 24hrs.	<p>CURP del paciente (copia).</p> <p>Identificación oficial del paciente y/o del responsable del paciente –credencial de elector, licencia de conducir, pasaporte, acta de nacimiento- (copia).</p> <p>Comprobante de domicilio con vigencia no mayor de 3 meses -agua, predial, teléfono- (copia). Hoja de referencia médica y/o referencia escolar de alguna institución pública (en caso de contar con ella).</p> <p>Acudir por el área de consulta a una consulta de</p>

Nombre de la institución	Teléfonos	Dirección	Horarios de atención	Requisitos para ser atendidos
				prevaloración y pagar la cuota de recuperación que se establece de acuerdo a su tabulador.
Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE	0155 5665-8056, 5606-0532, 5666-7278	Callejón Vía San Fernando 12, colonia San Pedro Apóstol, delegación Tlalpan, en la ciudad de México	Lunes a sábado en un horario de 7:00 a 20:00 hrs.	No tiene ningún costo para el derechohabiente y para público en general es de sólo 110 pesos la consulta.

Así como también se puede solicitar atención vía remota

Nombre de la institución	Teléfonos	Dirección	Horarios de atención	Requisitos para ser atendidos
Call Center UNAM	555 025 0855	Atención Psicológica a Distancia Web: /CallCenterUNAM_psico Twitter: @CallCenterUNAM Facebook: fb.CallCenterUNAM	08:00 a 18:00 hrs (lunes a viernes)	Atención al público en general. Atención gratuita.

Nombre de la institución	Teléfonos	Dirección	Horarios de atención	Requisitos para ser atendidos
Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)		E-mail: apio@xanum.uam.mx Facebook: Coordinación de Servicios Integrados para el Bienestar, donde se comparten videos, publicaciones y conferencias sobre alimentación.		Ofrece consultas online gratuitas sobre alimentación, siempre y cuando el usuario escriba al correo, sus dudas son resueltas por zoom o videollamada hasta que todo quede claro y en dos o tres semanas, en promedio.

Observaciones

Durante la realización de la intervención se observó un completo compromiso por parte del usuario a cada etapa del proceso, su participación fue de contribución, preguntaba cuando no entendía algún concepto, se mostró abierto y dispuesto al cambio, aunque al principio de las sesiones siempre tomaba unos minutos para salir y fumar un cigarro, poco a poco empezaba a

mostrar seguridad y tranquilidad. Conforme pasó el tiempo cambió un semblante triste y sin contacto visual por uno más alegre, es decir, sonreía, hacía chistes y ya era capaz de mantener contacto visual durante las sesiones, hacia las últimas sesiones mencionó ya tener mejores días sin negar problemas cotidianos de trabajo y sociales, es decir, estos no afectan o determinan su estado de ánimo.

En cuanto a su apariencia física, el usuario siempre en cada sesión lució limpio, arreglado (aunque en dos de las primeras sesiones se notó que no se había peinado, lo cual también se atribuye a que se atendía una vez terminada su jornada), y con vestimenta limpia. El tono de su voz fue generalmente constante y en un volumen audible, con buena fluidez y diálogo bien estructurado, al principio su forma de sentarse y postura era encorvada la mayoría del tiempo, pero al pasar las sesiones, su postura y espalda se mantenían más rectas.

Siempre cumplió con todas las tareas, en los ejercicios durante las sesiones de igual forma participó en casi todo, por lo que, no se niega que hubo una ocasión en que se tuvo que cambiar la técnica de la sesión porque el usuario sintió que no se podía relajarse ese día, optando por intercambiar sesión a la de higiene del sueño y cuando se abordó la sesión pendiente, mencionó que fue satisfactorio comprender la importancia de la técnica, a lo que agradeció la empatía pues ese día no se sentía tan receptivo para esa técnica.

Por último, era notoria la catastrofización y sobrestimación de sus pensamientos (ideas irracionales) así como las conductas de evitación, por lo que al abordar las técnicas de autoinstrucciones y reestructuración cognitiva, comenzaron a visualizarse los cambios más significativamente.

Conclusiones

En conclusión, cada situación de nuestra vida diaria tiene una carga emocional, una cognición, una reacción fisiológica que determinan la conducta con la que afrontamos la vida, cuando nos apoyan a conocer y reestructurar nuestra forma de ver, de racionalizar y de

afrontar la situación mejoramos integralmente nuestra salud; todo ello gracias a la labor del psicólogo. En este profesional recae bastante responsabilidad, ya que, al coadyuvar con la salud, significa descomponer el problema que el consultante trae a exponer, entenderlo y explicarlo desde los sustentos teóricos, para con ello proponer un tratamiento que se ajuste a la individualidad del caso, le dé respuestas, presente las áreas de mejora y lo acompañe en este proceso de cambio.

Es de suma importancia conocer el contexto actual en el que se desarrollan problemas como el caso con sintomatología depresiva y ansiosa que aquí se presenta, la etapa evolutiva en la que se encuentra el sujeto, el contexto particular que detonó su sintomatología, la forma como lo abordó, cómo afecta esto a sus áreas sociales y personales, todo ello gracias a instrumentos como la entrevista clínica, el análisis funcional y los instrumentos psicométricos, que a pesar de que cada quien lo aplique desde su estilo terapéutico, “para optimizar la eficacia de las prácticas de intervención, es importante determinar los parámetros específicos que afectan al temor concreto del paciente” (Caballo, 1998, p.14).

Promover y conservar la salud mental no es un tema de moda, debe ser una prioridad basada en estrategias de identificación, orientación adecuada de a qué lugar o con quién profesional acudir, además de profesionales con la suficiente expertiz y ganas de ofrecer un servicio de calidad.

Competencias desarrolladas en la actividad de servicio realizada

Dentro de esta práctica en particular se adquirieron y desarrollaron aún más, porque como estudiante del SUAyED ya hay habilidades que han estado progresando desde el primer semestre, como las siguientes.

- Búsqueda de información confiable que sustente cada paso que se dio.

- Autogestión en la organización de avances, tiempos y aprendizajes para la culminación de trabajos como este.
- Toma de decisiones, con el análisis previo del posible escenario que esto producirá, es decir, para la elección de instrumentos, técnicas y tareas a implementar durante el diseño del tratamiento.
- Uso de modelos explicativos que guíen y expliquen el problema a tratar.
- Comprensión del manual de clasificación de trastornos para la toma de decisiones.
- Uso de instrumentos de evaluación como entrevista clínica, análisis funcional e instrumentos psicométricos.
- Escucha activa que permitió el entendimiento del problema expuesto.
- Establecimiento de un rapport adecuado que permitiera el intercambio de información del usuario al terapeuta y viceversa.
- Observación de las características físicas (sin contacto ocular, postura encorvada) en el usuario que funcionaron de apoyo para formular la hipótesis del caso.
- Desarrollo de preguntas durante el tratamiento que permitieron evaluar y visualizar la realización de tareas que no tiene una evidencia física como, por ejemplo, las técnicas de relajación.
- Desarrollo de preguntas orientadas a comprender si el usuario entendía lo explicado, durante y al final de las sesiones.
- Capacidad para realizar cambios durante el tratamiento, es decir, hubo una ocasión en la que el usuario estaba indisposto para relajarse por lo que se cambió la técnica que se enseñó en esa sesión.
- Capacidad para realizar una intervención.

Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés

El objetivo terapéutico de esta intervención fue: Disminuir la sintomatología de depresión y ansiedad para que su interacción social sea más adaptativa, destacó que para lograrlo se trabajó:

- En la búsqueda de una estrategia que evitará el abandono del tratamiento, como en este caso el balance decisional, donde se siguió las recomendaciones de diversos manuales para el terapeuta (Caballo, 1998; Nezu et al., 2006; Ruiz et al., 2012, Barlow, 2014) que brindan la mayor información posible al usuario de cada paso y técnica que se utiliza.
- Explicación de la eficacia de la terapia cognitivo- conductual recordando al usuario que no es la única alternativa de tratamiento, siempre tiene el poder de elegir, pero sí destacar los beneficios de esta.
- Acordar y guiar sobre un objetivo el tratamiento, recordando alcances y limitaciones como profesional en formación.
- Recordar al usuario la importancia de las tareas en casa para reforzar lo aprendido en sesión.
- Recordar al usuario que el terapeuta funciona como guía, pero el trabajo es total responsabilidad de él para generar cambios y mantenerlos.
- Proveer de materiales que sirvan de resumen y/o herramientas que afiancen lo aprendido y lo adapte en su repertorio de habilidades de afrontamiento para casos similares.
- Recordar al usuario que puede sufrir recaídas, pero ahora ya sabe cómo conocer el posible origen de su problema y sobre todo qué puede utilizar para hacerle frente.

Responsabilidad social de su quehacer profesional

Como futuro profesional del área de salud y en base a esta experiencia, considero que hacer uso de la parte ética que guía las acciones del psicólogo, como:

- Cuidar la identidad del usuario por la confianza que confiere en el tratamiento de sus datos e información compartida que él considera sensible.
- Reconocimiento del alcance y limitaciones que como estudiante poseo en estos momentos.
- Consideración y trato digno, ya que como profesional hay que ofrecer empatía, validación, respeto, acompañamiento, reconocimiento de logros y compromiso con el caso.
- Asegurar que se cuidan aspectos como juicios, trato personal, cuidado de información por medio de preguntas abiertas, y que, en caso de no ser así, comentar que hay la confianza para solucionar la omisión.
- Contar con la información adecuada y actualizada a las necesidades del caso.
- Tener siempre preparadas las sesiones.
- Comentar que siempre se está abierto a la mejora, por lo tanto, también la retroalimentación al trabajo realizado es bien recibida.

Limitaciones de la práctica realizada

Dentro de esta práctica me encontré que no siempre es posible cumplir con una hora de duración de la sesión por lo que en ocasiones se extiende un poco más, pero aclarar al usuario que es importante que el adquiera la información adecuada para el logro de cambios significativos.

Cuidar el horario de la sesión, pese a que fue de mutuo acuerdo, estas se llevaron a cabo por la tarde-noche, por lo que en ocasiones se notó el cansancio del usuario a raíz de su jornada laboral.

Contar con un lugar cómodo, adecuado, libre de distracciones y ruidos que obstaculizan el trabajo terapéutico; este aspecto se cuidó y se garantizó para el usuario, pero se reconoce que pudo generar un gran obstáculo en el intercambio de la información.

Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica de servicio

- Una recomendación que considero importante durante y para la mejora de prácticas como esta, es la lectura de manuales y casos que fueron abordados de forma similar, para contar con varios escenarios que promuevan la confianza en el profesional por si en algún momento cambia el curso de la problemática que se aborda y/o para generar distintos puntos de vista del caso.
- Siempre recordar al usuario que el compromiso debe ser mutuo en el alcance de los objetivos.
- Tener siempre preparadas las sesiones por si surgen cambios, efectuarlos sin mayor dificultad.

Referencias

- Álvarez, P. y Alchieri, J. (2016). *Tratamiento integral en salud mental: análisis documental de la legislación vigente*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. <https://www.aacademica.org/000-044/258>
- American Psychiatric Association. (2014) Trastorno de Ansiedad. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 189-234
- American Psychiatric Association. (2014) Trastornos depresivos. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 155-188.
- Barlow (2014) Trastorno de ansiedad social. En R. Heimberg y L. Magee (Eds.), *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso*. (pp.211 -282) Manual moderno.

- Bravo, M. A., González Bentazos, F., Castillo Navarro, A., y Padrós Blázquez, F. (2017). Evidencias de validez de la versión en español del Inventario de Fobia Social (SPIN). *Universitas Psychologica*, 16(2), 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.evvi>
- Beck, A. y Shaw, B. (2010) *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Editorial Descleé de Brouwer.
- Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 2. *Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Robles, R., Arias, B., Irurtia, M. J., y Equipo de investigación CISO-A México. (2016). Validación del Cuestionario de Ansiedad Social para adultos (CASO) en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 33(1), 30-40.
- Caballo, Salazar, Laura Garrido y Hofmann (2018) *Programa de Intervención Multidimensional para la Ansiedad Social (IMAS): libro del terapeuta*. https://books.google.com.mx/books?id=w5qbDwAAQBAJ&pg=PA73&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Caballo, Salazar y Hofmann (2019) *Una nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: el programa IMAS*. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, (27) 1, 149-172. [researchgate.net/profile/Vicente-Caballo/publication/333161878_Una_nueva_Intervencion_multidimensional_para_la_ansiedad_social_el_programa_IMAS/links/5cde5910a6fdccc9ddb56344/Una-nueva-Intervencion-multidimensional-para-la-ansiedad-social-el-programa-IMAS.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vicente-Caballo/publication/333161878_Una_nueva_Intervencion_multidimensional_para_la_ansiedad_social_el_programa_IMAS/links/5cde5910a6fdccc9ddb56344/Una-nueva-Intervencion-multidimensional-para-la-ansiedad-social-el-programa-IMAS.pdf)
- Chacón, D., Xatruch, C., Fernández, L., y Murillo., A. (2021) *Generalidades Sobre El Trastorno De Ansiedad*. Revista Cúpula, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (13 enero 2021) *Depresión y COVID-19*. Visión CEVECE 2021 semana 04.

- Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental (2013). Trastorno de Ansiedad Social: Reconocimiento, Evaluación y Tratamiento. *Leicester (Reino Unido)* (159) 2, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327674/>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013). *A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 376-85. doi:10.1177/070674371305800702.
- Gallardo, V., R. (2006) Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 29-40. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317886004>
- González, Reséndiz y Reyes-Lagunes (2015) Adaptation of the BDI–II in Mexico *Revista de Salud Mental*. 38(4), 237-244. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n4/0185-3325-sm-38-04-00237.pdf>
- González, K. (2018). Diseño de Análisis Funcional. *Unidades de Apoyo para el Aprendizaje. CUAED/FES Iztacala-UNAM*. http://132.248.48.64/repositorio/moodle/pluginfile.php/1739/mod_resource/content/12/Contenido/index.html
- González, S., (2021) *Terapia Cognitivo Conductual en adolescentes y jóvenes adultos con Depresión: Una revisión sistemática*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de JAÉN] https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/17218/1/Gonzalez_Sendn_MAlicia_TFG_Psicologa..pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (8 de septiembre de 2021) *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre) datos nacionales*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (14 de diciembre 2021) *Presenta INEGI resultados de la primera encuesta nacional de bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIA_RE_2021.pdf

Jurado, Enedina, Méndez, Rodríguez, Loperana y Varela (1998) La estandarización del inventario de Ansiedad de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Revista de Salud Mental*. (21)3, 26-31.

Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., y Tükel, R. (2019) *Comorbilidad en el trastorno de ansiedad social: retos diagnósticos y terapéuticos*. Contexto de las drogas 8
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6448478/>

Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, DM, Ades, AE y Pilling, S. (2014). Intervenciones psicológicas y farmacológicas para el trastorno de ansiedad social en adultos: una revisión sistemática y un metaanálisis en red. *La Lanceta. Psiquiatría*, 1 (5), 368–376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)

Miltenberger (2012) *Procedimientos para la reducción del miedo y la ansiedad. Modificación de conducta*. Principios y procedimientos. 449-466. Ediciones Pirámide.

Mora, G., (2019) Análisis de caso de un sujeto con trastorno de ansiedad social. [Trabajo para obtener el grado de master en psicología general sanitaria, Universidad de JAÉN]
https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/14070/1/TFM-%20Aurora%20Mora%20Garrido_AnalisisCaso.pdf

Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
<https://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-1edi1.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017) *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

Organización Mundial de la Salud (13 de septiembre de 2021) *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2021) *Health at a Glance 2021 (Salud de un vistazo 2021): Indicadores de la OCDE*, publicación de la OCDE, París, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-es>.
- Pérez-Padilla, E.A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J.C., y Salgado-Burgos, H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor*. Revista biomédica, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Robles, Varela R., Jurado S. y Páez F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* 18, 211-218. <https://www.scinapse.io/papers/1597953883>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Técnicas de modelado y entrenamiento de habilidades sociales. *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (2.a ed. pp. 277-316) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sanz, J. (2017). *Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II)*. Papeles del Psicólogo, (38)3, 177-184. <https://www.redalyc.org/journal/778/77853188011/html/>
- Senado de la República (febrero de 2022) *Covid-19 y el derecho a la salud mental. Notas estratégicas. Dirección General De Investigación Estratégica* http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5549/NE_152_covid%20y%20salud%20mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sotelo, M. (2018). *Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia*. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 10(2), 131-156. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a06>
- Gregorio, R. y Pastrana, T. (2021) *Desorden de ansiedad social*. En: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de Stat Pearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>
- Wagner, Pereira y Oliveira (2014) *Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Behavioral Psychology

/ Psicología Conductual (22)3, 423-440. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Wagner_22-3oa.pdf

Apéndice

Instrumentos de evaluación

Inventario De Depresión De Beck, segunda edición (Beck Depression Inventory, BDI-II).

En este cuestionario se encuentran algunas oraciones agrupadas en 4 afirmaciones que describen cómo se puede sentir. Por favor lea cada una cuidadosamente y elija una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se sintió de la semana pasada al día de hoy. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió.

0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puede soportarlo	0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado
0. En general no me siento descorazonado por el futuro 1. Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	0. Yo no me siento desilusionado de mi mismo 1. Estoy desilusionado de mi mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio
0. Yo no me siento como una fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Ya no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	0. Yo no tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad
0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo	0. Yo no lloro más de lo usual 1. Llora más de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar 1. Me enoja o me irito más fácilmente que antes 2. Me siento irritado todo el tiempo 3. Ya no me irito de las cosas por las que solía hacerlo	0. Mi apetito no es peor de lo habitual 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo 2. Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo apetito de nada
0. Yo no he perdido el interés en la gente 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar 2. He perdido en gran medida el interés en la gente 3. He perdido todo el interés en la gente	0. Yo no he perdido mucho peso últimamente 1. He perdido más de dos kilogramos 2. He perdido más de cinco kilogramos 3. He perdido más de ocho kilogramos A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Sí _____ No _____
0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho 1. Pospongo tomar decisiones más que antes 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes 3. Ya no puedo tomar decisiones	0. Yo no me canso más de lo habitual 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2. Con cualquier cosa que haga me canso 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía 1. Estoy preocupado por verme viejo u poco atractivo 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo 3. Creo que me veo feo	0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes 1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
0. Puedo trabajar tan bien como antes 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo 2. Tengo que obligarme para hacer algo 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo	0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba 2. Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora 3. He perdido completamente el interés por el sexo
0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	Observaciones:

Sesión: _____ Usuario: _____ Terapeuta: _____ Fecha: _____

Inventario De Ansiedad De Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI).

Instrucciones: En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Suduración (no debida al calor)				

Sesión: _____ Usuario: _____ Terapeuta: _____ Fecha: _____

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos A-30.

(Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Equipo de Investigación CISO-A, 2010)

Fecha:

Nombre:

Edad:

Mujer Hombre

Estudios/Profesión:

A continuación, se presenta una serie de situaciones sociales que le pueden producir malestar, tensión o nerviosismo en mayor o menor grado. Por favor, coloque una equis ("X") en el número que mejor lo refleje según la escala que se presenta más abajo. En el caso de no haber vivido algunas de las situaciones, imagínese cuál sería el grado de malestar, tensión o nerviosismo que le ocasionaría y coloque la equis ("X") en el número correspondiente.

Grado de malestar, tensión o nerviosismo

Nada o muy poco	Poco	Medio	Bastante	Mucho o muchísimo
1	2	3	4	5

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar y hágalo de manera sincera; no se preocupe porque no existen respuestas correctas o incorrectas.

Muchas gracias por su colaboración.

	Nada o muy poco	Poco	Medio	Bastante	Mucho o muchísimo
1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a.					
2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido.					
3. Hablar en público.					
4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo.					
5. Quejarme con el mesero de que la comida no es de mi gusto.					
6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto.					
7. Participar en una reunión con personas de autoridad.					
8. Hablar con alguien y que no me preste atención.					
9. Decir que no, cuando me piden algo que me molesta hacer.					
10. Hacer nuevos amigos.					
11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos.					
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión.					
13. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer.					

14. Expresar mi enojo a una persona que me está molestando.					
15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco.					
16. Que me hagan una broma en público.					
17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones.					
18. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión.					
19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer.					
20. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella.					
21. Equivocarme delante de la gente.					
22. Ir a un acto social donde solo conozco a una persona.					
23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta.					
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal.					
25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos.					
26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo.					
27. Sacar a bailar a una persona que me atrae.					
28. Que me critiquen.					
29. Hablar con un superior o una persona con autoridad.					
30. Decirle a una persona que me atrae, que me gustaría conocerla mejor.					
Puntuación por dimensión					
Puntuación total					

Inventario de Fobia Social

NOMBRE _____ EDAD _____

SEXO _____ FECHA _____

Por favor evalúe en qué medida los siguientes problemas lo han molestado durante la última semana. Haga una sola marca para cada situación y asegúrese de contestar todos los ítems.

	PARA NADA 0	APENAS 1	UN POCO 2	MUCHO 3	EXTREMADA- MENTE 4
1. Tengo miedo a las personas de autoridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me molesta ruborizarme frente a la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las fiestas y los eventos sociales me asustan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Evito hablar con personas que no conozco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Temo mucho ser criticado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El miedo al ridículo hace que evite hacer cosas o hablarle a la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Transpirar frente a la gente me molesta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Evito ir a fiestas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evito actividades en las cuales yo soy el centro de atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me asusta hablar con extraños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Evito tener que dar discursos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haría cualquier cosa para evitar ser criticado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando estoy rodeado de gente tengo palpitaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo miedo de hacer cosas cuando alguien puede estar mirando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El ridículo o pasar por tonto son mis peores miedos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Evito hablar con personas de autoridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Temblar o agitarme frente a otros es angustiante para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cartas descriptivas

Cartas descriptivas: Sesión 1

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Identificar los síntomas presentes en el usuario				
Número de sesión:	1	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información	.	Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	10 min	Leer y firmar el consentimiento informado	Consentimiento informado	Consentimiento informado	Explicar la importancia de la firma del consentimiento informado.	
Desarrollo	40 min	Detectar la conducta problema	Anexo 2 Entrevista estructurada cognitivo conductual	Entrevista clínica	Determinar la naturaleza y el contexto del problema, hacer un rastreo general de las psicopatologías y trastornos asociados. Comenzar por el registro de los datos personales, delimitación de la conducta problema, interferencia, evolución y desarrollo, comorbilidad y expectativas hacia la terapia.	
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o		Cierre	Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
		comentarios.				

Cartas descriptivas: Sesión 2

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Identificar los síntomas presentes en el usuario				
Número de sesión:	2	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información	.	Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Desarrollo	50 min	Detectar la conducta problema	<p>Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)</p> <p>Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI).</p> <p>Inventario de Fobia Social</p> <p>Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos</p>	Aplicación de instrumentos psicométricos	Aplicar los instrumentos, dar indicaciones claras y precisas. Cuidar las variables externas como luz y sonido.	
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas.		Cierre	Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.	

Cartas descriptivas: Sesión 3

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Informar sobre los resultados de las pruebas aplicadas y presentar propuesta de tratamiento.				
Número de sesión:	3	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información	.	Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	
Desarrollo	50 min	Informar sobre los resultados	Informe psicológico	Informar de resultados	Realizar y presentar un informe	Solicitar empezar a llenar el

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
		de las pruebas aplicadas y presentar propuesta de tratamiento.			de los hallazgos para el usuario para con ello brindar psicoeducación de su conducta problema	formulario de estado de ánimo.
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios.		Cierre	Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.	

Cartas descriptivas: Sesión 4

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Explicar la funcionalidad de la terapia cognitivo conductual y sus beneficios.				
Número de sesión:	4	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.	.	Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
					al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	50 min	Explicar la funcionalidad de la terapia cognitivo conductual y sus beneficios.		Balance Decisional	Iniciar preguntado en las razones por las que anteriormente abandonó las sesiones terapéuticas, y sobre qué lo motivó a buscar ayuda de nuevo, por medio del balance decisional exponer los pros y los contras de continuar con estas sesiones terapéuticas, para promover una adherencia al tratamiento.	Hacer una carta de las acciones que se compromete a realizar para el éxito del tratamiento
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios.		Cierre	Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja. ¿Qué se llevó o aprendió de la sesión? Recordarle que es una técnica que se puede ocupar en	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
					otros momentos de la vida, ejemplificar de ser posible.	

Cartas descriptivas: Sesión 5

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Enseñar una técnica de relajación				
Número de sesión:	5	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.		Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
					al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	50 min	Enseñar una técnica de relajación	<p>Mostrar los videos:</p> <p>El sistema nervioso autónomo</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=k5iA8S-4lpY</p> <p>Respiración diafragmática</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=QRitERIGKFg</p>	Respiración diafragmática	<p>Explicar cómo es que se respira cuando estamos en una situación problema, la función del sistema nervioso autónomo en la activación fisiológica y la forma de apoyar al sistema parasimpático a relajarse por medio de la respiración diafragmática.</p> <p>Enseñar y practicar los pasos para hacer una respiración diafragmática.</p>	Practicar en situaciones o contextos sociales que generan la conducta problema, compartir la liga del video de respiración diafragmática
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios.		Cierre	Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja. Recordarle que es una técnica que se puede ocupar	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
					en otros momentos de la vida, ejemplificar de ser posible	

Cartas descriptivas: Sesión 6

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Enseñar una técnica de relajación				
Número de sesión:	6	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información .	Ninguno	Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	45 min	Enseñar una técnica de relajación	Video: https://www.youtube.com/watch?v=vAaRM_wV5W8	Relajación muscular progresiva de Jacobson	Introducir al tema por medio de una breve explicación del origen de la técnica, en qué consiste, su función y los beneficios. Enseñar y practicar la técnica paso a paso.	Practicar en casa a la hora de dormir o al inicio del día, para reducir los síntomas fisiológicos de la conducta problema, compartir la liga del video de la relajación progresiva https://www.youtube.com/watch?v=vAaRM_wV5W8
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios.		Cierre	Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja. Recordarle que es una	.

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
					técnica que se puede ocupar en otros momentos de la vida, ejemplificar de ser posible.	

Cartas descriptivas: Sesión 7

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Mejorar la calidad y horas de descanso del usuario				
Número de sesión:	7	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información	.	Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	45 min	Mejorar la calidad y horas de descanso del usuario	Infografía de las estrategias para un buen descanso	Higiene del sueño	Explicar las ventajas de un buen descanso, además de proporcionar información de cómo nuestras conductas depresivas y ansiosas contribuyen a no poder descansar correctamente. Proporcionar estrategias que coadyuven a un buen descanso	Tomar una fotografía de las acciones que emprendió para acondicionar su habitación de dormir
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar		Cierre	Preguntar y aclarar cualquier duda o	.

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
		sobre dudas o comentarios.			comentario que le surja.	

Cartas descriptivas: Sesión 8

Nombre del practicante:	del	López Alvarado Ibet			
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none">• Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad• Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario.• Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario• Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales• Aumentar sus habilidades sociales				
Objetivo específico de la sesión:	Animar al usuario a realizar o volver a realizar las actividades que le resulten significativas.				
Número de sesión:	8	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.	.	Rapport	<p>Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural.</p> <p>Iniciar una conversación con una pregunta estándar</p> <p>¿Qué tal tu día?</p> <p>¿Qué calor hace últimamente?</p> <p>¿Cómo ha estado?</p>	
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	45 min	Animar al usuario a realizar o volver a realizar las	Infografía con concepto de salud y	Activación conductual	Explicar el concepto de salud, los hábitos saludables y	Lista de actividades agradables y no

		<p>actividades que le resulten significativas .</p>	<p>hábitos saludables</p>		<p>su importancia.</p> <p>Realizar con el usuario un horario donde se planifiquen actividades agradables.</p> <p>Explicar en qué consiste el reforzamiento y cómo nos puede ayudar.</p>	<p>agradables</p>
<p>Cierre</p>	<p>5 min</p>	<p>Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios.</p>		<p>Cierre</p>	<p>Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.</p>	

Cartas descriptivas: Sesión 9

Nombre practicante:	del	López Alvarado Ibet			
Nombre proyecto:	del	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad			
Población a quien va dirigida:		Hombre de 30 años			
Objetivo General:		Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad			
Objetivos específicos:		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 			
Objetivo específico de la sesión:		Enseñar habilidades sociales básicas.			
Número de sesión:	9	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
--------------------------	---------------	-----------------	-----------------	----------------	--------------------------------	-----------------------

Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.	.	Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	Practicar en casa
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	45 min	Enseñar habilidades sociales básicas.	Infografía de escucha activa	Habilidades sociales	Preguntar sobre aquellas conversaciones en las que tuvo una respuesta de ansiedad y huyó, para posteriormente decirle si sabe en qué consisten las habilidades sociales y la	Poner en práctica una habilidad social en una plática sencilla y escribir la experiencia.

					<p>importancia de su aprendizaje, como: escucha activa, iniciar, mantener y cerrar conversaciones.</p> <p>Enseñar y realizar un role playing de las habilidades que se abordaron</p>	
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios .		Cierre	<p>Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.</p> <p>Recordarle que es una técnica que se puede ocupar en otros momentos de la vida, ejemplificar de ser posible.</p>	

Cartas descriptivas: Sesión 10

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Identifica, enseñar cómo corregir ideas y pensamientos irracionales sustituyéndolos por otros más racionales.				
Número de sesión:	10	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
--------------------------	---------------	-----------------	-----------------	----------------	--------------------------------	-----------------------

Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.		Rapport	Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural. Iniciar una conversación con una pregunta estándar ¿Qué tal tu día? ¿Qué calor hace últimamente? ¿Cómo ha estado?	Practicar en casa
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	50 min	Identificar y enseñar cómo corregir ideas y pensamientos irracionales sustituyéndolos	Cuadro con las distorsiones cognitivas	Reestructuración cognitiva	Explicar las emociones básicas y su función adaptativa.	Realizar el cuadro de reestructuración cognitiva

		os por otros más racionales.			Explicar el impacto de las distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos y cómo cambiarlas por respuestas más racionales	
Cierre	5 min	Resumir las actividades de día y preguntar sobre dudas o comentarios.		Cierre	<p>Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.</p> <p>Recordarle que es una técnica que se puede ocupar en otros momentos de la vida, ejemplificar de ser posible.</p>	

Cartas descriptivas: Sesión 11

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:			Hombre de 30 años		
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Reducir las respuestas de ansiedad.				
Número de sesión:	11	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
--------------------------	---------------	-----------------	-----------------	----------------	--------------------------------	-----------------------

Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.	.	Rapport	<p>Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural.</p> <p>Iniciar una conversación con una pregunta estándar</p> <p>¿Qué tal tu día?</p> <p>¿Qué calor hace últimamente?</p> <p>¿Cómo ha estado?</p>	Practicar en casa
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	45 min	Reducir las respuestas de ansiedad.		Autoinstrucciones de Meichenbaum	Explicar e identificar cómo determinadas autoinstrucciones no funcionales promueven que sea complicado hacer frente a las	Realizar la lista de autoinstrucciones para 3 de sus pensamientos erróneos

					<p>respuestas depresivas y ansiosas, por medio de ejemplos de su vida cotidiana.</p> <p>Explicar y acompañar a realizar cada paso de los 4 para realizar esta técnica.</p>	
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios.		Cierre	<p>Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.</p> <p>Recordarle que es una técnica que se puede ocupar en otros momentos de la vida, ejemplificar de ser posible.</p>	

Cartas descriptivas: Sesión 12

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet				
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Población a quien va dirigida:	Hombre de 30 años				
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad				
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 				
Objetivo específico de la sesión:	Aumentar la capacidad de afrontamiento al tratar con situaciones problema.				
Número de sesión:	12	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluación

Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa
-------------------	--------	----------	----------	---------	-------------------------	----------------

Inicio	5 min	Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.	.	Rapport	<p>Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural.</p> <p>Iniciar una conversación con una pregunta estándar</p> <p>¿Qué tal tu día?</p> <p>¿Qué calor hace últimamente?</p> <p>¿Cómo ha estado?</p>	Practicar en casa
Inicio	5 min	Revisar la tarea en casa	Ninguno	Tarea en casa	Revisar la tarea en casa y preguntar sobre dudas o comentarios, la experiencia al realizar la tarea solicitada.	
Desarrollo	45 min	Aumentar la capacidad de afrontamiento al tratar con situaciones problema.		Desensibilización sistemática	Explicar la funcionalidad y en qué consiste la técnica para después realizar paso a paso por medio de	Realizar una plática social por 30 minutos

					una situación que recuerde o imaginada mediante role playing	
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios.		Cierre	<p>Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.</p> <p>Recordarle que es una técnica que se puede ocupar en otros momentos de la vida, ejemplificar de ser posible.</p>	

Cartas descriptivas: Sesión 13

Nombre del practicante:	López Alvarado Ibet					
Nombre del proyecto:	Intervención cognitivo conductual en un caso con sintomatología de depresión y ansiedad					
Población a quien va dirigida:			Hombre de 30 años			
Objetivo General:	Conocer la eficacia de una intervención cognitivo conductual en caso con sintomatología de depresión y ansiedad					
Objetivos específicos :	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los síntomas presentes en el usuario correspondientes a la depresión y ansiedad • Diseñar un programa de intervención ajustado al caso del usuario. • Proveer de estrategias cognitivo conductuales al usuario • Disminuir sus síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales • Aumentar sus habilidades sociales 					
Objetivo específico de la sesión:	Identificar los síntomas presentes en el usuario posterior al tratamiento					
Número de sesión:	1 3	Tipo de sesión:	Evaluación	Tratamiento	Post-evaluacion	
Fase de la sesión	Tiempo	Objetivo	Recursos	Técnica	Acciones de practicante	Tareas en casa

<p>Inicio</p>	<p>5 min</p>	<p>Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.</p>	<p>.</p>	<p>Rapport</p>	<p>Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural.</p> <p>Iniciar una conversación con una pregunta estándar</p> <p>¿Qué tal tu día?</p> <p>¿Qué calor hace últimamente ?</p> <p>¿Cómo ha estado?</p>	<p>Practicar en casa</p>
<p>Inicio</p>	<p>5 min</p>	<p>Crear un ambiente de confianza para la recolección de información.</p>	<p>.</p>	<p>Rapport</p>	<p>Ser observador y establecer rapport de manera rápida pero natural.</p> <p>Iniciar una conversación con una pregunta estándar</p> <p>¿Qué tal tu día?</p> <p>¿Qué calor hace últimamente ?</p> <p>¿Cómo ha estado?</p>	<p>Practicar en casa</p>

Desarrollo	45 min	Identificar los síntomas presentes en el usuario	<p>Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)</p> <p>Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI).</p> <p>Inventario de Fobia Social</p> <p>Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos</p>	Aplicación de instrumentos psicológicos	<p>Aplicar los instrumentos, dar indicaciones claras y precisas.</p> <p>Cuidar las variables externas como luz y sonido.</p>	Realizar una plática social por 30 minutos
Cierre	5 min	Resumir las actividades del día y preguntar sobre dudas o comentarios		Cierre	Preguntar y aclarar cualquier duda o comentario que le surja.	