

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



MOMENTOS DE CAMBIO EN UNA CONSULTANTE CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD: ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE UN PSICOTERAPEUTA EN FORMACIÓN

TRABAJO RECEPCIONAL para obtener el **GRADO** de
MAESTRO EN PSICOTERAPIA

Presenta: **DAVID GERARDO RODRÍGUEZ MONTERO**

Asesor **MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**

Tlaquepaque, Jalisco, mayo de 2024

Dedicatoria

*En este viaje de saber y explorar,
Donde el conocimiento florece sin cesar,
Dedico estas páginas con gratitud,
A quienes me dieron fuerzas y actitud.*

Quiero dedicar este Trabajo de Obtención de Grado a mis queridos consultantes. Sin ellos no habría sido posible culminarlo. Gracias por confiar en mí y compartir sus historias, preocupaciones y esperanzas. Ustedes, han sido la fuerza impulsora detrás de mi dedicación y búsqueda constante de mejorar.

A través de nuestras interacciones, he aprendido invaluable lecciones sobre la resiliencia humana, la importancia de la empatía y la necesidad de acercarse a la salud desde múltiples vertientes como la medicina y la psicoterapia con una visión multidisciplinaria.

Agradecimiento

Estoy profundamente agradecido con mis profesores del posgrado de teoría, supervisión y asesores del área de investigación, desarrollo e innovación, quienes con su valiosa guía y experiencia hicieron posible dar forma a este trabajo de investigación.

De manera especial quiero agradecer a mi mentor, el Dr. Víctor Manuel de Santiago Sánchez, quien desempeñó un papel fundamental en mi crecimiento como profesional, estimulando mi pasión por el trabajo clínico, la docencia y mi deseo de seguir desarrollándome académicamente.

Agradezco también a mis compañeros del posgrado, por su tiempo, valiosas ideas y críticas constructivas. Su conocimiento, experiencia y dedicación enriquecieron este trabajo.

Expreso mi sincero agradecimiento a mi red de apoyo, incluyendo a mi familia y amigos, por su respaldo durante los desafíos que viví durante este proceso académico. Sus palabras de aliento fueron fundamentales para mi motivación y bienestar.

A mis alumnos, quienes también me han brindado valiosos aprendizajes y me motivan a seguir progresando personal y académicamente para ser un mejor profesor y un mejor ser humano.

Al Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO por facilitar el proceso de investigación, brindando acceso a los materiales necesarios y manteniendo un entorno propicio para mi aprendizaje.

También quiero expresar mi agradecimiento al ITESO por su filosofía altruista, la cual ha contribuido significativamente a mi desarrollo académico, profesional y personal. Estos logros solo habrían sido posibles en esta maravillosa universidad.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar y describir los momentos de cambio en las esferas cognitiva, emocional y conductual, durante el proceso psicoterapéutico con una consultante con síntomas de ansiedad. Para la realización de esta investigación se utilizó una aproximación cualitativa, utilizando conceptos tomados del enfoque cognitivo conductual y de la psicoterapia integrativa. Se identificaron problemáticas cognitivas, conductuales, y emocionales, relacionadas a dinámica familiar y relación de pareja, así como dificultades propias manifestadas en síntomas de ansiedad. La ansiedad se manejó de forma psicoterapéutica, en categoría de síntoma, sin cumplir esta, criterios para considerarse un trastorno de ansiedad. Se codificó y categorizó el contenido de las sesiones, siguiendo los indicadores de cambio propuestos en el SCAT. Se produjo la resignificación de los síntomas con remisión de estos. Se consolidan los cambios generando alivio de síntomas de ansiedad, fortalecimiento de autoestima y cambio de patrones de pensamiento disfuncionales, así como, desarrollo de habilidades de afrontamiento y adaptación. Se logró identificar y describir los momentos de cambio significativos en la consultante, lo que permitió una comprensión más completa del caso. Resaltó la importancia de las dinámicas emocionales y cognitivas en la experiencia de la ansiedad. Se observó que los momentos de cambio estuvieron estrechamente vinculados a cambios en la percepción, el procesamiento emocional y la interpretación de situaciones estresantes.

Palabras clave: psicoterapia, cambio, ansiedad, cognitivo, conductual, emociones.

ABSTRACT

This research aimed to analyze and describe moments of change in the cognitive, emotional, and behavioral spheres during the psychotherapeutic process with a female consultee presenting symptoms of anxiety. For this research, a qualitative approach was employed, incorporating concepts from the cognitive-behavioral and integrative psychotherapy approaches. Cognitive, behavioral, and emotional issues related to family dynamics and intimate relationships were identified, along with individual difficulties manifesting as anxiety symptoms. Anxiety was managed psychotherapeutically as a symptom, without meeting the criteria for an anxiety disorder. The session content was coded and categorized using change indicators proposed in the SCAT. Symptom reevaluation and subsequent remission occurred. Changes were consolidated, resulting in the alleviation of anxiety symptoms, improved self-esteem, and a shift from dysfunctional thought patterns. Coping and adaptability skills were developed. Significant moments of change in the consultant were identified and described, enabling a more comprehensive understanding of the case. The significance of emotional and cognitive dynamics in the experience of distress was highlighted. It was observed that moments of change were closely linked to alterations in perception, emotional processing, and the interpretation of stressful situations.

Keywords: Psychotherapy, change, anxiety, cognitive, behavioral, emotions

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
III.	JUSTIFICACIÓN.....	8
	3.1 Objetivo General	9
	3.2 Objetivos Específicos.....	10
	3.3 Pregunta de Investigación	10
IV.	ESTADO DEL ARTE	11
	4.1 Metodología de la Recopilación de Información Para el Estado del Arte	11
	4.2 Trastorno de Ansiedad: Conceptos Generales	12
	4.3 Momentos de Cambio	16
	4.4 Trastornos de Ansiedad: Perspectiva Actual	18
V.	MARCO TEORICO	22
	5.1 Proceso de Psicoterapia	22
	5.2 Enfoque Cognitivo-Conductual.....	26
	5.3 La Ansiedad Desde el Enfoque Cognitivo Conductual.....	28
	5.4 Psicoterapia Integrativa	34
	5.6 Episodios de Cambio en Psicoterapia.....	43
VI.	MARCO METODOLÓGICO.....	47
	6.1 Investigación Cualitativa.....	47
	6.2 Estudio de Caso	49
	6.3 Técnica de Análisis de Datos: SCAT.....	51
	6.4 <i>Consideraciones Éticas</i>	55
	6.5 Conceptualización y diseño del caso.....	56
VII.	RESULTADOS.....	64
VIII.	DISCUSIÓN.....	81
IX.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	85
	9.1 Conclusiones.....	85
	9.2 Propuestas.....	87
X.	REFERENCIAS	88
	ANEXO I: Tablas	96
	ANEXO II: Consentimiento informado.....	104
	ANEXO III: Aviso de privacidad	105

Índice de Figuras

Figura 1 35

Figura 2 59

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los propósitos fundamentales de la psicoterapia es producir cambios en los consultantes, de tipo cognitivo, emocional o conductual. El trabajo aquí presentado nace debido a la necesidad de conocer y explicar la existencia del cambio que ocurre en un proceso psicoterapéutico el cual se realizó con una consultante con síntomas de ansiedad, durante un proceso de supervisión de casos con un psicoterapeuta en formación.

La psicoterapia es una herramienta importante para el tratamiento de los trastornos mentales y emocionales. Mediante el diálogo entre el psicoterapeuta y el consultante, se busca identificar y resolver los conflictos internos que causan malestar en la vida del individuo. Por lo tanto, una buena relación terapéutica es un componente fundamental en el proceso de psicoterapia. La capacidad de establecer una conexión significativa y colaborativa entre el terapeuta y el consultante es esencial para el éxito de cualquier intervención terapéutica.

En este contexto, el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) cuenta con una Maestría en Psicoterapia que ha ayudado a comprender y mejorar la relación terapéutica de manera integral. Este programa de posgrado ha sido diseñado para proporcionar a los estudiantes una formación profunda en los aspectos teóricos y prácticos de la psicoterapia, centrándose especialmente en la relación entre terapeuta con el consultante.

El objetivo general de esta investigación fue analizar los momentos de cambio de una consultante con síntomas de ansiedad, durante el proceso psicoterapéutico, desde la perspectiva de un psicoterapeuta en formación, lo que permitió una mejor comprensión de los procesos de cambio en la psicoterapia y contribuyó en el fortalecimiento de la práctica clínica y de la promoción de la salud mental.

Para la realización de este trabajo de investigación se utilizó una aproximación cualitativa. Se trató de un estudio de caso en el que se tomaron como referentes conceptos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) (García, et al., 2012; Clark & Beck, 2010; Luterek, Eng, & Heimberg, 2003; Ruiz, et al., 2012). Se analizaron los momentos de cambio a través de los indicadores de cambio genéricos propuestos en el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) de Krause, Valdés y Tomicic y colaboradores (2009).

El contenido del trabajo se dividió en diez capítulos. En el primer capítulo se elaboró una introducción general del presente trabajo. En el segundo capítulo, se hizo un planteamiento del problema, mostrando un panorama general de la situación actual con relación a los procesos de cambio en psicoterapia. El tercer capítulo incluyó la justificación, objetivos de la investigación, generales y específicos, y la pregunta de investigación que expresó la inquietud de analizar los momentos de cambio en la consultante.

El cuarto capítulo presentó el Estado del Arte sobre los temas de Trastornos de Ansiedad y momentos de cambio en psicoterapia para tener una visión general de estas temáticas.

El quinto capítulo integró el marco teórico, con el desarrollo de cinco apartados que dieron mayor claridad a la investigación: Proceso de psicoterapia, Enfoque cognitivo-conductual, La ansiedad desde el enfoque conductivo-conductual, La psicoterapia integrativa y Los episodios de cambio en psicoterapia.

El sexto capítulo trató sobre marco metodológico. Incluyó: la Investigación cualitativa, el Estudio de caso, el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT), las Consideraciones éticas, el Diseño del estudio y la Presentación del caso.

En el séptimo capítulo se plasmaron los resultados de la investigación, y el capítulo octavo sobre la discusión, el noveno trató sobre las conclusiones y propuestas respectivamente, finalizando con el décimo apartado con referencias y anexos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad es un trastorno emocional ampliamente reconocido que afecta la calidad de vida de millones de personas. Los síntomas de ansiedad pueden manifestarse de diversas formas, desde preocupación excesiva hasta ataques de pánico, y a menudo están vinculados a experiencias traumáticas o situaciones de estrés prolongado. La psicoterapia se estableció como una intervención efectiva para el tratamiento de la ansiedad, ofreciendo un espacio de apoyo y exploración personal que permite a los consultantes entender y superar sus síntomas.

A pesar de los avances en la terapia de la ansiedad, es importante continuar indagando sobre la manera en que se articulan los momentos de cambio que experimentan los consultantes durante su proceso psicoterapéutico. Estos momentos se refieren a fragmentos de diálogo específicos en los que los consultantes verbalizan una mejora significativa o un avance en su proceso terapéutico, lo que permite observar una reducción de los síntomas de ansiedad. La identificación y análisis de estos momentos de cambio son esenciales para sistematizar la práctica de los psicoterapeutas y contribuir a la comprensión de la vivencia sobre los síntomas de ansiedad en los consultantes.

En el ámbito de la psicología clínica, se han identificado más de 400 enfoques distintos de psicoterapia, cada uno proponiendo diversas teorías sobre el funcionamiento de la mente y sus disfunciones, además de utilizar diferentes métodos técnicos para abordar estos problemas. A pesar de esta heterogeneidad, todos estos enfoques terapéuticos comparten un objetivo común: inducir modificaciones en el estado inicial del consultante. Por consiguiente, el cambio constituye el factor fundamental para evaluar los resultados de la psicoterapia (Roussos et al., 2017).

Para el desarrollo adecuado de un proceso de psicoterapia es esencial tener en cuenta el papel del consultante en la definición de metas y propósitos de este. Aunque los

psicoterapeutas desempeñan un papel importante al guiar y facilitar el proceso terapéutico, el consultante tiene un rol activo en la formulación de los objetivos terapéuticos. El consultante es quien mejor conoce sus propias experiencias, pensamientos, emociones y metas, de esta forma se determina que aspectos de su vida desea cambiar o mejorar a través de la psicoterapia. Lo anterior les brinda un sentido de autonomía y empoderamiento en su proceso de cambio, aumentando su motivación y compromiso con la terapia.

El terapeuta por su parte aporta sus conocimientos teóricos y técnicos, así como su escucha para establecer en la relación terapéutica condiciones adecuadas para el trabajo. Este trabajo colaborativo entre consultante y terapeuta se convierte entonces en la base para propiciar y comprender el fenómeno del cambio terapéutico.

Se puede considerar que un aspecto importante para tener en cuenta en la revisión del trabajo en psicoterapia es el principio del *Mutatis mutandis* (cambiar solo lo que se debe cambiar) el cual debe ser adaptado de manera individualizada para cada consultante. En otras palabras, se trata de identificar qué aspectos deben modificarse en los consultantes para mejorar su condición clínica (Roussos et al., 2017).

Según Campagne (2014), la psicoterapia se compone de elementos claramente identificables y cuantificables en términos de su impacto en el resultado final. Por lo tanto, el terapeuta debe ajustar su enfoque y, en especial, su autoevaluación de acuerdo con la situación única del consultante y los aspectos más relevantes del caso. Su principal responsabilidad radica en emplear la terapia que mayor beneficio aporte al consultante, priorizando, en primer lugar, los factores que influyen en él.

En este proceso, el psicoterapeuta en formación tiene una labor crucial en la identificación de los modelos y técnicas que se utilizan para facilitar el cambio en los consultantes. Comprender cómo se producen estos cambios es fundamental para la práctica clínica y para el diseño de intervenciones eficaces.

En contraste, las personas poseen la capacidad de transformarse y tomar un papel activo en su proceso de terapia. Sin embargo, no todos muestran la misma disposición; existen notables diferencias entre individuos. Dado que las personas ese potencial para realizar un cambio, la responsabilidad de los profesionales clínicos e investigadores radica en identificar qué prácticas son más propicias para su desarrollo. En otras palabras, lo más adecuado es optimizar la contribución de los psicoterapeutas para asegurar la participación de los consultantes y alcanzar los resultados deseados en las intervenciones (Corbella & Botella, 2003).

En este contexto, Norcross y Wampold (2018) argumentan que el éxito de una terapia se basa en una serie de factores, ordenados de la siguiente manera: el consultante, la relación terapéutica, el terapeuta y, por último, el enfoque de tratamiento empleado. De manera más abstracta, esto se puede expresar como: el síntoma, la conexión emocional, la relación con el terapeuta y, por último, el método utilizado. La distinción entre el tipo y la modalidad de cada tratamiento resulta complicada. Cada terapeuta puede tener una preferencia por un enfoque específico o incluso desarrollar su propio modelo, y la relación terapéutica que establezca será coherente con esa elección. No obstante, en algunos casos, la relación terapéutica puede no ser acorde con la preferencia del terapeuta, especialmente cuando profesionales se aferran a una corriente de pensamiento particular, sin reconocer que esta lealtad puede ser la principal causa de su propia resistencia y una supresión evitable de sus talentos naturales.

En este estudio se llevó a cabo un análisis de los momentos de cambio psicoterapéuticos en una consultante con síntomas de ansiedad. Se buscó sistematizar lo ocurrido en un proceso de psicoterapia con el fin de detectar puntos de mejora para la atención de los consultantes y comprender mejor el abordaje de los síntomas de ansiedad.

Esta investigación ha sido la pauta para adquirir una comprensión más profunda de los factores que influyen en la transformación de los síntomas de ansiedad y cómo se manifiestan los momentos de cambio en la terapia. Así mismo, brindó una perspectiva más clara sobre las estrategias y técnicas terapéuticas que son efectivas en casos similares, lo que permite adaptar y mejorar el enfoque clínico para futuros casos.

Además, al analizar con detenimiento de la evolución de un caso específico, permite al terapeuta en formación, fortalecer habilidades de observación, empatía y comprensión de las necesidades individuales de los consultantes. En última instancia, este trabajo de investigación permitió enriquecer el repertorio teórico y práctico, lo que se traducirá en una práctica psicoterapéutica más efectiva y en la capacidad de brindar un apoyo más completo y personalizado a los consultantes.

III. JUSTIFICACIÓN

La investigación permitió obtener información y datos sobre los momentos de cambio durante el desarrollo de un proceso psicoterapéutico de una consultante que presentaba síntomas de ansiedad.

A lo largo de numerosas décadas de investigación científica, se ha confirmado lo que los psicoterapeutas han entendido desde hace mucho tiempo: distintos consultantes requieren enfoques terapéuticos y relaciones diferentes. Actualmente, la investigación ha identificado rasgos específicos de los consultantes y combinaciones óptimas para personalizar la psicoterapia. En la práctica clínica, ya sea convencional o basada en evidencia, los terapeutas pueden diseñar terapias nuevas y adaptadas a la situación única de cada consultante, considerando tanto sus características individuales como el tipo de trastorno que presenten (Norcross & Wampold 2018).

En la década de 1980, la investigación en el campo de la estableció claramente que es preferible proporcionar psicoterapia en lugar de no hacerlo, o en lugar de ofrecer tratamientos de tipo placebo psicoterapia (Asociación Americana de Psicología [APA], 1982; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Smith, Glass y Miller, 1980, cómo se citó en Rodríguez et al., 2004). No obstante, esta conclusión ha generado nuevas interrogantes sobre cuáles tratamientos son más efectivos para cada consultante y sus problemas específicos, así como quién debería llevar a cabo dichos tratamientos (Rodríguez et al., 2004).

Con relación a lo mencionado previamente, la APA sostiene que una terapia se considera más efectiva cuando: a) el tratamiento psicológico produce mejores resultados en comparación con un placebo u otra forma de tratamiento, o b) cuando la intervención demuestra una eficacia que se asemeja a la de un tratamiento previamente establecido. Estos son criterios mínimos que requieren el empleo de una metodología específica que

involucra a grupos de al menos 30 consultantes, la descripción precisa de los tratamientos y su aplicación en una población específica que presente un problema concreto. Como resultado de esto, surgen los tratamientos validados empíricamente (Rodríguez et al., 2004).

Con base a lo anterior, llevar a cabo un estudio sobre psicoterapia y los cambios psicoterapéuticos en los consultantes se considera importante por lo siguiente:

1. Ayuda a entender cómo funciona la psicoterapia. Los psicoterapeutas necesitan comprender los mecanismos subyacentes que producen los cambios en los consultantes para poder mejorar y ajustar su práctica clínica.
2. Valida la efectividad de la terapia como tratamiento para las diversas patologías mentales.
3. Identifica elementos que influyen en el éxito de la terapia. Al comprender qué factores son más importantes para lograr un cambio positivo en los consultantes, los terapeutas pueden adaptar su enfoque para maximizar la eficacia de la terapia.
4. Contribuye al desarrollo de nuevas terapias y enfoques de tratamiento para problemas de salud mental.

Finalmente, los resultados obtenidos permitieron un mejor entendimiento de cómo orientar a consultantes con síntomas de ansiedad.

3.1 Objetivo General

Analizar los momentos de cambio de una consultante con síntomas de ansiedad durante su proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de un psicoterapeuta en formación.

3.2 Objetivos Específicos

1. Describir los momentos de cambio en el ámbito cognitivo de una consultante con síntomas de ansiedad, durante su proceso terapéutico.
2. Describir los momentos de cambio en el ámbito conductual de una consultante con síntomas de ansiedad, durante su proceso terapéutico.
3. Describir los momentos de cambio en el ámbito afectivo de una consultante con síntomas de ansiedad, durante su proceso terapéutico.

3.3 Pregunta de Investigación

¿Cuáles podrían ser los cambios cognitivos, conductuales y afectivos observados en una consultante con síntomas de ansiedad a lo largo de su proceso terapéutico, desde la perspectiva de un psicoterapeuta en formación?

IV. ESTADO DEL ARTE

En las últimas décadas, el estudio y tratamiento de los trastornos de ansiedad han experimentado avances significativos, llevando a un mayor entendimiento de los mecanismos subyacentes a estas condiciones y, en consecuencia, a la evolución de intervenciones terapéuticas más eficaces. Dentro de este amplio campo de investigación, un área que ha sido foco de atención es la identificación y comprensión de los "momentos de cambio" en la terapia en casos con síntomas de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad, que abarcan desde el trastorno de ansiedad generalizada hasta las fobias específicas, plantean desafíos complejos para profesionales de la salud mental. La dinámica de la ansiedad, caracterizada por una interacción compleja entre factores cognitivos, emocionales y conductuales, subraya la importancia de analizar de manera detenida los momentos cruciales en el proceso terapéutico. Estos "momentos de cambio" representan momentos críticos en los cuales se produce una transformación significativa en la experiencia del consultante, señalando un punto esencial en el camino hacia la recuperación.

4.1 Metodología de la Recopilación de Información Para el Estado del Arte

La elaboración del "Estado del Arte" se llevó a cabo mediante una metodología detallada y sistemática que abarcó diversas etapas. En primer lugar, se delinearon claramente los objetivos específicos de esta revisión y se formularon preguntas de investigación con el propósito de guiar el proceso de búsqueda y análisis. La identificación de fuentes se llevó a cabo mediante una búsqueda meticulosa en bases de datos académicos utilizando términos relacionados con "terapia de la ansiedad" y "momentos de cambio". Además de las bases de datos, se revisaron revistas especializadas, libros y tesis relevantes para asegurar una cobertura exhaustiva del tema.

Una vez recopilados los estudios, se establecieron criterios de inclusión y exclusión que consideraron factores como el año de publicación, el tipo de estudio y el enfoque terapéutico. Esta fase garantizó la selección de investigaciones pertinentes y la evaluación de la calidad metodológica de cada estudio. La siguiente, y última, etapa consistió en el análisis y síntesis de los datos recopilados. Las fuentes utilizadas fueron documentadas y citadas según las normas académicas.

4.2 Trastorno de Ansiedad: Conceptos Generales

La ansiedad, en su expresión normal, es una condición humana y emocionalmente compleja que se desencadena mediante procesos de análisis cognitivo, permitiendo al individuo evaluar información relevante sobre una situación determinada, los recursos y el resultado esperado. Tiene una función adaptativa que guía el comportamiento estratégico en circunstancias reconocidas como amenazantes o difíciles. Esta respuesta de ansiedad abarca varios procesos interrelacionados, tales como: cognitivos como el procesamiento de información, fisiológicos como la preparación del organismo para actuar, conductuales como las acciones para prevenir, controlar, luchar o huir y afectivos al experimentar la ansiedad propiamente (Díaz & De la Iglesia, 2019).

Por otro lado, la ansiedad como "rasgo de personalidad" hace referencia a diferencias individuales estables que predisponen a una persona al desarrollo de trastornos emocionales. En contraste, la ansiedad patológica implica una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en relación con la amenaza objetiva de la situación. Esta forma de ansiedad surge de cogniciones disfuncionales que atribuyen una valoración errónea de peligro, activando esquemas inadaptativos que sesgan el procesamiento de la información. La ansiedad patológica afecta negativamente la capacidad para manejar eficazmente situaciones aversas, incluso deteriorando el desempeño en ámbitos social y laboral (Díaz & De la Iglesia, 2019).

Clínicamente los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia persistente y exacerbada de miedo y ansiedad, aunados a conductas disfuncionales que la persona emplea para aliviar estos sentimientos. Estos trastornos se distinguen entre sí en función de lo que provoca el miedo, la ansiedad y los cambios de comportamiento asociados, ya sean objetos o situaciones (Barnhill, 2023).

La ansiedad se desarrolla en el contexto de factores biopsicosociales comunes y no se atribuyen a una causa genética o psicológica específica. Pueden tener raíces familiares, ya sea por rasgos de "inhibición del comportamiento" en la infancia o por la transmisión de temores sociales y evitación a través de patrones de conducta de los padres o experiencias traumáticas tempranas. Asimismo, los trastornos de ansiedad pueden surgir como resultado de enfermedades, medicamentos o, en algunos casos, sin una causa identificable (Barnhill, 2023). La neuropsicología ha contribuido a la exploración de este trastorno, considerando cómo principales moduladores neuronales a anomalías presentes en distintos núcleos cerebrales, cómo el hipocampo la amígdala y el tronco encefálico (Macías-Carballo, et.al., 2019).

El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se fundamenta en la historia clínica, comenzando con la exclusión de posibles causas médicas no psiquiátricas. Posteriormente, se procede a establecer una categoría nosológica, aspecto crucial para aquellos consultantes que han experimentado ansiedad de manera persistente, con un impacto significativo en sus estilos de vida y adaptación. El DSM V y la CIE 10 proporcionan descripciones exhaustivas de los trastornos de ansiedad, resaltando las diferencias entre ellos y contribuyendo a la mejora de la nosología psiquiátrica (Cupul-García et al., 2018).

Así mismo, existe la alternativa de utilizar escalas de evaluación de la ansiedad como herramienta diagnóstica. Entre estas se encuentran el Hamilton de ansiedad (HAS), el inventario del estado de ansiedad (ASI), el inventario del estado-rasgo de ansiedad (STAI),

la lista de síntomas-90 (SCL-90-R), el inventario de ansiedad de Beck (BAI), la escala de autoevaluación de ansiedad (SRAS), entre otras (Jiménez, 2022).

En relación con las modalidades terapéuticas, es crucial destacar que, antes de iniciar cualquier tratamiento, es necesario llevar a cabo una evaluación exhaustiva del consultante. El propósito de esta evaluación es determinar el tipo de trastorno de ansiedad que presenta y su nivel de intensidad. Herramientas como el IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado), el inventario de ansiedad de Beck o la escala de ansiedad de Hamilton son útiles para identificar estas características de los trastornos de ansiedad (Macias, 2019).

Según el "Informe Mundial de la Salud Mental" publicado por la Organización Mundial de la Salud (2022), se evidencia que los trastornos de ansiedad exhiben una prevalencia aproximadamente un 50% mayor en mujeres a lo largo de sus vidas en comparación con los hombres. Dado que estos trastornos constituyen la mayoría de los casos de trastornos mentales en general, un poco más del 13,5% de las mujeres, equivalentes a 508 millones, presentan algún trastorno mental, frente al 12,5% de los hombres, que representa 462 millones.

En el mismo informe, la OMS señala que, antes de la pandemia de COVID-19, se estimaba que 298 millones de personas padecían trastornos de ansiedad en el año 2020. Luego de ajustar estas cifras por los impactos de la pandemia, las estimaciones iniciales sugieren un aumento a 374 millones para esta afección, representando un incremento del 26% en tan solo un año.

A pesar de la existencia de tratamientos altamente eficaces para estos trastornos, solo alrededor del 27,6% de las personas que los requieren reciben algún tipo de tratamiento. Entre los obstáculos para acceder a la atención se encuentran la falta de conciencia sobre la naturaleza tratable de este problema de salud, la insuficiente inversión

en servicios de salud mental, la escasez de profesionales de la salud mental capacitados y la persistencia del estigma social (OMS, 2023).

4.3 Momentos de Cambio

Según Laudo (2019), un método y técnica adecuados a los objetivos terapéuticos, junto con un terapeuta debidamente capacitado para aplicarlos, son elementos esenciales que facilitan los cambios psicoterapéuticos. Sin embargo, también se encuentran otros aspectos presentes en muchas psicoterapias, los cuales son expresados por los propios consultantes o se deducen a partir de sus verbalizaciones. Estos elementos incluyen:

1. Un terapeuta que manifieste motivación e interés genuino por comprender las preocupaciones del consultante y que esté comprometido con la tarea de brindar apoyo.
2. Por parte del terapeuta, la adopción de una posición imparcial y objetiva durante la terapia, evitando sesgos personales y juicios, con el fin de establecer un espacio seguro y de confianza para el consultante.
3. La disponibilidad de un entorno terapéutico estable y regular que proporcione al consultante una sensación de seguridad y comodidad. Además, este entorno permite al terapeuta recopilar e interpretar información que facilite la comprensión de los problemas del consultante y comunicarlos de manera comprensible.
4. El abordaje interpretativo de la problemática central que otorgue sentido y revele aspectos propios que el consultante desconocía o que se manifestaban únicamente a través de los síntomas. Todo esto en relación con la conflictiva que ocupa un lugar central en la mente del consultante en ese momento.

Así mismo, Laudo (2019) señala algunas situaciones observadas durante las sesiones terapéuticas que se interpretan como señales de cambio, creando la impresión de una "situación nueva", la cual los propios consultantes describen de esta manera. Estas situaciones incluyen:

1. La capacidad de elaborar una historia propia, reflexionar sobre el porqué de las experiencias pasadas y reconstruir la biografía. Al iluminar áreas previamente oscurecidas debido al sufrimiento, este proceso configura un esquema del funcionamiento mental pasado y actual, permitiendo al individuo localizar y comprender sus propios conflictos con mayor claridad y empatía.
2. La internalización de la figura de un "consejero" como un recurso interno para afrontar desafíos, resolver problemas o tomar decisiones. La interacción mental con esta representación le proporciona al consultante perspectiva y orientación.
3. La psicoterapia ayuda a la persona a discernir entre las partes saludables y problemáticas de su personalidad. Elaborar un "mapa" de estos conflictos ayuda al consultante a no identificar lo problemático como la totalidad de su ser. Este proceso facilita enfrentar las partes difíciles y dolorosas, permitiendo abordar la tendencia a separar, negar o atribuir los problemas a otros para evitar malestar emocional.
4. La habilidad para empatizar y comprender las experiencias de los demás se percibe como un indicador de cambio, a la vez que anticipa otros cambios, como el relacionado con la triangulación.
5. La capacidad del consultante para examinar un conflicto desde diferentes perspectivas, incluyendo la capacidad de observar sus propios sentimientos. Al llegar a esta fase, se experimenta un considerable alivio para el consultante.

Por último, Laudo (2019) resalta la importancia de observar cuidadosamente los momentos que surgen en la dinámica de la relación con el consultante a través de sus expresiones verbales. Así mismo, destaca la relevancia de que el terapeuta preste atención a todo lo que ocurre, permitiendo al consultante hacer lo mismo. Una estrategia para lograr esto es captar cualquier cambio, por más pequeño que sea, ya que esto implica que debe

ser reconocido, explorado en profundidad y recordado en sesiones posteriores cuando sea pertinente.

4.4 Trastornos de Ansiedad: Perspectiva Actual

La variedad de características clínicas presentadas por sujetos con trastornos de ansiedad ha llevado a requerir una extensa clasificación de estos padecimientos. Actualmente, no existen criterios precisos que puedan definir el TA de forma clara y sencilla. La similitud de los aspectos clínicos y de las enfermedades concomitantes, dificultan la toma de decisión al momento de clasificar el tipo de TA. Esto se traduce en una subestimación del número de casos reales de cada tipo de TA y, por tanto, en una baja prevalencia de la enfermedad (Macias, 2019).

Así mismo, la mayoría de los estudios clínicos utilizan el cuadro clínico definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en particular la IV y V edición, como guía diagnóstica para determinar la frecuencia. Sin embargo, es importante aclarar que la utilización de la clasificación DSM-V en los TA es cada vez menor y cada vez más cuestionada y, que la mayoría de los expertos utilizan el DSM-IV o versiones anteriores debido, quizás, a que los TA comparten características muy similares que se identificaron en versiones anteriores del DSM pero que ahora están separadas en el DSM-V (Macias, 2019).

En cuanto al tratamiento de los TA, este se puede abordar desde diversas perspectivas. Aunque hay opciones farmacológicas eficaces, la psicoterapia sigue siendo fundamental, ya que se requiere una evaluación psicológica previa antes de considerar el tratamiento con farmacoterapia. La psicoterapia, ya sea individual o grupal, incluye enfoques como la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual. La terapia de conducta se enfoca en enseñar habilidades necesarias para manejar las preocupaciones y facilitar el retorno gradual a las actividades

evitadas debido a la ansiedad asociada con un trastorno específico (Puga et al., 2020).

La neuropsicología, que, por su parte, se dedica al estudio de las funciones mentales superiores, como la memoria, la atención, las funciones ejecutivas, el lenguaje y la inteligencia, y la terapia cognitiva desempeña un papel destacado en este ámbito. En esta forma de terapia, los consultantes comprenden cómo sus pensamientos contribuyen a la ansiedad y aprenden a modificar esos patrones para reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas en determinados trastornos de ansiedad (Gómez-Gastiasoro et al., 2019).

Las terapias respaldadas por evidencia son la opción principal para abordar los trastornos de ansiedad. Estas terapias varían desde intervenciones de baja intensidad que incorporan enfoques de autoayuda, hasta terapias de alta intensidad dirigidas por un terapeuta especializado, adaptadas a la gravedad del trastorno. La evidencia predominante respalda principalmente la terapia cognitivo-conductual (TCC) como tratamiento principal para los trastornos de ansiedad. Sin embargo, la base de evidencia no es tan sólida para otras formas de psicoterapia, como aquellas basadas en psicodinámica, interacción o aceptación, que se utilizan en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Penninx et al., 2021).

Los metaanálisis apoyan la efectividad de la TCC en la ansiedad en condiciones clínicamente representativas en adultos (Stewart y Chambless, 2009), además de ser significativos en comparación con la lista de espera, pero moderados a pequeños en comparación con la atención habitual o un placebo de píldoras. Debido a la escasez de ensayos de alta calidad, se debe interpretar con precaución las estimaciones de efectos, y se aboga por mejoras futuras en la metodología de los ensayos de tratamiento psicológico, incluyendo controles activos y enmascaramiento. Por ello, se necesitan estudios más

rigurosos y bien controlados para evaluar alternativas en la administración de la terapia cognitivo-conductual (Penninx et al., 2021).

Además, siguiendo la idea de Bados (2002), el tema del placebo resulta bastante complejo de analizar, ya que dicho constructo teórico se muestra bastante variable en su significado y no hay demasiada semejanza en su uso operativo-empírico en los distintos autores en psicología. Así, por ejemplo, aquello que es placebo se le puede etiquetar cómo tal desde un modelo terapéutico específico.

Garay et al. (2019) expusieron las características fundamentales de varios modelos psicoterapéuticos, que incluyen el modelo de la preocupación como evitación, el modelo de desregulación emocional, la terapia conductual basada en aceptación, el modelo de la intolerancia a la incertidumbre, el modelo metacognitivo, el modelo de evitación del contraste emocional y la terapia cognitiva estándar. Estos modelos fueron comparados y se analizaron sus similitudes y diferencias. Todos ellos reconocen el papel de la preocupación como un proceso, sin centrarse en los contenidos específicos de las preocupaciones de los consultantes. La evidencia presentó resultados modestos para todos estos modelos en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), independientemente de su grado de elaboración teórica. Como conclusión, señalaron la necesidad de desarrollar modelos psicopatológicos más abarcativos y estrategias clínicas que alivien el sufrimiento de las personas afectadas.

En la práctica clínica, muchos consultantes optan por tratamientos combinados, especialmente cuando enfrentan resistencia al tratamiento, comorbilidades o complicaciones en sus cursos clínicos. A pesar de esta tendencia, la investigación en esta área es insuficientemente. La evidencia de metaanálisis ha señalado que la combinación de psicoterapia y farmacoterapia supera en rendimiento a la farmacoterapia sola en entornos convencionales. No obstante, la resistencia a los tratamientos de primera línea

plantea un desafío clínico significativo. En términos generales, se debería considerar que un consultante es resistente al tratamiento solo cuando tanto la farmacoterapia como la psicoterapia resultan ineficaces (Penninx et al., 2021).

Desde psicoterapias basadas en evidencia hasta tratamientos farmacológicos, la atención se centra en abordar no solo los síntomas manifestados, sino también las causas subyacentes y los factores contribuyentes. A pesar de la variedad de modelos psicoterapéuticos evaluados, se destaca la necesidad de un enfoque colaborativo para desarrollar modelos psicopatológicos más abarcadores y estrategias clínicas que no solo mitiguen los síntomas, sino que también mejoren la calidad de vida de quienes enfrentan estos trastornos. En este dinámico panorama terapéutico, la investigación continua y la innovación son fundamentales para avanzar hacia intervenciones más efectivas y personalizadas que puedan abordar las complejidades individuales de los trastornos de ansiedad. Este estado de arte refleja la importancia de una comprensión multidisciplinaria y una aproximación integrada en la búsqueda constante de mejorar el bienestar de aquellos afectados por trastornos de ansiedad.

V. MARCO TEORICO

La psicoterapia es un proceso terapéutico aplicado a individuos con problemas emocionales, psicológicos y de comportamiento a través de diversos enfoques, utilizando la conversación e interacción con un profesional de la salud mental. Le ofrece al consultante la oportunidad de cambiar sus pensamientos, emociones y comportamientos a través de la exploración y comprensión de sí mismo. El objetivo es mejorar la salud mental del individuo, promover el bienestar emocional y ayudar a las personas a enfrentar y superar dichos problemas.

Etimológicamente, *psicoterapia*, deriva de los vocablos griegos *psyché* que significa espíritu, alma o ser, y *therapeutikos* que significa asistente o aquel que cuida de otro. Siendo así, psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al “ser” de otra persona. Los psicoterapeutas llevan a cabo esta función mediante la escucha, la atención, la empatía y el respeto al consultante y respondiendo de tal manera que lo ayuden a encontrar soluciones a las situaciones que los aqueja (Ávila, 1994; Kleinke, 1998).

En líneas generales, el concepto de psicoterapia engloba los procedimientos que emplean técnicas psicológicas con el propósito de influir en el comportamiento del consultante, con fines terapéuticos. En un sentido más amplio, se refiere al empleo de la interacción y la comunicación, entre otros enfoques, para aliviar las dificultades psicológicas (Pérez y Espinosa, 2014).

5.1 Proceso de Psicoterapia

Bernstein y Nietzel (1982) describen la psicoterapia como una relación interpersonal en la que participan al menos dos individuos, uno de ellos desempeñando el rol de terapeuta, quien posee la capacitación y experiencia necesarias para abordar problemas psicológicos, y el otro individuo actuando como el consultante. Este consultante enfrenta

desafíos emocionales, de conducta o interpersonales y busca establecer una relación terapéutica con el propósito de abordar y resolver su problemática.

Según Bernardi (2004), en toda relación de apoyo se encuentra implícita una perspectiva terapéutica, ya que el profesional se esfuerza por asistir a la persona que busca ayuda en la manera en que esta enfrenta emocionalmente la situación que atraviesa. Aunque no esté aplicando una técnica específica, lo hace de manera reflexiva, basada en conocimiento y crítica, es decir, considerando el impacto de sus acciones e interactuando de acuerdo con los principios del campo.

Por su parte, Pérez y Espinosa (2014), indica que el uso del término "psicoterapia" debería limitarse a enfoques terapéuticos de naturaleza psicológica que incluyan al menos dos componentes esenciales: el establecimiento de una conexión entre el terapeuta y el consultante que permita la formación de un vínculo emocional propicio para explorar aspectos inconscientes, y el objetivo concreto de generar un cambio.

Por lo anterior, en todo proceso terapéutico la relación entre terapeuta y consultante es uno de los aspectos más importantes. El terapeuta ha de ser capaz de establecer una adecuada relación que motive al consultante a seguir la terapia, facilitar la información necesaria y no desistir del tratamiento antes de solucionar el problema (Oblitas, 2004).

Aunque la labor del psicoterapeuta demanda conocimientos y destrezas cruciales para alcanzar el éxito en el proceso terapéutico, no fue hasta mediados del siglo XX que se oficializó la profesión de psicoterapeuta, y esta ocupación se ha consolidado en la sociedad actual debido a su creciente demanda. Esto sugiere dos aspectos: primero, que, en el pasado, la función del psicoterapeuta era ejercida por médicos, educadores, trabajadores sociales y líderes religiosos; y segundo, en la actualidad, estas profesiones, en la práctica, recurren a los conocimientos y destrezas técnicas en psicoterapia (Feixas & Miro, 1993).

La psicoterapia ha evolucionado para convertirse en una profesión independiente en la actualidad, lo que conlleva la necesidad de capacitar a profesionales en esta disciplina. Para desempeñarse de manera ética y eficaz, los psicoterapeutas deben adquirir conocimientos específicos sobre trastornos mentales. Aunque en la actualidad existe una clara tendencia a formar psicoterapeutas dentro del ámbito de la psicología científica, la mayoría de los fundamentos en este campo se han desarrollado en el contexto de diversos modelos psicoterapéuticos (Feixas & Miro, 1993).

Utilizar cómo estrategia principal la exploración del pasado ha perdido relevancia poco a poco, dejando al margen modalidades de tratamiento enfocadas en actitudes pasivas, de silencio y de espera que no tengan en sí mismas referentes ni objetivos estratégicos. Las técnicas que se han consolidado son aquellas centradas la resignificación histórico-biográfica, lo que implica tomar conciencia de la construcción de la propia subjetividad durante el proceso, la asimilación de experiencias emocionales y cognitivas, en niveles de integración, maduración y ajuste, con un papel activo y participativo, por parte de los consultantes, con la gestión y apoyo de los psicoterapeutas (Ávila, 2003).

Según Ceberio y Des Champs (2000), la práctica de la psicoterapia requiere adherirse a principios éticos y asumir la responsabilidad correspondiente, además de adquirir conocimientos teóricos, habilidades para interactuar con los consultantes, experiencia clínica y, sobre todo, ser creativo para innovar en las estrategias terapéuticas. Esto implica fomentar la expresividad de los consultantes, explorar diferentes opciones de tratamiento y fortalecer la relación terapéutica. A pesar de las diferencias en enfoques, el proceso de formación es un aprendizaje dinámico que combina teoría, técnica, práctica y epistemología. La preparación debe ser continua y constante a lo largo de la carrera profesional, estimulando la creatividad del terapeuta y respetando su estilo, proporcionándole las herramientas y recursos necesarios para llevar a cabo intervenciones efectivas.

En relación con lo anterior, Ruiz y Villalobos (1994) enumeran ciertas características personales generales que se espera que posea el terapeuta:

1. Mostrar un auténtico interés por las personas y su bienestar.
2. Reconocer la diversidad de estilos de vida, considerando que todos son dignos de respeto y creyendo en el potencial positivo de las personas.
3. Ser consciente de las propias habilidades y limitaciones, tanto en lo personal como en lo técnico, como el miedo al fracaso, la necesidad excesiva de control, la búsqueda de aprobación y la creencia de que los propios valores son los más apropiados, entre otros.
4. Mantener un autocontrol adecuado para asegurarse de que los propios problemas y dificultades no afecten el proceso terapéutico.

Asimismo, la empatía (habilidad para entender y compartir los sentimientos, pensamientos y perspectivas emocionales de otra persona), la escucha activa (la capacidad de recibir con atención y de manera consciente el mensaje del consultante, comprendiendo no solo las palabras sino también el lenguaje corporal, el tono de voz y las emociones subyacentes, para luego procesar esta información y proporcionar respuestas), la aceptación incondicional del consultante tal como es, y la autenticidad (ser genuino y auténtico) son actitudes que promueven una relación terapéutica efectiva entre el terapeuta y el consultante (Bados, 2011).

Por su parte, Lana et al. (1998) señala que, aunque la teoría, la técnica y los objetivos varían según el modelo de psicoterapia aplicado, existen una serie de pautas universales compartidas por la mayoría de ellas (ver [tabla 1](#) en Anexo I).

De acuerdo con Feixas y Miro (1993), el modelo de Egan para la formación de profesionales en el campo de la asistencia psicológica es uno de los manuales estructurados más ampliamente empleados en los Estados Unidos. Entre las ventajas de

este modelo se incluyen la incorporación de los hallazgos más relevantes de la investigación en psicoterapia, así como las contribuciones de la teoría de la influencia social y el enfoque empleado en el análisis de las habilidades para la resolución de problemas. Este modelo concibe la ayuda psicológica como un proceso secuencial compuesto por tres etapas, cada una de las cuales consta de tres fases (ver [tabla 2](#) en Anexo I).

La idea básica del modelo busca fomentar una relación terapéutica sólida en las etapas iniciales, comenzando con una aproximación no directiva que enfatiza el respeto y la empatía, y luego progresando hacia una intervención más directiva que tiene como resultado un cambio en el comportamiento, el objetivo último del enfoque de Egan. Los pasos sugeridos por este modelo deben ser interpretados de manera flexible, ya que la realidad de la transformación psicoterapéutica no siempre sigue una secuencia lógica, como intentan capturar los modelos (Feixas & Miro, 1993).

En conclusión, la preparación académica y práctica, las certificaciones profesionales, la experiencia clínica y las habilidades necesarias son fundamentales para asumir la función de psicoterapeuta. El proceso de educación, selección y evaluación continua de la aptitud de los estudiantes en psicoterapia debe dar como resultados graduados altamente capacitados para iniciar carreras profesionales exitosas y gratificantes en el largo plazo (Acuña, 2017).

5.2 Enfoque Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un enfoque terapéutico que se fundamenta en los principios de la psicología del aprendizaje. Sus técnicas y procedimientos se apoyan en pruebas científicas o experimentales, y otras se derivan de la experiencia clínica. La TCC se centra en abordar la conducta y sus procesos subyacentes en múltiples niveles (cognitivo, conductual, fisiológico y emocional), tratándola como una actividad que puede ser evaluada y medida, incluso de manera indirecta. Esto abarca tanto los aspectos observables como los no tan evidentes (Ruiz, 2012).

Para Torales y Brítez (2017) la TCC implica a una clase de intervenciones que comparten la misma elemental proposición de que los trastornos mentales y el distrés psicológico son mantenidos por factores cognitivos. La idea principal de este enfoque terapéutico es que pensamientos inapropiados para la salud del individuo juegan un papel importante en la persistencia del malestar emocional y los comportamientos problemáticos.

De acuerdo con lo planteado por Ruiz y Villalobos (2012), el propósito de la intervención es promover la transformación de la conducta, los pensamientos y las emociones, ya sea modificando o eliminando comportamientos inadecuados y fomentando conductas apropiadas en situaciones en las que no se manifiesten. Con este fin, la intervención también puede dirigirse hacia la modificación de los procesos cognitivos subyacentes al comportamiento.

Desde la perspectiva metodológica se considera característica esencial la utilización de la metodología experimental, o de forma más puntual, de un enfoque empírico que se aplica a lo largo de todo el proceso, en la evaluación y explicación de la conducta del sujeto, en el diseño de la intervención y en la valoración de sus resultados (Ruiz y Villalobos, 2012).

En relación a la investigación de la actividad verbal en el contexto de la TCC, el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) considera la dimensión Contenido, en la que su primera categoría, denominada *Ámbito*, facilita la categorización de la Acción Comunicacional al evaluar si el enfoque terapéutico se centra principalmente en aspectos cognitivos (relacionados con las ideas), emocionales (vinculados a los afectos) o conductuales (relacionados con las acciones), (Valdés, Tomicic, Pérez y, Krause; 2010).

Para concluir, la TCC tiene como objetivo desarrollar enfoques específicos para tratar diferentes trastornos psicológicos. Hoy en día, este modelo se utiliza para abordar una amplia gama de problemas de salud mental, ya sea en sesiones individuales o en terapia grupal. Además, es importante destacar que la terapia cognitivo-conductual es el enfoque

terapéutico que ha sido más rigurosamente respaldado por la evidencia empírica y es ampliamente aceptado en la comunidad científica (Torales & Brítez, 2017).

5.3 La Ansiedad Desde el Enfoque Cognitivo Conductual

La ansiedad es una experiencia común y generalizada en la vida de las personas. Se trata de una emoción que todos los seres humanos pueden experimentar en algún momento de sus vidas, y no se limita a un grupo particular de personas o a situaciones específicas; es una parte normal de la condición humana.

Por lo general, la ansiedad se presenta en situaciones de presión, demanda y estrés que forman parte de la cotidianidad. La ansiedad es un sistema conjunto de respuestas conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activan al percibir situaciones que se toman como desagradables y desfavorables debido a que se registran como sucesos imprevisibles e incontrolables y altamente amenazantes para los intereses esenciales de un individuo (Clark & Beck, 2010).

Según Luterek y Heimberg (2003), las personas con ansiedad tienden a enfocar su atención en una imagen mental distorsionada de sí mismas. Esta imagen se basa en interpretaciones negativas de señales tanto internas (como los síntomas físicos), señales externas (como la conducta de otras personas) y en la recuperación selectiva de experiencias negativas previas almacenadas en la memoria a largo plazo. Luego, comparan esta representación interna de sí mismos con las expectativas convencionales de cómo deberían comportarse en situaciones sociales. Esto a menudo conlleva a que no puedan cumplir con esas expectativas, lo que a su vez aumenta su ansiedad y el miedo a la evaluación negativa.

Así mismo, el miedo (estado cognitivo-conductual-fisiológico de la percepción de peligro inminente), como medio de evaluación automática básica de una amenaza, es el componente central presente en todos los trastornos de ansiedad. En cambio, la ansiedad

representa una prolongación de esa percepción de amenaza, manifestándose como una "preocupación ansiosa" que incluye factores cognitivos adicionales al miedo, como la percepción de dificultad, falta de control, impotencia, vulnerabilidad y la sensación de no poder lograr los resultados deseados. Tanto el miedo como la ansiedad se caracterizan por una orientación hacia el futuro, lo que se traduce en preguntas como "¿Qué pasaría si...?" (Clark & Beck, 2010).

Clark y Beck (2010) señalan los siguientes criterios que pueden ayudar a diferenciar los estados anormales de miedo y ansiedad:

1. Cognición disfuncional. El miedo y la ansiedad anormales se derivan de una asunción falsa que conduce a la evaluación equivocada de la amenaza.
2. Deterioro del funcionamiento. La ansiedad clínica obstaculiza la capacidad de la persona para enfrentar de manera eficaz y las amenazas percibidas, afectando también su vida social y su desempeño laboral en general.
3. Persistencia. Una persona con ansiedad clínica puede sentir un nivel elevado de preocupación personal al pensar en una posible amenaza inminente, incluso si esa amenaza nunca se concreta. Además, es común que las personas con tendencia a la ansiedad experimenten altos niveles de ansiedad de manera continua a lo largo de los días y durante un largo período de tiempo.
4. Falsas alarmas. Se trata de una crisis de ansiedad espontánea y sin estímulo que la provoque. La presencia de crisis de ansiedad intensa, en ausencia de señales de amenaza o de la más mínima provocación de amenaza, sugiere la presencia de un estado clínico.
5. Hipersensibilidad a los estímulos. En contextos clínicos, el miedo puede surgir en respuesta a una amplia variedad de estímulos o situaciones, incluso cuando la amenaza percibida es de bajo riesgo y podría parecer inofensiva para las personas

que no experimentan ansiedad. Las personas con trastornos de ansiedad tienden a interpretar una mayor cantidad de situaciones como amenazantes en comparación con aquellas que no tienen un trastorno de ansiedad.

En la terapia cognitiva para tratar la ansiedad y la depresión, se enseña a los consultantes un principio fundamental: "La forma en que pienso influye en cómo me siento". A pesar de que esta afirmación es simple, constituye la base de la teoría cognitiva y de la terapia de los trastornos emocionales. Sin embargo, muchas veces, las personas no son conscientes de cómo sus pensamientos afectan su estado de ánimo. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición juega un papel crucial como intermediaria entre la situación y la emoción. En otras palabras, cuando una situación provocadora (amenaza) se presenta, esto desencadena una evaluación ansiosa que, a su vez, provoca el sentimiento de ansiedad (Clark & Beck, 2010).

Los enfoques cognitivo-conductuales para tratar la ansiedad se basan en la información obtenida a través de la observación clínica y proponen un enfoque terapéutico que busca modificar las creencias disfuncionales y los patrones de evitación conductual. El objetivo principal de la TCC es que el consultante se convierta en su propio agente de cambio. El terapeuta y el consultante establecen una relación de colaboración en la que el terapeuta actúa como un maestro o entrenador, enseñando a los consultantes nuevas habilidades y promoviendo una nueva perspectiva sobre las situaciones y la experiencia de la ansiedad (Luterek & Heimberg, 2003).

Revisión del modelo cognitivo de la ansiedad

El enfoque de la ansiedad se centra en el concepto de vulnerabilidad, entendiéndola como la percepción que tiene la persona de sí misma ante amenazas tanto internas como

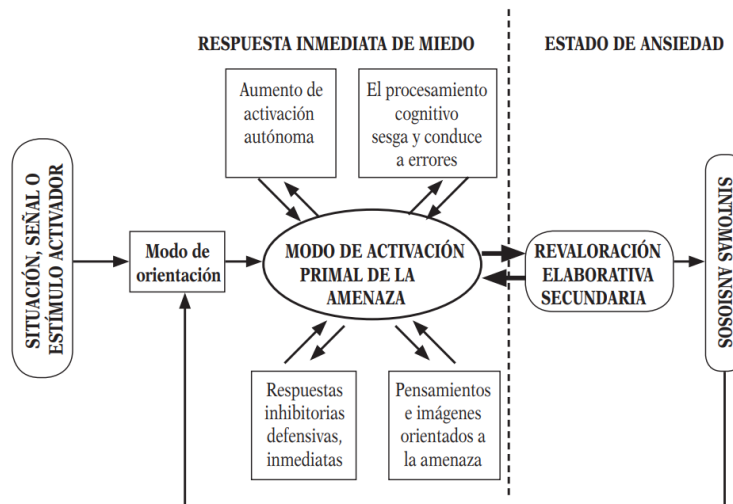
externas, y donde siente no tener el control suficiente para proporcionar seguridad a sí mismo (Clark & Beck, 2010).

En este sentido, la sensación de vulnerabilidad se hace evidente debido a valoraciones distorsionadas y sobredimensionadas que hacen los individuos acerca del posible daño personal como respuesta a señales que son, por lo general, inofensivas. Las personas ansiosas a menudo no logran identificar las señales de seguridad en situaciones que consideran amenazantes y tienden a subestimar su habilidad para enfrentar cualquier daño o peligro anticipado. Por lo tanto, la intensidad de la ansiedad depende de cómo se equilibra esta primera evaluación de la amenaza con una segunda evaluación de la capacidad de hacer frente y la sensación de seguridad (Clark & Beck, 2010).

Por lo anterior, en la terapia cognitiva un enfoque fundamental consiste en la corrección de las falsas valoraciones de amenaza y valoraciones secundarias de vulnerabilidad, considerada necesaria para la reducción de la ansiedad. Asimismo, el aumento de autoconfianza para afrontar la amenaza y la incertidumbre es un objetivo importante de la terapia cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2010).

Descripción del Modelo Cognitivo De La Ansiedad

Figura 1. Modelo Cognitivo de la Ansiedad



- **Situaciones, Sucesos y Estímulos Activadores.** La ansiedad surge como respuesta a un estímulo, ya sea interno o externo, como factores del medio ambiente, que conducen a una valoración de amenaza. En este contexto, el modelo se ajusta mejor a una perspectiva de "diátesis-estrés", donde ciertas situaciones o señales (el estrés) desencadenan la ansiedad en individuos con una predisposición a realizar valoraciones iniciales de amenaza (la diátesis). Aunque ocasionalmente la ansiedad puede surgir de manera espontánea, como en el caso de las crisis de ansiedad inesperadas, en la mayoría de los casos, se activa en respuesta a una situación o señal específica (Clark & Beck, 2010).
- **Modo de Orientación.** Es un "sistema de alerta temprana" que reconoce los estímulos y les asigna una prioridad inicial para su procesamiento. En consecuencia, los recursos de atención se centran en las situaciones o estímulos detectados por este sistema de orientación. Dado que la función principal de este sistema es garantizar la supervivencia del organismo, opera de manera extremadamente rápida, sin requerir esfuerzo consciente y se activa en respuesta a estímulos. En

esta etapa, la detección de estímulos es general y no específica, centrándose en si el estímulo es emocionalmente negativo, positivo o neutral, y si tiene relevancia personal.

En los trastornos de ansiedad, este sistema de orientación está programado para detectar información emocional negativa lo que lleva a que, una vez activado, se interprete como una amenaza. Esto significa que las personas ansiosas tienden automáticamente a enfocarse en material emocionalmente negativo, lo que dificulta aún más la desactivación del proceso de ansiedad (Clark & Beck, 2010).

- **Activación del modo primal de amenaza.** La detección de información emocional negativa relevante a la amenaza por parte de los esquemas de orientación conlleva la activación automática simultánea de los esquemas relacionados con la amenaza. A esto se le llama el "modo primal de amenaza", que comprende esquemas diseñados para aumentar la seguridad y disminuir el peligro. La activación de estos esquemas conduce a la evaluación inicial de la amenaza. El término "primal" se utiliza aquí porque estos esquemas interconectados se ocupan de los objetivos fundamentales en la evolución del organismo: asegurar la máxima seguridad y minimizar el peligro. Una vez activado, el modo primal de amenaza tiende a acaparar la mayoría de nuestros recursos de atención y domina el proceso de información, lo que dificulta que una persona ansiosa procese cualquier cosa que no sea la amenaza (Clark y Beck, 2010).
- **Consecuencias del Modo de Activación De La Amenaza.** Existen otros cuatro procesos que contribuyen a definir la reacción inmediata de miedo. Estos procesos incluyen un aumento en la activación del sistema nervioso autónomo, respuestas defensivas e inhibiciones inmediatas, tendencias y errores en el pensamiento, así como pensamientos e imágenes automáticas que se centran en la amenaza. Cada

uno de estos cuatro procesos funciona en ambas direcciones, ya que el modo primal de activación es responsable de su inicio, pero una vez que se activan, estos procesos se retroalimentan de manera que refuerzan la evaluación inicial de amenaza (Clark & Beck, 2010).

- ***Elaboración y Revaloración Secundaria.*** La rápida y automática generación de una respuesta de miedo a través de la activación del modo primal de amenaza, desencadena un proceso secundario de reevaluación que implica un procesamiento de información más lento y detallado. Esta fase de reevaluación siempre ocurre junto con la activación de la amenaza. Si este procesamiento de información más elaborado conduce a un aumento o a una disminución de la ansiedad depende de varios factores. El procesamiento de información que tiene lugar en este nivel consciente y controlado influirá en el modo de amenaza, fortaleciendo o debilitando la intensidad de la activación. En los trastornos de ansiedad, es poco común que este tipo de pensamiento más constructivo, reflexivo y equilibrado tenga suficiente peso como para ofrecer una alternativa creíble a la activación del modo primal de amenaza (Clark & Beck, 2010).

5.4 Psicoterapia Integrativa

La psicoterapia integrativa es un proceso personalizado y colaborativo (terapeuta-consultante), que puede tomar diferentes formas según las necesidades y objetivos de cada consultante. Puede involucrar terapia individual, de pareja, de familia o de grupo, y se puede realizar en persona o en línea. A menudo, el proceso de psicoterapia integrativa implica un enfoque a corto o largo plazo, dependiendo de las necesidades del consultante y la complejidad del problema a tratar.

Bados y García (2009) describen siete etapas en el proceso de intervención psicoterapéutico:

1. Contacto inicial y análisis del problema.
2. Formulación y contraste de hipótesis explicativas.
3. Establecimiento de objetivos.
4. Diseño del tratamiento.
5. Aplicación del tratamiento y evaluación durante el mismo.
6. Evaluación tras el tratamiento y terminación de este.
7. Seguimiento.

Desde el primer encuentro con el consultante, se originarán las primeras conjeturas, y ciertas acciones tomadas por el terapeuta podrán generar alteraciones en el comportamiento del consultante. La formulación y evaluación del problema pueden seguir desarrollándose o resurgir a lo largo de la intervención, ya que pueden surgir nuevos datos o una reevaluación del problema. Los supuestos iniciales pueden cambiar en función de la información nueva que se vaya obteniendo (Bados & García, 2009).

Los objetivos de la psicoterapia integrativa deben ser adaptados al consultante. De esta manera, algunas terapias estarán enfocadas en abordar cuestiones médicas, físicas, o mentales que se evalúan desde una perspectiva médica, mientras que otras estarán destinadas a mejorar diversos aspectos de la personalidad o el comportamiento. Estas últimas pueden implicar trastornos adaptativos que generan dificultades en diferentes áreas de la vida social o personal (Pérez & Espinosa, 2014).

Para Oblitas (2004), los principales objetivos generales de las psicoterapias integrativas son:

1. Lograr el bienestar personal del individuo, desde un punto de vista integral; es decir biopsicosocial.
2. Buscar una adecuada integración de la personalidad.

3. Promover por un funcionamiento social apropiado y favorable.
4. Eliminar síntomas o patrones de comportamiento que puedan provocar en el individuo problemas emocionales, sociales o cognitivos.

En este sentido, Mira (1996) sostuvo que, en términos generales, el propósito de la psicoterapia es aliviar el sufrimiento humano, mientras que la psicoterapia médica busca colaborar con la somatoterapia (terapia del cuerpo) para restaurar, y en algunas ocasiones, incluso establecer la normalidad biológica. Esto se entiende como el "equilibrio dinámico óptimo que se puede alcanzar entre las características inherentes del individuo y la máxima eficacia posible lograda en sus respuestas".

Por su parte, Corsi (2005) afirma que, en el campo de las psicoterapias, existen múltiples enfoques terapéuticos. Un modelo terapéutico se refiere a un marco conceptual que incluye aspectos teóricos y técnicos. Su propósito es comprender una determinada área de problemas o temas y, al mismo tiempo, ofrece herramientas para intervenir en esa área con el objetivo de generar un cambio. Cada modelo terapéutico ofrece enfoques distintos en lo que respecta a la comprensión de las causas del problema y la forma de abordarlo.

Asimismo, desde la perspectiva epistemológica, Corsi (2005) identifica, en cada modelo terapéutico, tres niveles distintos:

1. Los fundamentos: son los principios y valores más habituales en los que se apoya el modelo (universo, ser humano, sociedad) que provee el sustento filosófico e ideológico a las teorías.

2. El nivel de las teorías: en él, se trata de explicar los hechos de la realidad a través de hipótesis que configuran el marco conceptual a partir del cual se responden las preguntas sobre las teorías o problemas de un área determinada. En el campo de las psicoterapias hay dos componentes de ese marco conceptual relevantes para diferenciar los distintos modelos terapéuticos: a) La concepción acerca de la determinación psíquica, que confiere mayor importancia a algunos determinantes por sobre los demás. b) La concepción acerca del cambio psicológico.
3. El nivel de las técnicas: otorga los instrumentos que con los que se pretende introducir cambios en la realidad.

Una vez discriminados estos niveles, se puede concluir que existen, en el contexto de las psicoterapias, distintos modelos terapéuticos, cada uno de los cuales parte de un determinado marco conceptual teórico, expone o no sus fundamentos filosóficos, y propone un conjunto variable de recursos técnicos para operar las situaciones terapéuticas (Corsi, 2005).

En lo que concierne a los aspectos mencionados (las creencias sobre cómo se origina la psicología y cómo se produce el cambio en ella), cada modelo terapéutico proporciona respuestas diversas a las interrogantes planteadas (concretamente, qué causa el problema y cómo se soluciona). Respecto al primer aspecto, algunas teorías se centran en los elementos biológicos como los determinantes de la psicopatología, mientras que otras enfatizan los factores sociales. Las teorías psicodinámicas se concentran en los factores internos, los enfoques sistémicos resaltan los factores interactivos, y las teorías conductuales priorizan los factores de aprendizaje y la influencia del entorno (Corsi, 2005).

La Psicoterapia Integrativa busca abordar los motivos de consulta desde diversas perspectivas, adoptando así un enfoque multidimensional y, por ende, más completo, con

el propósito de encontrar una solución a los problemas que presenta el consultante. La integración implica mantener una actitud abierta y libre de dogmas, lo que habilita a los terapeutas para ofrecer respuestas adaptables y creativas a los problemas individuales de cada consultante (Corsi, 2005).

Además, según la perspectiva de Poch y Ávila (1994), la psicoterapia integrativa se compone de diversos modelos teóricos y conceptuales que son interdisciplinarios en términos de sus objetivos y multiprofesionales en su práctica. Estos sistemas se derivan de modelos teóricos y de investigaciones provenientes de diversas disciplinas científicas y tratan problemas relacionados con la conducta y generación de cambios duraderos en distintas fases de la manifestación del comportamiento. Todo ello con el propósito de promover la salud física y emocional de los individuos.

Al respecto, Corsi (2005) propone un enfoque integrador en el que se identifican tres fases a lo largo del proceso terapéutico:

1. La primera fase se centra en la evaluación y diagnóstico, en la que no se etiqueta al consultante con un diagnóstico específico, sino que se establecen objetivos terapéuticos.
2. La segunda fase es la de planificación, donde se introducen técnicas que cumplen una doble función: por un lado, son los mecanismos que impulsan el cambio, y, por otro lado, son los recursos que activan estos mecanismos de cambio.
3. La tercera fase es la de intervención psicoterapéutica, en la que se aplican los mecanismos y recursos con el objetivo de lograr la transformación terapéutica.

Asimismo, y con la intención de evolucionar el modelo integrativo, Corsi (2005) identifica cuatro facetas psicológicas interdependientes dentro del microsistema del individuo; la cognitiva, la conductual, la psicodinámica, y la interaccional. La faceta cognitiva incluye las estructuras y esquemas cognitivos. La faceta conductual integra el repertorio conductual en el ambiente. La faceta psicodinámica abarca la dinámica intrapsíquica a

profundidad. La faceta interaccional comprende las pautas de comunicación, la relación interpersonal y la corporalidad.

Por su parte, Feixas y Miró (1993) señalan que los elementos fundamentales de la psicoterapia integrativa multidimensional son:

1. El consultante: persona que solicita los servicios psicoterapéuticos.
2. El psicoterapeuta: experto en problemas emocionales.
3. Relación psicoterapéutica que inicia a partir de la solicitud del consultante y se centra en sus necesidades.

En síntesis, la psicoterapia integrativa multidimensional representa una respuesta necesaria ante la creciente diversidad de enfoques terapéuticos y la creciente demanda de incorporar una variedad de perspectivas e interpretaciones para abordar un mismo problema. Cada enfoque terapéutico, con sus propios métodos y técnicas, aporta aspectos que pueden beneficiar al consultante, procedentes de diversas perspectivas. La integración no busca un único enfoque para todos, sino que se logra a través de la flexibilidad, la apertura a diferentes corrientes de pensamiento y la colaboración en la búsqueda de consenso y desarrollo conjunto (Novelo, 2008).

5.5 Concepción Interdisciplinar del ITESO

La sociedad actual es tan compleja, diversa y cambiante que resulta difícil abordar sus problemas desde una perspectiva de análisis única. Para comprender y abordar un entorno multifacético de esta naturaleza, es necesario considerar múltiples perspectivas y enfoques, tomando en consideración todas las áreas de conocimiento disponibles.

En este sentido, Feixas y Miro (1993), mencionan que la “integración técnica” la cual se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que les dio origen. El propósito es elegir la técnica que se considera tendrá mejores resultados con un consultante en particular.

Aunque algunos autores argumentan que es imposible separar las técnicas y su aplicación del contexto teórico en el que se originaron, sugiriendo que las técnicas se derivan exclusivamente de manera deductiva a partir de teorías, se considera que muchas técnicas han surgido de la práctica clínica, sin una reflexión o teorización previa. A medida que se emplean y se observan sus efectos, gradualmente se integran en el marco explicativo o comprensivo de una teoría (Moreno & Zohn, 2013).

Para Zohn y Enríquez (2018) la interdisciplinariedad busca una comprensión más completa de un objeto de estudio o fenómeno y promueve la colaboración y la integración de acciones. A lo largo de los siglos pasados y presentes, han surgido diversas perspectivas sobre cómo abordarla, orientarla, llevar a cabo y evaluarla. A partir de la segunda mitad del siglo XX, este campo se ha caracterizado por un debate y una confrontación entre las diferentes corrientes y enfoques de la psicoterapia. En el contexto de la modernidad, la discusión se centraba en determinar cuál de estos enfoques era el auténtico y el mejor, lo que llevaba a cuestionar la validez de las demás aproximaciones.

Encima, la formulación de programas de estudio con acercamientos interdisciplinarios presupone desafíos en los cuales están implicados factores como la flexibilidad de los formadores y un cambio de actitud de los sujetos inmersos en estas formaciones. Esto implica en muchas ocasiones nuevas formas de plantearse su identidad como profesionistas, proceso que puede estar acompañado de vértigo e inseguridad (Gómez, 2016).

Otro concepto relacionado a la utilización de diferentes disciplinas en el abordaje de problemas psicológicos y su manejo terapéutico es la “integración teórica” en la que se incorporan conceptos, técnicas y estrategias de múltiples teorías o enfoques en un marco teórico unificado con el propósito de adaptarse mejor a las necesidades de sus consultantes. Parte de la premisa de que la combinación de dos o más teorías de psicoterapia genera una mejor psicoterapia que las precedentes (Moreno & Zohn, 2013).

En definitiva, en el ámbito de la psicoterapia un único enfoque o teoría no puede resolver por completo la complejidad de las situaciones humanas, ya sea en términos de problemas o de enfoques de intervención. Es necesario establecer una interacción y un diálogo con diversas disciplinas con el propósito de desarrollar una comprensión más amplia y adaptable, lo que ampliará y enriquecerá nuestras opciones para la práctica profesional (Moreno & Zohn, 2013).

En el programa de la Maestría en Psicoterapia del ITESO, se optó por el intercambio interdisciplinario en lo que respecta a la aplicación de la psicoterapia y la capacitación de terapeutas. Esta primera descripción proporcionó algunas pautas basadas en las experiencias y antecedentes académicos y profesionales de los docentes para iniciar el proyecto (Moreno & Zohn, 2013).

Entre los aspectos más relevantes se encuentran:

- Explorar formas de emplear las contribuciones de diversas disciplinas en un constante intercambio que destaque la continua construcción y comparación del conocimiento, con el fin de comprender, explicar, llevar a cabo y evaluar un proceso de psicoterapia.
- La aceptación de la complejidad que representa la práctica de la psicoterapia, toda vez que existan numerosos factores y dimensiones que actúen de manera conjunta y en constante cambio, junto con su contexto histórico y sociocultural.
- El reconocimiento de la importancia y la eficacia de diversas disciplinas en lo que respecta a entender a los consultantes en sus circunstancias de vida y proporcionar guía para la realización de un proceso de psicoterapia.
- Admitir la importancia de trascender los límites de la psicología y el psicoanálisis, y estar dispuestos a incorporar conocimientos provenientes de disciplinas como filosofía, antropología cultural, sociología, literatura, historia, arte, y otras, como

fuentes para enriquecer y respaldar de manera más sólida la práctica de la psicoterapia, y, en consecuencia, la formación de terapeutas.

- Por último, y no menos importante, el reconocimiento de que la base y punto de referencia constante en este diálogo debían ser situaciones reales de la práctica de la psicoterapia. El punto de partida debía ser la descripción, comprensión y análisis de casos concretos de psicoterapia. A partir de este punto, inicia la reflexión, el intercambio de perspectivas y experiencias como terapeutas, y los diálogos con diversos autores y disciplinas.

A continuación, se muestran las etapas del proceso de formación de psicoterapeutas a partir del dialogo interdisciplinario, lo que se conoce como *Esquema conceptual, referencial y operativo* (ECRO). Lo conceptual se refiere a un conjunto de ideas teóricas provenientes de varias disciplinas, corrientes y autores, El esquema referencial es el aporte (conocimientos, actitudes, ideologías) de cada uno de los miembros de un grupo y con el cual trabaja para crear de manera práctica (lo operativo) una estrategia de cambio (Moreno & Zohn, 2013).

- Inicia con la atención a un consultante (parte central del proceso), el planteamiento de su problema y la relación que se establece en el contexto psicoterapéutico.
- Descripción lo que se sensa, se siente, se piensa y se hace, y la situación vivida por el consultante. Tiene que ver con la capacidad para identificar la vivencia y los significados del terapeuta cuando atiende a personas en psicoterapia, reflexiona sobre esta práctica y poner esta reflexión al servicio del proceso.
- Reflexionar y plantear preguntas generadoras. La práctica de la psicoterapia genera una diversidad de cuestionamientos, incertidumbres y preguntas relativas a las–personas–en–situación que se atienden, a las teorías y conocimientos utilizados para comprenderlas y explicar sus problemáticas, y para orientar los modos de interacción e intervención con los consultantes.

- Adquirir conocimiento a partir de lo que otros han hecho. El diálogo interdisciplinario se materializa cuando exploramos el conocimiento de diversas áreas para comprender una situación específica. Además, hacemos uso de la experiencia clínica de los expertos en el ámbito de la psicoterapia. Este proceso amplía nuestra perspectiva, lo que se traduce en una práctica de psicoterapia más sólida y eficaz. Nos esforzamos por encontrar respuestas diversas y variadas a las interrogantes que surgen en la práctica.
- Siguiendo los pasos previamente descritos, estamos dando forma y modificando al ECRO de cada individuo, ya sea estudiante o docente. Este ECRO es el resultado de la síntesis de disciplinas y conocimientos que a primera vista pueden parecer contradictorios. Desde esta óptica, se puede considerar también como una herramienta interdisciplinaria, dado que incorpora contribuciones de diversas disciplinas en la medida en que ayudan a aclarar el objeto de estudio.

5.6 Episodios de Cambio en Psicoterapia.

En el ámbito de la psicología clínica, se han documentado más de 400 enfoques de psicoterapia (Feixas & Miró, 1993). Estos enfoques presentan una variedad de teorías que explican cómo funciona la mente y sus trastornos, además de proporcionar diversas técnicas para abordar estos problemas. A pesar de estas diferencias, todos estos modelos terapéuticos comparten un objetivo común: generar algún tipo de cambio en el consultante que busca ayuda (Roussos et al., 2017).

El tipo de cambio buscado no es el mismo en los distintos abordajes; cada modalidad tiene sus focos de cambio y su manera de conceptualizarlos. Pero todas las psicoterapias comparten la intención de lograr, mediante sus procedimientos, alguna modificación en la condición inicial del consultante (Roussos et al., 2017).

Por su parte, Bernstein y Nietzel, (1982) consideran que independientemente del enfoque teórico, la mayoría de los terapeutas utilizan técnicas de intervención para lograr fomentar el *insight*¹, reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información, designar tareas terapéuticas, y aumentar la fe y expectativa de los consultantes, para lograr generar el cambio.

En el contexto del proceso de cambio, es esencial comprender dos términos clave: Episodios y Momento. Los *Episodios de Cambio* son segmentos en el proceso terapéutico en los que se observan transformaciones de significados subjetivos asociados a un problema, síntoma, afecto y/o comportamiento. Finaliza con el *Momento de Cambio* y se inicia con la temática sobre la cual versa el cambio. A través de la exploración de los episodios de cambio, se comprende mejor cómo se desarrolla la evolución personal y cómo se logra un mayor bienestar psicológico (Valdés et al., 2012).

Por otra parte, el momento del cambio constituye un punto de inflexión comunicativo significativo que indica el avance del proceso terapéutico y se asocia con un resultado positivo al final de la terapia. El término "tiempo para cambiar" se centra exclusivamente en la transformación observada en el consultante. Se distingue entre cambios que tienen lugar durante la sesión y aquellos que se producen entre sesiones. La primera categoría se refiere a acontecimientos relevantes que suceden durante la sesión terapéutica, mientras que la segunda hace referencia a eventos que ocurren fuera de la sesión, pero que el consultante comunica durante la misma y que guardan relación con su trabajo terapéutico (Valdés et al., 2012).

¹ Insight: consciencia del consultante sobre las fuerzas emocionales que subyacen a sus síntomas - APA Diccionario conciso de Psicología (2010), Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.

Krause et al. (2006), en un estudio cualitativo analizó los episodios de cambio en cuatro procesos de psicoterapia: psicodinámica breve individual, psicodinámica cognitiva individual, construccionista social-familiar e integrativa de grupo. Los criterios utilizados para la selección de episodios de cambio fueron:

1. Debe haber correspondencia entre episodios de cambio e indicadores genéricos.
2. El cambio debe ser verificable ya sea por observación (en sesión) o en cambios extra-sesión, estos deberán mencionarse.
3. En episodio debe manifestarse por primera vez (novedad).
4. La consistencia, implica que lo que se comunica verbalmente en términos de cambio esté en armonía con las señales no verbales, que pueden ser tanto generales como específicas de cada consultante, y también asegura que los eventos posteriores en la sesión o a lo largo de la terapia no vayan en contra de dicho cambio expresado.

De igual manera, Krause et al. (2006), establece mediante la verbalización del consultante, los siguientes indicadores genéricos (ver también [tabla 6](#) en Anexo I), Indicadores cualitativos del cambio psicoterapéutico inespecífico o común a diferentes modalidades terapéuticas):

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de la necesidad de ayuda.
3. Reconocimiento del terapeuta como profesional competente.
4. Confianza en el proceso terapéutico.
5. Cuestionamiento creencias, patrones de pensamiento, comportamientos y emociones habituales.
6. Deseo expresado de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de ser parte de los problemas.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.

9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas conexiones.
12. Redefinición de los propios problemas y/o síntomas.
13. Cambio en los juicios y sentimientos hacia uno mismo o hacia los demás.
14. Creación, desarrollo y organización de su propia percepción y comprensión de sí mismo, y su identidad.
15. Independencia en la gestión personal del contexto de significado psicológico.
16. Reconocimiento de la ayuda recibida.
17. Disminución de la asimetría entre consultante y terapeuta.
18. Desarrollo de una teoría personal, basada en experiencias biográficas, acerca de uno mismo y de la interacción con el entorno (indicador "global").

Para concluir, el cambio no debe tomarse como una cura. La psicoterapia es un procedimiento de ayuda, no un procedimiento de curación; facilita el desarrollo del cambio deseado más que el camino para conseguir un cambio total y permanente. La psicoterapia puede llegar a su final ya sea porque el consultante haya logrado un progreso substancial en sus objetivos y este apto para controlar su propio proceso de desarrollo, o bien porque probablemente los esfuerzos que requiere la continuación de la psicoterapia (tiempo, costo, implicación) no lograrán el resultado que se espera.

VI. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Investigación Cualitativa

Los investigadores que se enfocan en la investigación cualitativa exploran la realidad en su contexto natural, observando los acontecimientos tal como se desarrollan, y buscan comprenderlos a través de la interpretación de los significados que tienen para las personas involucradas. Este enfoque implica la recopilación y el uso de una amplia gama de fuentes de datos, como entrevistas, experiencias personales, narraciones de vida, observaciones, documentos históricos, imágenes y grabaciones de audio, que revelan tanto las rutinas cotidianas como las situaciones problemáticas, así como los significados que tienen en la vida de las personas (Rodríguez et al., 1996).

Cuando nos referimos a métodos cualitativos, estamos hablando de un enfoque de investigación que se utiliza para abordar objetivos específicos y resolver problemas concretos. Una forma de destacar la distinción entre métodos cualitativos y cuantitativos es identificar aquellos enfoques de investigación que exhiben al menos alguna de las cinco características siguientes, o todas ellas en algunos casos:

1. El objetivo es la captación y reconstrucción de significado.
2. Su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico.
3. Su modo de captar la información es flexible y desestructurado.
4. Su procedimiento es más inductivo que deductivo.
5. La orientación no es particularista y generalizadora sino multidisciplinaria y concretizadora (Ruiz & Villalobos, 2012).

Los enfoques cualitativos y cuantitativos tienen fundamentos ontológicos y epistemológicos distintos, y es fundamental comprender, respetar y mantener estos fundamentos a lo largo de todo el proceso de investigación. En la investigación cuantitativa, se suelen aplicar dos criterios principales: validez y confiabilidad. Sin embargo, aplicar estos mismos estándares a la investigación cualitativa no es apropiado, ya que va en contra de

los objetivos, propósitos y principios fundamentales de los métodos cualitativos (Castillo & Vásquez, 2003).

Si consideráramos el criterio de reproducibilidad utilizado en la investigación cuantitativa, que implica obtener resultados idénticos al replicar un estudio, no sería aplicable de la misma manera en la investigación cualitativa. La reproducción de fenómenos psicológicos se vuelve complicada debido a las variaciones en las condiciones en las que se recopilaban los datos. Además, el control completo de todas las variables que pueden influir en los hallazgos resulta, en cierto sentido, poco factible. Aquí radica la diferencia entre llevar a cabo investigaciones en un laboratorio, donde es posible "controlar" las variables, y realizar investigaciones en el mundo "real", donde los eventos siguen su curso natural, que no siempre es predecible (Castillo & Vásquez, 2003).

Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad (Castillo & Vásquez, 2003) (ver [tabla 3](#) en Anexo I).

No deberíamos considerar los enfoques cualitativos y cuantitativos como adversarios o competidores. Ambos tienen un gran valor y han contribuido significativamente al avance del conocimiento. Ninguno es superior al otro; simplemente representan enfoques diferentes para investigar un fenómeno. La investigación cuantitativa ofrece la ventaja de la generalización más amplia de los resultados al brindar una comprensión basada en números y cantidades, además de destacar la reproducibilidad. Se enfoca en aspectos específicos de los fenómenos y facilita la comparación entre estudios similares (Hernández et al., 2014).

La investigación cualitativa, en contraste, enriquece los datos al proporcionar profundidad, diversidad, interpretación enriquecida, contexto ambiental o situacional, minuciosidad y perspectivas únicas. Además, aporta una visión fresca, natural y completa

de los fenómenos, así como flexibilidad. Ambos enfoques de investigación son valiosos en diversas áreas de estudio (Hernández et al., 2014).

6.2 Estudio de Caso

En el ámbito de la formación y ejercicio profesional de la psicoterapia, no es suficiente depender exclusivamente de una sola perspectiva teórica, modelo o enfoque para abordar las complejas cuestiones que surgen en la experiencia humana. Tanto en la comprensión como en la intervención, resulta esencial involucrarse en un proceso de interacción y diálogo con diversas disciplinas. Esto se hace con el propósito de construir una comprensión más amplia y dinámica que amplíe y enriquezca nuestras capacidades en el ámbito de la práctica profesional (Moreno & Zohn, 2013)

El estudio de caso implica investigar un fenómeno en su entorno real y cotidiano para adquirir conocimiento. Su utilidad se destaca cuando no es claro dónde termina el fenómeno y comienza el contexto circundante, lo que demanda el uso de múltiples fuentes de evidencia (López, 2016).

En ocasiones, en el ámbito clínico, solemos asociar la noción de caso a un individuo. Sin embargo, esta suposición no es una regla inflexible. Un caso puede consistir en un conjunto de individuos, como una familia o un grupo. En otras disciplinas de la psicología, el concepto de caso puede trascender la noción de sujeto y abarcar entidades como programas de estudio o instituciones (Wainer, 2012).

Las investigaciones que emplean el método de estudio de caso pueden asumir diferentes enfoques (interdisciplinariedad). Pueden adoptar un enfoque descriptivo cuando su objetivo principal es reconocer y explicar los diversos factores que influyen en el objeto de investigación. También pueden adoptar un enfoque exploratorio si buscan acercar las hipótesis presentes en el marco teórico a la realidad concreta que se investiga. Además, pueden adoptar un enfoque explicativo cuando su propósito es descubrir las relaciones y vínculos entre las variables y el fenómeno estudiado (López, 2016).

Para Wainer (2012) los estudios de caso único no pueden considerarse como un método de investigación ni como un tipo específico de diseño de investigación. Según esta perspectiva, un método de investigación debe incluir una serie de pasos, procedimientos e instrumentos claramente definidos tanto para la recopilación de datos como para su posterior análisis. La formalización de estos pasos y criterios puede variar en su grado de detalle y especificidad. Cuanto mayor sea el grado de formalización, mayor será la aplicabilidad y la capacidad de evaluación del método.

Por otro lado, Wainer (2012) señala que la categoría “diseño de investigación” tiene múltiples usos. Así como señala Roussos et al. (2007), el término “diseño” conlleva usualmente una connotación experimental, por lo cual este autor utiliza el término “estudio” (estudio de caso único), que nosotros también usamos.

Entre las características más sobresalientes de los estudios de caso único, Wainer (2012) identifica las siguientes:

1. Coincidencia con la situación clínica: Estos estudios tienen una afinidad notable con la práctica clínica, donde un terapeuta trabaja con uno o varios sujetos que pueden considerarse como un caso. Aunque existen diferencias entre el trabajo del terapeuta y el del investigador, comparten varios aspectos en común.
2. Respeto por el contexto clínico: Los estudios de caso único permiten llevar a cabo investigaciones sin necesidad de alterar las condiciones en las que se desarrolla la práctica clínica. No requieren modificaciones en el entorno ni en el tipo de interacción habitual entre el terapeuta y consultante.
3. Consideraciones éticas y legales: Estos estudios son éticamente adecuados y legales, en comparación con otras situaciones que pueden surgir en el caso experimentos tradicionales con grupos de control. Por ejemplo, sujetos que no reciben un tratamiento habiéndolo necesitado, o en ocasiones, se retira el tratamiento para evaluar su eficacia, lo que puede causar daño a los sujetos.

En conclusión, el enfoque de estudio de caso es una estrategia metodológica valiosa en la investigación científica. Este enfoque tiene el potencial de generar resultados que pueden fortalecer, ampliar y avanzar en teorías ya existentes o incluso dar origen a nuevos paradigmas en diversas áreas científicas. En consecuencia, el método de estudio de caso se presenta como una herramienta adecuada para llevar a cabo investigaciones en cualquier nivel y en cualquier disciplina científica, incluyendo su utilidad en la elaboración de tesis doctorales (Martínez, 2006).

6.3 Técnica de Análisis de Datos: SCAT

El Sistema de Codificación de Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) es un sistema cuyo propósito es la evaluación de la comunicación entre consultante y terapeuta. Además de describir dicha comunicación, pretende entender su evolución, discriminar entre episodios de diferente tipo y relacionarlos con el cambio en los procesos psicoterapéuticos, independientemente del enfoque y modalidad utilizada, y para diversas patologías psicológicas. El sistema incluye cinco categorías en su estructura, tres de ellas forman parte de la dimensión "Acción" y las otras dos pertenecen a la dimensión "Contenido". Esta herramienta posibilita el análisis de la terapia conversacional, permitiendo la identificación de acciones verbales mediante las cuales el consultante y el terapeuta pueden influenciarse mutuamente, sin perder de vista el contenido. Esto es significativo, ya que ambas dimensiones desempeñan un papel fundamental en la construcción del cambio psicológico (Valdés, Tomicic, Pérez & Krause; 2010).

Las categorías de la dimensión Acción son: Forma Básica, Intención Comunicacional y Técnica. Estas, a su vez, agrupan 22 códigos. Las categorías de la dimensión Contenido son, son: Ámbito y Referencia que a su vez agrupan 9 códigos (ver tablas [4](#) y [5](#) en anexo I). La siguiente figura describe las categorías del SCAT.

Figura 2. Sistema de Codificación de Actividades Terapéuticas (SCAT-1.0)



Fuente: SCAT: Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de consultantes y psicoterapeutas (Valdés, Tomicic, Pérez y, Krause; 2010).

La categoría de Intención Comunicacional se refiere al propósito de la comunicación expresado por el hablante, es decir, lo que busca lograr con su mensaje. Las Intenciones Comunicacionales se dividen en tres acciones: Explorar, Sintonizar y Resignificar (Krause, 2009; Valdés, 2010).

La acción de comunicación "Explorar" tiene tres objetivos: 1) indagar o proporcionar información desconocida, 2) aclarar contenidos, y/o 3) dirigir la atención hacia un tema específico en la conversación. A diferencia de las acciones de Sintonzar y Resignificar, no tiene como objetivo lograr comprensión entre el terapeuta y el consultante ni atribuir nuevos significados al contenido.

Así mismo, la acción de comunicación "Sintonizar" tiene el propósito de: 1) comprender o ser comprendido por el otro, 2) armonizar con él, o 3) proporcionar retroalimentación. A diferencia de Explorar y Resignificar, no busca recopilar, proporcionar o aclarar información, ni transformar los significados del otro.

La acción de comunicación "Resignificar", por su parte, tiene el objetivo de: 1) construir o 2) consolidar nuevos significados. Se diferencia de las acciones de Explorar y Sintonzar en que no busca asignar o profundizar nuevos significados, ni recopilar, proporcionar o aclarar información. Tampoco busca la comprensión del otro.

Los turnos de palabra comprenden la comunicación verbal entre terapeuta y consultante, y representa la medida de evaluación del SCAT. El turno de palabra inicia con la intervención de uno de los participantes (consultante o terapeuta) y finaliza con el inicio de la intervención del otro. Esto se refleja en la transcripción de las sesiones mediante la utilización de párrafos independientes, los cuales están numerados en orden secuencial. Las intervenciones se señalan con las letras P para consultante o T para terapeuta (Valdés, Tomicic, Pérez & Krause; 2010).

En conjunto, las características del SCAT-1.0 anteriormente sintetizadas, muestran el objetivo final perseguido al desarrollar este sistema de codificación: permitir el estudio y análisis detallado de las verbalizaciones tanto de consultantes como de terapeutas durante el diálogo psicoterapéutico, con el fin de obtener conocimiento sobre la evolución de la comunicación, los mecanismos y las acciones responsables del cambio a través del proceso psicoterapéutico (Valdés, Tomicic, Pérez & Krause; 2010).

Instrumentos de Recolección de Datos

La presente investigación de estudio de caso utiliza el método cualitativo. Para la recopilación de datos, se empleó la plataforma de videoconferencias de Zoom para la grabación de las sesiones psicoterapéuticas de la consultante. El proceso de grabación se llevó a cabo de acuerdo con lo establecido en el encuadre del proceso psicoterapéutico y se reiteró en el consentimiento informado firmado previamente por la consultante. A través del Zoom se generó, automáticamente, un archivo de audio de alta calidad correspondiente a la sesión recién concluida.

Para la transcripción de las sesiones de audio grabadas, se empleó el software de transcripción de audio Sonix, con el objetivo de realizar la conversión de contenido oral a formato de texto escrito, transcribiendo textualmente un total de seis sesiones, cada una con una duración de una hora, lo que resultó en un conjunto de datos transcritos que abarcaban un total de seis horas de grabaciones de audio.

Se utilizó el software de análisis cualitativo de datos ATLAS.ti, con la finalidad de organizar, analizar y etiquetar las transcripciones de entrevistas de las sesiones psicoterapéuticas. Así mismo, el ATLAS.ti permitió explorar a profundidad los datos, facilitando su codificación y categorización de los segmentos específicos. De esta manera se logró identificar patrones y tendencias en el material recopilado.

Además, el programa facilitó la creación de redes conceptuales y visualizaciones que ayudaron a comprender la estructura y la interconexión de los temas clave de las problemáticas de la consultante.

Procedimiento

El análisis del caso clínico utilizado como base para esta investigación, se centró en la revisión y evaluación de seis sesiones de un proceso psicoterapéutico de una consultante

seleccionadas utilizando el criterio de muestreo por conveniencia con la finalidad de tener una perspectiva pormenorizada (Otzen y Manterola, 2017) de la fase de la intervención terapéutica (Corsi, 2005).

El objetivo principal fue analizar los episodios de cambio de una consultante con síntomas de ansiedad durante su proceso psicoterapéutico. Los objetivos específicos describen los momentos de cambio en el ámbito cognitivo, conductual y afectivo del mismo proceso psicoterapéutico.

Se seleccionaron las sesiones 11,15,16 y 18 que se correspondieron a una parte intermedia del proceso terapéutico. Las sesiones 13 y 14 se tomaron en cuenta en la secuencia, pero no existen dado que el Centro comunitario no se encontraba disponible por periodo vacacional, pero se contabilizan como tal, como lo señala el protocolo de Proyecto Presencia para mantener la secuencia en las notas del expediente. A continuación, se procedió a codificar y categorizar el contenido, siguiendo los indicadores de cambio propuestos en el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) propuesto por Krause

Este caso en particular se enmarcó en el Proyecto Presencia, un programa en el cual los estudiantes de la maestría en Psicoterapia del ITESO llevan a cabo sus prácticas profesionales, proporcionando apoyo terapéutico individual a individuos mayores de 18 años. El proyecto brinda estos servicios en instalaciones que fungen como sitios de asistencia comunitarios. El estudio de caso se centró en una persona que buscó apoyo terapéutico en dichas instalaciones.

6.4 Consideraciones Éticas

Para proteger la confidencialidad y privacidad, así como el resguardo de los datos de la consultante se le dio a firmar un formato de *consentimiento informado* al inicio de su

proceso psicoterapéutico, como parte del Proyecto Presencia. Dicho consentimiento especifica que las sesiones serán audiograbadas y videograbadas, y que su información puede ser utilizada con fines académicos y de investigación por parte del alumno en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. La participante ingresa a Proyecto Presencia de manera voluntaria.

La información confidencial se resguardó en una computadora a la que, únicamente, se puede acceder con contraseña, la cual solo es del conocimiento del investigador. Asimismo, se modificaron los datos personales y sociodemográficos de la participante para resguardar su identidad y proteger su privacidad, seguridad y bienestar. Los datos se presentaron de tal manera que no sea posible identificar a la participante. El formato de consentimiento informado firmado por la consultante puede encontrarse en el anexo II.

Criterios de Inclusión

Consultante debe participar de forma voluntaria y acudir a psicoterapia por iniciativa propia. Asimismo, debe firmar el consentimiento informado que integra el Proyecto Presencia.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron a los consultantes que no cumplieron con los requisitos anteriores. De igual manera se descartaron en la investigación los casos que tuvieron inasistencias en el proceso y aquellos que abandonaron proceso.

6.5 Conceptualización y diseño del caso

La conceptualización de un caso en psicoterapia es un proceso a través del cual un terapeuta recopila, organiza y analiza la información relevante sobre un consultante para comprender y explicar sus problemas, síntomas, comportamientos y experiencias desde una perspectiva psicológica. Tiene como propósitos principales conocer y comprender el

problema del consultante, formular diagnósticos y planificar tratamientos, evaluar el progreso de la terapia, entre otros. Cabe mencionar que la conceptualización de casos no es un proceso estático, sino que evoluciona a medida que se obtiene más información sobre el consultante y se avanza en la terapia. Además, se basa en una variedad de enfoques teóricos y técnicas, y puede adaptarse a las necesidades individuales de cada persona.

Diseño de la Intervención

Se realizó un proceso psicoterapéutico conformado por 40 sesiones con duración de 50 minutos, de manera virtual donde se explicaron situaciones de su historia. Se dialogó acerca de sus emociones y de sus relaciones. Se establecieron estrategias para manejo de sus situaciones.

Conceptualización del caso

La consultante cuyo seudónimo por fines de privacidad es Alexandra, mujer de 35 años, es soltera y originaria de localidad del centro del estado, en Jalisco. Grado de estudio de licenciatura, profesión que ejerce en la actualidad. Cuenta con antecedentes de patología orgánica sin seguimiento ni tratamiento médico.

Inició su proceso psicoterapéutico en marzo del año 2022. La consultante no faltó a ninguna de sus sesiones demostrando seriedad y compromiso con su proceso.

Acudió buscando ayuda profesional debido a una creciente preocupación y ansiedad relacionada con la posible disolución de su núcleo familiar, sus padres enfrentan dificultades matrimoniales y expresan que los problemas en el hogar son atribuibles a ella, lo que le ha generado un fuerte sentimiento de culpa y responsabilidad. Una de las preocupaciones centrales de la consultante fue el temor de que sus padres se divorcien, situación que la hizo buscar apoyo psicoterapéutico para lidiar con las problemáticas que le rodeaban.

Además de la ansiedad relacionada con el conflicto de los padres, la consultante enfrentaba desafíos económicos, su padre no contribuía adecuadamente a los gastos familiares, lo que dejó a la consultante en posición de tener que asumir la carga financiera del hogar y proporcionar económicamente el sustento del día a día del núcleo. Este papel de proveedora la dejó con limitaciones económicas para satisfacer sus propias necesidades y deseos personales.

La consultante tuvo una relación de noviazgo que definió como conflictiva por la constante confrontación, reclamos, humillaciones y discusiones frecuentes, lo que le creó un ambiente emocionalmente inestable. La consultante experimentó la preocupación acerca de la posibilidad de que su relación no le permitiría cumplir su deseo de formar una familia y de poder ser madre en un futuro.

Durante el proceso terapéutico la consultante reflexionó sobre sus relaciones de noviazgo previas y la actual. Identificó un patrón de relaciones conflictivas que han sido verbalmente agresivas. Esta autoexploración la llevó a dimensionar la normalización de la violencia de sus relaciones, lo que, a su vez, la llevó a cuestionar la influencia de su historia de vida en su dinámica de pareja.

La consultante compartió detalles sobre su historia familiar, la cual está marcada por la conflictiva relación con sus padres. Su padre fue violento física y verbalmente a lo largo de su vida, le negó la oportunidad de continuar con su educación, como resultado la consultante se vio obligada a tomar dos o hasta tres empleos simultáneamente para poder financiar sus estudios. Esta experiencia le ha generado una sensación de frustración y resentimiento hacia ambos padres. Le frustraba ver que su madre estaba atrapada en una dinámica donde no contradecía las decisiones del padre para no entrar en más conflicto. La consultante intentó aconsejar a su madre la cual solo se lamentaba sin tomar acción alguna. Por el contrario, tomó los consejos de su hija como reproches, y la agredía verbalmente, lo que hizo sentir culpable a la consultante.

La consultante también asumió un papel de cuidadora respecto a sus hermanos menores asegurándose de que no fueran testigos de la violencia que prevalecía en su entorno familiar. Uno de sus hermanos menores enfrentaba problemas de consumo de sustancias, lo que aumentaba aún más la preocupación de la consultante por su bienestar. Sentía que su hermano estaba buscando ayuda y que sus padres no estaban lo suficientemente comprometidos con el cuidado y bienestar de sus hermanos menores.

Además de la violencia física y emocional que experimentó en su entorno familiar, la consultante percibió una presencia machista arraigada de ambos padres. Esta percepción de roles de género tradicionales y la falta de igualdad de género dentro de la familia también contribuyeron a su malestar emocional.

La consultante se encontraba atrapada en un ciclo de culpa, ansiedad y estrés debido a las dinámicas disfuncionales y las responsabilidades financieras que enfrentaba, por lo que buscó apoyo terapéutico en Proyecto Presencia dado que no contaba con los medios propios para pagar una terapia en otro lugar. Manifestó el deseo de aprender a manejar sus emociones, desarrollar estrategias efectivas para comunicarse con sus padres y explorar formar de establecer límites en su relación con su familia.

Se abordó a la consultante desde un enfoque integrativo multidimensional.

Se le otorgó el alta al finalizar el proceso y haber trabajado en los objetivos terapéuticos establecidos en el encuadre en las primeras sesiones. Desde la investigación se exploraron los momentos de cambio descritos en el Sistema de Codificación de Actividad Terapéutica.

Se le agradece a la consultante por su compromiso, participación en el proceso terapéutico y autorización de utilizar algunos datos de su proceso con motivos de investigación. Sus datos como se comentó previamente serán resguardados tomando en cuenta proteger su identidad.

Objetivos Terapéuticos:

1. Establecimiento de límites en sus relaciones interpersonales.
2. Exploración de formas de afrontamiento dentro de su historia individual.
3. Establecimiento de estrategias para manejo de la ansiedad.
4. Estrategias para el autocuidado de la salud.

Plan de Tratamiento:**Fase 1:** Conceptualización del caso, diagnóstico y relación terapéutica.

En cuanto a la conceptualización del caso, se recopiló información como antecedentes médicos, psicosociales, historia personal, síntomas actuales y motivo de consulta, ya discutidos en el apartado anterior.

En cuanto al diagnóstico, se identificaron problemáticas cognitivas, conductuales, y emocionales, relacionadas a dinámica familiar y relación de pareja, así como dificultades propias manifestadas en síntomas de ansiedad, se manejó de forma psicoterapéutica la ansiedad en categoría de síntoma, sin cumplir criterios para un trastorno de ansiedad. Se identificaron potenciales recursos y fortalezas de la consultante como su disciplina y su responsabilidad para usarse durante el tratamiento.

En cuanto a la relación terapéutica, esta se estableció basada en la empatía incondicional, la consultante vio el espacio de terapia como un espacio seguro, libre de juicio y respetuoso, se sintió cómoda compartiendo sus pensamientos y emociones sin temor a la crítica.

Fase 2: Tratamiento. Se trabajó en cada sesión la reducción de sintomatología de ansiedad que la consultante estaba experimentando, en mejorar su calidad de vida y bienestar general, promoviendo una vida más significativa. Se trabajo constantemente en el fortalecimiento de su autoestima y percepción de sí misma, con la finalidad de aumentar su autoconfianza, fomentando auto aceptación.

En el espacio psicoterapéutico la consultante desarrolló estrategias de afrontamiento saludables y habilidades de adaptación acorde a situaciones cambiantes, desarrollando habilidades de afrontamiento para lidiar con conflictos interpersonales y con el estrés. Se le ayudó a desarrollar habilidades sociales y de comunicación efectivas. Se trabajó en abordar conflictos y dilemas internos con la finalidad de tener mayor introspección sobre su toma de decisiones y gestión de conflictos emocionales debidos a traumas pasados.

Se trabajó en la identificación y modificación de pensamientos negativos e irracionales que contribuían a la gestación de problemas emocionales. Se ayudó a la consultante a desarrollar una mayor consciencia de sus emociones, pensamientos y comportamientos siendo de utilidad para fortalecer el autoconocimiento y la autorreflexión. Se promovió el crecimiento personal para alcanzar sus aspiraciones personales y profesionales.

Fase 3: Cierre y Seguimiento.

Se realizó un proceso de cierre del proceso a la sesión 40 habiendo cumplido los objetivos establecidos a lo largo del proceso terapéutico. Ocurre resignificación de los síntomas con remisión de estos. Se consolidan los cambios generando alivio de síntomas de ansiedad, mejora en calidad de vida, fortalecimiento de autoestima y autoimagen, mejora en las habilidades de comunicación en relaciones interpersonales, resolución de conflictos

internos, cambio de patrones de pensamiento disfuncionales, fomento de la autorreflexión y el autoconocimiento, desarrollo de habilidades de afrontamiento y adaptación, fomento de medidas de autocuidado y prevención de recaídas. Las sesiones se mantuvieron en la periodicidad de una sesión por semana, desde el inicio hasta la finalización del proceso psicoterapéutico.

Presentación de caso

1. Primera fase, evaluación y diagnóstico:

Alexandra, una mujer en la tercera década la de vida llegó a consulta buscando elaborar la angustia generada por el divorcio de sus padres, reporta sentirse abrumada por la dinámica familiar y el ambiente de tensión generado en casa, dicha situación había logrado afectar el ritmo común de sus actividades cotidianas y su relación con la vida en general.

Posterior a establecer el vínculo terapéutico y clarificar la situación junto con la consultante, se delimitaron como objetivos, redefinir su forma de relacionarse con su experiencia en torno a el proceso de divorcio de sus padres, trabajar con lo que ella definía con normalización de la violencia, mejorar su relación consigo misma y sus propios deseos, y construir relaciones que le permitieran explorar estilos de vinculación más saludable y menos dependientes.

2. Segunda fase, planificación.

Se utilizaron técnicas de empatía como escucha activa, parafraseo, resumen y reflejos para elaborar y trabajar con la consultante las temáticas delimitadas en la primera fase. Durante la segunda fase y gracias a la exploración y reflexión del discurso por medio de las técnicas mencionadas, la consultante delimito aún más sus objetivos y deseos,

estableciendo, por ejemplo, que quería expresarse con su pareja de forma efectiva y menos hostil.

Además, en esta fase la consultante refiere que logró ser más consciente de que la forma en la que se expresaba su pareja también era violenta, y se clarificó el deseo de establecer una familia con patrones relacionales distintos a los que ella vivió con su familia nuclear, y llevar un estilo de vida más saludable, por ejemplo, reanudar su rutina de gimnasio; y finalmente, por primera vez, verbaliza su dificultad para disfrutar actividades que involucren pasar tiempo en soledad.

3. Tercera fase, intervención psicoterapéutica.

Para esta fase la consultante declaró mayor conocimiento sobre las creencias que mantenían la forma de relacionarse que le ocasionaba sufrimiento. Reportó modificaciones concretas, cómo no sentir la necesidad de interacción constante con su pareja en la cotidianidad, logró colocar límites adecuados a su familia, pareja y amistades, para distribuir su tiempo, esfuerzo y recursos económicos de tal forma que pudo construir hábitos de auto cuidado más constantes en el tiempo.

Para contribuir a ello, por parte del psicoterapeuta se pusieron en juego las siguientes técnicas: argumentación, validación, nominación, información y resignificación.

VII. RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se ha centrado en el análisis de los momentos de cambio durante el proceso psicoterapéutico de una consultante con síntomas de ansiedad, desde una perspectiva multidimensional. Durante este estudio, se exploraron las transformaciones en los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos de la persona, con el fin de comprender cómo estos elementos interaccionan y se influyen mutuamente a lo largo de su proceso de cambio.

En este capítulo, se presentan los resultados de la investigación, producto de los datos obtenidos en las sesiones terapéuticas, la interpretación de la información a la luz de los indicadores subjetivos propuestos por Krause, (2006) y el soporte teórico que los respalda. La información se presenta de la siguiente manera: se muestra primeramente la narrativa de la consultante en el momento de cambio, (viñetas textuales), seguido de la interpretación, sustentada, del fragmento y, por último, comentarios sobre el tipo de cambio en el contexto del enfoque cognitivo-conductual y en referencia a los indicadores de cambio de SCAT.

SESION 11

Viñeta 1

Tabla 1						
Tipo de Cambio Cognitivo Conductual y Afectivo						
Indicador 1 “aceptación de la existencia de un problema”						
Indicador 9, la “manifestación de un comportamiento nuevo”						
	Acción comunicacional	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
1.	<i>C: [00:35:50.27] Y antes yo no disfrutaba ni siquiera estar sola, ¿sabes?</i>	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentación	Afectos	Sí mismo
2.	<i>Y más que nada, a lo mejor porque estoy rodeada de muchos hermanos y siempre estuve acompañada, pero no [00:36:00.00] disfrutaba</i>	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentación	Acciones	Sí mismo Otros
3.	<i>. O sea, era como. ¿Cómo voy a comer sola? ¿Cómo voy a ir a tal lugar sola? O sea, no, nunca</i>	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentación	Acciones	Sí mismo
4.	<i>Y, por ejemplo, la semana pasada. La semana pasada o antepasada, me fui yo a Plaza Galerías a comer yo sola, a comprarme unas cosas. Y en verdad me sentí tan a gusto.</i>	Aseveración	Resignificar	Argumentación	Acciones	Sí mismo

En esta narrativa la consultante puso de manifiesto sus creencias negativas e irracionales acerca de la independencia y la soledad, lo que se puede interpretar como una correspondencia teórica con el indicador 1 del SCAT “aceptación de la existencia de un problema” (Krause, 2006; Valdez, 2012). Antes, no disfrutaba de estar sola y hacer cosas

por sí misma, como comer sola o ir a lugares sin compañía, lo que podía estar contribuyendo a su ansiedad o malestar.

Recientemente ha realizado un cambio en su comportamiento al ir sola a Plaza Galerías para comer y comprar cosas. Este cambio en su comportamiento demuestra un progreso hacia la superación de las barreras que antes le impedían disfrutar de la soledad. Indica, además, que se sintió "tan a gusto" cuando realizó esta actividad sola, lo que sugiere un cambio en sus emociones. Anteriormente, es posible que hubiera experimentado ansiedad o incomodidad al estar sola, pero ahora está experimentando una sensación de comodidad y satisfacción.

Dentro de los indicadores de cambio genérico del SCAT (Krause, Valdés & Tomicic 2009) se encontró relación con el indicador 9, la "manifestación de un comportamiento nuevo" debido a que la consultante menciona que logra ir a comer sola sin que eso le cause un conflicto.

Las acciones comunicacionales expresadas por, y entre, consultantes y terapeutas con el propósito de transportar información (comunicar contenidos) e influir al otro, se traduce en episodios de cambio. El SCAT, divide las formas de esta interacción comunicativa en dos dimensiones: Acción y Contenido. La primera contempla tres categorías: Forma básica, Intención Comunicacional y Técnica. Con relación a la forma básica, entendida como la categoría de análisis que hace referencia a la estructura formal de la verbalización, el análisis del presente estudio distingue el código de "aseveración" por las afirmaciones de la consultante acerca de la soledad (Krause, Valdés, & Tomicic 2009).

Asimismo, en la categoría de intención comunicacional (propósito), se identificaron dos códigos: el de "explorar" en función de la entrega de contenidos sobre el tema de la soledad; y el de "resignificar" por la construcción de un nuevo significado respecto a sentirse

a gusto estando sola. En la última categoría de esta dimensión, la técnica, resaltó el código de el de “argumentación” en donde la consultante fundamento su reflexión sobre que se puede estar sola y sentirse bien (Krause, Valdés, & Tomicic 2009).

En relación con la dimensión de contenido, en la categoría de “ámbito”, el fragmento inicia con frases que tienen que ver con el ámbito de las ideas, con la idea de que es posible sentirse bien estando sola; luego al final de ese fragmento dio una frase sobre una cuestión de acción la cual es ir a comer sola, y otra frase con respecto al ámbito de los afectos que hace referencia a que no siente ansiedad de comer sola. Y, por último, en la categoría de referencia la acción comunicacional va dirigida a ella misma (Krause, Valdés, & Tomicic 2009).

SESION 15

Viñeta 2

Tabla 2						
Tipo de Cambio Afectivo						
Indicador 5, “descongelamiento” o cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamiento o funciones habituales						
	Acción comunicacional	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
1.	C: [00:28:38.35] Sí y fíjate que no! No había notado que me afectaba tanto este, en no, estar cerca de ella en lo que pasó y todo porque no me había puesto ni siquiera pensar las cosas	Aseveración	Resignificar	Nominación	Afectos	Sí mismo Otros
2.	. O sea, si es como de que digo no, [00:29:00.00] no quiero estar cerca de ella	Aseveración	Resignificar	Nominación	Afectos	Sí mismo Otros
3.	, pero pues ni siquiera me había cómo agarrado este sentimiento que traigo ahorita?	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Afectos	Sí mismo
4.	Hasta ahorita que vine contigo y te lo platiqué ¿sabes? ¿O sea, y se lo puedo platicar a pues a mí, a mi mamá, a mis hermanas, pero no llegué como a este punto,	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Acciones	Sí mismo Otros
5.	, fue como que tenía más coraje este que nada, sabes? Estaba en el punto de coraje, estaba en el punto de no quiero y ahorita es como que estoy soltando realmente [00:29:30.00] a lo mejor todo.	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Nominación	Afectos	Sí mismo

La consultante llegó a la sesión y habló de una sensación de malestar que eventualmente relaciono a un conflicto que tiene con una amiga suya. Dentro de la sesión

menciona el darse cuenta de algunas de las emociones que están involucradas en esa relación con la amiga lo cual implica un cambio de tipo afectivo ya que se dio cuenta de emociones que no había podido procesar en otros espacios, como con su hermana, con su mamá, y otros.

Dentro de los indicadores de cambio genérico del SCAT (Krause, Valdés, & Tomicic 2009) se relacionó el indicador categoría 5, “descongelamiento” o cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamiento o funciones habituales, puede implicar reconocimiento de problemas no vistos, en este caso la consultante se dio cuenta de emociones no vistas como enojo (Krause, Valdés, & Tomicic 2009).

Con relación a la forma básica, entendida como la dimensión de análisis que hace referencia a la estructura formal de la verbalización, el análisis del presente estudio distingue el código de “aseveración” por las afirmaciones de la consultante acerca de la relación con su amiga. Asimismo, en la categoría de intención comunicacional (propósito), se identificaron dos códigos: el de “explorar” en función de la entrega de contenidos sobre el tema de la relación con su amiga; y el de “resignificar” por la construcción de un nuevo significado respecto a la relación con su amiga. En la última categoría de esta dimensión, categoría técnica, resaltó el código de el de “nominación” e “información” en donde la menciona nuevos afectos que aparecen en la relación con su amiga (Krause, Valdés, & Tomicic, 2009).

En la dimensión de contenido, en la categoría de “ámbito”, destacó la categoría “afectiva” ya que su discurso se centró en el marco de su estado emocional con respecto a la relación con su amiga. Y, en la categoría de referencia, su discurso se centró en referirse a sí misma. Otra parte del discurso se refiere a otros, a la madre, a la amiga, a la hermana y también hay referencias al otro presente, es decir al terapeuta (Krause, Valdés, & Tomicic, 2009).

En el contexto de la TCC y en base al análisis del SCAT, dimensión de contenido, se pudo concluir que el cambio observado en la consultante es de tipo afectivo (Valdés, Tomicic, Pérez, & Krause, 2010).

SESION 16

Viñeta 3 Momento de cambio I

Tabla 3							
Tipo de Cambio Afectivo: indicador 5 desde el SCAT, descongelamiento, o cuestionamiento de formas de entendimiento habituales							
	Acción comunicacional	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia	
1.	Sabes algo que este me puse a analizar, que mi mamá toma a veces decisiones o explota [00:31:30.00] cuando se le acumulan las cosas	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Ideas	Si mismo - Otro	
2.	¿no? O sea, no hace ninguna acción hasta que ya no aguanta	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Acciones	Otro	
3.	¿Entonces siento que voy muy de la mano con esto, ¿no?	Aseveración	Resignificar	Argumentar	Ideas	Si mismo	
4.	¿O sea, algo que yo viví y algo que traigo, que no hago algo, no pongo un alto hasta que diga ya no puedo más, ¿no?	Aseveración	Resignificar	Argumentar	Afectos	Si mismo	
5.	Y siento que va arraigado por acciones que me han mantenido	Aseveración	Resignificar	Argumentar	Acciones	Si mismo	
6.	Este. [00:32:00.00] Sí. O sea, y hay veces de que, algo que sí me da mucho coraje, este yo, cuando yo me siento ya muy frustrada, hago, no digo, hago las cosas, ¿no?	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Afectos	Si mismo	
7.	este mi mamá. Cuando se siente muy frustrada, muy, la mayoría de las veces solamente dice voy a hacer esto y el otro y el otro	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Afectos	Otro	

8.	y solamente dice las cosas cuando está como muy enojada, está en el punto de ya no aguantar y después se le baja, no hace nada.	Aseveración	Explorar Entregar Contenidos	-	Argumentar	Acciones	Otro	
9.	Vuelve a [00:32:30.00] caer en lo mismo, vuelve a decir lo mismo y yo le digo es que me desespera demasiado el hecho de que digas y no hagas	Aseveración	Explorar Entregar Contenidos	-	Argumentar	Acciones	Otro	
10.	Pero yo era también de esa manera	Aseveración	Explorar Entregar Contenidos	-	Nominación	Ideas	Si mismo	
11.	He ido un poquito este como que avanzando en el hacer las cosas cuando este ya me siento mal	Aseveración	Resignificar		Argumentar	Acciones	Si mismo	
12.	pero si, o sea, siento que viene muy arraigado de todo eso.	Aseveración	Explorar contenidos		Argumentar	Ideas	Si mismo	

En este fragmento la consultante reflexionó sobre los patrones de su mamá respecto a explotar cuando las cosas se acumulan y como estos pudieron ser aprendidos por ella, llevándole a reaccionar desde el enojo y no hacer nada.

En cuanto al tipo de cambio según el SCAT, se identificó el indicador 5, descongelamiento, o cuestionamiento de formas de entendimiento habituales. En este fragmento la consultante cae en cuenta de su forma de procesar las cosas desde su enojo (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En cuanto al análisis de acciones comunicacionales desde el SCAT, en la dimensión de acción, el estudio distingue el código de aseveración por las afirmaciones de la consultante respecto a lo que piensa y hace alrededor del tema del enojo. En la categoría de intención comunicacional, resaltó la subcategoría de “explorar” en donde la consultante

entregó contenidos sobre el tema del enojo. En relación con la categoría de técnica, destaco el código de “argumentación” en donde la consultante expresa y fundamenta sus sentimientos permitiendo la identificación de patrones en donde reacciona desde la frustración y el coraje (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

Con relación a la dimensión de contenido, en la categoría ámbito, resaltó lo afectivo, dándole énfasis al proceso reflexivo sobre sus emociones de enojo. Por último, en la categoría de referencia, hace alusión a sí misma, al igual que a una tercera persona fuera de la sesión, en este caso a su madre (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En el contexto de la TCC y en base al análisis del SCAT, dimensión de contenido, se pudo concluir que el cambio observado en la consultante es de tipo afectivo (Valdés, Tomicic, Pérez & Krause; 2010).

SESION 16

Viñeta 4 Momento de cambio II

Tabla 4							
Tipo de Cambio Conductual							
indicador 9, "manifestación de un comportamiento nuevo"							
	Acción comunicacional	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia	
1.	C: [00:39:52.23] Gracias. Yo me siento muy orgullosa de mí.	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Afectos	Sí mismo	
2.	Por ejemplo, esta semana. Y he ido poco a poco. Este pensando [00:40:00.00] más en mí que en otras personas. ¿Sabes?	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Ideas	Sí mismo Otros	
3.	Lo he visto esta semana con mi novio de que hay veces que tenía que estar.	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Ideas	Sí mismo Otros	
4.	Ya ves que te mencioné que tengo que estar a veces atrás de. ¿Oye, por qué no me avisas esto y el otro no?	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Acciones	Otro Presente Otro	
5.	Yo ya le hice saber las cosas. Ya llegamos a un acuerdo esto y el otro.	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Acciones	Otros	
6.	Si él no me dice si el nada no tengo que estar detrás de esa persona porque vi, o sea, si yo no estuviera	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Acciones	Sí mismo Otros	
7.	, ¿quiero saber? si yo no estoy detrás de esa persona, ¿que esa [00:40:30.00] persona me da a mí, ¿no?	Pregunta	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Ideas	Sí mismo Otros	
8.	Entonces digo. Ummmm a veces me causa, me causaba demasiada	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Informar	Afectos	Sí mismo	

	ansiedad, ansiedad						
9.	y esta semana lo he podido controlar bastante bien, el no sentirme intranquila, no sentirme preocupada por cosas que las demás personas no me dan.	Aseveración	Explorar Entregar Contenidos	–	Informar	Afectos	Sí mismo

Al final de la sesión la consultante menciona que llega a acuerdos con su pareja y que pudo controlar sus síntomas de ansiedad. En cuanto al tipo de cambio según el SCAT, se identificó en indicador 9, “manifestación de un comportamiento nuevo”, ya que anteriormente no podía llegar a acuerdos con su pareja (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En cuanto al análisis de acciones comunicacionales desde el SCAT, en la dimensión de acción (categoría Forma Básica) el estudio distingue el código de “aseveración” por las afirmaciones de la consultante respecto a lo que ha hecho con relación a su pareja y con relación a sus emociones (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En la categoría de intención comunicacional, resaltó la subcategoría de “explorar” en donde la consultante entregó contenido sobre los acuerdos a los que llega con su pareja y sobre cómo está manejando sus emociones. En relación con la categoría de técnica, destaco el código de “información” en donde la consultante entregó un conocimiento dado por verdadero, en este caso, las decisiones tomadas respecto a la relación con su pareja y sobre el manejo de sus emociones. (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En relación con la dimensión de contenido, categoría ámbito, destaco el código de “acciones”, ya que hace referencia, principalmente, a las acciones emprendidas para mejorar la relación con su pareja. Por último, en la categoría de referencia, hace alusión a

sí misma, al igual que a una tercera persona fuera de la sesión, en este caso a su pareja (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En el contexto de la TCC y en base al análisis del SCAT, dimensión de contenido, se pudo concluir que el cambio observado en la consultante es de tipo conductual (Valdés, Tomicic, Pérez & Krause; 2010).

SESIÓN 18

Viñeta 5

Tabla 5						
Tipo de Cambio Cognitivo						
indicador 16, "autonomía", en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico".						
	Acción comunicacional	Forma básica	Intención comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia
1.	Le dije que no, o sea realmente no, no puedo estar con una persona que no ve lo que realmente me lastima y que [00:05:30.00] minimiza lo que yo siento	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Acciones	Sí mismo Otros
2.	y pues ya terminó aceptando este. ¿Siento que tuvimos una plática muy tranquila, este muy reflexiva	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Acciones	Sí mismo Otros
3.	en el que pues yo me di cuenta y él se dio cuenta a ver si quería seguir o no	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Acciones	Sí mismo Otros
4.	, y pues el, este respeto pues mi decisión de la relación no?	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Acciones	Sí mismo Otros
5.	Y te puedo decir base a esto, este me siento, obviamente me siento triste, [00:06:00.00] pero me siento tranquila.	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Afectos	Sí mismo
6.	A veces pasadas, no sé porque, a veces pasadas fue como un impulso de terminar. Y esta vez fue. Analizando la situación, este y. Pues siento que tomé una decisión de acuerdo a lo que sentía	Aseveración	Resignificar	Argumentar	Ideas	Sí mismo
7.	A lo. A reflexión. No solo a un impulso de un enojo como a veces pasadas.	Aseveración	Resignificar	Argumentar	Afectos	Sí mismo
8.	. Entonces me siento tranquila [00:06:30.00] y	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Afectos	Sí mismo

	pase lo que pase en un futuro, yo dije, respeté mi decisión, respeté lo que yo sentía, lo que yo valía.					
9.	Entonces me siento demasiado feliz con mi decisión. Me siento muy orgullosa de mí por haberme valorado de esa manera.	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Afectos	Sí mismo
10.	La verdad es que las palabras que tú me dijiste fueron como de una sacudida a mi persona de que realmente ¿cuánto vas a aguantar? ¡No! ¿Cuánto vas a aguantar? Esta. Esta. Esta situación	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Acciones	Sí mismo Otro presente
11.	. Vamos. Y [00:07:00.00] así ha sido mi semana.	Aseveración	Explorar – Entregar Contenidos	Argumentar	Acciones	Sí mismo

La consultante escenifica el dialogo entre ella y su pareja, en el cual reflexiona sobre su relación, la falta de reconocimiento de errores por parte de su pareja, y la importancia de tomar decisiones basadas en la reflexión y el respeto por sus propios sentimientos. La conversación concluye en la decisión de terminar la relación de manera tranquila y consciente.

En cuanto al tipo de cambio según el SCAT, se identificó en indicador 16, “autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico”. La consultante tomo una decisión autónoma con respecto a la relación al reconocer la importancia de actuar al reflexionar, tomando en cuenta la validación de sus emociones propias y al hacerlo se siente preparada para tomar la decisión de finalizar la relación (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En cuanto al análisis de acciones comunicacionales desde el SCAT, en la dimensión de acción (categoría Forma Básica) el estudio distingue el código de “aseveración” por la

afirmación de la consultante respecto a su decisión de terminar la relación de pareja (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En la categoría de intención comunicacional, resalto la subcategoría de “explorar” en donde la consultante entrega contenido sobre la decisión de terminar la relación con su pareja. Así mismo, dentro de esta categoría, resalto la subcategoría de “resignificar” en cuanto que la consultante encuentra un nuevo significado en el terminar su relación, ya no como un impulso, sino como una decisión propia.

Con relación a la categoría de técnica, destaco el código de “argumentación” en donde la consultante justifica un conocimiento dado por verdadero. En este caso a decisiones terminar su relación de pareja. (Krause, Valdés & Tomicic 2009).

En relación con la dimensión de contenido abordó, en el ámbito de los afectos, el tema de terminar con su pareja, las acciones presentes al hablar con él y el proceso de reflexión. Por último, en la categoría de referencia, hizo alusión a sí misma, a otro presente en la sesión, el terapeuta, y a una tercera persona fuera de la sesión, en este caso a su pareja (Krause, Valdés & Tomicic, 2009).

En el contexto de la TCC y con base al análisis del SCAT, dimensión de contenido, se pudo concluir que el cambio observado es de tipo cognitivo (Valdés, Tomicic, Pérez & Krause, 2010). En este fragmento de sesión la consultante comentó sobre su decisión de terminar su relación de pareja dándose cuenta de que esta vez dicha decisión no viene de un impulso sino de haber analizado su situación.

Los resultados de este estudio mostraron la forma en que la consultante va verbalizando momentos de cambio sobre sus síntomas de ansiedad y cómo ello le lleva a tomar decisiones sobre sí misma y sus relaciones interpersonales. A través del análisis de

su experiencia, se identificaron patrones, y oportunidades de crecimiento en su proceso de recuperación.

Así mismo, estos hallazgos nos permiten comprender mejor la complejidad de la ansiedad en la vida de las personas y destacan la importancia de abordar estos momentos de cambio con un enfoque personalizado y multidisciplinario. Este conocimiento enriquece no solo la comprensión teórica de la ansiedad, sino también la capacidad para brindar un apoyo más efectivo a quienes la experimentan.

VIII. DISCUSIÓN

En este capítulo se llevó a cabo un análisis interpretativo de los resultados desde tres dimensiones diferentes: la cognitiva, la afectiva y la conductual. Así mismo, dichos resultados se pusieron en diálogo con el marco teórico existente.

Se cumplieron los objetivos de la investigación ya que fue posible analizar y describir los momentos de cambio en las dimensiones afectiva, cognitiva y conductual de la consultante, lo que enriqueció la comprensión de la dinámica de la ansiedad y sus transformaciones durante el proceso terapéutico.

En este sentido, Laudo (2019) ha resaltado la importancia de observar cuidadosamente los momentos que surgen en la dinámica de la relación con el consultante a través de sus expresiones verbales. Además, ha hecho énfasis en la importancia de que el terapeuta preste atención a todo lo que ocurra, permitiendo al consultante hacer lo mismo. Cualquier cambio, por pequeño que sea, debe ser reconocido, analizado en profundidad y recordado posteriormente cuando sea pertinente.

En cuanto a la dimensión cognitiva, los resultados destacaron cómo los momentos de cambio en el pensamiento y la percepción de la consultante fueron determinantes en su progreso. La consultante reconoció la existencia de una problemática en su vivenciar: pensamientos negativos e irracionales en relación con la soledad y la dependencia. Al abordar este desafío y admitir que sus pensamientos anteriores no reflejaban su realidad, comenzó un proceso transformador. Como lo definen Clark y Beck (2010), se trata de una cognición disfuncional, en donde el miedo y la ansiedad anormales se derivan de una asunción falsa que conduce a la evaluación equivocada de la amenaza.

En esta misma línea y de acuerdo con lo planteado por Luterek y Heimberg (2003), las personas que experimentan ansiedad tienden a dirigir su atención hacia una percepción distorsionada de sí mismas. Esta percepción se construye sobre la base de interpretaciones negativas de señales, tanto internas (síntomas físicos), externas (conducta de otras

personas) y en la recuperación selectiva de experiencias negativas previas almacenadas en la memoria a largo plazo.

A medida que la consultante se adentró en la exploración de sus pensamientos, se dio cuenta de la influencia que habían tenido en su vida. Estos pensamientos habían alimentado temores mal infundados y limitado su capacidad para disfrutar de su independencia y de los momentos de soledad. Al comprender esta dinámica, la consultante dio un paso crucial hacia el cambio.

La consultante también comprendió la importancia actuar al reflexionar. Aceptó que la sola identificación de los pensamientos negativos no era suficiente; era necesario actuar sobre ellos. Este acto de confrontación le permitió no solo validar sus emociones, sino también empoderarse para tomar decisiones propias.

En relación con esto último, Luterek y Heimberg (2003) señala que estas personas comparan esta representación interna de sí mismas con las expectativas convencionales sobre cómo deberían comportarse en situaciones sociales. Este proceso a menudo conduce a la incapacidad de cumplir con esas expectativas, lo que, a su vez, incrementa su nivel de ansiedad y el temor a la evaluación negativa por parte de otros. La consultante a partir de los momentos de cambio experimentados logra movilizar sus recursos para tomar decisiones distintas, por ejemplo, el terminar de manera cordial su relación de pareja.

En el aspecto afectivo, la consultante se abrió al diálogo de sus emociones. Este proceso produjo cambios notables, manifestados por una sensación de gusto, comodidad y satisfacción al tomar la iniciativa de salir sola (independencia), una situación que previamente habría desencadenado síntomas de ansiedad. Esta apertura al diálogo, lo que denota confianza en el proceso terapéutico, así como la manifestación de nuevas emociones, son parte de los cambios genéricos señalados por (Krause, De la Parra, Arístegui, Tomicic & Valdés, 2006).

La consultante pudo ir trabajando sus patrones de ansiedad de manera consciente. Ejemplos de ello fueron reflexionar sobre su relación de pareja y la complicada relación con su madre, identificando que estos factores contribuían a su ansiedad y, en última instancia, a una creciente sensación de enojo. A pesar de sentirse impotente para reaccionar frente a estas emociones, logro dar un paso crucial: expresando y fundamentando sus sentimientos de manera efectiva. Este proceso de autoexploración le permitió identificar patrones disfuncionales recurrentes en su vida. La consultante manifestó capacidad para confrontar desafíos emocionales y encaminarse hacia una mayor claridad y bienestar emocional.

En el aspecto emocional, Valdés et al. (2010) realizaron un estudio con el objetivo de identificar y describir los principales Patrones Comunicacionales (PC) empleados por consultantes y terapeutas para abordar específicamente temas emocionales durante las conversaciones en Episodios de Cambio (consultar [tabla 7](#) en apéndice I). Se identificaron tres PC distintos: a) el patrón Exploración afectiva, que fue utilizado exclusivamente por las consultantes con el propósito de presentar, aclarar y/o dirigir la atención de la conversación hacia ciertos aspectos emocionales; b) el patrón Sintonía afectiva, empleado exclusivamente por los terapeutas para demostrar comprensión, armonía o proporcionar retroalimentación a las consultantes sobre determinados aspectos emocionales; y c) el patrón Resignificación afectiva, utilizado por consultantes y terapeutas con el objetivo de construir y/o consolidar conjuntamente nuevos significados para ciertos contenidos emocionales. En los resultados analizados se encontró concordancia en la presencia de la categoría de resignificación por parte de la consultante.

En el ámbito conductual, los resultados enfatizan la importancia de las estrategias de afrontamiento y la exposición gradual a situaciones temidas. Dichas estrategias consisten en enfrentar deliberada y sistemáticamente situaciones o estímulos particulares que puedan ser moduladores de malestar con el fin de habituar a las consultantes y extinguir ciertas

respuestas (Bados y García, 2011). La consultante experimentó momentos de cambio conductual cuando logró enfrentar sus miedos de manera más efectiva y adaptativa. Optó por una mayor independencia al tomar decisiones de realizar actividades sin necesidad de ser acompañada por otras personas.

En este sentido, Clark y Beck (2010) señalan, con relación a los miedos, que son el componente central presente en todos los trastornos de ansiedad. El miedo, estado cognitivo-fisiológico que aparece ante una amenaza real o potencial, al volverse irracional e incontrolable provoca síntomas de ansiedad. Así mismo, la incapacidad de la persona para enfrentar las amenazas de manera eficaz afecta su desempeño social y laboral y por ende su calidad de vida.

Por otra parte, la reflexión de la consultante sobre su relación de pareja la llevo a comprender la influencia que ésta tenía en su ansiedad y bienestar emocional. Esta reflexión la llevo, a su vez, a tomar la decisión no impulsiva sino razonada y consciente de poner fin a esta relación. A través de estas acciones se pudo observar, por parte de la consultante, algunos de los cambios genéricos señalados por (Krause, De la Parra, Arístegui, Tomicic, y Valdés, 2006) tales como: autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico, lo que se manifiesta en el discurso de la consultante como una sensación de competencia al sentirse capaz y segura para afrontar la situación de su relación de pareja y decidir al respecto.

A través de lo mencionado en este apartado puede concluirse que existieron acciones comunicacionales en el discurso de la consultante que permitieron detectar momentos de cambio terapéutico con respecto al manejo de sus síntomas de ansiedad. Por otra parte, dichos resultados concuerdan con las apreciaciones de diversos autores desde el paradigma cognitivo conductual respecto a las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual. De igual manera las categorías para circunscribir los momentos de cambio terapéutico

desde la metodología del SCAT permitieron resaltar aquellos fragmentos de las sesiones en donde es posible apreciar con mayor claridad el proceso por el que pasó la consultante para modificar aspectos tanto internos como en sus relaciones interpersonales.

IX. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

9.1 Conclusiones

A través de este estudio de caso, de enfoque metodológico cualitativo, se logró identificar y describir los momentos de cambio significativos en una consultante con síntomas de ansiedad, lo que permitió una comprensión más completa de su naturaleza y origen. Resaltó la importancia de las dinámicas emocionales y cognitivas en la experiencia de la ansiedad. Se observó que los momentos de cambio estuvieron estrechamente vinculados a cambios en la percepción, el procesamiento emocional y la interpretación de situaciones estresantes.

A lo largo de las sesiones y análisis de las acciones comunicacionales de la consultante, se identificaron varios momentos de cambio sustanciales. Estos momentos estuvieron relacionados con la toma de conciencia, la expresión de emociones, la adopción de nuevas estrategias de afrontamiento y la reevaluación de creencias autodestructivas. Estos momentos señalaron la transformación significativa en su experiencia de ansiedad.

Aunque el foco de investigación se centró en los procesos de la consultante cabe mencionar que la relación terapéutica brindó un espacio seguro para la exploración de emociones y pensamientos, lo que permitió que la consultante se abriera a nuevas perspectivas y estrategias de afrontamiento. Así mismo, el aumento en la independencia y la autonomía le brindaron la capacidad de tomar decisiones y actuar como su propia agente de cambio, lo cual influyó con la mejoría de sus síntomas de ansiedad.

Desde algunos aportes teóricos se considera al trastorno de ansiedad como una afección psicológica caracterizada por preocupaciones y miedos persistentes e intensos en relación con situaciones, objetos o actividades específicas. Delgado et al. (2021) destacan el papel de la ansiedad como mecanismo de defensa fisiológico ante un estímulo que puede resultar amenazante, pero también se pone el énfasis en que dicho mecanismo puede tornarse patológico, si se convierte en una respuesta que el consultante perciba de forma persistente no pueda controlar. Estos miedos y preocupaciones son desproporcionados en relación con la amenaza real y pueden interferir significativamente en las actividades cotidianas de las personas, debilitándolas y afectando su calidad de vida.

Cabe mencionar que la Maestría en Psicoterapia del ITESO ha jugado un papel importante, para el psicoterapeuta en formación, con relación a la comprensión y mejora de la relación terapéutica. Uno de los aspectos destacados de este programa de posgrado es su enfoque práctico. Los estudiantes participan en supervisión clínica y adquieren experiencia directa en la aplicación de técnicas terapéuticas en un entorno supervisado. Esta formación práctica es fundamental para comprender cómo se desarrolla la relación terapéutica en la práctica real y cómo se pueden abordar los desafíos que surgen en el proceso terapéutico.

A lo anterior se suma el proceso de sistematización de la práctica que posibilita el espacio de Investigación Desarrollo e Innovación (IDI) ya que el desarrollo del Trabajo de Obtención de Grado (TOG) es una oportunidad para observar puntos de mejora en la propia labor terapéutica al tiempo que existe un acompañamiento en el desarrollo de una investigación rigurosa.

9.2 Propuestas

1. Mantener un enfoque en la autorreflexión y la exploración de emociones y pensamientos a lo largo del proceso terapéutico que fomente la reflexión continua tanto en el terapeuta como en la consultante.
2. Fortalecer la relación terapéutica mediante una comunicación abierta y empática. La consultante debe sentirse segura y apoyada para compartir sus experiencias y preocupaciones.
3. Adoptar enfoques más personalizados en la terapia, adaptando las intervenciones a las necesidades y preferencias individuales de los consultantes.
4. Fomentar la autonomía de la consultante a lo largo del tratamiento, animándola a tomar decisiones informadas y a participar activamente en la planificación de su propio proceso de cambio.
5. Para evaluar la sostenibilidad de los momentos de cambio y la mejora de los síntomas de ansiedad, se sugiere un seguimiento a largo plazo, que permita observar cómo se desarrolla la consultante después del tratamiento.
6. Realizar investigaciones adicionales sobre el análisis de momentos de cambio en consultantes con síntomas de ansiedad para ampliar el conocimiento en este campo.
7. Complementar futuras investigaciones del tema incluyendo las intervenciones realizadas por el terapeuta para tener una visión más integral del proceso de cambio.

X. REFERENCIAS

- Acuña, E. (2017). La psicoterapia: un momento oportuno para los psicólogos clínicos. *Psicología desde el Caribe*, 34(3), 230-241. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2017000300230
- Asociación Americana de Psicología. (2010). *Diccionario conciso de Psicología. Manual Moderno S.A de C.V.*
- Ávila, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia?: Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2462–2482. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352003000300005
- Ávila, A., & Poch, J. (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Bados, A., & García, E. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502. https://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-52.pdf
- Bados, A., & García, E. (2009). El proceso de evaluación y tratamiento. *Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*. <http://hdl.handle.net/2445/9893>
- Bados, A., & García, E. (2011). Habilidades terapéuticas. *Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO)*. <http://hdl.handle.net/2445/18382>
- Bados, A & García, E. (2011) Técnicas de Exposición. *Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*.

<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9nci-cas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>

Barnhill, J. (2023). Generalidades sobre los trastornos de ansiedad. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>

Bernardi, R. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista Psiquiátrica de Uruguay*, 68(2), 99-146. http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf

Bernstein, D., & Nietzel, M. (1982). *Introducción a la Psicología clínica*. Libros McGraw-Hill de México, S. A. de C. V.

Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75-95. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuro-psiq/v34n121/original04.pdf>

Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>

Ceberio, M., Moreno J., & Des Champs C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Perspectivas Sistémicas nº 60*. <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2021/02/La-formacion-y-el-estilo-del-terapeuta-1.pdf>

Clark, D., & Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y Práctica*. The Guilford Press.

Corbella, S., & Botella L. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221. https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf

Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Paidós.

- Cupul-García, J. C., Hinojosa-Calvo, E., Villa Rodríguez, M. Á., Herrera-Guzmán, I., & Padrós-Blázquez, F. (2018). Evaluación neuropsicológica básica para adultos en consultantes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 56(3), 151-160. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000300151
- Delgado, E., Xatruch, D., Lara, M., & Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Díaz, I., De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42 – 50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Garay, C., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., & Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología*, 15(29), 7-21. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>
- García, S., Bados, A., & Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97026840008.pdf>
- Gómez-Gastiasoro, A., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Lucas-Jiménez, O., Díez-Cirarda, M., Rilo, O., Montoya-Murillo, G., Zubiaurre-Elorza, L., & Ojeda, N. (2019). A Neuro-psychological Rehabilitation Program for Cognitive Impairment in Psychiatric and Neurological Conditions: A Review That Supports Its Efficacy. *Behavioural neurology*, 2019, 4647134. <https://doi.org/10.1155/2019/4647134>

- Gómez, E. (2016). La interdisciplinariedad. Hacia nuevos derroteros en la formación de psicoterapeutas. En Gómez, E., Rosas, R., Zohn-Muldoon, T. (Eds.), *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas* (pp. 21–44). ITESO. <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/3810/Psicoterapia%20contempor%C3%A1nea.%20Dilemas%20y%20perspectivas.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Hernández, S.; Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Jiménez-Suarez, J. (2022). Abordaje integral del trastorno de ansiedad generalizada: Un análisis para la toma de decisiones en salud. *Revista ISEO Journal*, 1(1). <https://journal.iseo.edu.mx/index.php/iseo/article/view/28/12>
- Kleinke, C. (1994). *Principios comunes en psicoterapia*. Biblioteca de Psicología. Descleé De Brouwer.
- Krause, M., Valdés, N., & Tomicic, A. (2009). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de Procedimiento. *Proyecto Fondecyt N°1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program*. https://midap.org/wp-content/uploads/2015/06/manual_scat.pdf
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Tomicic, A., & Valdés, N. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538206.pdf>
- Lana, F. & Juan, S. (1998). Introducción a la psicoterapia. En I. Hidalgo y R. Diaz (Eds.) *Psiquiatría Clínica: Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos mentales*, (pp.403-420). Aula Médica. https://www.researchgate.net/profile/Fernando-Lana-2/publication/263849482_Introduccion_a_la_psicoterapia/links/0046353c112e79c8fa000000/Introduccion-a-la-psicoterapia.pdf

- López, J. (2016). Las doce teorías que fundamentan la combinación y la unificación de la Psicoterapia. *Multidisciplinary Health Research*, 1(3). <https://doi.org/10.19136/mhr.a1n3.1676>
- Laudo, I. (2019). Momentos de cambio en psicoterapia. *Temas de psicoanálisis*, Núm. 17. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/02/ISABEL-LAUDO.-Momentos-de-cambio-en-psicoterapia..pdf>
- Luterek, W., Eng, R. & Heimberg, G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Luterek_11-3oa-1.pdf
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L. y Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista de Neurobiología*, 10(24). <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html>
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Mira, E. (1996). *Manual de psicoterapia*. Editora Mestre Jou.
- Moreno, S. y Zohn T. (2013) Diálogo interdisciplinario y psicoterapia, Implicaciones para la formación y la práctica. En T. Zohn, E. Gómez, & R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas* (pp. 85–114). ITESO. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjhzrxx.8>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1889–1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>

- Novelo, G. (2008). La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 44-51. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915922007.pdf>
- Oblitas, L. (2004). *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa? Los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia*. Psicom editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre la salud mental. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Trastornos de ansiedad. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:text=Se%20calcula%20que%20un%204,los%20trastornos%20mentales%20\(1\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:text=Se%20calcula%20que%20un%204,los%20trastornos%20mentales%20(1)).
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *Lancet (London, England)*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Puga-Olguín A., Rodríguez-Landa J., Morales-Arias A., Soria-Fregozo A. y Barrientos-Bonilla A. (2020). Trastornos de ansiedad. https://www.researchgate.net/publication/342991917_Trastornos_de_ansiedad
- Pérez, L.; Parra, E. & Espinosa, I. (2014). *Introducción a la Psicoterapia*. Ecorfan.
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-53. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808706.pdf>
- Rodríguez, G.; Gil, J. & García, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ed. Aljibe, Málaga.

- Roussos, A.; Juan, S. & Manubens, R. (2017). El estudio del cambio en psicoterapia: desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica. *Anuario de Investigaciones*, XXIV, 15-24, Universidad de Buenos Aires. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369155966001.pdf>
- Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994): *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Ruiz, M.; Díaz M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer, S.A.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa (5a. ed.)*. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(4), 595–606. <https://doi.org/10.1037/a0016032>
- Torales, J. & Brítez-Cantero, J. (2017). Fundamentos de Psicoterapia. *Medicina Clínica y Social*, 1(2), 157-183. <https://doi.org/10.52379/mcs.v1i2.25>
- Valdés, N.; Tomicic, A.; Pérez, J.C.; & Krause, M. (2010). Sistema de Codificación de La Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de consultantes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (2), 117-130. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921801002.pdf>
- Valdés, N., Krause, M., Tomicic, A., & Espinosa D. (2012). Expresión Emocional Verbal Durante Episodios de Cambio: Análisis de los patrones comunicacionales utilizados por consultantes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (3), 217-246. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021004>

Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16(2), 214 – 222. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630260010.pdf>

Zohn T.; Gómez E. & Enríquez R. (2018). *Los estudios de caso en psicoterapia desafíos y posibilidades*. ITESO.

ANEXO I: Tablas

Tabla 1

Tabla 1. Aspectos prácticos fundamentales de las psicoterapias

-
- 1.-ESCUCHA. Abierta y respetuosa que permita al paciente expresar libremente su problema.
 - 2.-ROLES. Bien definidos y asimétricos (médico/enfermo); no somos un amigo o consejero.
 - 3.-FOCO. Seleccionar lo que es importante para el tratamiento de lo que no lo es.
 - 4.-INTERES. Explícito e implícito por aquello que nos cuenta el paciente.
 - 5.-RESPETO. De los silencios y de cualquier estado emocional.
 - 6.-DURACION. Debe pactarse al inicio, o aclarar que no puede prolongarse indefinidamente.
 - 7.-NEUTRALIDAD. No nos debemos dejar influir por nuestros ideales o prejuicios.
 - 8.-IMPLICACION ACTIVA. Del paciente en el tratamiento con objetivos compartidos.
 - 9.-ENCUADRE. Los medios o técnicas terapéuticas para conseguir dichos objetivos deben quedar claramente explicitados y ser los adecuados para cada caso.
 - 10.-FLEXIBILIDAD*. Al principio del tratamiento es mejor ser poco directivos, manteniendo una actitud de respeto y comprensión para poder establecer una relación terapéutica con el paciente, para luego pasar a ser más directivos.
-

Fuente: elaborado por Lana, 1998.

Tabla 2

Tabla 2. Modelo de Egan de las fases del proceso terapéutico (adaptado de Egan, 1986)

Fase I: identificación y clarificación de las situaciones problemáticas y de las oportunidades no utilizadas

- Primer paso I-A: ayudar a los consultantes a contar su historia
- Segundo paso I-B: centramiento: la búsqueda de nivelación
- Tercer paso I-C: puntos ciegos y nuevas perspectivas

Fase II: establecimiento de metas, y desarrollo y elección de escenarios preferidos

- Paso II-A: construcción de un nuevo escenario
- Paso II-B: evaluación de las metas de un nuevo escenario
- Paso II-C: elección y compromiso

Fase III: acción, avance hacia el escenario preferido

- Paso III-A: descubrir estrategias de acción
- Paso III-B: elección de estrategias y desarrollo de un plan de acción
- Paso III-C: implantación de planes y logro de metas

Tabla 3

Tabla 3. Criterios de Evaluación de la Investigación cualitativa

Credibilidad	Los investigadores, para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares, vuelven a los informantes durante la recolección de la información.
Auditabilidad	Habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio
Transferibilidad	Se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto.

Fuente: Castillo, E. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa

Tabla 4

Tabla 4 - Dimensiones, Categorías y Códigos del SCAT-1.0		
Dimensión Acción: 3 categorías de análisis y 22 códigos de acción	Forma Básica (estructura formal de la verbalización).	1) Asentir: admitir como cierto lo dicho por el otro. 2) Aseverar: afirmar algo que pretende ser verdad. 3) Negar: no admitir como cierto lo dicho por el otro. 4) Preguntar: a interrogar al otro sobre cierta información. 5) Dirigir: intentar que el otro ejecute una acción cognitiva, emocional o comportamental.
	Intención Comunicacional (propósito)	6) Explorar: averiguar o entregar contenidos que se desconocen, clarificar contenidos y/o dirigir la atención y los esfuerzos hacia un determinado foco de la conversación 7) Sintonizar: entender o ser entendido por el otro, armonizar con el otro y/o darle una retroalimentación al otro. 8) Resignificar: construir nuevos significados y/o consolidarlos.
	Técnica (recursos metodológicos presentes)	9) Argumentación: se da un fundamento, un ejemplo, una generalización o una justificación para un contenido. 10) Autorrevelación: el terapeuta o, el paciente en el rol de co-terapeuta evidencia información personal de sí mismo. 11) Confrontación: se enfrenta al otro o a sí mismo con sus propias aseveraciones. 12) Consejo: se persuade al otro de manera que ejecute determinados actos, se da una instrucción o una tarea. 13) Imaginería: se representa mentalmente una situación presente, pasada o futura, real o fantaseada. 14) Información: se entregan conocimientos dados por verdaderos. 15) Interpretación: un contenido es comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión del mismo. 16) Narración: se citan contenidos que dan cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado. 17) Nominación: se da un nombre a una idea, hecho o acción relatada. 18) Paradoja: se declara algo en apariencia verdadero, pero que guarda una contradicción lógica que se presenta como absurda para el sentido común. 19) Reflejo: hace de espejo de los estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales del otro. 20) Refuerzo: se alienta o valida al otro. 21) Resumen: se sintetizan los contenidos expresados por el otro o por uno mismo. 22) Rol Playing: se actúa una situación poniendo en escena distintos personajes.

Dimensión Contenido: 2 categorías de análisis y 9 códigos de acción	Ámbito	1) Acciones: indica que el trabajo terapéutico se circunscribe principalmente al mundo del comportamiento, siendo de carácter conductual. 2) Ideas: indica que el trabajo terapéutico se circunscribe principalmente al mundo de los pensamientos, siendo de carácter cognitivo. 3) Afectos: indica que el trabajo terapéutico se circunscribe principalmente al mundo de las emociones, sentimientos y/o estados anímicos.
	Referencia	4) Persona singular: la referencia es a si mismo paciente o terapeuta. 5) Persona singular o plural: 6) Tercera persona singular o plural: La referencia es a Otro presente cuando se dirige hacia el otro hablante presente en la sesión ya sea este paciente o terapeuta 7) Relación terapéutica: cuando se dirige a la relación actual del o de los pacientes con el terapeuta. 8) Relación con un tercero: un otro dentro o fuera de la sesión. 9) Neutral: indefinido, en la que se omite el sujeto de la comunicación.

Tabla 5

Tabla 5 - Ejemplos de significado de las categorías	
Asentir	"claro", "por supuesto", "puede ser", "mhm"
Aseverar	"pero igual la echa de menos, esa podría ser otra manera", "lo hizo para comprometerse", "imposible"
Negar	"no", "de ninguna manera"
Preguntar	"¿y de qué cosa se quejaba entonces?", "¿cómo se sintió en ese momento?"
Dirigir	"piense en lo que le acabo de decir", "sostenga la emoción que está sintiendo ahora", "mire a su marido mientras le habla"
Explorar	"¿a qué le teme?", "mi madre tenía entonces 36 años", "¿cuándo fue la última vez que recaíste?", "¿o sea que esas cosas no las cuentas?", "quiero decir que no terminaré la universidad", "voy a contarle algo que me pasó el fin de semana", "yo quiero volver sobre algo que usted dijo al inicio de la sesión", "has nombrado varias cosas, pero quedémonos con la primera"
Sintonizar	"necesito que me entienda lo que intento explicarle", "ahh lo que me quieres decir es que te cuesta reconocerlo", "o sea que usted piensa que se suceso tuvo que ver con que no lo llamara", "me pongo en tu lugar y para ti debe ser muy complicado todo esto", "la situación de su hija debió ser motivo de gran alegría para usted", "lo que acabas de decir me molestó", "eso habla bien de tu proceso porque has sabido enfrentar situaciones difíciles"
Resignificar	"usted no se ha puesto a pensar que hay una parte suya que anda por la vida como aplanadora, y otra parte suya que nadie ve."

	Esa es la parte que sufre", "yo creo que eso de ser tan seria y aburrida tiene que ver con la manera como mi papá me educó", ("usted reconoció que se guarda las emociones, pero además eso la hace alejarse de los demás", "en el fondo, fondo, nunca quise dejar de ser niña"
Argumentación	"he andado con ganas de consumir porque ando muy cansado y desmotivado", "por ejemplo cuando usted tomó la decisión de no llamarlo más", "no voy a llorar porque los hombres nunca lloran"
Autorrevelación	"lo entiendo porque yo como padre también me preocuparía", "en mi caso cuando tengo sueños de consumo, los cuento al otro día"
Confrontación	"te va a ser muy difícil mantener el mismo estilo de vida que tenías, y hacer las mismas cosas que hacías antes", "usted quiere que se hagan las cosas como usted quiere"
Consejo:	"no debería permitirselo, porque si usted se lo permite, él la va a seguir tratando así", "mire atentamente la cara de su esposa mientras le dice cómo se siente", "la próxima vez que camine por el centro quiero que lo haga lo más lento que pueda"
Imaginería	"imagine cómo va a actuar usted en ese momento", "imagino que debe haber quedado triste después de mi llamada"
Información	"es importante que los niños tengan límites"
Interpretación	"pareciera que usted, pensando en esto que me contaba acerca de ser precavida, de cuidar su imagen, tuviera como susto parecerse a su papá en algún momento, y por eso cuida su imagen"
Narración	("esa vez, lo que pasó fue que él me dijo que no quería que siguiéramos juntos, y a mí me dio terror, y le pedí que por favor nos diéramos otra oportunidad. Desde entonces, él empezó a llegar muy tarde a casa, casi todas las noches", "cuando salgo con mi hermano a la calle, él siempre corre, no se deja tomar de la mano y es ahí cuando yo me enojo y nos ponemos a pelear"
Nominación	"no es vergüenza, es miedo"
Paradoja	"si no tienes ganas de levantarte no te levantes, ni te duches. Y al tercer día te van a dar ganas de levantarte")
Reflejo	"además, te ves como desganado y cansado", "parece que se quedó pensando lo que le acabo de decir"
Refuerzo	"pero a ver, usted es capaz de reflexionar sobre cuál podría ser el camino correcto", "o sea, definitivamente usted ha demostrado su capacidad de ejercer su rol de madre"
Resumen	"en síntesis, de acuerdo a lo que hemos conversado, se puede decir que usted considera que su trabajo es poco variado"
Rol Playing	"T: hable como si usted fuera su nariz, P: mi principal labor como nariz es respirar"
Acciones	"cuando ellos empiezan a discutir yo prefiero no meterme", "ahora que yo le estaba hablando y la estaba llevando por otro camino del que usted me había llevado, usted empezó a mirar la hora"
Ideas	"tengo la impresión de que le hizo sentido lo que le acabo de decir", "yo creo que por eso soy así, porque no abuso del tiempo de los otros"

Afectos	"quédese con eso, conéctese con lo que está sintiendo en estos momentos", "producto de eso no puedo lograr sentir algo de placer, yo creo que ahí sentiría mucha pena"
Persona singular	(a si mismo) "yo trato de ser lo más honesta posible y no alcanzo a darme cuenta que sea realmente así"
Persona singular o plural	
Tercera persona singular o plural	(a otro) "tú deberías tomar en cuenta lo que ella te dice", "¿ustedes acaso no se han puesto a pensar en eso?"
Relación terapéutica	"nosotros estuvimos conversando de eso en la sesión pasada", "y con usted logro darme cuenta de cosas que no había visto antes", "cuando yo le señalo eso que usted hace, entonces le da rabia"
Relación con un tercero	(otro actor presente o no) "ella nunca ha admitido que le molestó", "ellos no me comprenden ni me toleran", "dicen que creo tener siempre la razón"; (a la relación con un tercero) "nosotros con mi marido no logramos ponernos de acuerdo con respecto a ese tema".
Neutral	"persiste porque la situación no cambia de forma inmediata", "esa es precisamente la cuestión"

Tabla 6

Tabla 6. Listado de indicadores cualitativos del cambio psicoterapéutico inespecífico o común a diferentes modalidades terapéuticas.

1	Aceptación de la existencia de un problema.
2	Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3	Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4	Expresión de esperanza ("remoralización" o expectativa de ser ayudado o superar los problemas)
5	Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura") - Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
6	Expresión de la necesidad de cambio
7	Reconocimiento de la propia participación en los "problemas"
8	Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9	Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva
10	Aparición de sentimientos de competencia.
11	Establecimiento de nuevas asociaciones entre: - aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.) - aspectos propios y del entorno (personas o sucesos) - aspectos propios y elementos biográficos.
12	Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
13	Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
14	Formación de constructos subjetivos de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas
15	Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
16	Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
17	Reconocimiento de la ayuda recibida.
18	Disminución de la asimetría.
19	Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador "global").

Fuente: Manual de observación, registro y codificación de episodios de cambio y estancamiento (2012).


Tabla 7

Tabla 7. Características de los principales Patrones Comunicacionales (PC)

Patrones Comunicacionales (PC) utilizados para trabajar contenidos emocionales		
	Código	Características
Exploración afectiva	PC213	Se caracteriza a Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar con el propósito de entregar, clarificar y/o dirigir la atención hacia ciertos contenidos emocionales durante la conversación terapéutica. Indistintamente del tipo de episodio, este Patrón Comunicacional es utilizado exclusivamente por las pacientes.
Sintonía afectiva	PC223	Se caracteriza a Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar con el propósito de mostrar entendimiento, amonizar o dar una retroalimentación acerca de ciertos contenidos emocionales durante la conversación terapéutica. Indistintamente del tipo de episodio, este Patrón Comunicacional es utilizado exclusivamente por los terapeutas.
Resignificación afectiva	PC233	Se caracteriza a Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar con el propósito de co-construir y/o consolidar nuevos significados para determinados contenidos emocionales durante la conversación terapéutica. Este Patrón Comunicacional es utilizado tanto por pacientes como por terapeutas durante los Episodios de Cambio, y únicamente por los terapeutas durante los Episodios de Estancamiento.

Fuente: Expresión Emocional Verbal Durante Episodios de Cambio (Valdés, 2012)

ANEXO II: Consentimiento informado



**ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara**

**MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA
PROYECTO PRESENCIA
CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Tlaquepaque, Jalisco a ___ de _____ de 20__.

PRESENTE

Por medio de la presente, en términos del artículo 24 y 31 del Código Civil del Estado de Jalisco, así como en términos del artículo 87 de la Ley Federal del Derecho de Autor, en pleno uso de mis facultades, otorgo mi consentimiento expreso por tiempo indefinido, a título gratuito, para autorizar que se capture por medio de fotografía, voz, imagen, texto y videograbación el contenido de las sesiones de psicoterapia, así como para que este sea utilizado para ser visto, escuchado, leído, y comentado con las y los profesores y sus compañeros(as) de clases dentro de la Maestría en Psicoterapia, siempre y cuando la información que permita que mi persona sea identificable sea debidamente protegida.

Entiendo y manifiesto conocer que quien me atenderá en terapia es estudiante de la Maestría en Psicoterapia y que puede llegar a tener formación académica distinta a la psicología, por lo que, si requiero de algún reporte, dictamen o similar, daré previo aviso a los coordinadores del Proyecto Presencia, para que me canalicen con quien pueda dar esta atención y emitir el documento requerido. Mi propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que el estudiante pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo y manifiesto también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad, esto es, mis datos personales de identificación como son mi nombre, así como apellidos serán omitidos al usarse los contenidos de las sesiones de psicoterapia, apegándose así el contenido de las sesiones al proceso de formación e investigación y que tanto sus profesores(as) como los compañeros(as) de clase asumen también este compromiso.

Estoy informada(o) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, el Terapeuta que me sea asignado podrá utilizar los datos únicamente con fines educativos o de investigación, dentro de clases que le favorezcan en su proceso formativo, siempre y cuando se respete mi anonimato.

Tanto mi nombre, imagen como el contenido de las sesiones no tiene mi autorización para ser utilizado en la promoción comercial, o no comercial inclusive, del servicio que otorga el Proyecto Presencia a la comunidad ITESO o externos.

Atentamente,

Nombre completo del Consultante _____

Fecha _____

Firma _____

Respecto al tratamiento de mis datos personales, el Aviso de Privacidad Integral relacionado con el Proyecto Presencia está disponible para el Usuario, previo al tratamiento de la información del usuario, en el Departamento de Psicología, Educación y Salud. |

Página 1 de 1

ANEXO III: Aviso de privacidad

AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tiempo: 10 a de de

(Nombre del/la psicoterapeuta en formación)

Presente

Por medio de la presente, expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con las y los profesores y sus compañeros(as) de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación y que tanto sus profesores(as) como los compañeros(as) de clase asumen también este compromiso.

Estoy informada(o) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus profesoras(es) y compañeros(as) lo tratado en mis sesiones de psicoterapia.

AVISO DE PRIVACIDAD

ITESO, a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Psicología, Educación y Salud o en el Centro Polanco del ITESO. La información que se utilice para la supervisión de los casos, será tratada en forma confidencial y anónima.

Derechos ARCO:

El ITESO, por conducto de la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia, te informa que, acepta iniciar, desarrollar y concluir las sesiones de psicoterapia que hemos convenido. El ITESO te informa y notifica que el total o partes de dichas sesiones serán video/audio-grabadas con fines profesionales y educativos. El ITESO asume que tales video/audio-grabaciones, contienen datos personales y personales sensibles, cuyo titular es quién como consultante, suscribe este convenio. Asimismo, el ITESO te informa y notifica que conforme a la ley de la materia en vigor, tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), respecto de tus datos personales y personales sensibles contenidos en dicho video/audio-grabación, y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina de la Directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud, por la señorita AURORA RODRIGUEZ, en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Teléfono 3669 3451).

Por otra parte, quien suscribe, consultante y receptor de los servicios de psicoterapia que prestará el ITESO por medio de la Maestría en Psicoterapia, declaro conocer, en todos sus términos, en particular sobre los derechos ARCO, el Aviso de Privacidad del párrafo anterior informado y notificado por el ITESO. Asimismo, otorgo libre y expresamente y mediante este comunicado, mi consentimiento y autorización para someterme como consultante a las sesiones de psicoterapia, conforme a los métodos y formas profesionales y educativas que determine el ITESO y para que este pueda video/audio-grabar el desarrollo total o parcial de dichas sesiones de psicoterapia, sin más límites que los profesionales y educativos indicados por el ITESO.

En consecuencia, el ITESO podrá video/audio-grabar las acciones, omisiones, reacciones, expresiones verbales y no verbales y todo cuanto suceda y dialogue en las sesiones de psicoterapia mencionadas. Acepto y doy mi consentimiento informado, para que el ITESO, bajo su supervisión, pueda ver, escuchar, comentar y opinar académica y profesionalmente, sobre la información y datos personales y personales sensibles contenidos en las video-grabaciones autorizadas; y podrá compartirlas con los profesores, académicos y alumnos en las sesiones de clases de la Maestría de Psicoterapia en el ITESO y en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas, en la inteligencia que, el ITESO conminará a estas personas a mantener, conforme a la ley de la sociedad y los lineamientos en vigor del ITESO en la materia, respeto, confidencialidad y privacidad sobre dicha información.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela al ITESO, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

Nombre y firma de la persona consultante