

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Facultad de Psicología



Informe de experiencias de práctica preprofesional en una clínica privada
en Lima Metropolitana

Trabajo de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional de
Licenciada en Psicología que presenta:

Aranzazu Paredes de la Fuente

Asesora:

Cecilia Chau Pérez Aranibar


Lima, 2024

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Cecilia Beatriz Chau Pérez Aranibar docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado "Informe de experiencias de práctica pre profesional en una clínica privada en Lima Metropolitana" del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as) Aranzazu Paredes de la Fuente dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 7%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 25 de junio del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 28 de Junio del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Cecilia Beatriz Chau Pérez Aranibar	
DNI: 08272228	Firma
ORCID: 0000-0002-2631-0301	

Resumen

El presente trabajo muestra las actividades realizadas y los aprendizajes obtenidos durante el periodo de las prácticas preprofesionales en una clínica de atención psicológica ubicada en Lima metropolitana. Estas actividades exhiben la adquisición de las competencias, diagnóstica e interviene.

Con respecto a la competencia de diagnóstico, se obtuvo como productos principales: el motivo de consulta, la historia clínica, el análisis funcional y la presunción diagnóstica. Para llevar a cabo esta competencia se utilizó la entrevista clínica, la observación de conducta, el auto monitoreo y la aplicación de pruebas psicológicas.

Por el lado de la competencia interviene, se realizó un plan de trabajo bajo el marco de la terapia cognitivo conductual, organizada en sesiones en línea durante 6 meses. Este plan se llevó a cabo bajo la supervisión de psicólogos colegiados con mayor experiencia en la clínica.

Por último, la competencia evalúa se desarrolló a través de un taller llevado a cabo en el curso de Psicología y Desarrollo Integral (Facultad de Psicología), cuyo objetivo central fue que los estudiantes logren esbozar sus metas académicas en relación con sus valores personales. Se establecieron objetivos, indicadores y medios de verificación, para evaluar la intervención realizada. Se obtuvieron resultados mixtos, algunos objetivos fueron logrados, mientras que otros fueron logrados parcialmente. A partir de esto se formularon diferentes recomendaciones para futuras intervenciones dentro de esta población.

Palabras clave: *diagnóstico, evaluación psicológica, atención psicológica, intervención psicológica.*

Abstract

The present document shows the activities performed and the learning obtained during the period of pre-professional practices in a psychological care clinic located in metropolitan Lima. These activities show the acquisition of competencies, diagnosis, and intervention.

Regarding the diagnostic competence, the main products obtained were the reason for consultation, the clinical history, the functional analysis, and the diagnostic presumption. To carry out this competence different techniques were used like the clinical interview, behavioral observation, self-monitoring, and the psychological tests.

On the side of the intervening competence, a work plan was carried out under the framework of cognitive behavioral therapy, organized in online sessions for 6 months. This plan was carried out under the supervision of registered psychologists with more experience in the clinic area.

Finally, the competency evaluate was developed through a workshop carried out in the Psychology and Integral Development course (Faculty of Psychology), whose main objective was that the students outline their academic goals in relation to their personal values. Objectives, indicators and means of verification were established to evaluate the intervention carried out. Mixed results were obtained, some objectives were achieved, while others were partially achieved. From this, different recommendations were formulated for future interventions within this population.

Key words: diagnosis, psychological assessment, psychological care, psychological intervention.

Tabla de contenido

Presentación general de las actividades realizadas	1
Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso	2
Competencia Diagnostica	2
Presentación	2
Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia diagnostica	2
Reseña teórica de la ansiedad	15
Reseña teórica de la depresión	17
Reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia diagnostica	19
Competencia Interviene	20
Presentación	20
Descripción de la actividad realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia interviene	20
Reseña teórica de la terapia cognitiva conductual	27
Reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia interviene	29
Competencia Evalúa	31
Presentación	31
Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia evalúa	31
Reseña teórica metas académicas	35
Reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia evalúa	36
Conclusiones	38
Referencias	40
Anexos	44

Presentación general de las actividades realizadas

En el presente documento se detallan las actividades realizadas luego de la experiencia de prácticas en una clínica privada en Lima Metropolitana. En primer lugar, se describen las actividades que dan cuenta de la obtención de la competencia diagnóstica. Así, se explica el proceso de diagnóstico del caso Maritza. En este apartado se especifican, como primer punto, los objetivos del diagnóstico y las técnicas utilizadas, que fueron: la entrevista, la observación de conducta, el auto monitoreo y los test psicométricos. Asimismo, se detalla el motivo de consulta, la historia clínica y el análisis funcional, especificando las conductas problema, las variables de personalidad y psicológicas, la historia de los aprendizajes y el paradigma cognitivo. Finalmente, se llega a la presunción diagnóstica acorde a los criterios encontrados en el DSM-5 (American Psychological Association, 2013), los cuales fueron ansiedad generalizada y distimia. Al finalizar la sección, se hace una breve reseña de los modelos de ansiedad y depresión desde la teoría cognitiva y una reflexión sobre lo aprendido en esta competencia.

En segundo lugar, se presentan las actividades que muestran la adquisición de la competencia interviene. En esta sección se sigue tomando como ejemplo el caso Maritza, enfocándose en la intervención del mismo. De esta forma, siguiendo el modelo de terapia cognitivo conductual, se describen los objetivos de la intervención y se detalla el tratamiento en cada una de las sesiones. Luego, se realiza un análisis de los logros obtenidos del acompañamiento psicológico. Por último, se desarrolla una breve reseña sobre la terapia cognitiva conductual y se sintetiza lo aprendido en esta competencia.

Finalmente, para la competencia evalúa se toma en consideración el trabajo realizado en el curso de “Psicología y Desarrollo Integral”. Este tuvo como objetivo que los estudiantes logren esbozar metas académicas acordes a sus valores personales. Así, se buscó intervenir en la motivación de los alumnos a través del planteamiento de metas académicas. En este acápite se describe brevemente el diagnóstico y el diseño e implementación de la intervención. Luego, se hace un análisis de la evaluación de los resultados, describiendo los objetivos, indicadores y medios de verificación utilizados. Asimismo, se comentan una serie de recomendaciones para intervenciones futuras. Al finalizar esta sección se hace una breve reseña de las metas académicas para luego narrar lo aprendido en esta competencia.

Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso

Competencia Diagnostica

Presentación

El proceso de diagnóstico inició con la evaluación de la problemática durante las primeras 5 sesiones a lo largo de un mes y medio. Así, se utilizó el modelo cognitivo conductual al mostrar evidencia científica pertinente para el caso. En un inicio se indagó en el motivo de consulta y la historia clínica, para luego formular el análisis funcional, el cual es clave para obtener la presunción diagnóstica y planificar la intervención (Ruiz et al., 2012). Finalmente, se elaboró la presunción diagnóstica, con base en los criterios establecidos por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA, 2013). Se recabó toda la información a través de diversas técnicas como: la entrevista, la observación de conducta, el auto monitoreo y tests psicológicos.

A continuación, se expondrá el “Caso Maritza”, en este se evidencia la adquisición de la competencia diagnóstica. Se estableció como presunción diagnóstica ansiedad generalizada y distimia (APA, 2013). Cabe resaltar que se guarda la confidencialidad del caso.

Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia diagnóstica

Presentación del caso

Maritza es una mujer de 53 años, casada con dos hijos, un hombre de 25 años y una mujer de 21 años. Durante el momento de la atención, se desempeñaba como ama de casa, residiendo por temporadas entre Lima Metropolitana y Chimbote (2 semanas en cada ciudad). Maritza es la sexta de siete hermanos, tuvo una infancia con dificultades económicas, debido a que quedó huérfana de padre a los 3 años. Maritza acudió a la sesión tras una consulta ginecológica por presentar dolor al tener relaciones sexuales, tema que resolvió con su médico tratante. La especialista le recomendó que buscara ayuda psicológica debido a la ansiedad que expresaba, ella manifestó tener preocupaciones sobre su familia, esposo e hijos.

Objetivos del diagnóstico

Se establecieron tres objetivos principales para el diagnóstico de Maritza en conjunto con los supervisores de la clínica, de acuerdo con las necesidades expresadas por la paciente y el modelo cognitivo conductual. Los objetivos fueron: identificar la problemática de la paciente

determinando la gravedad de esta, determinar sus principales conductas problema, identificar pensamientos automáticos y creencias desadaptativas subyacentes y describir las variables de personalidad y psicológicas de la paciente.

Descripción de las técnicas utilizadas

Entrevista

La entrevista es una técnica utilizada en la práctica clínica para conocer el motivo de consulta, los síntomas, el desarrollo de estos y la historia de vida del paciente (Gómez y Pérez, 2017; Dobson y Dobson, 2017; Wenzel et al., 2016). En el caso de Maritza, en la entrevista inicial se utilizó una guía semiestructurada, con preguntas como: “¿Qué te trae por aquí?”, “¿Por qué estás buscando ayuda?”, y “¿Qué dificultades estás experimentando?”. Asimismo, para comprender la problemática se preguntó: “¿En qué situaciones te sientes ansiosa y triste?”, “¿Desde cuándo te sientes así?”, “¿Has dejado de realizar algunas actividades por tu ansiedad o tristeza?”, y “¿Qué áreas de tu vida están más afectadas?”

En las siguientes sesiones se realizaron preguntas sobre su familia de origen, para conocer cómo fueron sus primeros años de vida, la calidad de sus primeras relaciones y cómo se sostenían sus vínculos a lo largo de los años. Además, se indagó acerca de sus relaciones interpersonales con amigos y parejas, las vivencias tanto positivas como negativas. Así también, se cuestionó sobre experiencias de abuso físico, emocional y sexual. Finalmente, se exploró sobre las enfermedades físicas y operaciones a las que fue sometida.

De esta manera, la información obtenida ayudó a comprender la situación de la paciente y los eventos significativos del pasado (Wenzel et al., 2016). Se conoció sobre el abuso físico y la negligencia por parte de la madre durante su niñez y el abuso sexual por parte de uno de sus hermanos a los 7 años. Además, al indagar sobre una relación de pareja previa se advirtió que fue víctima de violencia física. Notando así que muchos de sus vínculos se formaron alrededor de la violencia. Otro aspecto para resaltar son las diversas enfermedades y operaciones por las que ha pasado (Anexo A). Ella fue operada de una histerectomía, extirpándole el útero y los ovarios, a los 37 años. Además, a los 50 años se vio sometida a una mastectomía, pues le fue encontrado un tumor en el seno. Estas operaciones cambiaron su aspecto físico, algo que ella cuidaba mucho y que, sumado a su última operación estética en los glúteos, influyeron en su malestar y aislamiento social.

Observación de Conducta

La observación conductual es una técnica con la que se obtiene información de las habilidades de comunicación verbal y no verbal del paciente (Dobson y Dobson, 2017; Wenzel et al., 2016). En el caso de Maritza se realizó la observación en el transcurso de las sesiones virtuales. Durante los encuentros se observó que mantenía un peso y contextura corporal bajos, encontrándose arreglada y maquillada. De igual modo, exhibió una postura física cómoda. Asimismo, se mostró cooperativa, dispuesta a responder las preguntas y atenta a realizar las actividades que se le propusieron. Además, mantuvo un tono de voz alto y en ocasiones el ritmo era acelerado sin hacer pausas, denotando la necesidad de comunicar algo con mucha prisa. Igualmente, se observó en ella constantemente llantos durante las sesiones al hablar sobre sus temores relacionados con que algo malo suceda. Esta conducta también se manifestó al narrar hechos dolorosos en su vida como, por ejemplo, un abuso sexual por parte de su hermano mayor y un abuso físico y psicológico por parte de una expareja.

Auto monitoreo

El auto monitoreo es una técnica de evaluación donde es el mismo paciente quien realiza un seguimiento acerca de sus cogniciones, comportamientos y emociones ante diferentes situaciones de su vida (Dobson y Dobson, 2017; Vernon y Doyle, 2018; Wenzel et al., 2016). Como resultado, los pacientes comprenden la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas (Beck, 2006; Leahy, 2017; Vernon y Doyle, 2018).

En Maritza, esta herramienta fue de utilidad para conocer sus principales pensamientos automáticos y creencias relacionadas con su ansiedad y tristeza. A través del auto monitoreo, ella pudo reconocer que sus emociones y conductas se derivaron de sus cogniciones. Por lo tanto, la ayudó a comprender el modelo cognitivo conductual y le brindó un sentido de agencia al ser ella misma quien realizaba la evaluación de sus pensamientos.

Test Psicométricos

Para describir las características de la personalidad y psicológicas de la paciente, se utilizó el inventario de personalidad de Eysenck forma B. El inventario de personalidad de Eysenck mide dos de los rasgos de la personalidad, la extroversión (introversión - extraversión) y el neuroticismo (estabilidad - inestabilidad) (Eysenck y Eysenck, 1984). Según Schmidt et al. (2010) y Bermúdez et al. (2012), la personalidad es una organización estable y duradera que determina la adaptación al ambiente de una persona y, por lo tanto, la conducta de un individuo ante diferentes situaciones. Así pues, esta teoría es dimensional, ya que tienen una visión de la personalidad compuesta por diferentes rasgos. Por un lado, el neuroticismo, que está

relacionado con los diferentes trastornos neuróticos como la ansiedad y los trastornos del humor. Entonces, una persona con alto neuroticismo tiende a ser ansioso, alterado, depresivo, angustiado, tímido, triste, con baja autoestima y sentimientos de culpa (Carver y Sheier, 2014; Schmidt et al., 2010). Por otro lado, el rasgo de extraversión, que se evidencia en una persona sociable y que disfruta de las actividades con otros, así tiende a ser dominante, aventurero, activo y vivaz (Carver y Sheier, 2014; Schmidt et al., 2010).

El inventario de personalidad de Eysenck en forma B consta de 57 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas (sí o no), divididos de la siguiente forma: 24 ítems para el rasgo de extraversión, 24 ítems para el rasgo de neuroticismo y 9 ítems considerados como una escala de mentiras, para verificar la veracidad de las respuestas, si este es mayor a 5 la prueba es anulada. La intersección de los puntajes puede dar como resultado cuatro tipos de personalidad: melancólico, colérico, sanguíneo y flemático.

En cuanto a la validez y confiabilidad de este instrumento en la población peruana, se realizó una adaptación de la escala por Anicama (1974). En cuanto a la confiabilidad, se tuvo como resultado para la dimensión de neuroticismo $\alpha = .71$, para la dimensión de extraversión $\alpha = .68$ y para la escala de mentiras $\alpha = .61$. Siendo todas adecuadas, mostrando tener una consistencia interna. Para la validez se siguió el criterio de 30 jueces, donde evaluaron a 110 personas utilizando el inventario de personalidad de Eysenck tipo B adaptado, se hallaron diferencias significativas entre grupos de introvertidos y extrovertidos y de neuróticos con estables (Anicama, 1974).

Motivo de Consulta

Un primer motivo de consulta en Maritza se relacionó con un miedo persistente a lo que sucedía a su alrededor desde los 5 años. Ella estaba constantemente preocupada por la posibilidad de que algo malo le ocurriera a ella o su familia. Sus pensamientos incluían temores como: “a mis hijos les puede pasar algo malo”, “a mis hijos les pueden robar”, “a mi hija la pueden violar”, “algo malo me va a pasar”. Debido a esto, ella experimentaba dolores de cabeza, incrementos en los latidos del corazón, tensión muscular y malestares estomacales como gastritis y divertículos. Este miedo ocasionó que ella monitoreara a sus hijos y esposo a través de llamadas y mensajes, ya que percibía al mundo como un lugar peligro lleno de amenazas. Así ella pensaba: “siempre pasará algo malo” “los demás son malos”, “la ciudad es peligrosa” y “el mundo es peligroso”.

Estos temores se vieron agravados por diversas experiencias desde temprana edad, como los tocamientos por parte de su hermano, tocamientos en el transporte público, el abuso

físico y psicológico de una expareja y un incidente de secuestro al paso que sufrió su hijo mayor en el 2019. Además, estos miedos se intensificaron a raíz de la partida de su hijo a otro país (reside desde agosto del 2022 en EEUU), teniendo preocupaciones como: “mi hijo se puede quedar sin dinero y no tendrá donde pasar la noche”, lo que le ocasionaba dificultades para conciliar el sueño. Ante ello, por un lado, su hijo y su esposo intentaron tranquilizarla, asegurándole que él estaba bien. Por otro lado, su hija reforzaba sus miedos al mostrarse igual de alerta ante posibles peligros, expresando preocupaciones como: “algo malo me puede pasar” y “siempre debo estar alerta que algo pase”. Asimismo, la continua exposición a noticias sobre robos y agresiones en la ciudad contribuían a su rumiación acerca de los probables riesgos a los que se podían encontrar expuestos ella y su familia.

Un segundo motivo de consulta se vinculó con una sintomatología depresiva. Maritza experimentaba tristeza y desánimo, llorando diariamente, ella mencionó “lloré todo un día”. Este sentimiento se intensificaba al recordar los cambios que experimentó en su cuerpo desde el año 2016, cuando le realizaron una mastectomía debido a un tumor en el seno, así como los dolores asociados a la fibromialgia que le fue diagnosticada en el año 2019. Su estado de ánimo depresivo se vio agravado al momento de ser atendida por una reciente cirugía para extraer los biopolímeros que le fueron infiltrados en los glúteos, los cuales le generaron un intenso dolor físico, además de cambios en su cuerpo y dolores musculares. Los biopolímeros son un material sintético derivado de la silicona que se utiliza de manera ilegal en la medicina estética (Duarte y Sánchez, 2016). Estas circunstancias la llevaron a aislarse de su familia y amigos, cortando el vínculo con estos debido a que “no quería que vean sus cambios físicos”. A pesar de las llamadas constantes de sus amistades, Maritza no sentía el deseo de socializar ni responder el teléfono, ella expresó “no quiero que los demás vean mis cambios físicos derivados de las intervenciones médicas”, “no me gusta que me miren porque no soy la misma” y “lo demás me van a criticar”.

Los dolores físicos y los gastos médicos vinculados a estas cirugías generaron en Maritza un sentimiento de culpa y autocrítica excesiva por las decisiones que tomó en el pasado respecto a su cuerpo. Además, comenzó a atribuirse las dificultades que enfrentaban sus familiares, manifestando pensamientos de desesperanza como: “Pienso cuándo acabaré, si no es una cosa es otra, todo es mucho gasto para mi esposo” y “¿Por qué hice esto? ¿Por qué no me informé bien de lo que me estaban poniendo? Yo he sido una persona muy activa, por eso le digo que he truncado muchas cosas, pienso que todo se ha atascado, que digo por mi culpa”.

Asimismo, los nuevos diagnósticos médicos relacionados a problemas estomacales como la gastritis y los divertículos reforzaron su pesimismo y la percepción de que estaba

atravesando un fracaso personal, sintiéndose castigada por ello. De esta manera, perdió interés en actividades que antes disfrutaba, como ir al gimnasio, cocinar postres, bailar y escuchar su música favorita. Además, tenía problemas para conciliar el sueño, quedándose despierta hasta la 1 de la madrugada y despertándose más temprano entre las 3 o 4 de la mañana a causa de los dolores estomacales. Estos despertares se acompañaban de pensamientos negativos como “algo está mal en mí” y “cuando acaban los dolores”. Ante esto, su esposo intentaba calmarla y explicarle que él la iba a apoyar con sus tratamientos médicos.

Los sentimientos de culpa y tristeza en Maritza también se vieron relacionados con el recuerdo de haber sido una madre autoritaria con sus hijos, particularmente con su hijo mayor, a quien solía castigar con golpes. Ella pensaba “No debí haberle pegado a mi hijo” y “Porque fui así, quisiera retroceder el tiempo y criarlo bien”. Así, estos pensamientos se veían reforzados por las bromas de su hijo respecto a los castigos físicos que recibió en el pasado, así como su partida de casa, pues Maritza lo atribuía a que quería estar lejos de ella.

Finalmente, un tercer motivo de consulta se relacionó con las dinámicas familiares entre Maritza y su madre. La madre de Maritza manipulaba e intentaba generar tensiones entre sus hijos, Maritza comentó “mi mamá ha hecho lo de divide y reinarás, mi mamá siempre ha hecho eso, siempre nos ha puesto uno en contra del otro para estar separados”. También, expresó que su madre rechazaba sus muestras de cariño, lo que la hacía sentirse triste y sola. Maritza recordaba constantemente como ella solía castigarla utilizando la violencia y cómo la obligó a trabajar en diferentes casas desde los 17 años para obtener dinero para los estudios de su hermano mayor. Frente a esto, Maritza pensaba: “mi mamá ha sido mala”, “Todos mis males son por mi madre”. Estas circunstancias provocaron en ella sentimientos de tristeza, miedo y rencor, así como dolores musculares y de cabeza cada vez que la visitaba. Todo esto llevó a que Maritza prefiera evitar el contacto con su madre y a aislarse de sus hermanos.

Por otro lado, Maritza vivía con el recuerdo del abuso sexual que sufrió por parte de su hermano cuando tenía 7 años. Al verlo experimentaba miedo, rencor, tristeza y pensaba: “¿Por qué me hizo eso?”, “Yo no me pude defender” y “No pude hacer nada”. Así, prefería evitar a su hermano, no obstante, seguía rumiando sobre el abuso pensando: “Pude haber hecho algo para evitarlo” y “Yo también me dejé”. Asimismo, temía que su hermano se acercara a su hija, pues pensaba “Mi hermano le puede hacer algo a mi hija”. Por esta razón, Maritza le decía a su hija que se mantuviera alejada de su tío.

Historia Clínica

(Anexo A)

Conductas problema

Sintomatología ansiosa

La sintomatología ansiosa en Maritza se manifestó a través de un miedo persistente a que algo malo pudiera sucederle a ella o a sus hijos, como ser víctimas de robo, que su hijo se quede sin dinero y sin lugar para pasar la noche encontrándose lejos de casa, o que a su hija sea víctima de tocamientos en el transporte público. Maritza expresaba pensamientos como “los demás son malos” y “el mundo es un lugar peligroso”, lo que la llevaba a estar en constante alerta. Estos miedos y preocupaciones se acompañaban de síntomas físicos como tensión muscular, aumento de frecuencia cardíaca y dolores de cabeza. Para controlar la ansiedad, ella se encontraba vigilante de su entorno y las acciones de sus hijos, monitoreándolos constantemente por medio de llamadas o mensajes del celular.

Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva en Maritza se manifestó a través de una tristeza profunda y un llanto diario difícil de controlar. Esta tristeza se intensificaba al recordar los cambios en su cuerpo de los últimos años y sus dolores físicos, lo que la llevó a aislarse de sus amigos y familiares. Ella pensaba que sería criticada por el nuevo aspecto de su cuerpo y experimentaba culpa por los gastos derivados de las operaciones y consultas médicas, llegando a atribuirse la responsabilidad de todo lo negativo que le sucedía a su familia “Pienso cuándo acabaré, todo es mucho gasto para mi esposo”. Maritza también se autocriticaba por sus decisiones pasadas, así ella se cuestionaba “Por qué no me informé bien de lo que me estaban poniendo” y por el estilo de crianza autoritario que ejerció con sus hijos pensando “Porque fui así, quisiera retroceder el tiempo y criarlos bien”. Todo esto la llevó a dejar de realizar actividades que solía disfrutar, como ir al gimnasio, cocinar postres, bailar y escuchar música. Asimismo, experimentaba problemas para conciliar el sueño debido a los malestares estomacales, acompañados de pensamientos como: “algo está mal en mí” y “cuando acabaran los dolores”.

Relaciones Familiares inadecuadas

En la dinámica familiar de Maritza se manifestaron relaciones familiares inadecuadas. En primer lugar, con su madre, quien fue agresiva y manipuladora enfrentando a los hermanos entre sí. Además, ella rechazaba las muestras de cariño de Maritza, lo que le generaba sentimientos de tristeza, miedo y rencor, acompañados de pensamientos como “mi mamá es

mala” y “todos mis males son por mi madre”. Esta situación la llevó a aislarse de sus hermanos y evitar el contacto con su madre.

En segundo lugar, Maritza mantenía una relación conflictiva con su hermano, pues permanecía en su recuerdo el abuso sexual que sufrió por parte de este cuando tenía 7 años. Al verlo, experimentaba sentimientos de rencor y tristeza y sentía dolores musculares y de cabeza, mientras se cuestionaba “¿Por qué me hizo eso?”, y “no me pude defender”. Además, el temor de que su hermano pudiera lastimar a su hija ocasionó que ella evitara los encuentros con él.

Análisis Funcional

Tabla 1

Sintomatología ansiosa

Estímulos Discriminativos	Respuesta	Estímulo Reforzador
<p>Externo Abuso sexual del hermano a Maritza Abuso físico de una expareja Secuestro al paso del hijo Experiencias de Maritza en el transporte público de tocamientos Hijo lejos de ella en EEUU</p>	<p>Cognitivo “A mis hijos les puede pasar algo malo” “A mis hijos les pueden robar” “A mi hija la pueden violar” “Algo malo me va a pasar” “mi hijo se puede quedar sin dinero y no tendrá donde pasar la noche” “Los demás son malos” “La ciudad es peligrosa” “El mundo es peligroso”</p> <p>Afectivo Miedo Ansiedad</p> <p>Fisiológico Tensión muscular Dolores de cabeza Incremento de latidos del corazón Malestares estomacales (gastritis y divertículos)</p> <p>Conductual Estar pendiente de sus hijos (monitoreo) Caminar por la calle mirando a todos lados</p>	<p>Externo Ver en las noticias que hay robos y violaciones Expresiones de la hija de miedo de los peligros de la ciudad</p> <p>Interno Rumiación constante de los peligros. Preocupación de que “algo malo le pueda a pasar a su hijo” por encontrarse lejos.</p>

Tabla 2

Sintomatología Depresiva

Estímulos Discriminativos	Respuesta	Estímulo Reforzador
<p>Interno Nueva apariencia física de los glúteos y disminución de peso por la operación Experimentar el dolor asociado a la fibromialgia Recordar sus operaciones invasivas anteriores como la histerectomía y la mastectomía Dolores físicos y problemas estomacales.</p> <p>No poder hacer sus cosas sola como antes (dificultad para hacer cosas domésticas e ir al médico sola).</p> <p>Atribución causal interna de todo lo que le pasa a su familia Autocrítica excesiva</p> <p>Pensamientos y sentimientos de culpa por haber criado con miedo y golpes a sus hijos</p>	<p>Cognitivo “Cuando acabaré con esto, si no es una cosa es otra” “Es mucho gasto para mi esposo” “Por qué no me informé bien de lo que me estaban poniendo” “Todo se ha atascado por mi culpa” “No quiero que los demás vean mis cambios físicos (derivados de las intervenciones médicas)” “No me gusta que me miren porque no soy la misma” “Me he salido de Facebook, porque los demás me van a criticar” “Estoy siendo castigada” “Todo en mi vida es un fracaso” “No debí haberle pegado a mi hijo” “Porque fui así, quisiera retroceder el tiempo y criarlo bien”</p> <p>Afectivo Tristeza Culpa Dificultad para disfrutar lo que antes disfrutaba</p> <p>Fisiológico Dolores musculares Migraña Dolores de estómago Insomnio</p> <p>Conductual Aislamiento de su familia y amigos Llanto</p>	<p>Externo Evitar hablar con sus amigas y familiares (aislamiento) Nuevos diagnósticos médicos (Problemas estomacales)</p> <p>Hijo que bromea con los castigos de su madre diciéndole “loca” Independización de su hijo</p> <p>Interno Preocupación por los gastos médicos. Preocupación por los cambios en su cuerpo y su nuevo aspecto físico Pensar que su hijo se va de la casa por su culpa</p>

Tabla 3

Relaciones familiares inadecuadas

Estímulos Discriminativos	Respuesta	Estímulo Reforzador
Externo	Cognitivo “Mi mamá ha sido mala”	Externo

Madre autoritaria que ejerce violencia en casa y manipula	<p>“Mi madre no me quiere” “Mi madre me ha expuesto a situaciones de peligro” “Todos mis males son por mi madre”</p> <p>Afectivo Tristeza Miedo Rencor</p> <p>Fisiológico Dolores musculares Dolores de cabeza</p> <p>Conductual No ir a ver a su mamá Aislarse de su familia</p>	Madre que no muestra afecto ante las muestras de cariño de Maritza.
<p>Interno Experimentar rencor y rabia hacia su madre Recordar que su mamá la utilizaba para obtener dinero</p>		<p>Interno Sentimiento de cólera ante los desplantes de su madre</p>

Estímulos Discriminativos	Respuesta	Estímulo Reforzador
<p>Externo Ver a su hermano acercarse a su hija y comentar “<i>qué bonita está tu hija</i>” (A)</p>	<p>Cognitivo “Mi hermano le puede hacer algo a mi hija” (A) “Por qué me hizo eso, me hizo mucho daño” (B) “Yo no me pude defender” (B) “No pude hacer nada” (B)</p> <p>Afectivo Miedo (A) Tristeza (B) Rencor (B)</p>	<p>Externo Maritza habla con su hija y le dice que no se acerque a su tío. (A)</p>
<p>Interno Recordar abuso de su hermano hacia ella y experimentar rencor y rabia hacia él (B)</p>	<p>Fisiológico Dolores musculares dolores de cabeza</p> <p>Conductual Evitar encuentros con su hermano (A)</p>	<p>Interno Seguir rumiando sobre el abuso (B)</p>

Variables de personalidad y psicológicas

Habilidades y capacidades

Maritza tuvo un buen funcionamiento de la memoria a largo plazo, al poder evocar recuerdos del pasado de manera nítida. Además, el uso de su memoria de corto plazo también fue positiva, pues durante las sesiones logró recordar lo sucedido en la semana. Asimismo, mantuvo la capacidad de concentrarse durante la sesión en el tema que se planteó, evitando derivarse del contenido.

Percepción de sí mismo

Maritza se percibía a sí misma como alguien sin recursos para afrontar lo que le estaba sucediendo (bajo sentido de autoeficacia), ella pensaba “no puedo con eso” y “no voy a poder estar feliz nuevamente”. En ese sentido, ella se veía como alguien sin agencia sobre su situación, lloraba todos los días durante algunas horas, sobre todo, cuando pensaba en los dolores corporales que sentía.

Con respecto a la autoestima, en Maritza se identificó una autoestima baja. Ella no encontraba un valor en sí misma, pues físicamente no se sentía atractiva. Además, se veía como la culpable de todos sus malestares físicos y los gastos de su familia, por lo que presentaba una tendencia a atribuirse los fracasos. Asimismo, se sentía una carga para su familia y se percibía poco exitosa, pues en los últimos años de su vida se encontró enferma, evidenciando una visión negativa de sí misma y poco orgullo. Esta autoestima se construyó desde niña, cuando fue maltratada por su madre, quien fue negligente en su crianza y la agredió física y verbalmente. Por lo tanto, en su vida hubo una ausencia de aceptación y amor incondicional, y, no tuvo un trato respetuoso y cálido.

Factores de personalidad

En cuanto al inventario de personalidad de Eysenck en forma B las puntuaciones de Maritza fueron las siguientes: 16 puntos para extraversión, 18 puntos para neuroticismo y 5 puntos para la escala de mentiras, por lo que la prueba fue válida. La intersección de ambos puntajes dio como resultado el eje de la personalidad colérica. Esta se caracteriza por una alta extraversión y un alto nivel de neuroticismo, por lo tanto, aunque son personas que les gusta la compañía de otros y son activas, también suelen ser inestables emocionalmente, con poco control emocional. Como se ha visto en la historia de la paciente, ella ha gozado de la compañía de los otros, sin embargo, debido a sus síntomas depresivos y ansiosos, esto fue disminuyendo. Además, se confirmó su tendencia a la tristeza y a sufrir trastornos de ansiedad y depresión.

Por otro lado, de acuerdo con la teoría de los 5 factores de personalidad, Maritza mostró tendencia al neuroticismo, debido a que presentó inestabilidad emocional y una tendencia al malestar psicológico. Ella posee altos niveles de ansiedad, pues tiene temor y preocupación por lo que sucede a su alrededor. Además, presentó la predisposición a experimentar un estado de ánimo depresivo, con sentimiento de culpa, tristeza y desesperanza. Asimismo, tuvo dificultad para afrontar situaciones estresantes, presentando dependencia a los otros (vulnerabilidad – alta).

En cuanto a la conciencia en Maritza, el nivel de este rasgo fue medio. Aunque Maritza tenía una motivación disminuida por la sintomatología depresiva, ella siempre ha tenido aspiraciones de logro altas, buscando que sus metas personales se cumplan a pesar de las dificultades como estudiar en el instituto, incluso cuando su familia estuvo en contra. Además, se observó que era autodisciplinada, llevando a cabo las tareas que se propuso, por ejemplo, cuando conformó su propio negocio. Sin embargo, su sentido de competencia fue bajo, sintiéndose incapaz de enfrentar lo que le sucedía. A raíz de la problemática, este rasgo se ha visto afectado como se observa en el motivo de consulta.

Con respecto a la agradabilidad, esta se evaluó como alta. Maritza poseía un alto grado de altruismo, preocupándose porque sus familiares se encuentren bien y ayudándolos en todo lo que ella pueda. Además, presentó un alto nivel de benevolencia, debido a que se mostraba empática con los demás, donando siempre a los necesitados o defendiendo causas que consideraba injustas como la agresión física.

Además, evidenció tener una extraversión alta, pues tenía facilidad para establecer vínculos de amistad, teniendo varias amigas que la llamaban y con las que solía salir (Calidez-alta). Así también, presentó la tendencia a preferir la compañía de otras personas a estar sola, lo cual cambió desde que empezó la sintomatología depresiva. Por lo tanto, este rasgo se observa a lo largo de la historia, pero se ha visto afectado por el motivo de consulta. Finalmente, en cuanto a la apertura a la experiencia, se evaluó como alta, debido a que a lo largo de su vida buscó aprender actividades nuevas. Ella mostró ser curiosa, ha buscado estudiar diferentes cursos para salir adelante, como aprender nuevas recetas de cocina y nuevas formas de alimentación.

Historia de aprendizajes

A partir de la historia clínica se hallaron diferentes ejemplos de aprendizajes en Maritza, se encontró que el miedo se ha mostrado desde su infancia, siendo aprendido por condicionamiento clásico. Asimismo, teniendo el ejemplo de su madre, adquirió un estilo de crianza autoritario por medio de un condicionamiento vicario. Para más información sobre los diferentes ejemplos de aprendizaje, revisar anexo B.

Paradigma Cognitivo

En relación con el paradigma cognitivo, se emplearon las técnicas de entrevista y autorregistros para explorar los pensamientos y creencias centrales de Maritza. Se identificaron tres creencias que reforzaban la sintomatología ansiosa: “El mundo es peligroso y por eso debo

sentirme inquieta y debo esperar que algo malo me pase”, “Los otros son malos y no son confiables y por eso me preocupo y evito salir a sitios desconocidos” y “Si me preocupo por lo que pueda pasar, evitaré que pase.” Estas creencias se basaban en sus constantes preocupaciones sobre posibles eventos negativos que podrían afectarla tanto a ella como a su esposo e hijos.

Asimismo, se distinguieron tres creencias en relación con la sintomatología depresiva. En primer lugar, la creencia de “Soy responsable de todas las cosas negativas que me suceden a mí y a mi familia”, mostrando una atribución causal interna de lo que le pasaba a ella y a su familia. Una segunda creencia era la de “Quiero que los demás me vean bien físicamente y no quiero que me pregunten como estoy”, ella evidenció ser muy preocupada por su aspecto físico y por cómo era percibida por los demás, lo que la llevó a alejarse de sus amistades y familiares. Adicionalmente, se identificó la creencia de “Soy una mala madre y por ello soy la responsable de lo malo que le pasa a mis hijos”, esta se sustentó en un estilo de crianza autoritario que Maritza ejerció con sus hijos, especialmente con su hijo mayor, a quien le dio correazos y baños de agua fría.

Finalmente, en lo referente a las inadecuadas relaciones familiares, se identificaron dos creencias. En primer lugar, “Mi madre es la culpable de todo lo malo que he experimentado y debe ser castigada por ello”, lo que generaba en Maritza sentimientos de rencor hacia su madre y le dificultaba mantener una relación con ella. La segunda creencias se relacionó con su hermano, “Mi hermano es una persona peligrosa y mala que me ha causado mucho daño y puede actuar de forma abusiva”, lo que le provocaba temor al estar cerca de él, pues pensaba que ese daño se lo podría hacer a su hija. Para mayor detalle, revisar anexo C.

Presunción Diagnóstica

Con toda la información obtenida se concluyó que Maritza presentó un posible trastorno de ansiedad generalizada y distimia. Se presumió de estos diagnósticos siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013). Por el lado del trastorno de ansiedad generalizada, Maritza cumplió 5 de los 6 criterios propuestos. En primer lugar, ella presentó ansiedad y preocupación excesiva, que estuvo presente desde que tenía 5 años. Esta preocupación se relacionó con que sus hijos sufran de una enfermedad, que les vaya mal en el trabajo o que su esposo la deje. Un segundo criterio fue la dificultad que presentó Maritza de controlar la preocupación, debido a que no logró ejercer control sobre sus pensamientos y, por lo tanto, sus preocupaciones fueron en aumento. Siguiendo con el tercer criterio, Maritza evidenció los siguientes síntomas de ansiedad: inquietud o sensación de estar con los nervios de punta, irritabilidad, dificultad para

concentrarse, problemas de sueños (le fue difícil conciliar el sueño y tuvo despertares nocturnos). El cuarto criterio que cumplió Maritza fue que mostró un malestar clínicamente significativo y deterioro social producido por la ansiedad, por ejemplo, los problemas que tenía con sus hijos por perseguirlos constantemente, el miedo a salir en transporte público porque algo malo le puede pasar y en los problemas estomacales como estreñimiento y gastritis. Finalmente, no se atribuyó el malestar a ninguna sustancia o afección médica ni se explica mejor con otro trastorno mental.

Por el lado del trastorno depresivo persistente (distimia) se cumplieron con todos los criterios propuestos en el DSM-5 (APA, 2013). De acuerdo con el primer criterio, en Maritza el estado de ánimo depresivo se manifestó durante la mayor parte del día a través de llantos diarios y tristeza, desde hace 6 años, cuando tuvo lugar su primera operación. Siguiendo con el segundo criterio, se cumplieron los 6 síntomas propuestos: poco apetito, insomnio, poca energía para las actividades diarias, baja autoestima, falta de concentración y sentimientos de desesperanza. Con respecto al tercer criterio, en Maritza los síntomas no se reportan por un periodo de dos meses seguidos. Los siguientes criterios también se cumplieron pues, no hubo presencia de un episodio maníaco o hipomaniaco, no se explicó mejor por otro trastorno psicótico y los síntomas no se atribuyeron a ninguna sustancia. Finalmente, esto le causó un malestar clínicamente significativo y deterioro social, dejando de frecuentar a sus amigos y familiares, aislándose de los demás y teniendo poca energía para hacer sus actividades diarias. Para explicar ambos trastornos se toma en cuenta el modelo cognitivo de la ansiedad y depresión y para ello se presenta la reseña teórica de cada uno de estos.

Reseña teórica de la ansiedad

La ansiedad se define como una sensación general de que algo peligroso pasará en el futuro, por lo que genera un sentimiento de preocupación y angustia (APA, 2013; Butcher et al., 2017; Lloyd Williams, 2016). De esta manera, en la ansiedad se presentan pensamientos repetitivos, persistentes y desagradables que el individuo no logra controlar (World Health Organization, 2000).

En la ansiedad se distinguen tres componentes. En primer lugar, el componente cognitivo, que abarca preocupaciones sobre las posibles amenazas futuras y el bajo control sobre las mismas (Butcher et al., 2017). En segundo lugar, el componente conductual, que implica la evitación de situaciones en las que se percibe amenaza futura imaginaria (Butcher et al., 2017). Finalmente, el componente fisiológico, que incluye las diferentes respuestas físicas

que se generan en el cuerpo, como: palpitaciones, sudoración en las manos, sequedad en la boca, mareo, temblores, dificultad para respirar, malestares estomacales, etc. (Lloyd Williams, 2016, WHO, 2000).

Existen diversos trastornos de ansiedad, todos ellos comparten como principal manifestación los miedos irracionales e intensos (Butcher et al., 2017). Estos son: la fobia específica, la fobia social, el trastorno de pánico, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada. Estos trastornos pueden tener causas tanto biológicas como psicológicas. Dentro de las causas biológicas se encuentran el componente genético y un alto grado de neuroticismo como rasgo de la personalidad, que predispone a los individuos a experimentar estados de ánimo negativos (Butcher et al., 2017; Kring, y Johnson, 2022).

Por otra parte, las posibles causas psicológicas incluyen el condicionamiento clásico, donde un estímulo neutro es emparejado con un evento doloroso para la persona (Butcher et al., 2017; Lloyd Williams, 2016; Kring, y Johnson, 2022). Además, está el condicionamiento vicario, donde se aprende las respuestas de la ansiedad al observar a un modelo (Butcher et al., 2017; Kring, y Johnson, 2022). Igualmente, se encuentran los patrones de cogniciones distorsionados, donde predominan las catastrofizaciones y las preocupaciones recurrentes (Butcher et al., 2017; Lloyd Williams, 2016). Finalmente, la poca sensación de control del ambiente o de las emociones también puede llevar a que un individuo padezca un trastorno de ansiedad (Lloyd Williams, 2016).

Clark y Beck (2010) proponen un modelo cognitivo para entender los diferentes trastornos de ansiedad. Este consta de dos fases; una inicial, la respuesta inmediata al estímulo de miedo y una segunda fase donde se da un procesamiento de la información más estratégico. La primera fase se activa ante un estímulo percibido como amenazante. Los autores proponen que las personas perciben las situaciones de manera diferente debido al modo de orientación, que es un grupo de esquemas que se activan ante una situación similar. Así, en los individuos con ansiedad el modo de orientación se enfoca en la información negativa del medio y activa el modo de amenaza primaria.

El modo de amenaza primaria tiene como objetivo maximizar la seguridad personal y minimizar el peligro. De esta forma, cuando se activa, domina el procesamiento de la información automática, bloqueando los pensamientos más reflexivos. Por lo tanto, surgen cuatro principales consecuencias que a su vez retroalimentan esta valoración primaria. La primera de ellas es una mayor activación fisiológica que confirma una señal de amenaza. La segunda son los sesgos en el procesamiento cognitivo que conduce a errores de pensamiento. Una tercera consecuencia, son las respuestas inhibitorias defensivas inmediatas como: escapar,

huir, quedarse helado o desmayarse. Finalmente, la cuarta consecuencia se refiere a los pensamientos e imágenes orientados a la amenaza que surgen en la mente de la persona, y que reflejan una realidad sesgada (Clark y Beck, 2010).

Luego de esta primera etapa se activa la revaloración elaborativa secundaria, este proceso es más reflexivo. Normalmente, tiende a reducir la ansiedad, sin embargo, en las personas que padecen algún trastorno de ansiedad sucede lo contrario. De esta manera, se confirma la amenaza de la situación, pues se evalúan los recursos de afrontamiento propios como muy escasos o nulos, por lo que se da un aumento de la sensación de indefensión frente a la amenaza. Seguidamente, la persona busca alguna señal de seguridad, no obstante, al no encontrarla, la ansiedad aumenta. Además, en esta etapa el individuo evalúa los posibles resultados, centrándose en los negativos y catastróficos, por lo que se da el inicio de la preocupación. Así, en las personas con ansiedad se termina confirmando que la situación es peligrosa, se refuerza la vulnerabilidad frente a la amenaza y no se toman en cuenta resultados realistas, por lo que la ansiedad se eleva y persiste (Clark y Beck, 2010).

Reseña teórica de la depresión

La depresión es un trastorno que se caracteriza principalmente por un estado de ánimo triste y melancólico la mayor parte del día (Alloy et al., 2016; APA, 2013). Así también, las personas que lo padecen suelen tener sentimientos de desesperanza y llantos recurrentes de manera frecuente (Alloy et al., 2016; APA, 2013). Además, otro síntoma común es la pérdida de placer o interés por las actividades que solía disfrutar antes, lo que se conoce como anhedonia (Alloy et al., 2016). También, se presentan cambios en el apetito, ya sea por exceso o defecto, pérdida de energía, sentimientos de culpa o de poca valía y dificultades para dormir (Alloy et al., 2016; APA, 2013).

Beck (1979), formuló un modelo para comprender la vivencia de las personas con depresión, denominado “el modelo cognitivo de la depresión”. Este consta de tres conceptos para poder explicar lo que pasa detrás de una persona que presenta sintomatología depresiva. Estos son: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Beck et al., 2010).

El primer concepto es la triada cognitiva, son tres patrones cognitivos (Beck et al., 2010; Caballo et al., 2014). En primer lugar, una visión negativa de sí mismo, es decir, las personas deprimidas poseen poca valía personal y son autocríticas. Así, experimentan una atribución causal interna, pues se culpan de todo lo malo que le sucede (Beck et al., 2010; Caballo, 1997). Además, como tienen una visión deteriorada de ellos mismos, consideran que no tienen la

capacidad para poder experimentar la alegría y felicidad, por lo que también experimentan dependencia hacia los otros para obtener cierta atención (Beck et al., 2010).

En segundo lugar, la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa. De esta manera, las personas depresivas les parece que el mundo tiene demasiadas demandas o que tiene obstáculos que no podrán superar, y, por lo tanto, no podrán alcanzar sus principales objetivos (Beck et al., 2010). Es por esto que, constantemente interpretan las interacciones con su entorno negativamente y se enfocan en lo malo que les está sucediendo, dejando de lado las experiencias agradables.

Finalmente, el tercer componente de la triada cognitiva es la visión negativa del futuro. Los pacientes con depresión suelen tener dificultades para plantearse objetivos a futuro o proyectarse en el tiempo, ya que anticipan que las dificultades actuales seguirán de manera indefinida. Esperan en el futuro seguir teniendo el mismo estado de ánimo y frustraciones, por lo tanto, sus expectativas de cumplir algún plan siempre tienden a ser de fracaso, por lo que pierden la voluntad de realizar actividades (Beck et al., 2010).

Siguiendo con el modelo de Beck se encuentra el concepto de los esquemas. Estos son estructuras cognitivas relativamente estables y son la base de las interpretaciones que dan las personas a las diferentes situaciones, es decir, organizan la información que un individuo recibe del mundo y guían la selección de información que atiende o busca (Beck et al., 2010; Caballo et al., 2014). Estos se forman desde la niñez, por medio de las experiencias tempranas de aprendizaje (Beck et al., 2010; Caballo et al., 2014).

Comúnmente los esquemas se activan por alguna situación ambiental análoga que genera cierto estrés en el individuo (Beck et al., 2010; Caballo, 1997). En el caso de las personas con depresión, las interpretaciones de las situaciones se distorsionan, de modo que se ajustan a esquemas inadecuados y logran activarlos. Por tanto, los esquemas inadecuados se van haciendo más activos y la persona continuará interpretando su ambiente por medio de estos (Beck et al., 2010).

El último concepto dentro del modelo cognitivo de Beck son los errores del procesamiento de la información (Caballo et al., 2014). Las personas con depresión tienen una estructura de pensamiento primitivo, pues tienden a realizar juicios globales y absolutos sobre las situaciones y tienen pensamientos extremos y categóricos. Por lo tanto, suelen interpretar sus experiencias de acuerdo con derrotas y como algo que no se puede cambiar, reforzando la idea devaluada de sí mismo (Beck et al., 2010).

El modelo cognitivo de la depresión se basa en el modelo de diátesis – estrés, donde los esquemas funcionan como estructuras distales y conllevan atribuciones negativas globales,

internas y estables (Caballo, 1997). Entonces, los esquemas originan la predisposición cognitiva que tiene la persona para desarrollar la depresión (Caballo, 1997). Por otro lado, los factores de riesgo proximales son los acontecimientos que se experimentan como altamente estresantes y donde surgen los pensamientos automáticos (Caballo, 1997). Por tanto, se entiende que las cogniciones van a trabajar en conjunto con las situaciones estresantes, el estado de ánimo y la conducta para mantener la depresión.

Reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia diagnóstica

Luego de las actividades realizadas en el marco de la competencia diagnóstica, se ha recopilado diferentes aprendizajes. Durante el proceso de formación preprofesional se utilizaron diversos conocimientos adquiridos en los cursos a lo largo de la carrera. En primer lugar, se rescata lo aprendido en los cursos de “Evaluación psicológica” 1 y 2. Se resalta la importancia del establecimiento de objetivos de manera clara y pertinente, siendo estos sumamente relevantes para un resultado adecuado en el diagnóstico de la paciente. Además, es necesario que el diseño de la evaluación se enmarque dentro un modelo psicológico para llevar a cabo un diagnóstico de manera ordenada.

En segundo lugar, otro curso que brindó conocimientos relevantes para esta experiencia fue el de “Técnicas de observación y entrevista”. Es así que, se utilizó lo aprendido para la construcción de una guía de entrevista y la aplicación de la misma. De esta manera, ampliaron las habilidades para conducir una entrevista, especialmente las asociadas al ámbito clínico, donde las preguntas suelen ser más específicas, acorde a los síntomas y características del paciente.

En tercer lugar, lo aprendido en el curso de “Psicología de la anormalidad” fue de gran importancia para las actividades relacionadas con la competencia diagnóstica durante la práctica. Por lo tanto, el conocimiento sobre los principales síntomas y funciones alteradas de un trastorno facilitó reconocer y determinar qué diagnóstico era el más adecuado para la paciente, en este caso un cuadro de ansiedad y depresión. Así también, se puso en práctica la habilidad de redacción de informes clínicos, desde el motivo de consulta, los antecedentes y los principales síntomas.

En cuarto lugar, el curso de “Psicología de la personalidad” junto con el de “Psicología de la anormalidad”, fueron de gran ayuda para completar el análisis funcional desde una perspectiva cognitiva conductual, siendo este el punto de partida para diseñar la mejor

intervención para la paciente. Así, se demuestra la importancia de la proactividad y organización dentro del trabajo clínico para obtener mejores resultados.

Finalmente, en este proceso de diagnóstico se establecieron lineamientos éticos aprendidos en distintos momentos de la carrera. Por ejemplo, el uso de un consentimiento informado, la confidencialidad del caso y el cuidado del bienestar de la persona evaluada. Todo esto permitió que se amplíen los conocimientos y que se adquieran herramientas para el futuro profesional.

Competencia Interviene

Presentación

Una segunda competencia desarrollada durante el tiempo de prácticas fue la competencia interviene. Esta se adquirió a través de la atención directa a pacientes de manera individual bajo el modelo de la terapia cognitivo conductual (TCC), pues cuenta con amplia evidencia científica que brinda un marco de referencia para afrontar con éxito las problemáticas de los pacientes. Así, luego del diagnóstico se llevó a cabo un plan de tratamiento y la aplicación de este bajo supervisión de psicólogos colegiados y con la aprobación del paciente.

Seguidamente, para ejemplificar lo realizado en esta competencia, se continuará con el caso Maritza, que fue previamente desarrollado en la competencia diagnóstica.

Descripción de la actividad realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia interviene

Luego de establecer el análisis funcional de las conductas problema, se procedió a construir un plan de tratamiento específico para Maritza (Anexo D) que contempló la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, bajo la terapia cognitiva conductual.

Objetivos de la intervención

La intervención tuvo diferentes objetivos, en relación con la ansiedad, se buscó que Maritza reconociera que sus miedos provenían de sus pensamientos sesgados sobre la amenaza. Asimismo, se propuso modificar los pensamientos y las creencias distorsionadas. Además, se buscó corregir las creencias de incapacidad en Maritza para manejar los pensamientos ansiosos.

En cuanto a la depresión, se enfocó en identificar y modificar los pensamientos y conductas inadecuadas que contribuían a un estado de ánimo depresivo. Asimismo, se buscó

un cambio en las creencias irracionales que le generaban emociones y conductas desadaptativas y reforzar las nuevas creencias racionales. Igualmente, se buscó que Maritza mejore sus habilidades interpersonales y construya una autoestima basada en su valía personal, alejándose de la preocupación por su aspecto físico o la opinión de los demás. Por último, se propuso que ella pueda incrementar su capacidad para disfrutar de las actividades de la vida diaria.

En relación con las relaciones familiares inadecuadas, se estableció como objetivo trabajar en el perdón hacia su madre y su hermano. Así, se buscó identificar y reestructurar las cogniciones que contribuían con el rencor y el miedo que Maritza experimentaba hacia ellos. Además, se tuvo como objetivo el fomentar creencias racionales relacionadas a sus familiares. Finalmente, se buscó que Maritza pueda mejorar sus habilidades de comunicación con su madre. Para lograrlo se utilizaron diferentes técnicas cognitivas y conductuales a lo largo de las sesiones (Anexo E)

Tratamiento sesión por sesión

Sesión 1

En la primera sesión de la intervención se realizó un control del estado de ánimo, según lo propuesto por Beck (2006) y Dobson y Dobson (2017). Maritza manifestó sentirse abrumada y ansiosa, calificando la ansiedad en 8/ 10 (donde 1 es poco ansioso y 10 muy ansioso). Seguidamente, se establecieron los objetivos de la intervención en conjunto con la paciente. Luego se procedió a psicoeducar a Maritza acerca del modelo cognitivo conductual. Se explicó la relación que existe entre los pensamientos, las emociones y las conductas de una manera sencilla y a través de ejemplos. De esta manera, a través de los autorregistros (Dobson y Dobson, 2017; Leahy, 2017; Vernos, 2018), Maritza identificó los pensamientos que le producían emociones como ansiedad, miedo, culpa, tristeza, cólera y angustia. Al ser las actividades para casa una parte esencial del trabajo cognitivo conductual (Beck, 2006), se le asignó en esta sesión como tarea seguir realizando los autorregistros durante la semana.

Sesión 2, 3 y 4

Durante estas sesiones se abordaron los pensamientos y conductas vinculados a la sintomatología ansiosa, pues era la principal queja en ese momento. En cada sesión se hizo una actualización del estado de ánimo (Beck, 2010). Así, a lo largo de estas sesiones se identificaron las cogniciones relacionadas con la ansiedad como: “Algo les va a pasar (a mis hijos)”, “Les van a robar”, “A mi hija la van a violar”, “Algo malo me va a pasar”, “Me van a hacer algo”.

En un principio se utilizó el descubrimiento guiado, de esta forma se realizaron preguntas para examinar la evidencia de sus pensamientos como: “¿Qué evidencias tienes que siempre le pasará algo malo a tu hija?”, y “¿Qué evidencias tienes a favor de pensar que a tu hija la van a violar?”. Además, se realizaron preguntas sobre la funcionalidad de sus pensamientos: “¿Te es útil pensar que a tus hijos les pasará algo malo?”, y “¿Te funciona pensar que te va a pasar algo malo a ti todo el tiempo?”. Asimismo, se utilizaron preguntas descatastrofizadoras como: “¿Qué probabilidad hay que, si tu hija no contesta el teléfono en la primera llamada, significa que le robaron o la secuestraron?”, y “¿Qué probabilidad hay que si tu hijo no te llama en un día, sea porque ha desaparecido o algo malo le ha pasado?”.

Para abordar las creencias de la paciente relacionadas con la ansiedad se utilizó la técnica de la flecha invertida. Esta permitió que se identificaran creencias como: “El mundo es peligroso y por eso debo sentirme inquieta y debo esperar que algo malo me pase”, “Los otros son malos y no son confiables y por eso me preocupo y evito salir a sitios desconocidos” y “Si me preocupo por lo que pueda pasar, evitaré que pase”. Se trabajó en modificar las creencias por medio de la técnica de análisis costo - beneficio. Así, ella comprendió que sus creencias tenían mayores desventajas que ventajas. También, se utilizó la técnica de actuar como si para que ponga a prueba las nuevas creencias racionales como: “No todas las personas son malas, también existe gente en la que puedo confiar” y “Preocupándome no podré evitar que las cosas pasen, por lo tanto, no es necesario pensar todo el día en las cosas malas que puedan pasar”.

Al presentar Maritza dificultades con los síntomas autonómicos de ansiedad e inconvenientes para dormir debido a los pensamientos, se le enseñó a Maritza la técnica de la relajación progresiva de Jacobson. Además, se trabajó en pasos para mejorar su higiene de sueño como: luces tenues dos horas antes de dormir, darse un baño caliente, practicar las técnicas de relajación en caso de ser necesario y leer un libro.

Sesión 5, 6 y 7

A partir de estas sesiones se trabajó sobre las inadecuadas relaciones familiares de Maritza. Ella tenía resentimiento hacia su madre y hermano, alejándose de ellos, debido a experiencias traumáticas, como el abuso de su hermano y la negligencia y el poco cariño que tuvo su madre al cuidarla. Así, primero se trabajó con videoterapia sobre el perdón. De esta manera, ella comprendió que para mejorar sus relaciones familiares necesitaba dejar atrás ese rencor y los pensamientos asociados como “Mi madre es mala”, “Mi madre no me quiere” y “Mi hermano le va a hacer algo a mi hija”. Por lo tanto, al identificar estas cogniciones, se utilizó la técnica de la reestructuración cognitiva por medio del análisis del costo-beneficio del

pensamiento para poder cuestionar los mismos. Así, a través de un cuadro se evaluó las ventajas y desventajas de estos. Entre las principales ventajas se encontraba la posibilidad de protegerse frente a un evento negativo que le suceda a ella o a su hija. Las principales desventajas de pensar así fueron: alejarse de los otros miembros de su familia y vivir con miedo a que algo le pase.

En consecuencia, se propuso hacer un cambio de pensamientos en relación con su madre como, por ejemplo: “Mi madre hizo lo que pudo” y “Mi madre da el afecto que puede”. Para reforzar estos se utilizó la técnica de juego de roles. Así, se ejemplificó cómo actuar ante un encuentro con su madre, pues le generaba una gran ansiedad.

Con respecto a los pensamientos asociados con su hermano, ella entendió que no había beneficios en continuar rumiando sobre estos. Así, comprendió que, para prevenir un abuso, Maritza debía conversar con su hija sobre este tema. Por lo tanto, se utilizó el juego de roles para que ella pueda tener las herramientas de comunicación y tener una charla con su hija.

Sesión 8 y 9

En estas sesiones se trabajó sobre el sentimiento de culpa por haber sido lo que ella consideraba como “una mala madre”. Ella experimentó culpa por ejercer un estilo de crianza autoritario, basado en la corrección mediante golpes, en especial con su hijo. Por lo tanto, se cuestionó la creencia de “Soy una mala madre y por ello soy la responsable de lo malo que le pasa a mis hijos”. Se empleó la técnica del continuo cognitivo, trazando una línea representando un continuo, en un extremo se puso las palabras “ser una mala madre” representado por el número 0 y al otro “ser una buena madre” representado por el número 10. En un inicio, Maritza se puntuó con el número 3, por lo que, por medio de preguntas sobre la evidencia y la lógica de esta creencia como: “¿Cómo es tu hijo contigo?”, “¿Hay evidencias de que no te quiere?”, “¿Hay evidencia que aún te guarda rencor?”, y “¿Es lógico pensar que tu hijo te odia?”, llegó a comprender que su hijo la había perdonado, pues él mismo se lo había expresado y se lo demostraba constantemente mediante el afecto (abrazos y besos).

En estas sesiones también se utilizó la técnica de reatribución, por lo que se le preguntó por las posibles causas de que algo malo les pase a sus hijos. Ella pudo visualizar que no era la responsable de los problemas de sus hijos, ya que ellos tenían su propia agencia y responsabilidad sobre lo que les pasaba. Así, juntó con Maritza, se llegó a la creencia alternativa de “He sido la madre que mis recursos me han permitido ser, pensando que era lo mejor para mis hijos y no todo lo que les sucede a mis hijos es culpa mía, hay otras causas que lo pueden explicar”.

Sesión 10 y 11

En las siguientes sesiones se observó que los síntomas depresivos de Maritza en parte provenían de una atribución causal interna de lo malo que le sucedía a su familia. A raíz de la operación de biopolímeros de Maritza y de las enfermedades anteriores se habían incurrido en numerosos gastos médicos, por lo que ella se sentía culpable. Así, se encontraron pensamientos como: “No voy a poder hacerlo, no puedo ser quien yo era, que cambie todo, contagio todo lo malo (a su familia)”, “Cuando acabaré con esto, si no es una cosa es otra (en referencia a sus operaciones)”, “Es mucho gasto para mi esposo (en referencia a los gastos médicos)”, “Las cosas que han sucedido no han sido mi responsabilidad, las enfermedades no son por mi culpa”. Por medio de la técnica de la flecha invertida se llegó a la creencia central de “Soy responsable de todas las cosas negativas que me suceden a mí y a mi familia”.

De esta manera, en estas sesiones se utilizó la técnica de la reatribución, para que pueda visualizar que las cosas negativas que le sucedían tenían más de una causa. Asimismo, se buscó explicaciones alternativas a los eventos que ella consideraba negativos. Finalmente, se examinó la evidencia y funcionalidad de la creencia con preguntas como: “¿Qué evidencias tienes que todo lo malo que le sucede a tu familia es culpa tuya?”, “¿En qué te ayuda seguir pensando que eres la causante de todo lo malo?”.

Sesión 12, 13 y 14

Durante estas sesiones se abordó su sintomatología depresiva. En primer lugar, se trabajó en el aislamiento social mediante la técnica de activación conductual, que incluía el registro de las actividades agradables, un horario y mantener un registro del estado de ánimo. Así, se plantearon objetivos concretos de las actividades que quería incluir. Ella empezó por regresar al gimnasio, ya que era algo que le causaba mucho placer. Se hizo un plan específico que incluía asistir inicialmente 3 veces por semana. Durante la primera semana realizó en paralelo un registro del estado de ánimo, donde se evidenció que los días en los que iba al gimnasio se encontraba más tranquila y las preocupaciones y dolores corporales disminuían.

Otra actividad que se propuso retomar fue salir con una amiga, que solía rechazar constantemente. Para esto se trabajó con la técnica construyendo las habilidades sociales, en especial sobre la asertividad. Se realizó un juego de roles durante la sesión sobre cómo iniciar la conversación y cómo responder a preguntas incómodas. En este punto también se identificó que evitaba salir con sus amigas por pensamientos relacionados con su nuevo aspecto físico luego de la operación, llegando a través de la técnica de la flecha invertida a la creencia “Quiero

que los demás me vean bien físicamente y no quiero que me pregunten como estoy”. Se cuestionó esta creencia planteando preguntas sobre la funcionalidad como: “¿Qué beneficios te trae seguir pensando así?”, y “¿En qué te ayuda pensar así?”. Así, por medio de la técnica actuando como sí, se validaron creencias alternativas como “Soy valiosa a pesar de mis cambios físicos” y “Mis amigas son comprensivas y van a entender si no quiero hablar sobre mi cuerpo y las operaciones”. De esta forma, se propuso a que saliera con sus amigas y vaya al gimnasio pensado de esta nueva manera.

Maritza también tenía miedo a que su esposo la abandonara debido a su nueva apariencia física. Así, se preguntó sobre la lógica de sus pensamientos: “¿Tiene sentido pensar que tu esposo se va a ir con otra?”, y “¿Tiene sentido pensar que por tu nuevo aspecto físico ya no tienes valor para tu esposo?”. Por medio de este cuestionamiento, ella pudo darse cuenta de que su esposo la apoyó durante todo el proceso operatorio y que le demostraba su amor y aprecio.

Sesión 15 y 16

En esta etapa de las sesiones inició con nuevos dolores estomacales, lo que generó nuevas preocupaciones. A pesar de visitar al médico, no encontraba alivio en sus dolores, por lo que surgieron pensamientos como: “seguro que tengo cáncer”, “ahora seré una carga para mi esposo”, “mi esposo me va a dejar”. Se trabajó sobre el debate de la catastrofización, por medio de preguntas descatastrofizadoras como: ¿Qué es lo peor que pueda suceder?, ¿Podrías sobrellevarlo?, ¿Cuál es la probabilidad de que el desenlace sea lo peor?, ¿Cuál es la posibilidad más realista?, y en el pasado te has enfermado ¿Cómo lo enfrentaste? Maritza comprendió que aún no había un diagnóstico fijo, por lo que se estaba agobiando, basándose en sus propias suposiciones. Finalmente, cuando los doctores encontraron que tenía cálculos en la vesícula, Maritza se sintió más tranquila y los dolores estomacales cesaron.

Sesión 17, 18 y 19

Maritza poco a poco empezó a mejorar y a tener un cambio a nivel cognitivo. Ella dejó de estar pendiente y escribiendo mensajes a sus hijos todo el día. Además, cambió sus pensamientos relacionados con la culpa y entendió que fue la madre que sus recursos le permitieron ser con sus hijos. Así también, disminuyó la culpa relacionada con sus enfermedades, en parte gracias a su esposo, quien le dijo que siempre la apoyaría. Ella empezó a pensar “mi esposo estará a mi lado” y “mis hijos me apoyan y no estoy sola en el proceso”. Maritza, también comenzó a tener una vida social más activa, salir con sus amigas una vez por

semana e ir al gimnasio todos los días. Todo esto ayudó a que disminuyeran sus síntomas de ansiedad y depresión, de tal manera que ya no cumplía con los criterios de diagnóstico que la llevaron al tratamiento.

En este punto del acompañamiento se decidió junto con Maritza comenzar con la prevención de recaídas. Se tomó en cuenta lo propuesto por Beck (2006), Dobson y Dobson (2017) y Wenzel et al. (2016). En un primer momento, se identificó señales de alarma que pudieran dar paso a una recaída, como: dificultades en el sueño, aislarse de amigos y familiares, volver a llamar, mandar mensajes a sus hijos cada vez que salían y la aparición de pensamientos catastróficos relacionados con algún dolor físico en el cuerpo. Seguidamente, ella indicó herramientas aprendidas que la podían ayudar, por ejemplo, estrategias de relajación, cuestionar sus pensamientos con las preguntas aprendidas, aplicar el termómetro de catástrofes, la técnica de parada de pensamiento cuando identificaba algún pensamiento irracional y hacer actividades placenteras como salir con amigas o ir al gimnasio. A continuación, ella ubicó a las personas que serían su soporte social: su esposo y dos de sus mejores amigas del colegio. Finalmente, se le explicó que tendría que buscar atención psicológica en caso vuelva a sentir una ansiedad que limite su día a día y que la tristeza y los llantos sean frecuentes nuevamente.

De esta manera, se procedió a finalizar el tratamiento, espaciando las sesiones cada 15 días para que ella pudiera poner en práctica lo aprendido. Finalmente, la última sesión se dedicó para que Maritza hiciera una evaluación del acompañamiento.

Logros del acompañamiento psicológico

En primer lugar, a través de las técnicas cognitivas y conductuales, se logró modificar los pensamientos y creencias sesgadas en relación con las amenazas percibidas. Maritza comprendió que sus creencias no eran del todo acertadas, por ejemplo, en relación con su hija, ella comentaba “si pensaba, está sola (su hija), no he entrado en pánico, ha bajado un poco, me decía a mí misma, no pienses así, mejor piensa que la van a ir a ver sus amigas, no me he puesto como antes, porque antes siempre estaba la preocupación”. Así esto la ayudó a dejar de hostigar a sus hijos (por mensajes de teléfono o llamadas). Asimismo, ella comenzó a cuestionar y modificar sus pensamientos de ansiedad, y, por lo tanto, tuvo un mejor afrontamiento ante situaciones que las percibía como amenazantes.

En segundo lugar, con respecto a la depresión, al ser cuestionada sobre los pensamientos y conductas, ella logró identificar que sus cogniciones eran irracionales y que muchas de sus conductas la estaban llevando a sentirse más triste. De esta manera, cuando empezó a hacer el cambio de sus creencias, comenzó a realizar actividades que previamente

disfrutaba y que había dejado de hacer como el ir al gimnasio, salir con amigas que no las veía desde hace mucho tiempo, pasar tiempo a solas con su esposo, disfrutar de sus hijos sin estar pensando que algo malo les puede suceder “Ayer decidí que me iba al gimnasio, en realidad no tengo ganas de levantarme, pero me fui y fui muy feliz, me gusta mucho el cardio y la verdad me ha llenado de mucha felicidad, me olvidé de todo del dolor”.

Asimismo, se mejoró su autoestima, ella logró aceptar su nuevo aspecto físico, llegando a ir a la playa y a la piscina, algo que antes le generaba mucha vergüenza. Así, comenzó a decir palabras de autoafirmación que la motivaban a arreglarse y maquillarse para salir, dejando atrás los pensamientos que las otras personas la iban a mirar y a pensar mal de su nuevo aspecto físico.

Finalmente, otro logro fue que pudo dejar atrás el rencor hacia su madre y su hermano. Con respecto a su mamá, aceptó que era una persona con defectos y que cometió errores en la relación con Maritza. Ella comentó “antes al ir a la casa de mi mamá me dolía la cabeza, ahora voy a saludarla y le doy un beso y me siento con alegría”. Asimismo, pudo ver a su hermano (que abusó de ella), sin sentir miedo a que le haga algo a su hija, entendiendo que su hija poseía las herramientas para detectar un abuso y recibir ayuda.

Cabe resaltar, que con Maritza se logró establecer una sólida alianza terapéutica durante todo el proceso, que ayudó a que acuda a las sesiones, sea puntual y se preocupe siempre por hacer las actividades que se le enviaban a casa.

Reseña teórica de la terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia basada en evidencia científica que se enfoca en abordar problemas emocionales y conductas desadaptativas actuales (DiGiuseppe et al., 2018; Ruiz et al., 2012). La TCC considera a las cogniciones, los principios de aprendizaje como el condicionamiento clásico, operante y vicario, los efectos del ambiente, los procesos psicológicos y los estresores ambientales que influyen en los problemas emocionales y conductuales de un individuo (DiGiuseppe et al., 2018; Ruiz et al., 2012). Asimismo, propone que no son los eventos o las situaciones en sí los que causan el malestar emocional, sino la percepción y pensamientos de la persona sobre ellos, lo que influye en su reacción conductual y emocional (Beck, 2000; O’Kelly, 2010).

El modelo base que sigue la TCC explica que un evento activador (A) desencadena ciertos pensamientos y creencias (B) que a su vez provocan las consecuencias emocionales y conductuales (C) (Beck, 2006; O’Kelly, 2010). Por lo tanto, los pensamientos y creencias

irracionales llevan a emociones y conductas que generan el malestar psicológico y bloquean el logro de las metas personales del individuo (O'Kelly, 2010). Así pues, se busca el cambio en estas cogniciones para fomentar conductas más apropiadas y emociones más adaptativas ante diversas situaciones. Es por esto que, es de suma importancia que el paciente entienda el modelo, para que identifique y cuestione los pensamientos que están produciendo el malestar. Así también, para lograr el cambio se busca que el paciente practique las nuevas creencias, por lo tanto, es indispensable que el paciente realice tareas en casa (Beck, 2006; O'Kelly, 2010; Wright et al., 2017).

La TCC utiliza tanto técnicas conductuales como cognitivas para abordar el malestar del paciente. Entre las técnicas conductuales se incluyen: la activación conductual, el juego de roles, las técnicas de respiración y relajación, la terapia de habilidades sociales (asertividad) y la exposición (Caballo, 2007; Ruiz et al., 2012). Con respecto a las técnicas cognitivas se encuentran: los autorregistros, la técnica de la flecha descendente, la reestructuración cognitiva por medio de preguntas sobre las evidencias, la función y la lógica de los pensamientos, biblioterapia o audioterapia (Caballo, 2007; Ruiz et al., 2012).

Una sesión típica de la TCC comienza con una breve actualización del estado de ánimo. Luego, se conecta con la sesión anterior y se formula un plan de trabajo para la sesión actual en conjunto con el paciente. Seguidamente, se revisan las tareas o actividades de la sesión previa. La parte más amplia de la sesión se utiliza para abordar el problema central, culminando con una síntesis y solicitando retroalimentación al paciente (Beck, 2006; Ruiz et al., 2012).

Desde 1980, la eficacia de la TCC ha sido probada en un número grande de trastornos psicológicos con resultados positivos, incluyendo los trastornos ansiosos y del humor (Wright et al., 2017). En trastornos de ansiedad, la TCC ha mostrado mayor eficacia que el placebo en la reducción de síntomas ansiosos, especialmente en el trastorno de pánico, ansiedad generalizada y fobia social (Bandelow et al., 2015; Otte, 2022). Específicamente se halló que la eficacia de la TCC frente a las condiciones de placebo en el trastorno de pánico tiene un efecto pequeño a mediano ($r = .35$), en el trastorno de ansiedad generalizada un efecto mediano ($r = .51$) y en la ansiedad social un efecto mediano ($r = .62$) (Otte, 2022). En un metaanálisis hecho por Olatunji et al. (2010), encontraron que el porcentaje de pacientes que dejaron de experimentar ataques de pánico después del tratamiento fue mayor en los que recibieron tratamiento cognitivo conductual (77%) a diferencia de los que recibieron solo técnicas de relajación (53%). Comparando con los pacientes que recibieron entrenamiento en relajación, los que pasaron por las sesiones de TCC tenían menos miedo a experimentar ansiedad y menores pensamientos catastróficos (Clark y Beck, 2010).

Asimismo, se ha comprobado que la TCC es un tratamiento efectivo para la depresión tanto en episodios leves, moderados y severos (Sudak, 2012). Driessen y Hollon (2010), hallaron que la combinación de la TCC con la medicación tiene una mejora en los síntomas depresivos a diferencia de la medicación por sí sola. Algo similar a lo que se encontró en Sudak (2011), ya que los pacientes que recibieron tratamientos cognitivos conductuales tuvieron una mejora del 61% a diferencia de los que solo recibieron medicación que fue del 39%. En Driessen y Hollon (2010), se concluyó que el tratamiento combinado de la TCC con la medicación tenía un pequeño efecto no significativo en relación con la TCC por sí sola, por lo que es más beneficioso agregar la TCC al tratamiento con medicación que viceversa. Sin embargo, Hofmann et al. (2012), hallaron que el tratamiento combinado de TCC con medicación fue más efectivo para pacientes con depresión que solo las técnicas cognitivas conductuales. Asimismo, un estudio llevado a cabo por Chaves et al. (2016) en pacientes con depresión concluyó que la terapia cognitiva conductual reduce la sintomatología depresiva y produce un cambio clínico positivo en los pacientes. También, se encontró que la TCC contribuye a reducir la ansiedad, los pensamientos automáticos negativos, la rumiación, las dificultades de regulación emocional y las emociones negativas (Chaves et al., 2016).

En lo que coinciden es que la TCC tiene efectos duraderos y, por lo tanto, ayuda en la prevención de recaídas (Driessen y Hollon, 2010; Sudak, 2012). En personas con depresión que recibieron solo tratamientos cognitivos conductuales se encontró una reducción del 50% de las recaídas comparado con pacientes que solo fueron medicados (Sudak, 2012). En Driessen y Hollon, 2010, también se encontró que las tasas de recaídas eran más bajas en pacientes que recibieron TCC a diferencia de pacientes que solo son medicados. De esta manera, se comprobó que el efecto de la TCC dura más allá del tratamiento, pues la persona aprende una nueva forma de enfrentarse a la vida.

Reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia interviene

A partir de la experiencia de práctica se destacan algunos aprendizajes relacionados con la competencia interviene. En primer lugar, se resalta la importancia de la elección de una corriente psicológica. Así, la intervención se ejecuta de una manera ordenada, tomando en cuenta la teoría seleccionada y los estudios previamente realizados para brindarle una mejor atención al paciente. En este caso se eligió llevar a cabo la intervención desde la terapia cognitiva conductual, pues se consideró un modelo ampliamente estudiado y validado científicamente. Además, se tomó en cuenta que las características de la paciente, como el

optimismo y la disposición para realizar las actividades, podrían funcionar bien con la TCC. De esta manera, se destaca como principal aprendizaje el investigar sobre este modelo de psicoterapia para comprender la teoría y diferentes técnicas de intervención sobre la ansiedad y depresión.

En segundo lugar, otro aprendizaje relacionado con esta competencia es la importancia de realizar la formulación del caso, ya que será el punto de partida para construir el plan de intervención. De esta manera, la formulación ayudó a ordenar la información obtenida de la paciente e identificar cuáles eran sus principales cogniciones. Asimismo, permitió que se trazaran los objetivos de la intervención de una manera más precisa para la paciente. Así también, como parte de este aprendizaje, cabe mencionar que se debe tener flexibilidad en el plan de trabajo establecido, pues como en este caso, puede que el paciente tenga una nueva preocupación durante el proceso de acompañamiento.

En tercer lugar, otro aprendizaje importante en el marco de la intervención clínica es la necesidad de la supervisión de los casos por un psicólogo con más experiencia profesional. Se considera que las supervisiones son espacios de enriquecimiento, en los que se puede discutir los casos y recibir opiniones sobre cómo continuar con los mismos. Así, se debe tener una actitud abierta en estos espacios de diálogo para poder escuchar diferentes puntos de vista y tomar las decisiones acertadas en el seguimiento del caso. De esta manera, la supervisión es fundamental para el desarrollo de la práctica clínica.

En cuarto lugar, la experiencia de práctica permitió el desarrollo de diferentes cualidades terapéuticas como la paciencia, pues la intervención psicológica no es un proceso fácil y rápido, requiere de un tiempo para que el paciente mejore. Además, a veces los pacientes tenían poca motivación, por lo que la paciencia ha sido clave para ayudarlos a salir adelante. Otra cualidad aprendida fue la responsabilidad, que es esencial para trabajar con personas. Se debe ser responsable y oportuna al momento de comunicarles algo que no les agrade o de cuestionar sus creencias más profundas. Asimismo, se ha visto fortalecida la capacidad de escucha activa y la empatía, que son fundamentales para el trabajo clínico.

Finalmente, un último aprendizaje de esta experiencia de intervención es la necesidad de los psicólogos que se dedican a la práctica clínica a que tengan su propio espacio de autocuidado. De esta forma, teniendo un proceso psicológico propio, se puede llegar a una mejor atención a los pacientes, pues se es más objetivo en los mismos.

Competencia Evalúa

Presentación

La competencia evalúa fue desarrollada a partir de la intervención realizada en el curso de Psicología y Desarrollo Integral durante el semestre 2021-2. La temática central fueron las metas académicas y los valores personales en un grupo de alumnos de 3.º de secundaria de un colegio nacional ubicado en Cercado de Lima, Lima, Perú. Para llevar a cabo la intervención, se realizó inicialmente un diagnóstico situacional, lo que permitió conocer las principales problemáticas de los estudiantes. Luego, se diseñó y planificó la intervención siguiendo el diseño instruccional. Posteriormente, se procedió a la implementación de la misma, a través de 3 sesiones virtuales, debido al contexto de pandemia. Finalmente, se evaluaron los resultados obtenidos mediante de una serie de objetivos, indicadores y medios de verificación, con el fin de lograr una correcta evaluación. A continuación, se narra brevemente la problemática encontrada, el diseño y ejecución de la intervención, para luego proceder a describir la evaluación.

Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia evalúa

Diagnóstico

El diagnóstico tuvo como objetivo identificar las fortalezas y oportunidades de mejora de las estrategias de afrontamiento frente a temas académicos durante la pandemia en los estudiantes de 3.º de secundaria en un colegio nacional en la ciudad de Lima. Se emplearon dos técnicas de recolección de información. La primera fue una entrevista semiestructurada con la tutora del aula por medio de la plataforma Zoom para profundizar en sus experiencias y desafíos de la educación virtual (Anexo F). La segunda fue un grupo focal con 8 alumnos de 3.º de secundaria entre 14 y 16 años, que proporcionó información sobre la dinámica del grupo y su visión respecto a dificultades y oportunidades de las sesiones virtuales (Anexo G).

Cabe resaltar que durante el proceso de diagnóstico se siguieron diversos lineamientos éticos. En primer lugar, se contó con un consentimiento informado para la tutora y un asentimiento informado para los estudiantes firmado por los padres. En segundo lugar, se aseguró la confidencialidad de la información brindada y su uso exclusivamente académico. Finalmente, se les recalcó que toda la participación era voluntaria y que podrían abstenerse de responder algunas preguntas o retirarse en cualquier momento.

Con toda esta información se identificó que la motivación y el planteamiento de metas académicas eran las necesidades principales de los estudiantes. Así, se halló que la mayor parte del grupo de alumnos tenía una baja motivación en los cursos que se sentían incompetentes como inglés y matemáticas. De esta forma, se propuso el tema de motivación y las metas académicas, para mejorar la eficacia de los adolescentes, ya que influye positivamente en su motivación escolar (Papalia et al., 2012; Schunck et al., 2014; Usán y Salavera, 2018).

Diseño e implementación de la intervención

A partir del diagnóstico se diseñó y ejecutó la intervención “Encontrando mi Meta”, con el objetivo principal de definir metas académicas de acuerdo con los valores personales de los alumnos. Además, se establecieron tres objetivos específicos: primero, que los estudiantes identificaran sus valores personales e intrínsecos de manera jerarquizada; segundo, que reconocieran la importancia de las metas académicas de acuerdo a sus valores personales; y tercero que los alumnos planteen sus metas académicas siguiendo los siguientes criterios: específicas, medibles, alcanzables, relevantes y el tiempo, conocidos por sus siglas en inglés SMART (Steffens y Cadiat, 2016).

De esta manera, la intervención fue dividida en 3 encuentros vía Zoom, realizadas durante tres semanas consecutivas. Así, todas las sesiones fueron planificadas previamente con una estructura similar. Se iniciaba con la presentación de los objetivos, seguida de una actividad para captar la atención de los alumnos (videos, preguntas, etc.). Posteriormente, se indagaba, por medio de preguntas, en los conocimientos previos de los estudiantes relacionados con el tema de la sesión. Después, se presentaba la teoría sobre la temática de la sesión y se realizaban preguntas para monitorear la comprensión de la información. Seguidamente, los estudiantes resolvían un caso práctico y una actividad para aplicar lo aprendido. Finalmente, se realizaba una evaluación de la sesión por medio de la plataforma Kahoot y se les solicitaba retroalimentación a los estudiantes a través de un formulario online (Anexo H).

Evaluación de la intervención

Con el fin de evaluar los resultados de la intervención, se establecieron objetivos, indicadores y medios de verificación. Primero, para evaluar el objetivo general, que los estudiantes logren esbozar sus metas académicas acordes a sus valores personales, se utilizó una rúbrica con 4 criterios para calificar las respuestas (Anexo I). De esta manera, la rúbrica evaluó: que al menos una meta se relacione con los valores personales, que se mencione la

relación de las metas con los valores, que se elabore una meta según los criterios SMART y que se señalen los pasos a seguir para alcanzar la meta.

Así, se aplicó un pre y post- test a los estudiantes, para valorar si se alcanzó el objetivo. Se comprobó que la mayoría de los estudiantes no lograron relacionar sus metas con sus valores personales de manera adecuada y, por lo tanto, las respuestas fueron similares en el inicio y fin de la intervención. Así, se repitieron ciertas metas en ambos momentos como: “aprender inglés” y “pasar de año con buenas notas”, las que no se relacionaron a ningún valor personal ni siguieron los criterios SMART. No obstante, se observó que dos de los participantes sí lograron plantear metas mejor formuladas y que podrían ser mejoradas con una guía.

Además, en relación con este objetivo se establecieron 3 indicadores. En primer lugar, que el 60% de los estudiantes mencionen la relación entre la meta y el valor personal. Así, este primer indicador fue logrado parcialmente, ya que solo tres de cinco participantes en la sesión lograron relacionar su meta con sus valores personales. Sin embargo, encontraron una dificultad para explicar la relación entre su meta y sus valores.

En segundo lugar, se tenía el indicador de que el 60% de los estudiantes elaboren una meta que siga al menos 3 criterios SMART. Este también fue logrado parcialmente, con cuatro alumnos que llegaron a proponer metas acordes a los criterios SMART, pero con una fundamentación muy general. De esta forma, se demostró que existía una falta de claridad en estos conceptos. Así, por ejemplo, un alumno respondió “Específico: porque sé qué quiero hacer y qué idioma quiero aprender. Alcanzable: porque estudiando y repasando se podría lograr aprender. Realizable: porque es algo que poniéndole ganas se va a lograr”.

En tercer lugar, el último indicador para el objetivo general fue que el 60% de los estudiantes señalen al menos dos pasos a seguir para llegar a su meta. Así, este también se logró parcialmente, con solo uno de los cinco estudiantes participantes proponiendo dos acciones concretas y tres de ellos mencionaron solo una acción para alcanzar su meta.

Por otro lado, para el primer objetivo específico, que los estudiantes identifiquen sus valores personales e intrínsecos de manera jerarquizada, se contó con dos indicadores. El primero, que el 60% de los participantes identificaran correctamente las características de los valores en los casos presentados, se logró, pues todos los estudiantes identificaron correctamente los valores en cada caso.

El segundo, que el 60% de los estudiantes participantes elaboraran un ejemplo de sus valores personales, no fue alcanzado, ya que solo dos estudiantes (40%) identificaron y jerarquizaron sus valores personales. Para valorar este indicador se les solicitó a los participantes que propusieran ejemplos sobre sus propios valores de manera jerarquizada, por

lo tanto, se utilizó una lista de cotejo con tres criterios para valorar las respuestas (Anexo J). Así, el primer objetivo específico fue logrado de manera parcial.

En cuanto al segundo objetivo específico, que los alumnos participantes lograran reconocer la importancia de las metas académicas tomando en cuenta los valores personales, se establecieron dos indicadores. El primero fue que el 60% de los estudiantes elaboraran un ejemplo de meta académica y, el segundo, que el 60% de los alumnos mencionaran como las metas se relacionan con sus valores personales. Así, con la finalidad de verificar los indicadores, se elaboró una rúbrica, en la que se evaluó si la meta planteada era relacionada con el área académica, a sus valores personales y si era alcanzable en un futuro cercano (Anexo K).

De esta manera, el primer indicador se logró, pues 66% de los participantes propusieron una meta relacionada con el área académica. Sin embargo, cabe resaltar que eran metas poco realistas en relación con el tiempo. El segundo indicador también fue logrado, ya que el 66% de los participantes relacionaron la meta académica con al menos un valor personal, por ejemplo, un alumno respondió lo siguiente: “Creo que sería con mi meta el valor de la responsabilidad, porque quiero aprender y saber más de ese curso e idioma de inglés y tengo que ser responsable para llegar a eso.”

Finalmente, se evaluó el tercer objetivo específico, que los estudiantes lograran identificar los criterios SMART en las metas académicas. De esta forma, se elaboró una rúbrica para valorar las respuestas de los alumnos (Anexo I), tomando en cuenta la relación de la meta con sus valores personales y si esta cumplía los criterios SMART.

Así también, se tuvieron dos indicadores, el primero, que el 60% de los estudiantes identificaran los criterios SMART en un caso, se cumplió, con el 60% de los participantes identificando los criterios SMART en el caso. Un segundo indicador, contempló que el 60% de los estudiantes elaboraran un ejemplo de metas académicas cumpliendo por lo menos tres criterios SMART. Este no se cumplió, pues solo el 40% de los participantes elaboró una meta siguiendo los criterios propuestos. Por lo tanto, se concluye que este tercer objetivo se logró de manera parcial.

Luego de realizar la evaluación de la intervención se realizó un balance de la misma y se llegó a diversas recomendaciones. En primer lugar, la importancia de estimular la motivación de los estudiantes para participar en las actividades. De esta manera, se puede presentar la información de manera lúdica, para evitar que los alumnos se sientan en un ambiente de evaluación e incentivar la participación.

En segundo lugar, se recomienda que las preguntas formuladas a los estudiantes sean claras y concretas, para que sean más comprensibles y fáciles de responder. Así, las respuestas serán más precisas y se podrá realizar una mejor evaluación de la intervención. Finalmente, es recomendable que las rúbricas sean más realistas y flexibles, ya que para muchos estudiantes las metas y valores personales fue un tema del que tenían poco conocimiento.

Reseña teórica metas académicas

Una meta académica puede definirse como el patrón de creencias, atribuciones, afectos y sentimientos que guían las acciones de una persona en el contexto educativo (Weiner, 1986). De este modo, las metas académicas influyen la cantidad de tiempo que un alumno dedica a las actividades relacionadas con el estudio y en las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales ante los resultados escolares (Barca et al., 2012).

Alonso y Montero (1992), plantean que las metas académicas se pueden dividir en 4 tipos. En primer lugar, se encuentran las metas relacionadas con la tarea, que surgen del propio deseo del alumno por el disfrute que obtiene de la misma. Estas metas se subdividen en metas relacionadas con la competencia, intrínsecas y de control. La meta de competencia se basa en el interés del estudiante de mejorar su capacidad y habilidad académica (González y Núñez, 1998). La meta intrínseca implica que el alumno disfruta de la tarea en sí misma (González y Núñez, 1998). Finalmente, las metas relacionadas con el control son aquellas en las que el alumno actúa por voluntad propia y no por un premio o castigo (Alonso y Montero, 1992; González y Núñez, 1998).

En segundo lugar, se encuentran las metas relacionadas con la autovaloración y con el yo. Estas metas están vinculadas a la autoestima y el autoconcepto del estudiante (Alonso y Montero, 1992). Se distinguen las metas de logro y de evitación al fracaso. Las primeras son aquellas en las que se busca el reconocimiento positivo tanto de otros como de sí mismo, lo que ayuda a fortalecer y aumentar la autoestima (Alonso y Montero, 1992; Barca et al., 2012; González et al., 2000). Las segundas están ligadas a la evitación de emociones negativas relacionadas con un posible fracaso escolar (Alonso y Montero, 1992; Barca et al., 2012; González et al., 2000).

En tercer lugar, se encuentran las metas relacionadas con la valoración social, éstas se definen en función de un comportamiento académico que se ajusta a lo socialmente aceptado (Alonso y Montero, 1992; De la Fuente, 2004). De esta manera, a través de estas metas buscan la aceptación de los adultos y compañeros (Wentzel, 1998). Finalmente, las metas relacionadas con la consecución de recompensas externas son aquellas que persiguen una cierta recompensa

o, por el contrario, buscan evitar algún castigo o pérdida de algo agradable (Alonso y Montero, 1992; Pintrich y Schunk, 2006).

Por otro lado, se ha encontrado que las metas académicas poseen una relación con la motivación de los estudiantes. Por lo tanto, establecer metas académicas más desafiantes se asocia con un mayor nivel de motivación académica en los estudiantes (Schunck, 1983; Sides y Cuevas, 2020). Sin embargo, la teoría también menciona que establecer metas muy complejas o imposibles de alcanzar puede disminuir la motivación (Mikami, 2020). Asimismo, se ha encontrado que las propiedades de las metas académicas como especificidad, proximidad y dificultad afectan de manera directa la motivación (Schunck et al., 2014).

Eccles y Wigfield (2002), plantean que los valores personales poseen un rol directo en las metas que dirigen la conducta de las personas. Así, dentro de un contexto escolar, las acciones de los alumnos serán guiadas por sus metas, las cuales siguen sus valores personales que a su vez son guiados por sus creencias (Eccles y Wigfield, 2002; Morisano, et al., 2010). Así, por ejemplo, en Chase et al (2013), encontraron que aquellos alumnos que aprendían a proponerse metas acordes a sus valores tenían una mejora significativa en su rendimiento académico a diferencia de aquellos que proponían metas sin tomarlos en cuenta.

Reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia evalúa

Luego de las actividades realizadas dentro del marco de la competencia evalúa se han obtenido diferentes aprendizajes. En primer lugar, la importancia de seguir el modelo del diseño instruccional al realizar una intervención. Esto debido este marco proporciona un orden en las sesiones que garantiza el éxito en la intervención al ser varias personas las responsables de la misma. Asimismo, este diseño establece objetivos que se proponen desde el inicio de la intervención, lo que facilita una evaluación eficaz con indicadores y medios de verificación concretos. Así también, el diseño instruccional permite la replicabilidad de la intervención en contextos similares en el futuro.

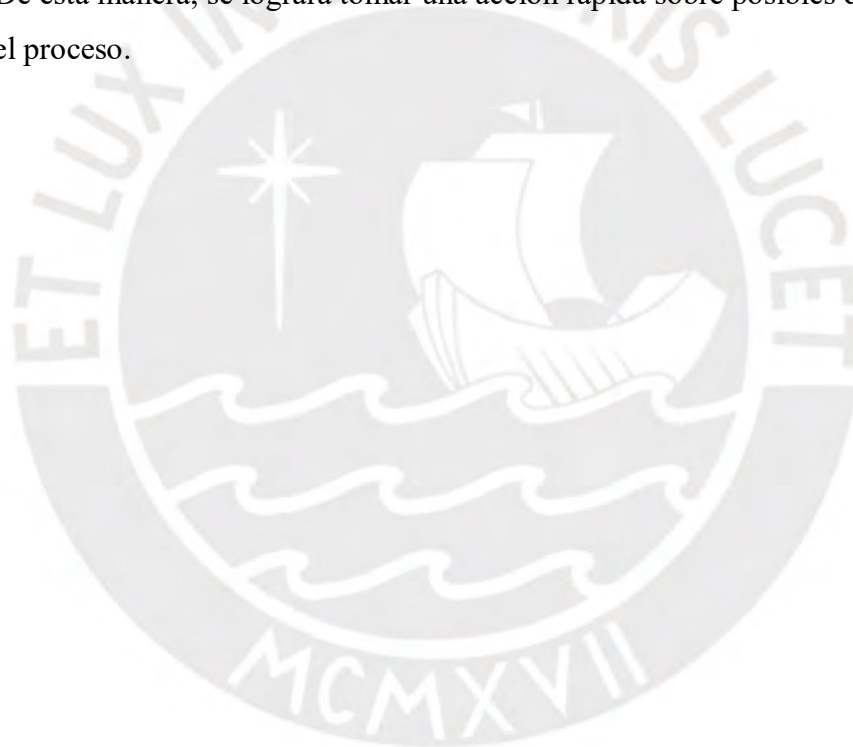
En segundo lugar, otro aprendizaje obtenido de esta competencia es la relevancia de trazar objetivos e indicadores claros y concretos desde antes de la implementación de la intervención. De esta manera, se tiene una guía clara para plantear las posibles actividades y que estas se alinean a los objetivos. Así también, es sumamente importante la necesidad de contar con medios de verificación como listas de chequeo o rúbricas para asegurar el cumplimiento de indicadores y objetivos.

En tercer lugar, otro aprendizaje relevante es la necesidad de evaluar la acción de una manera cualitativa. Debido a que, para evitar los mismos fallos en una futura implementación,

es importante conocer cuáles fueron los aciertos y las oportunidades de mejora. Así, es necesario pedirles a los participantes una retroalimentación en todas las sesiones de la intervención.

En cuarto lugar, se resalta que para el éxito de una intervención primero se debe hacer una revisión completa de la teoría para conocer en profundidad el tema sobre el que se va a tratar durante cada una de las sesiones. Así también, se debe investigar sobre otras intervenciones similares con el fin de conocer cuáles actividades han sido efectivas en el logro de objetivos y qué aspectos pueden mejorarse en futuras aplicaciones.

Finalmente, un último aprendizaje de esta experiencia es la importancia del monitoreo durante la aplicación de la intervención como parte de una evaluación continua. Así, luego de cada sesión es necesario aplicar alguna estrategia de monitoreo tanto cualitativa como cuantitativa. De esta manera, se logrará tomar una acción rápida sobre posibles desviaciones y valorar todo el proceso.



Conclusiones

El presente trabajo reúne una síntesis de cada una de las competencias adquiridas durante la experiencia del curso “Desempeño pre-profesional” en el área de psicología de una clínica en la ciudad de Lima. Así, se hace una recopilación de las actividades que llevaron a fortalecer las competencias, diagnóstica, interviene y evalúa.

En primer lugar, en cuanto a la competencia diagnóstica se describieron las actividades realizadas respecto al trabajo con una paciente durante la atención psicológica en la clínica. Se llegó a una presunción diagnóstica de ansiedad generalizada y distimia gracias a lo aprendido durante la carrera universitaria. Así, se concluye lo importante que es tener un conocimiento previo en las técnicas necesarias para llegar a un buen diagnóstico. Además, es fundamental realizar una buena entrevista inicial y delimitar el motivo de consulta, pues es el punto de partida para conocer la problemática del paciente y poder realizar un diagnóstico adecuado.

Asimismo, para un diagnóstico certero, es necesario armar una historia clínica completa y de esta manera comprender cómo los pacientes han aprendido, se han vinculado y relacionado a lo largo de los años. Así, se tiene un mayor panorama de lo que influye en la problemática actual. Además, para obtener un diagnóstico preciso se debe realizar un análisis funcional completo, para luego dar paso a un plan de trabajo adecuado y único para cada paciente. Asimismo, es fundamental tener conocimiento sobre psicopatología, pues se conocen los principales síntomas de los trastornos psicológicos, lo que facilita el diagnóstico.

En segundo lugar, por el lado de la competencia interviene, se explicó las actividades relacionadas con el plan de trabajo para ayudar a aliviar el malestar de la paciente. Se describieron las técnicas y cómo se aplicó cada una de estas al caso. De esta forma, se logró fortalecer la competencia y se obtuvo diversos aprendizajes como la necesidad de elegir un modelo psicoterapéutico para llevar a cabo un plan de trabajo más ordenado y coherente. Así también, la importancia de la formación e investigación en el modelo elegido para tener una intervención exitosa. Además, se aprendió que la intervención es un proceso flexible, que al tratar con pacientes pueden surgir un problema o situación difícil en el camino y, por lo tanto, es necesario que se reajusten los objetivos y el plan.

En tercer lugar, la última competencia de evaluación se ha desarrollado dentro del curso de “Psicología y desarrollo integral”, mediante una intervención sobre las metas académicas y los valores personales de los alumnos de 3ero de secundaria en un colegio de Lima. Así, se llegó a un diagnóstico, se ejecutó la intervención y posteriormente una evaluación de esta. De esta forma, se aprendió que es fundamental que la evaluación se comience a lo largo del proceso

de intervención y, así, identificar los puntos por mejorar. Así mismo, para una correcta evaluación no basta con saber lo que funcionó y lo que no, sino proponer cambios y mejoras para que en una futura intervención las actividades propuestas tengan un mayor impacto en la población.

En síntesis, estos meses de prácticas preprofesionales y los cursos integradores de la universidad, han influido en el desarrollo de las competencias de diagnóstica, interviene y evalúa. Así, esta experiencia ha sido el punto de inicio para una vida profesional y una oportunidad de gran aprendizaje y valor. De esta forma, se han adquirido no solamente conocimientos teóricos y técnicos, sino también, el manejo de la práctica clínica y las dificultades que esta implica.



Referencias

- Alloy, L. B., LaBelle, D., Boland, E., Goldstein, K., Jenkins, A., Shapero, B., Black, S. y Obraztsova, O. (2016). Depressive and Bipolar Disorders. En J. E. Maddux y B. A. Winstead (Eds.), *Psychopathology Foundations for a Contemporary Understanding* (pp. 182-217). Routledge.
- Alonso, J. y Montero, Y. (1992). Motivación y aprendizaje escolar. En C. Coll, J. Palacios y A. Marchesi (comp.). *Desarrollo psicológico y educación, II. Psicología de la Educación*. Madrid: Alianza
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta edición ed.). doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
- Anicama, J. (1974). Rasgos básicos de la personalidad de la población de Lima, un enfoque experimental: estandarización del EPI-B (Tesis para obtener el título de Bachiller).
- Anxiety & Depression Association of America (ADAA). (2021). *Social Anxiety Disorder*. <https://adaa.org/sites/default/files/ADAA%20Social%20Anxiety%20Disorder%20Brochure%202021.pdf>
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, 30(4), 183-192.
- Barca, A., Almeida, L. S., Porto, A. M., Peralbo, M., & Brenlla, J. C. (2012). Motivación escolar y rendimiento: impacto de metas académicas, de estrategias de aprendizaje y autoeficacia. *Anales de Psicología*, 28(3), 848-859. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.156101>
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive-therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19 edición ed.). Desclée de Brower.
- Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Bermúdez, J., Pérez-García, A. M., Ruiz, J. A., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2012). *Psicología de la personalidad*. UNED.
- Butcher J. N., Hooley, J. M., Nock, M. K. y Mineka, S. (2017). Panic, anxiety, obsessions and their disorders. En Butcher J. N., Hooley, J. M., Nock, M. K. y Mineka, S. *Abnormal*

Psychology (pp. 197 – 243). Pearson.

- Butler, A.C., Chapman, J.E., Foreman, E.M. y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (2 edición ed.). Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- Carver, C. S., y Sheier, M. F. (2014). *Teorías de la personalidad*. Pearson.
- Chase, J. A., Houmanfar, R., Hayes, S. C., Ward, T. A., Vilaradaga, J. P., & Follette, V. (2013). Values are not just goals: Online ACT-based values training adds to goal setting in improving undergraduate college student performance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3-4), 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.08.002>
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., y Vazquez, C. (2016). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive therapy and research*, 41(3), 417-433. doi: 10.1007/s10608-016-9778-9
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- DiGiuseppe, R., Venezia, R., y Gotterbarn, R. (2018) What is Cognitive Behavior Therapy?. En A. Vernon y K. Doyle (Eds.), *Cognitive Behavior Therapies: A Guidebook for Practitioners* (pp. 1-35). Wiley.
- Dobson, D., y Dobson, K. S. (2017). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford publications.
- Driessen, E., y Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 537-555. doi:10.1016/j.psc.2010.04.005
- Duarte y Sanchez, A., Hamid Hedo-Toledo, A., Pradel-Mora, J., & Gómez-Recilla, V. (2016). Complicación tardía tras infiltración de biopolímeros en glúteos. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 385-389.
- Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual review of psychology*, 53(1), 109-132.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1984). Eysenck personality questionnaire-revised.

- González, J. A. y Núñez, J. C. (Coords.) (1998). *Dificultades del aprendizaje escolar*. Madrid: Pirámide.
- Gómez Vargas, M., & Pérez Jaramillo, E. (2017). Particularidades de los motivos de consulta psicológica de los estudiantes que asisten a la Dirección de Bienestar Universitario, Universidad de Antioquia.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2022). *Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders, DSM-5-TR Update*. John Wiley & Sons.
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- Lloyd Williams, S. (2016). Anxiety disorders, Obsessive-Compulsive and Related Disorders. En J. E. Maddux y B. A. Winstead, *Psychopathology Foundations for a Contemporary Understanding* (pp. 141- 161). Routledge
- Mikami, Y. (2020). Goal setting and learners' motivation for extensive reading: Forming a virtuous cycle.
- Morisano, D., Hirsh, J. B., Peterson, J. B., Pihl, R. O., & Shore, B. M. (2010). Setting, elaborating, and reflecting on personal goals improves academic performance. *Journal of applied psychology*, 95(2), 255.
- O'Kelly, M. (2010). *CBT in action: A practitioner's toolkit*. CBT Australia.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 557-577.
- Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Papalia, D., Feldman, R., y Martonell, G. (2012). *Desarrollo humano*. McGraw Hill.
- Ruiz, M. A., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M. E. D. C., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G. D., &

- Pedron, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional De Psicología*, 11(02), 1–21. <https://doi.org/10.33670/18181023.v11i02.63>
- Schunk, D., Meece, J. & Pintrich, P. (2014). *Motivation in Education: Theory, research and applications*. (4th ed.) Pearson.
- Sides, J., & Cuevas, J. A. (2020). Effects of goal setting for motivation, self-efficacy, and performance in elementary mathematics.
- Sudak, D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 99-110. doi:10.1016/j.psc.2011.10.001
- Steffens, G., & Cadiat, A. C. (2016). *Los criterios SMART: El método para fijar objetivos con éxito*. 50Minutos. es.
- Tamayo Martínez, N., Gómez-Restrepo, C., Ramírez, S., & Rodríguez, M. N. (2016). Prevalence of mood and anxiety disorders on people with chronic conditions. results from the national mental health survey in Colombia 2015. *Revista colombiana de psiquiatria*, 45, 141-146.
- Usán Supervía, P., y Salavera Bordás, C. (2018). Motivación escolar, inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Actualidades en Psicología*, 32(125), 95-112.
- Vernon, A., y Doyle, K. A. (2018). *Cognitive behavior therapies: a guidebook for practitioners*. American Counseling Association.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer Verlag
- Wenzel, A., Dobson, K. S., y Hays, P. A. (2016). *Cognitive behavioral therapy techniques and strategies*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14936-000>
- Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Pub.

Anexos

Anexo A: Historia Clínica Maritza

Datos de Filiación

- Nombre: Maritza
- Edad: 53
- Sexo: Femenino
- Lugar y fecha de nacimiento: Chimbote 12/01/1969
- Grado de instrucción: Secundaria Completa
- Ocupación actual: Ama de casa
- Estado Civil: Casada
- Vive con: Esposo, hijo e hija
- Posición ordinal: 6/7
- Número de hermanos con edades: 7 hermanos
- Religión: católica
- Interna: Aranzazu Paredes
- Número de sesiones: 22
- Fecha actualización: 21/12/2022

Historia Personal

En cuanto a su historia personal, Maritza menciona que no fue un embarazo deseado. Su madre tenía 29 años cuando nació, durante los primeros meses del embarazo no fueron felices para la familia, pues se enteró por su mamá que su padre nunca quiso que ella naciera y que hizo que el médico le ponga ampollas a su mamá para que abortara. Eso es algo en lo que ella piensa constantemente y le da mucha tristeza, especialmente porque su mamá se lo comentaba como una hazaña sin ningún remordimiento. *“Pienso que todo lo que tengo y lo que me pasa me lo han provocado” “En ese momento pensé no debí haber nacido”*. Nació en el hospital, pesó 3.50 kg y midió 51cm. Lactó hasta la edad de un año, caminó al año y habló a los 9 meses. En cuanto al control de esfínteres fue a los 2 años. Su mamá la crió sola, ya que su papá falleció cuando Maritza tenía 3 años.

Por el lado de los castigos Maritza recuerda que se daban cuando hacía travesuras o algo que a su mamá no le agradaba, como salir a la calle a jugar con los vecinos. Ella menciona que su madre utilizaba métodos autoritarios y violentos para castigar, le pegaban con palos,

calentaban agujas en la plancha y luego la hincaba con eso “mi mamá venía y me pegaba con el cordón de la espalda, siempre me han golpeado”. Por otro lado, Maritza comenta que no recuerda ser recompensada por su madre, solo que le gustaba cuando le daban alguna golosina, pues ella sentía que era querida por su mamá.

Historia Académica

En cuanto a la educación inicial, Maritza entró al nido a los 5 años. Recuerda que en su primer día sintió tristeza, pues dejaba a su mamá. Al paso del tiempo le gustaba mucho ir al nido, ya que estaba con sus amigos, especialmente tiene el recuerdo de su mejor amiga con la que caminaba al colegio, debido a que quedaba a una cuadra de su casa.

Durante primaria y secundaria estuvo en un colegio nacional. Lo que más le gustaba de esa época era pasar tiempo con sus amigos, ella menciona “*en el colegio a mí me han querido*”. Era un lugar donde podía escapar de su casa y encontrar un tiempo de tranquilidad y sentirse feliz. Le gustaban los cursos de ciencia y ambiente, comunicación y educación física. Especialmente, disfrutaba de actuar era algo para lo que considera tenía talento. Durante todos los años del colegio sus notas fueron bajas, dice que se le dificultaba concentrarse y sentía miedo a los exámenes y participaciones orales.

Recuerda que, aunque en su tiempo en el colegio era feliz, solía llegar golpeada a clases por los golpes que recibía en casa, por lo que sus compañeros y profesores le tenían pena. Además, tenía deficiencias en la alimentación porque no tenían los suficientes recursos para comer, por lo que se enfermaba constantemente “*por debilidad*”. Era muy delgada y no comía proteínas, por lo que le salieron desde los dedos hasta el codo verrugas, tanto que las tenía que esconder con guantes. Su madre nunca hizo nada hasta que la vio una auxiliar del colegio donde le mandaron a hacer análisis. A los 10 años también sufrió de tifoidea y la operaron del apéndice. Durante todas estas enfermedades ningún familiar la cuidaba, recuerda solo que su mamá la sacó del hospital y que su hermano le daba con golpes la medicación.

Historia Sexual

En casa no se hablaba sobre sexo o sexualidad, todo lo que Maritza aprendió sobre esto fue a través de revistas y sus amigas. Ella considera que le faltó aprender más, pues nunca tuvo la oportunidad de conversar con un adulto sobre el tema, ya que para su madre era algo que no se hablaba.

Su primera relación sexual fue a los 19 años y 8 meses. Para ella fue un momento traumático e incómodo. Menciona que durante ese momento sintió asco y vergüenza y que cuando lo recordaba lloraba por lo que había sucedido. Durante sus primeros encuentros sexuales ella no disfrutaba, solía cerrar los ojos y ver imágenes de monstruos.

Esto cambió con su esposo, donde se sentía segura y cómoda, teniendo una vida sexual muy activa. Sin embargo, actualmente, no tiene relaciones sexuales con su esposo hace cuatro meses, pues tiene resequedad vaginal y se siente mal físicamente. Además, tiene vergüenza de que su esposo la vea desnuda por los cambios en su cuerpo, por lo que siempre se tapa o apaga la luz. *“Me pongo a pensar en mi esposo, hace tiempo no tenemos nada de intimidad, me da pena, mi cuerpo ya no es como antes, pienso eso, si me es infiel, pienso lo que nunca he pensado”*.

Historia Laboral

Los primeros trabajos de Maritza comenzaron a los 12 años, cuando en sus vacaciones la mandaban a Lima para trabajar por tres meses como empleada del hogar. Ella menciona que el dinero que obtenía no era para ella, sino para ayudar en casa y para que su hermano pueda estudiar ingeniería.

A los 18 años decide estudiar taquigrafía y trabajar con un abogado, le gustaba el trabajo, pero dice que le tenía mucho miedo a que su jefe la pudiera agredir sexualmente. Luego en Trujillo estudió para ser técnica en contabilidad y trabajó en telefónica, fábrica pesquera, Afp profuturo y, por último, en tres grifos. Estos fueron trabajos que recuerda como buenas experiencias durante 15 años.

Cuando Maritza regresa a Chimbote inicia una fuente de soda, que hace algunos años tuvo que cerrar debido a sus dolores musculares. Le gustaba mucho su trabajo, pues disfrutaba de atender a la gente. Además, le iba muy bien pues proveía a otras fuentes de soda más pequeñas. En ese momento su esposo no tenía trabajo, por lo que ella fue la principal proveedora de su familia. Actualmente ella depende económicamente de su esposo, pero de vez en cuando prepara pedidos en el edificio donde vive y los vende para tener un ingreso.

Historia de la recreación

Maritza disfruta en su tiempo libre ir al gimnasio, es algo que la ayuda a olvidarse de todo lo que le duele en el cuerpo, llegando a capacitarse para ser instructora de gimnasio, sin embargo, no pudo seguir con esto porque se enfermó de las articulaciones. Además, en su

tiempo libre disfruta de diferentes cursos en pastelería y nutrición. *“Me capacitó en Chimbote para trabajar en gimnasios como instructora”*.

Relaciones Interpersonales

Amistades

A pesar de no tener muchas amistades cercanas, Maritza es extrovertida y le resulta fácil entablar relaciones con personas que conoce poco. Maritza dos amigas del del colegio con la que solía hablar seguido y las considera sus comadres *“nos conversamos y reímos”*. Con sus amigas solía salir a comer o tomar un café y se sentía muy bien con ellas desde pequeña. No obstante, actualmente se ha alejado de ellas porque le preguntan mucho por su operación y a Maritza no le gusta hablar de eso ya que se siente incómoda. Además, no quiere que vean cómo ha cambiado su cuerpo desde que fue intervenida, por lo que no comparte espacio con sus amigas.

Relación con el sexo opuesto

Maritza ha tenido dos relaciones de pareja significativas, un enamorado con quien estuvo 5 años y su actual esposo con el que tiene 18 años. La primera de estas relaciones fue desde los 18 a los 23 años, se caracterizó por ser muy violenta, él la golpeaba constantemente por celos. Ella aguantaba el maltrato porque él la apoyaba económicamente y la mantenía. *“Yo con primer enamorado, él me ayudaba por eso aguantaba con él, me golpeaba, pero me pagaba mi pensión.”* La relación terminó porque Maritza se cansó de sus maltratados, llegando la última vez a dejarla sangrando de tanto golpearla, lo que llevó a que ella terminara en el hospital y lo denunciara en la comisaría de violencia, sintiéndose en ese momento sola, ya que nadie de su familia la apoyó.

Esposo

- Edad: 51 años

Maritza ha estado con su esposo desde que terminó con su expareja. A los dos años de enamorados se casaron, cuando ella tenía 26 años. Para ella su esposo fue *“su salvación”*, pues le ha dado muchos años de felicidad y la sacó de su casa donde vivía en un ambiente hostil cargado de violencia. Actualmente Maritza vive en Lima acompañando a su hija que está en la universidad y su esposo vive en Chimbote por trabajo, pero hablan constantemente por teléfono y él va a Lima cada 15 días.

En cuanto a las características de personalidad, Maritza lo describe como alguien muy bueno y comprensivo, es un buen padre y esposo, pero que está aislado de sus amigos. Además, tiene arranques de ira y vive estresado llegando a enfrentarse con la policía *“Se altera rápido, es muy bueno está pendiente” “mi esposo se ha vuelto muy renegón por todo, a pesar de todo eso para mí en mi vida fue lo mejor que me había pasado, fue como un milagro”*.

Maritza se siente muy feliz cuando está junto a su esposo y dice que lo quiere mucho. Le gusta que en su relación ambos se cuidan y se apoyan, ya sea cuando ella ha estado enferma o cuando su esposo a estado sin trabajo *“siempre está conmigo en los momentos más difíciles él siempre ha estado ahí, entonces como que yo siempre me siento acompañada y protegida por él” “él para mí es como un padre y yo le agradezco tanto”*.

Por otro lado, la relación ha tenido momentos de dificultad, el primero de estos fue cuando Maritza le fue infiel a los 3 años de casada con su expareja, pues dice que se sentía muy sola. Otro momento difícil fue cuando a su esposo le diagnosticaron psoriasis, esta enfermedad genera unas llagas en la piel y a Maritza le daba mucho asco, por lo que se le dificulta tener intimidad con él.

Historia Familiar

Madre

- Edad:82
- **Características personales**

Maritza describe a su madre como una persona maltratadora y autoritaria, constantemente le pegaba a ella y a sus hermanos, originando que todos sus hijos le tengan mucho miedo *“a todos nos ha criado con golpes, yo siento que respeto no le he tenido, le he tenido miedo porque siempre me ha golpeado”*. También, menciona que ella siempre hiere tanto física como emocionalmente a los que la rodean. Así también, es manipuladora, llegando a hacer que se peleen entre los hermanos para que ella sea el centro de la familia *“Le digo que mi mamá ha hecho lo de divide y reinarás, mi mamá siempre ha hecho eso, siempre nos ha puesto a todos separados”*.

Además, menciona que no expresa muestras de cariño hacia ella ni hacia sus otros hermanos, menciona que, por culpa de su madre, sus hermanos y ella tienen *“traumas”*. Hasta hoy en día, todos sus hijos y nietos le tienen que hablar de usted, pues piensa que si la tutean le están faltando el respeto *“Ella intenta poner esa jerarquía”*.

- **Relación con la paciente**

La relación con su madre nunca ha sido buena ni saludable. Desde muy chica Maritza se sintió utilizada por su madre, quien siempre la mandaba a trabajar sin explicaciones a pesar de que a ella le daba mucho miedo. Ella durante toda su vida ha sentido rabia hacia su madre, aunque intenta perdonarla por lo que ha hecho no logra sacar de su cabeza todo lo que le ha pasado.

Para Maritza ir a visitar a su madre es un gran esfuerzo y le causa muchos nervios y molestias *“yo sentía que ya estaba yendo donde mi mamá, me empezaba a doler la cabeza, desde que estoy entrando nunca es un buen recibimiento, siempre había quejas”*. Ella igual ayuda económicamente a su madre y dice que va a visitarla *“más por compromiso que por cariño”*.

Papá

El papá de Maritza falleció cuando ella tenía 3 años, por lo que Maritza no recuerda nada de cómo era su papá ni tuvo una relación con el mismo.

Hijo

- **Edad:** 25 años
- **Ocupación:** Egresado de gestión empresarial
- **Características personales**

A su hijo lo describe como alguien desordenado e inmaduro y rebelde, que no tiene una idea clara de lo que hacer en su vida, por lo que le causa pena. Dice que está desesperado por hacer un negocio, pero que ella no lo ve como algo estable. A Maritza le cuesta mucho la idea de que su hijo quiera independizarse, pues piensa que *“aún es muy inmaduro y dejado”*, a pesar de eso su hijo se ha ido a trabajar a Estados Unidos.

- **Relación con la paciente**

Cuando su hijo era pequeño Maritza lo solía castigar constantemente, le exigía mucho en el colegio y utilizaba métodos violentos para castigarlos como golpes, lanzarle objetos o bañarlo en la ducha fría en invierno. Esto es algo de lo que ella se arrepiente y por lo que le pide perdón constantemente. Sin embargo, ella siente que su hijo aún le tiene cólera, pues a veces le bromea con eso. Estos golpes se dieron hasta que su hijo estuvo en la universidad cuando tuvo un secuestro al paso y terminó con su enamorada quien se fue con un amigo.

Actualmente, la relación con su hijo dice que es amorosa y cercana. Él le pide consejos y conversan seguido, especialmente luego de que lo secuestraron siente la necesidad de protegerlo. *“Yo a mi hijo lo amo demasiado, quizás lo protegí mucho”* *“le tengo un cariño especial, es rebelde y quizás fue por mi culpa”*.

Hija

- **Edad:** 21 años
- **Ocupación:** Estudiante de diseño de modas
- **Características personales**

Maritza la describe como alguien responsable, dedicada a su carrera y que se esfuerza mucho. Además, es innovadora y creativa, la ve como *“una chica madura con objetivos claros a seguir”*. Dice que es muy sociable al igual que ella y que le es fácil hacer amigos. También, es muy perfeccionista lo que hace que se estrese constantemente.

- **Relación con la paciente**

Maritza tiene una relación estrecha con su hija, suelen conversar y le aconseja. Son unidas y comparten mucho tiempo juntas, sintiendo que su relación es más de amigas.

Maritza tiene mucho miedo que a su hija le pueda pasar algo cuando sale de la casa, es por esto por lo que la vigila constantemente para ver que está haciendo. *“Casualmente mi hija me dice que le ha transmitido mucho miedo, porque tú siempre me decía mira 360 grados”*.

Hermana 1

La mayor tiene 63 años y es la hermana a la que más quiere y con la que tiene una mejor relación, para Maritza ella es como su madre. Con esta hermana se han acompañado mutuamente en momentos difíciles, como cuando su hermana tuvo cáncer y luego cuando Maritza también sufrió esta enfermedad.

Menciona que su hermana ha sido víctima de violencia de pareja, llegando una vez Maritza a presenciar actos de violencia hacia su hermana por lo que denunció a su cuñado. *“También, sentía mucho rencor por mi cuñado, siempre me ha botado, porque yo vi golpeándole a mi hermana y yo lo denuncié, dentro de mí lo perdoné, pero ya no siento el odio, hace muchos años, no es mi amigo, pero ya no siento en mi pecho”*.

Hermano 2

Tiene 62 años, es patrón de lancha, con él conversa y pasan tiempo juntos. Maritza lo quiere mucho y lo suele defender frente a su madre, quien siempre lo maltrata.

Hermano 3

Actualmente tiene 60 años. Él fue el hermano que tocó a Maritza cuando ella tenía 8 años y él 15 años, durante dos años. Dice que es el favorito de su mamá, por lo que todos sus hermanos han trabajado para que él pudiera estudiar en la universidad, incluida Maritza. *“Cuando yo cobraba todo era para mi hermano”*. Siente cólera y rabia hacia su hermano por lo que le ha hecho y porque su mamá lo adora y siempre dice que es el más bueno.

Hermana 5

Esta hermana tiene retraso, por lo que no terminó la primaria. Salió embarazada joven y se comprometió con un hombre que la golpeaba. Su esposo la abandonó y ella abandonó a sus hijos y los dejó con la mamá de Maritza. Maritza les tiene un poco de celos a los hijos porque dice que a estos chicos su mamá sí les dio amor a diferencia de lo que ella recibió de pequeña.

Hermana 7

Su hermana la menor fue a quien Maritza llevó a abortar a los 16 años por pedido de su mamá, a pesar de que su hermana no quería. Actualmente, tiene un hijo de 8 años y una situación de vida muy pobre. Maritza ha tenido problemas con su hermana por defender a su sobrino, ya que la ha denunciado por maltrato físico hacia su hijo *“mi hermana me dijo que si ella quiere lo puede matar porque es su hijo”*. Actualmente, su relación ha mejorado, pues Maritza prefiere no tener mucho contacto con esta última hermana.

Enfermedades y Accidentes

- A los 37 años le realizaron una histerectomía, porque tenía muchos dolores y varios miomas.
- A los 47 años le realizaron una mastectomía, porque le encontraron un tumor en el seno luego de un chequeo en la ginecóloga. *“Sentía que mi iba a morir” “Fue horrible” “Nadie en mi familia padeció de esa enfermedad”*. Luego de la operación, le dieron

quimioterapia vía oral. Con este cambio sintió que su libido disminuyó muchísimo, teniendo dificultades para las relaciones sexuales. Además, ante todos los cambios hormonales empezó a tener deficiencia de calcio en los huesos. *“yo pedí salir con prótesis porque psicológicamente no estaba preparada” “A mí ya me han operado dos veces porque se me encapsula. Quiero mejorar y en un par de años quitarme la prótesis”*. Desde ese momento se siente incómoda desvestiéndose delante de su esposo. Es por esto por lo que cuando tienen relaciones sexuales ella apaga la luz y se tapa con una sábana.

- A los 50 años le diagnosticaron fibromialgia, después de que su hijo lo secuestraron por dos días. Desde ahí siente que cuando tiene una emoción muy fuerte su cuerpo se enferma. En ese momento el neurólogo le recetó Lyrica (pregabalina) para el tratamiento de la fibromialgia. Sin embargo, Maritza decidió dejarla porque se sentía muy cansada y llegó a tener pensamientos suicidas por lo que le recetaron la vitamina B12. *“Le dije a la doctora que me venían pensamientos, yo vivo en el piso 15, pensaba y si me aviento de acá se acaba todo, me ponía así y después fui a contarle a la doctora, me dijo no lo tomes y desde ahí”*. Desde ese año Maritza empezó a sentir migrañas, tristeza, desesperanza y problemas para dormir.
- Este año le han hecho una operación en Colombia para extraerle un músculo, debido a que hace unos años se inyectó biopolímeros en el glúteo. Estos cambios en el cuerpo le han traído mucha tristeza en los últimos días. Sus glúteos han quedado con huecos, pues le han sacado las bolas del músculo. Luego de esta operación siente que es una carga para su familia, especialmente para su esposo. *“Siento que mi esposo se puede aburrir, quisiera que mi matrimonio sea tan feliz como hemos sido.” “ha sido una operación muy profunda, donde me han quitado bastante músculo, han dañado tejidos, pero que va a demorar en sanar”*.

Anexo B: Historia de Aprendizaje

Condicionamiento vicario aprendizaje de la crianza autoritaria y de los golpes para corregir

MODELO: Mamá	APRENDIZ: Maritza
Edad: 34	Edad: 4
Sexo: Femenino	Sexo: F
<p>Conducta observada: Golpes para corregir una conducta en sus hijos. La madre recurría a castigos físicos cuando sus hijos la desobedecían o cuando hacían algo que ella no estaba de acuerdo. Concretamente, Maritza observó diversos episodios donde su madre golpeaba a sus hermanos fuertemente por desobedecerla. “Mi mamá venía y me pegaba con el cordón de la espalda, siempre me han golpeado.” “El castigo me metía en cada dedo la aguja, me hincaba profundo. Una vez cogí las monedas, cogió mis manos y me las puso al fuego.”</p>	<p>Proceso de adquisición <i>Atención:</i> Maritza atiende y observa las conductas agresivas de su madre hacia sus hijos. Pone especial atención en cómo se dan, ya sea con correa, cordón del cable, con un zapato, etc. <i>Codificación:</i> Golpear tiene un efecto positivo para la obediencia. <i>Retención:</i> Si golpeo al otro este me va a obedecer. Maritza logra retener lo que su madre hacía por medio de imágenes mentales, guardando con nitidez los eventos en su memoria y también narrando con detalles lo que ha visto (descripciones verbales) <i>Recuperación:</i> Cuando a Maritza sus hijos no le hacían caso, ella recupera la escena y hace lo mismo.</p>
<p>Consecuencia observada: Los hermanos hacían lo que su madre le ordenaba y seguían sus reglas.</p>	<p>Efecto: Desinhibidor</p>
	<p>Conducta aprendida: Ante la desobediencia de su hijo o cuando este se porta mal, ella recurría a golpes.</p> <p>Consecuencia de la reproducción de la conducta: . Externa: Que su hijo le haga caso . Interna: “Mi hijo me hace caso”</p>

Condicionamiento clásico

Situación 1

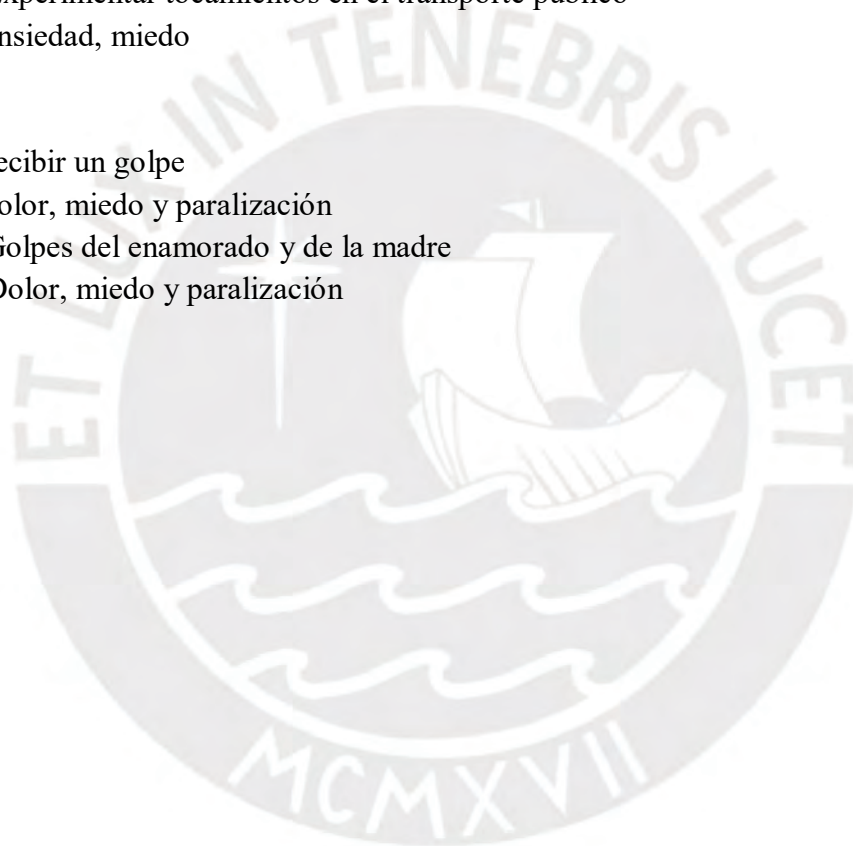
- EI: Ataque inesperado
- RI: Ansiedad, miedo
- EC: Presencia del hermano
- RI: Ansiedad, miedo

Situación 2

- EI: Ataque inesperado
- RI: Ansiedad, miedo
- EC: Experimentar tocamientos en el transporte público
- RI: Ansiedad, miedo

Situación 3

- EI: Recibir un golpe
- RI: Dolor, miedo y paralización
- EC: Golpes del enamorado y de la madre
- RC: Dolor, miedo y paralización



Anexo C: Paradigma Cognitivo

Pensamientos automáticos	Creencias
<p>“Algo les puede pasar (a mis hijos)” “Le pueden robar” “A mi hija la pueden violar” “Algo malo me va a pasar” “Me van a hacer algo”</p>	<p>“El mundo es peligroso y por eso debo sentirme inquieta y debo esperar que algo malo me pase” “Los otros son malos y no son confiables y por eso me preocupo y evito salir a sitios desconocidos” “Si me preocupo por lo que pueda pasar, evitaré que pase.”</p>
<p>“Cuando acabaré con esto, si no es una cosa es otra” “Es mucho gasto para mi esposo” “Por qué no me informé bien de lo que me estaban poniendo” “No puedo estar con mi esposo, puede ser que se vaya con otra” “No voy a poder hacerlo, no puedo ser quien yo era, que cambie todo, contagio todo lo malo (a su familia)”</p>	<p>“Soy responsable de todas las cosas negativas que me suceden a mí y a mi familia”</p>
<p>“No quiero que los demás me vean” “no me gusta que me miren” “no soy la misma” “Me he salido de Facebook, no quiero nada” “Pienso que me van a criticar”</p>	<p>“Quiero que los demás me vean bien físicamente y no quiero que me pregunten como estoy”</p>
<p>“No debí haberle pegado a mi hijo” “Le he transmitido todo lo malo a mis hijos” “Porque fui así, quisiera retroceder el tiempo y criarlo bien”</p>	<p>“Soy una mala madre y por ello soy la responsable de lo malo que le pasa a mis hijos”</p>
<p>“Mi mamá ha sido mala” “Mi madre no me quiere” “Mi madre me ha expuesto a situaciones de peligro” “Todos mis males son por mi madre”</p>	<p>“Mi madre es la culpable de todo lo malo que me ha pasado y debe ser castigada por ello”</p>
<p>“Mi hermano le puede hacer algo a mi hija” “Por qué me hizo eso, me hizo mucho daño” “Yo no me pude defender” “No pude hacer nada”</p>	<p>“Mi hermano es una persona peligrosa y mala que me ha generado mucho daño y puede actuar de forma abusiva”</p>

Anexo D: Plan de tratamiento

Sesión	Temas	Técnicas
1	Establecimiento de objetivos de la intervención. Psicoeducación del modelo cognitivo (relación entre pensamientos, conducta y afecto).	Psicoeducación del modelo cognitivo para distinguir entre eventos, pensamientos, emociones y conductas Registro de pensamientos
2, 3 y 4	Evaluación y debate de pensamientos relacionados con la ansiedad por el miedo a que algo malo les suceda a sus hijos o a ella misma. Dificultad para conciliar el sueño por el pensamiento de que algo malo le pasará a ella o a su familia o a ella	Monitoreo del estado de ánimo Entrenamiento en relajación Técnicas para dormir Descubrimiento guiado Técnica de la flecha invertida
5, 6 y 7	Trabajar en el aislamiento de su familia por el resentimiento hacia su madre Debate de pensamientos relacionados a que su hermano le pueda hacer algo a su hija y rumiación sobre el abuso que le producen miedo	Video terapia sobre el perdón Analizar el costo-Beneficio del pensamiento Juego de roles
8 y 9	Debate de pensamientos sobre su labor como madre y la culpa que carga por la forma de crianza	Monitoreo del estado de ánimo Continuo cognitivo Examinar la lógica y evidencia del pensamiento Reatribución
10 y 11	Debate de pensamientos sobre la atribución causal interna de lo malo que le sucede a su familia.	Monitoreo del estado de ánimo Reatribución Examinar las evidencias del pensamiento y explicaciones alternativas
12, 13 y 14	Debate de pensamientos sobre sus cambios físicos por las operaciones y su nueva apariencia Debate de pensamientos de miedos a que su esposo la dejó por la nueva apariencia Trabajar sobre el aislamiento social y dejar de disfrutar las cosas que antes le gustaban a raíz de sus cambios físicos	Monitoreo del estado de ánimo Activación Conductual Modelado Construyendo habilidades sociales Role Play Técnica de la flecha invertida Actuando como sí Examinar la funcionalidad del pensamiento

15 y 16	Evaluar pensamientos catastróficos que surgen ante la aparición de una nueva enfermedad estomacal y que le causan miedo.	Monitoreo del estado de ánimo Termómetro de catástrofes Preguntas descatastrofizadoras
17, 18 y 19	Prevención de recaídas Consolidar la mejoría conseguida. Discusión sobre las nuevas cogniciones y cómo lo aplica ante situaciones adversas.	Monitoreo del estado de ánimo Evaluación cualitativa de las mejoras conseguidas



Anexo E: Técnicas Utilizadas

Técnicas Conductuales

Las técnicas conductuales buscan generar un cambio de conducta en los pacientes. Así ayudan a que el paciente pueda tomar acciones concretas para reducir pensamientos disfuncionales, modificar actitudes y alcanzar el bienestar (Ruiz et al., 2012).

Activación Conductual

La activación conductual es una técnica que involucra el monitoreo del estado de ánimo y la programación de actividades diarias del paciente (Dobson y Dobson, 2017; Vernon y Doyle, 2018; Wenzel, 2017). Esto permite que los pacientes puedan reconectar con actividades que les dan algún sentido de satisfacción, logro o placer (Wenzel et al., 2016). Así, busca que se incrementen el número de actividades que son placenteras, con la finalidad de que aumenten las interacciones positivas con su ambiente y de esta manera se obtengan mayores fuentes de recompensa (Vernon y Doyle, 2018; Wenzel, 2017).

Para llevarla a cabo, primero se realiza en sesión un registro de actividades y un horario flexible para que el paciente pueda monitorear sus actividades placenteras del día a día (Dobson y Dobson, 2017; Wenzel et al., 2016). Se debe programar una cantidad de actividades realistas, pues en caso haya un exceso en la programación puede generar efectos contraproducentes incrementando el pensamiento de incapacidad (Ruiz et al., 2012). Luego, se invita al paciente que en cada una de las tareas evalúe en una escala su grado de dominio y agrado. De esta forma, se espera que mientras exista un mayor puntaje de dominio y agrado, las emociones que experimenta durante el día sean agradables (Ruiz et al., 2012; Wenzel et al., 2016).

Juego de roles

El juego de roles es una técnica que busca cuestionar los pensamientos automáticos y las creencias de los pacientes poniendo a prueba las mismas (Ruiz et al., 2012; Vernon y Doyle, 2018). Esta técnica puede incorporar el modelado de la teoría de Bandura (1969). De esta manera, el paciente observa las conductas deseadas de un modelo, como, por ejemplo, el terapeuta, para luego ser reproducidas en el contexto que le causa cierta dificultad (Ruiz et al., 2012; Vernon y Doyle, 2018). El paciente suele practicar en sesión y poco a poco se expone al contexto donde tiene la dificultad, por lo tanto, se utilizan las habilidades aprendidas en sesión en un ambiente natural (Vernon y Doyle, 2018).

Encadenamiento

La técnica del modelamiento se utiliza cuando la conducta deseada es muy compleja de realizar, por lo tanto, se divide la conducta en diferentes pasos para que le sea más fácil completar la tarea. De esta manera, el paciente ve los objetivos de la intervención como más logrables utilizando refuerzos en cada paso (Vernon y Doyle, 2018).

Entrenamiento en relajación

El entrenamiento en relajación es una técnica de afrontamiento para reducir los niveles de ansiedad y estrés (Beck, 2006; Ruiz et al., 2012). En un inicio, esta se utiliza dentro de la sesión con el fin que el paciente pueda aprender a realizarla en casa (Beck, 2006; Dobson y Dobson, 2017; Vernon y Doyle, 2018). Se aprende a relajar diferentes grupos de músculos en un periodo de tiempo de entre 30 segundos a un minuto. En cada paso se invita al paciente a que experimente las sensaciones y la experiencia presente que está viviendo (Dobson y Dobson, 2017; Vernon y Doyle, 2018).

Técnicas para dormir

En Dobson y Dobson (2017), se propone esta técnica como una forma de psicoeducar al paciente en los hábitos para tener una buena calidad de sueño. Se propone una serie de conductas que se le debe enseñar para que obtenga el resultado deseado. En primer lugar, se le brinda información acerca de cómo crear un ambiente con las condiciones adecuadas para dormir y controlar todos los estímulos que lo mantienen despierto. Además, se les propone que no tomen siestas, que tengan una hora fija para dormir y que salgan de la cama si no logran conciliar el sueño por 30 minutos. En segundo lugar, se propone incorporar una buena higiene de sueño, como no tomar caféina, atenuar las luces de la casa o el dormitorio, darse un baño relajante o aplicar las técnicas de relajación aprendidas en sesión. En tercer lugar, se indagan sobre las creencias del paciente que aparecen a la hora de dormir y se realizan ejercicios de reestructuración cognitiva.

Entrenamiento en habilidades sociales

En esta técnica el terapeuta se convierte en un modelo de las habilidades que el paciente quiere desarrollar (Vernon y Doyle, 2018). Se utiliza para inculcar habilidades como: la asertividad, entrenamiento, la comunicación verbal y no verbal, decir no a requerimientos de otros, dar y recibir críticas, empezar una conversación, etc. (Dobson y Dobson, 2017; Ruiz et al., 2012; Vernon y Doyle, 2018). Es importante que se incorpore el juego de roles en sesión

con la finalidad que el paciente pueda llevar lo aprendido a su vida cotidiana (Vernon y Doyle, 2018).

Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas son aquellas que se utilizan para identificar, cuestionar y modificar los pensamientos negativos (Ruiz et al., 2012).

Descubrimiento guiado

La técnica del descubrimiento guiado se refiere al proceso de realizar preguntas socráticas guiadas y sistemáticas para estimular el pensamiento crítico en el paciente (Ruiz et al., 2012; Vernon y Doyle, 2018; Wenzel et al., 2016). Esta técnica busca que sean estos mismos quienes lleguen a sus propias conclusiones sobre la veracidad y utilidad de sus pensamientos para que logren identificar formas alternativas de pensamiento más flexibles y realistas (Vernon y Doyle, 2018; Wenzel et al., 2016). Para alcanzar este objetivo se realizan diferentes preguntas abiertas sobre la evidencia, la lógica y la funcionalidad del pensamiento. Además, ante pensamientos catastróficos se hace uso de preguntas descatastrofizadoras. Finalmente, se invita al paciente a proponer nuevas alternativas de pensamiento funcionales (Ruiz et al., 2012).

- a. Preguntas sobre la evidencia: Se pone a prueba la evidencia a favor y en contra del pensamiento negativo para que puedan evaluar la veracidad de estos (Leahy, 2017; Wenzel et al., 2016). Se realizan preguntas como: ¿Qué evidencia tienes de que el pensamiento es verdad?, y ¿Qué evidencias tienes de lo contrario? (Beck, 2006; Ruiz et al., 2012; Vernon, 2018).
- b. Preguntas sobre la lógica: Se pregunta si pensar de esa manera es lógico o si existe otra alternativa al pensamiento. Se realizan preguntas como: ¿Es lógico pensar de esa manera?, ¿Tiene sentido que pienses eso?, ¿Esas conclusiones son posibles?, ¿Se puede predecir un resultado diferente?, y ¿Tu pensamiento ha pasado? (Leahy, 2017).
- c. Preguntas sobre la funcionalidad: Está relacionada con hacer preguntas que se relacionen a la utilidad del pensamiento (Beck, 2006). Preguntas cómo: ¿Cuáles son las ventajas de mantener ese pensamiento?, ¿Cuáles son las desventajas?, y ¿Te ayuda seguir manteniendo el pensamiento?
- d. Preguntas descatastrofizadoras: Estas preguntas son de gran utilidad cuando el paciente se posiciona en el peor escenario que podría suceder en una situación y le asigna un costo muy alto al mismo. Así, el paciente espera que lo peor va a ocurrir y que no tendrá

los recursos para enfrentarlo. Se utilizan preguntas como: ¿Cuál es la probabilidad de que el desenlace sea lo peor?, En el pasado pasaste por una situación similar, ¿Cómo lo enfrentaste?, ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir?, ¿Podrías sobrellevarlo?, y ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la posibilidad más realista? (Beck, 2006; Wenzel et al., 2016)

- e. Preguntas para plantear alternativas: Se utilizan cuando el paciente ya identificó las distorsiones cognitivas y es momento de que pueda realizar otras interpretaciones. Por ejemplo: ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?

Reatribución

Esta técnica tiene la finalidad de modificar los sesgos cognitivos asociados a las dimensiones atribucionales, el locus de control (interno o externo), estabilidad (estable o inestable) y especificidad (global o específico) (Ruiz et al., 2012). De esta forma, se utiliza cuando el paciente tiene la tendencia a culpar a otros o atribuirse como la causa de los resultados negativos de los eventos (Beck, 2006; Dobson y Dobson, 2017; Vernon y Doyle, 2018; Wenzel et al., 2016). Por lo tanto, con la reatribución se busca que el paciente pueda ver que existen posibles causas ante un resultado negativo y no solo una. Así, el terapeuta y el paciente hacen una lista de todo lo que puede haber producido el desenlace negativo y se estima un porcentaje para cada una de las causas. Se puede poner en un diagrama de *pie* para mejorar la visualización de estas (Dobson y Dobson, 2017). Se espera que mediante esta técnica el paciente logre ver que no es posible que solo una persona sea la única responsable de todos los resultados negativos y que los eventos ocurren por diferentes causas (Vernon y Doyle, 2018).

Biblioterapia o Videoterapia

Esta técnica consiste en darle al paciente información sobre su problemática para que lea, vea y escuche. Pueden ser, por ejemplo, audios o videos acerca de un tema que va a ayudar al paciente a debatir y flexibilizar sus creencias (Ruiz et al., 2012).

Técnicas específicas para identificar y cambiar creencias

La flecha invertida

La técnica de la flecha invertida se utiliza para identificar las creencias que se encuentran en la base de los pensamientos automáticos (Leahy, 2017; Ruiz et al., 2012; Vernon y Doyle, 2018). Así, cuando el paciente trae a sesión diferentes pensamientos automáticos, el

terapeuta realiza preguntas asociadas al significado del pensamiento hasta llegar a las creencias más profundas del paciente. De esta manera, el terapeuta logra reconocer una creencia cuando el paciente muestra un cambio en el afecto o la conducta en sesión como: llantos, agitación o notarlo estresado (Dobson y Dobson, 2017; Leahy, 2017; Vernon y Doyle, 2018, Wenzel et al., 2016).

Analizar el costo-beneficio de la creencia

Analizar el costo y beneficio del pensamiento ayuda a que el paciente pueda observar las ventajas y las desventajas de mantener su creencia (Beck, 2006; Wenzel et al., 2016). Se utilizan cuadros para hacer una evaluación objetiva, gráfica y visual de los beneficios y costos que le traen pensar así (Wenzel et al., 2016). De esta forma, el terapeuta debe minimizar y descartar las ventajas y reforzar las desventajas, con la finalidad que el paciente pueda ver los costos que le está trayendo las creencias (Beck, 2006).

Continuo cognitivo

Con esta técnica se ponen a prueba los sesgos cognitivos asociados a pensamientos dicotómicos de todo o nada (Beck, 2006; Vernon y Doyle, 2018; Wenzel, 2016). Se realiza un continuo dibujando una línea horizontal, en cada extremo se pone el lado positivo y el negativo de la creencia, por ejemplo, a un lado “no sirvo para nada” y al otro “soy muy bueno en lo que hago” (Ruiz et al., 2012; Wenzel, 2016). Seguidamente, se le pide al paciente que represente en el continuo su creencia. Finalmente, mediante preguntas se intenta que revalúe su posición inicial y que obtenga una escala más realista de la situación (Vernon y Doyle, 2018; Wenzel, 2016). Así, esta técnica invita a que los pacientes puedan generar una perspectiva más balanceada sobre pensamientos dicotómicos (Vernon y Doyle, 2018).

Actuando como sí

Esta técnica tiene el objetivo de reforzar una nueva creencia (Beck, 2006; Vernon y Doyle, 2018). En sesión, se generan nuevas creencias y se clarifica cómo actuaría a partir de la misma, detallando precisamente la conducta (Ruiz et al., 2012; Vernon y Doyle, 2018). De esta forma, se anima a que el paciente ponga en práctica estas conductas fuera de la sesión con el fin de que ponga a prueba la nueva creencia. En esta técnica es importante que el terapeuta prepare al paciente para afrontar las posibles respuestas negativas de otros cuando se implemente la nueva conducta (Vernon, 2018).

Anexo F: Transcripción entrevista tutora

1. ¿Desde cuándo es tutora? // ¿qué curso enseña?

Desde el año pasado es tutora de 3ero B, pero ha tenido experiencia previa por muchos años con otros grados.

2. ¿Cómo describe usted a los estudiantes de tercero B?

- Sanos y que logran tener una buena comunicación con la profesora
- Algunos de los estudiantes no quieren estudiar y otros tampoco pueden ingresar a las clases.
- Cuando conversa con ellos son obedientes y aceptan lo que ella les dice.

3. ¿Qué le han comentado los docentes sobre el desempeño de los estudiantes?

- Algunos alumnos no entregan las tareas
- Muchos de los estudiantes no entienden matemáticas e inglés
- Por eso, muchos no ingresan a las clases pues no logran entender el tema que están estudiando
- Otros estudiantes son flojos
- Algunos estudiantes están solos en casa, porque los padres trabajan o son separados y no tienen quien los controle

4. ¿Qué le han comentado los docentes en cuanto a la participación de los estudiantes?

a. ¿Con respecto a la participación de los estudiantes tiene algo más que comentar?

- Sí hacen preguntas regularmente en clase
- Los alumnos piden las clases grabadas a la profesora
- Hay dificultades en temas de conexión a internet y el no tener acceso a una computadora o celular.
- Muchos hacen la clase desde su celular, otros tienen que esperar que su mamá vuelva de trabajar para que les preste el celular.
- La 3era parte del salón tiene problemas con la computadora/ celular y el internet

5. Dentro de la currícula académica ¿Existen espacios relacionados a explorar el proyecto de vida o metas esperadas por los estudiantes?

a. ¿Qué se trabaja en esos espacios?

b. ¿Conoce las expectativas académicas? ¿Cuáles cree usted que son?

- Dentro de la tutoría se tienen estos espacios. También, en caso los estudiantes tengan algún problema la profesora los atiende por whatsapp.

- En estos espacios se trabajan temas relacionados a las emociones, la empatía, las amistades positivas y metas.
- También, se conversó sobre el plan de vida
- Actualmente, la meta principal de los alumnos es pasar de año y la profesora explica que para eso deben presentar todas sus tareas.
- Además, la profesora comenta que algunos estudiantes tienen sueños y expectativas a futuro. Algunos le dicen que quieren ser profesionales, pero al estar todavía en tercero, muchos no lo tienen definido.

6. ¿En promedio cuánta es la cantidad de tareas que les dejan a los alumnos fuera del horario de clases?

- La profesora explica que en su curso arte y cultura, motiva a los estudiantes a entregar la tarea dándoles una “oferta”, que consiste en que hagan una buena tarea y les da dos notas por eso.
- No les deja tanta tarea, porque muchos no entienden y se cansan y luego no quieren entrar a las clases
- También, menciona que hay un grupo de flojitos y otros que le tienen miedo a algunos profesores.

a. ¿Existe algún curso en el que dejen mayor número de actividades para la casa/fuera del horario de clases?

- Sólo no entienden el curso de matemáticas e inglés y como no entienden no quieren entrar a las clases
- Muchos alumnos están en los juegos y se han distraído mucho de las clases
- Los padres no están atrás mirando lo que hacen sus hijos.
- Algunos padres tampoco entienden qué hacen sus hijos

b. ¿Hay alguna queja por parte de los estudiantes sobre la cantidad de tareas?

- Este año no se han quejado los padres de familia

7. En el caso que un alumno tiene un rendimiento bajo ¿Cómo se aborda esta situación?

- Se le avisa a los profesores para que se pueda trabajar con los alumnos que tiene bajo rendimiento
- La tutora se comunica vía whatsapp con los profesores de los cursos sobre los problemas de sus alumnos (Por ejemplo, tener que trabajar, mudarse de casa, dificultades con el acceso a internet), para que puedan tener consideración con ellos.

- Los profesores sí les dan las facilidades a los alumnos con bajo rendimiento, les dan tareas menos cargadas y temas más fáciles.

8. ¿Enseñan alguna estrategia de estudio y organización a sus alumnos? ¿Cuáles?

- Existen grupos de lectura que ellos mismos dirigen, pero tmb entran poco, parece que no les gustara leer.
- Se les brinda por classroom lecturas y fotocopias.
- Hay talleres de lectura, programados por una ONG, entonces ahí tienen una secuencia y reuniones.
- También, en tutoría se les orienta a que puedan organizar sus horas del día. La profesora les recomienda que tengan un horario y les anima a hacerlo desde que se levantan.



Anexo G: Transcripción Focus group

1. ¿Cuál es el curso que más te interesa? ¿Por qué?

Andrea: Yo prefiero el inglés, porque la mayoría de películas que veo son inglés y las tengo que ver en español. Prefiero verlas en el idioma original. A mí se me dificulta la matemática

Yarixa: me gusta el curso de física, donde te puedes expresar mucho y puedes hacer ejercicio.

Angelo: Inglés y Ciencia y Tecnología, me gusta la tabla periódica y me gusta la serie breaking bad. A mí también me gusta aprender lenguas ya que es muy bonito aprender otros idiomas

Gustavo: A mí me gusta ciencias sociales, porque nos habla de nuestra cultura.

2. ¿Cómo describirían un día de clase virtual?

Angelo: para mí en clases virtuales es bonito y un poco aburrido. Ya no podemos interactuar tanto con los profesores, podemos usar herramientas en línea como el quizzes para las preguntas. También lo bueno es que tengo tiempo, ya que no ando en el colegio, para ayudar a mi familia.

Yessica: Bueno a veces un poco mal porque la conexión se va y no se entiende nada

3. Caso: Luciana es una alumna del colegio Juana Infantes, para el lunes ella tiene un examen y varias tareas, pero toda la semana prefirió ver película, videos y pasar tiempo con sus amigos, por lo que el fin de semana se puso a hacer todas sus tareas pero sentía que el tiempo no era suficiente.

1. ¿Qué opinan del actuar de Luciana?

Andrea: creo que debe organizarse y tener su horario

Angelo: creo que fue un poco irresponsable, primero debió hacer sus tareas y luego estar con amigos y ver películas

2. ¿Ustedes cómo se organizarían si estuvieran en la misma situación?

Andrea: con horarios, hacer los cursos más importantes primero o los que son más fáciles y organizarse así. Luego los más complicados.

Kamil: Yo hago las tareas según la clase que me toque el día. Así se me hace más fácil porque puedo preguntar al profe en caso tenga alguna duda.

Angelo: yo también hago lo mismo.

3. ¿Cómo se organizan para realizar actividades académicas?

Kamili: voy avanzando las tareas de acuerdo al curso que me va tocando

Andrea: yo no me organizo, veo mi classroom y si algún día me llegan 6 o 7 tareas avanzo todo ese día y así ya estoy libre. Algunos profes también nos hacen hacer las tareas en clase

Kamil: a veces las tareas son muy complicadas

4. ¿Cuáles son los métodos que empleas para estudiar?

Andrea: con música

Kamil: yo solo estudio cuando me interesa un tema demasiado.

Angelo: la verdad antes yo me quedaba hasta tarde, estudiaba todos los temas y de ahí le pedía a alguien que me tome con preguntas. Ahora solo estudio ciertos temas que me tocan. Se me hace más fácil porque con el internet puedo investigar más y no me sobrecarga de estudiar todos los temas.

Kamil: yo escribo las palabras claves, cuando escribo me acuerdo. Se me hace fácil recordar las cosas cuando escribo antes... las leo y me acuerdo del tema ... yo soy un estratega

Angelo: cuando hago tareas lo hago con música también, es chevere me ayuda a concentrarme. Cuando hago tareas escucho un tipo de música y cuando estudio escucho otra.

Jhair: yo también escucho música. No me distrae, más bien me relaja.

5. ¿Qué piensas respecto a la cantidad de tareas que te dejan en el colegio?

Angelo: antes no me dejaban, ahora sí como son varios cursos, pero no son tan difíciles.

Kamil: las tareas de ahora no son tan difíciles. No sé qué le pasa al gobierno del Perú profe. Son como 10 temas y luego de esos 10 temas salen otros 10 temas. Por suerte los profesores los simplifican.

Andrea: las tareas son fáciles si prestas atención a la clase o si has investigado sobre el tema, si no lo hacen es más difícil. Yo creo que dejen normal de tareas, ni mucho ni poco. Osea nos dejan la cantidad justa porque ya somos alumnos de secundaria.

Kamil: en educación física nos deja muchas tareas el profe.

Yessica: Hay si en educación física dejan varias tareas

Angelo: antes mi curso favorito era educación física, ya que hacíamos ejercicio. Cómo era más físico solo teníamos que hacer ejercicio o saltar. Ahora tenemos que responder preguntas, tomarnos el pulso, mandar fotos o video. Es difícil mandar las fotos de lo que hacen o muchas veces hacer los ejercicios por el espacio de tu casa

6. ¿Qué resultado esperan al terminar el año académico?

repregunta: ¿qué están haciendo para lograr esto?

Angelo y Kamil: acabar con todas las tareas que me quedan y desinstalar las aplicaciones como el classroom

Andrea: pasar el año con buenas notas

lo principal es pasar el año no?

Yo soy bien dinámico p profe

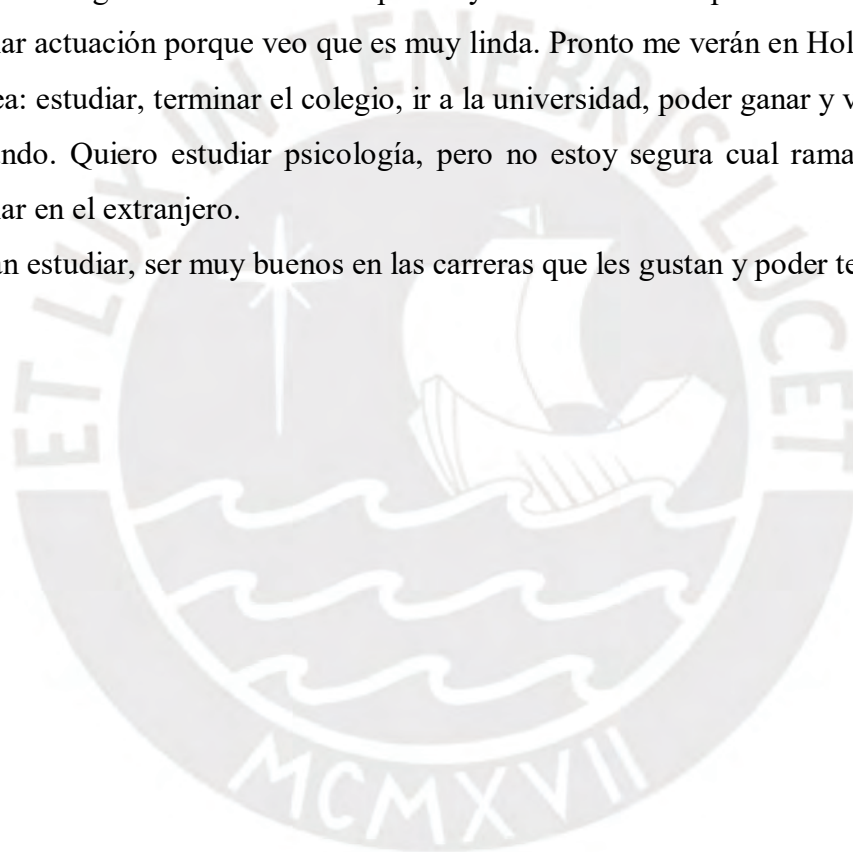
7. ¿Cuál es la finalidad que persiguen al estudiar?

Kamil: terminar y para ir a la universidad y estudiar ingeniería de sistemas. Trabajar en eso y vivir una vida estable y quedarme tranquilo para el final. Veo a mi abuelo y digo que quiero ser como él. Claro compré un lamborghini y me quiero ir a Hawai.

Angelo: me gustaría visitar otros países y tener un futuro profesional. Me gustaría estudiar actuación porque veo que es muy linda. Pronto me verán en Hollywood.

Andrea: estudiar, terminar el colegio, ir a la universidad, poder ganar y viajar por todo el mundo. Quiero estudiar psicología, pero no estoy segura cual rama. Me gustaría estudiar en el extranjero.

Desean estudiar, ser muy buenos en las carreras que les gustan y poder tener un futuro.



Anexo H: Diseño de la intervención

SESIÓN 1					
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar sus valores personales e intrínsecos de manera jerarquizada					
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES	
Presentación	Se presentarán los integrantes del equipo y los estudiantes participantes de la sesión. Primero, se proyectará el asentimiento informado a los alumnos para comenzar con el taller. Luego, se presentarán las normas de convivencia que se seguirán en las sesiones.	Zoom Presentación (Diapositiva 1-7) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804	5'	Maria Jarufe	Fernanda
“Cuenta cuentos”	Dinámica rompe-hielo “cuenta cuentos”: Se le pedirá a un participante que mencione una frase sobre una imagen presentada. Posteriormente, se le pedirá a otro que siga con la hilación hasta que hayan participado todos los alumnos. Para ello se brindará la siguiente consigna: <i>“Comenzaré yo a relatar un cuento sobre la imagen que sale en la presentación, luego uno de ustedes tendrá que decir una frase que siga el cuento. Después, esa persona elige al siguiente que continuará con otra frase del cuento, y así hasta que todos hayan participado”</i>	Zoom Presentación (Diapositiva 8) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804 Formato Actividad - Cuenta Cuentos.PNG	5'	Marytee Basaldua	

Presentación de objetivo	Se presentará el objetivo general y el específico de la sesión de manera verbal. <i>“En este taller vamos a aprender a esbozar las metas académicas según sus propios valores. Específicamente cada uno identificará cuales son sus valores personales y los ordenará”</i>	Presentación (Diapositiva 9) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804	3’	Aranzazú Paredes
Actividad 1: Estimulación del conocimiento previo	Preguntar ¿En sus propias palabras qué es una meta académica? y posterior a ello que comenten ejemplos de metas académicas que te planteaste al inicio del año escolar y que escriban está en un Google Forms. Para ello se les dirá: <i>“Ahora nos gustaría que nos mencionen en sus propias palabras ¿qué es una meta académica? ¿Se han propuesto metas académicas? ¿Cuáles? Les brindaremos un link por el chat de zoom para que las puedan escribir”</i>	Presentación (Diapositiva 10) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804 Google Forms https://forms.gle/JAYoaYegfzGEXYKw6	7’	Aranzazú Paredes
Actividad 2: Obtención de la atención	Presentar un video dinámico de 1 minuto sobre los valores personales. Luego, se realizarán preguntas para reflexionar sobre el video. <i>¿Por qué crees que se mencionó ese valor? ¿Qué tan importante consideras que son los valores para tu vida académica?</i>	Presentación (Diapositiva 11) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804 Video https://www.youtube.com/watch?v=qVFOgSvR56w	5’	María Jarufe Fernanda

(Minuto 0.28 al 1.48)				
Actividad 3: ¿Cuáles son mis valores?	<p>Esta actividad iniciará con una pequeña introducción donde se les preguntará a los alumnos “¿<i>Qué es lo primero que se te viene a la mente al escuchar la palabra valor?</i>?”. Además de mencionar que no hay una respuesta correcta. Dicha pregunta tendría como fin poder incentivar la participación de estos y poder escuchar sus respuestas.</p> <p>Luego, seguirá una parte teórica por medio de un PPT para explicar un concepto básico sobre cómo se podría definir lo que son los valores. Asimismo, después de la mención del concepto se mencionarán ciertas características que son propias de los valores. Finalmente, se nombrarán 3 ejemplos de casos de valores comunes que puede tener una persona y los estudiantes identificarán las características del valor.</p>	<p>Presentación (Diapositiva 12-19) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804</p>	10’	Manuel Ugaz
Actividad 4: ¿Cuáles son mis valores? parte 2	<p>Por otra parte, la sección práctica buscará que el alumnado que participe en esta sesión identifique sus valores propios. En base a ello, esta parte constaría de una actividad, utilizando Mentimeter, donde los alumnos enumerarían tres valores que ellos posean, teniendo en cuenta la información de la parte práctica.</p> <p>Posteriormente, se les pediría a los alumnos que puedan explicar el valor que ellos crean que es más importante. Para realizar esto, se pedirá voluntarios para la participación y, si nadie desea participar, se llamarían a cuatro personas para que participen.</p> <p>Es importante resaltar que se brindará feedback a cada una de las participaciones hecha por los alumnos.</p>	<p>Zoom Presentación (Diapositiva 20 y 21) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804 Mentimeter https://www.mentimeter.com/s/8e61e276c7f360df4726cdb65b386ab2/26e2d3d2ccff/edit?</p>	11’	Marytee Basaldua

Evaluación	<p>Se utilizará un Kahoot con tres preguntas sobre lo aprendido en la sesión como los conceptos y características. Para ello se les dará la siguiente consigna: <i>“Ingresen al enlace que les mandamos por el chat y pongan el código. Registren su nombre y esperaremos un minuto a que se junten sus compañeros”</i></p> <p>Preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tomando en cuenta lo visto en la actividad, ¿Qué creen que es un valor? 2. ¿Qué caracteriza un valor? Marca la respuesta correcta 	<p>Presentación (Diapositiva 22) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804</p> <p>Kahoot https://create.kahoot.it/share/evaluando-mi-conocimiento-del-taller/72222951-11bd-410b-979b-ca32cc3381c2</p>	5'	Aranzazu Paredes
Despedida	<p>Guión: Síntesis de lo desarrollado hoy <i>“Chicos fue un gusto tener esta sesión con ustedes, gracias por su atención. Bueno el día de hoy hicimos muchas cosas, exploramos lo que sabían sobre los valores y luego pudimos identificar diferentes valores en algunos casos y qué valores eran importantes para ustedes. Por lo que en la siguiente sesión podemos trabajar en esto para que puedan plantearse diferentes metas para que los ayuden en su desempeño</i></p> <p><i>Antes de que se retiren nos gustaría que rellenen este Google Forms o en el chat y gracias por su tiempo”.</i></p> <p>Resumir lo visto en la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Preguntas de reflexión a través de un Forms <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Cómo se han sentido a lo largo del taller? ○ ¿Cuál fue su parte favorita del taller y por qué? 	<p>Zoom</p> <p>Presentación (Diapositiva 23) https://docs.google.com/presentation/d/1_IJURlq8SZrEeduVqYT7p5G_C9DoF4LW/edit#slide=id.gfb5dfd6082_0_804</p> <p>Forms https://docs.google.com/forms/d/1a0cCWWGx4EOL4Ni3d3mZIMRtvmoZJniuhLUkAWNOJYc/edit</p>	2'	María Fernanda Jarufe Berduzco

SESIÓN 2				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Reconoce la importancia de las metas académicas considerando sus valores personales.				
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES
Presentación	Se saludará a los chicos y se les recordará las actividades realizadas la sesión anterior. <i>“Hola de nuevo, chicos, ¿Cómo han estado esta semana?, recuerdan que la semana pasada hablamos sobre los valores personales...”</i>	Zoom Presentación (Diapositiva 1 y 2) https://www.canva.com/design/DAEtD2mx3iQ/share/preview?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton	5'	Marytee Basaldua
Presentación de objetivo	Se presentará el objetivo general y el específico de la sesión de manera verbal. <i>“En esta sesión vamos a reconocer la importancia de las metas académicas en relación con sus valores personales aprendidos la sesión anterior”</i>	Zoom Presentación (Diapositiva 3) https://www.canva.com/design/DAEtD2mx3iQ/share/preview?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton	3'	Marytee Basaldua

		signshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton			
Obtención de la atención	Se presentará un meme sobre metas en plenaria. Después, se realizarán preguntas para reflexionar sobre esta imagen. ¿Te identificas con el meme? ¿Alguna vez te has sentido así? ¿Sientes que no puedes alcanzar tus metas?	Zoom Presentación (Diapositiva 4) https://www.canva.com/design/DAEtD2mx3iQ/share/preview?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton	5'	Maria Jarufe	Fernanda
Estimulación del conocimiento previo	Se proyectarán las respuestas de la sesión pasada sobre las metas académicas y se les preguntará ¿Por qué consideran que esa es la definición de metas? “Ahora proyectaremos algunas respuestas sobre el significado de las metas de la sesión pasada...”	Zoom Presentación (Diapositiva 5) https://www.canva.com/design/DAEtD2mx3iQ/share/preview?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton	5'	Aranzazu Paredes	
Actividad 1	Se mostrará una presentación de Canva, explicando qué es una meta académica y dando un ejemplo por medio de un caso de un alumno que plantea una meta académica. Al terminar el caso, se preguntará a los alumnos “¿Existe algún elemento del caso que les llame la atención o resulte	Zoom Presentación (Diapositiva 6-9) https://www.canva.com/design/DAEtD2mx3iQ/share/preview?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton	12'	Marytee Basaldua	

	<p>relevante?”. Y mediante las respuestas de los estudiantes se identificará y explicará los elementos de las metas académicas.</p> <p>Por último, se les solicitará a los alumnos que formulen un ejemplo meta académico, tomando como base toda la información compartida (chat o micrófono).</p>	<p>view?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton</p>		
Actividad 2	<p>En esta actividad, se presentará un video en el que se explica de manera breve la relación entre metas y valores. Al culminar el video, se pedirá a los alumnos su opinión sobre este y después los facilitadores explicarían la relación existente entre metas y valores personales. Luego se les preguntará a los estudiantes si entendieron la información presentada y si tienen dudas.</p> <p><i>“¿Comprendieron la relación entre las metas y los valores? ¿Tienen alguna duda?”</i></p> <p><i>Comentar ideas más importantes del video</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pasos previos dan satisfacción a la persona, sin embargo, la meta final da una mayor satisfacción - La mejora de la autoestima, la imagen personal, etc.; se da gracias al cumplimiento de dichos pasos previos. - Es importante disfrutar los pasos para llegar a una meta para poder llegar a una satisfacción al cumplir el objetivo. <p>Finalmente, se pedirá a los alumnos su borrador de meta académica y se les solicitará que la rediseñen, relacionándola con un valor personal que ellos identifiquen en ellos mismos y poniendo en práctica lo aprendido en la sesión.</p>	<p>Video https://www.youtube.com/watch?v=kxWFrRyIUng</p> <p>Presentación (Diapositiva 10) https://www.canva.com/design/DAEtD2mx3iQ/share/preview?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton</p>	12’	Manuel Ugaz
Evaluación	<p>Se utilizará un Kahoot con tres preguntas sobre lo aprendido en la sesión como <i>¿cómo crees que tener metas claras podrían ayudarte en tus estudios? ¿Cuáles son las características de las metas académicas? ¿Las metas</i></p>	<p>Kahoot https://play.kahoot.it/v2/?quizId=4192c8e1-7a65-4d98-9172-b1529fc71c02</p>	5’	Aranzazu Paredes

	<p>modifican el tiempo dedicado a las actividades?. Para ello se les dará la siguiente consigna:</p> <p><i>“Al igual que la sesión pasada haremos un Kahoot sobre lo aprendido hoy. Ingresen al enlace que les mandamos por el chat y pongan el código. Registren su nombre y esperaremos un minuto que se unan sus compañeros”</i></p>	<p>Presentación (Diapositiva 11) https://www.canva.com/design/DAEtD2mx3iQ/share/preview?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton</p>	
Despedida	<p>Guión: <i>“Chicos fue un gusto tener esta sesión con ustedes, gracias por su atención. Antes de que se retiren nos gustaría que rellenen este Google Forms y gracias por su tiempo”</i>..</p> <p>Resumir lo visto en la sesión en el forms</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Preguntas de reflexión <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Cómo se han sentido a lo largo del taller? ○ ¿Cuál fue su parte favorita del taller y por qué? 	<p>Zoom Forms https://forms.gle/yQGfDEU8eGkgQY7o7</p> <p>Presentación (Diapositiva 12 y 13) https://www.canva.com/design/DAEtD2mx3iQ/share/preview?token=8rQCX0VtIKCEAmYWrcdnqA&role=EDITOR&utm_content=DAEtD2mx3iQ&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton</p>	3'
			Marytee Basaldua

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Plantea sus metas académicas identificando los criterios SMART				
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES
Presentación	Se saludará a los chicos y se les recordará las actividades realizadas la sesión anterior. “Hola de nuevo, chicos, esta es nuestra última sesión. ¿Qué les pareció la sesión anterior?, recuerdan que la semana pasada hablamos sobre la relación entre metas académicas y valores personales...”	Zoom Presentación de toda la sesión https://docs.google.com/presentation/d/12ltlDJAQehWbmgr7Tpqwc2jBQeYJQVluuobexOOI3Qc/edit#slide=id.gf62f3a27ae_0_358	5’	Aranzazú Paredes
Presentación de objetivo	Se presentará el objetivo general y el específico de la sesión de manera verbal. “En esta sesión vamos a plantear metas académicas identificando los criterios SMART”	Zoom Presentación (Diapositiva 3) https://docs.google.com/presentation/d/12ltlDJAQehWbmgr7Tpqwc2jBQeYJQVluuobexOOI3Qc/edit#slide=id.gf62f3a27ae_0_358	1’	Aranzazú Paredes
Actividad 1: Obtención de la atención y conocimiento previo	Se les presentará un video Tik Tok sobre qué son las metas SMART. Luego, se les preguntará ¿Conocían las metas SMART? ¿Consideran que son importantes?. Para ello se les brindará la siguiente consigna: “ <i>Ahora vamos a ver un video [...], bueno ¿Antes habian oido sobre las</i>	Zoom Video https://vm.tiktok.com/ZM8kpBBD2/	5’	Marytee Basaldúa

	<i>metas SMART? [...] ¿Consideran que estas son importantes?"</i>	Presentación (Diapositiva 4) https://docs.google.com/presentation/d/12ltIDJAQehWbmgr7Tpqwc2jBQeYJQVluuobexOOI3Qc/edit#slide=id.gf62f3a27ae_0_358		
Actividad 2:	<p>Se les mostrará una infografía sobre los criterios SMART. Al finalizar la exposición se les preguntará si lograron comprender la información y si tienen alguna pregunta. “¿Comprendieron los criterios SMART? ¿Tienen alguna pregunta?</p> <p>Luego, se les presentará un breve caso sobre un estudiante que se plantea una meta académica y se les pedirá que por medio del chat puedan identificar tres criterios SMART que cumplan la meta que se ha mostrado en el caso. Se les brindará retroalimentación a cada participación.</p>	<p>Zoom</p> <p>Presentación (Diapositivas 5-7) https://docs.google.com/presentation/d/12ltIDJAQehWbmgr7Tpqwc2jBQeYJQVluuobexOOI3Qc/edit#slide=id.gf62f3a27ae_0_358</p> <p>Infografía https://www.canva.com/design/DAEtZQImpvg/LI4rUBF3jXHbYF0fh24-uA/edit</p>	15'	Aranzazú Paredes
Actividad 3:	<p>Se les pedirá a cada uno de los participantes que por medio de un google Forms definan una meta que les gustaría llegar a realizar a fin de año siguiendo los valores personales vistos en la primera sesión y cumpliendo con al menos tres de los criterios SMART vistos en la sesión de hoy. De esta manera, tendrán que especificar cómo se relaciona la meta con sus valores personales y porqué se estarían cumpliendo los criterios SMART.</p>	<p>Zoom</p> <p>Presentación (Diapositivas 8 y 9) https://docs.google.com/presentation/d/12ltIDJAQehWbmgr7Tpqwc2jBQeYJQ</p>	14'	Manuel Ugaz

	<p>Además, deberán explicar al menos dos pasos que realizarán para poder cumplir con el objetivo propuesto.</p> <p>Finalmente, se les recordará que vuelvan a revisar esta meta planteada y sus planes de acción cada semana para que puedan recordar su meta y evaluar si están cumpliendo con los pasos propuestos.</p>	<p>VluuobexOOl3Qc/edit#slide=id.gf62f3a27ae_0_358</p> <p>Forms https://forms.gle/yEiJ8f1C5Bq71ArVA</p>		
Evaluación	<p>Se utilizará un Kahoot con tres preguntas sobre lo aprendido en la sesión como ¿Que significa la R de SMART?, Está meta está planteada para cumplirse en 3 meses, ¿a qué criterio se relaciona? ¿Qué significa que una meta sea específica?. Para ello se les dará la siguiente consigna: “Al igual que las sesiones pasadas haremos un Kahoot sobre lo aprendido hoy. Ingresen al enlace que les mandamos por el chat y pongan el código. Registren su nombre y esperaremos un minuto que se unan sus compañeros”</p>	<p>Presentación (Diapositivas 10) https://docs.google.com/presentation/d/12ltIDJAQehWbmgr7Tpqwc2jBQeYJQVluuobexOOl3Qc/edit#slide=id.gf62f3a27ae_0_358</p> <p>Kahoot https://create.kahoot.it/share/criterios-smart/3bad03af-a8a9-4638-bae1-801704943efd</p>	4'	María Jarufe Fernanda
Despedida	<p>Guión: “<i>Chicos fue un gusto tener esta sesión y compartir todo este taller con ustedes, gracias por su atención y por brindarnos su tiempo. Antes de culminar definitivamente el taller nos gustaría hacerles unas preguntas ...</i>”..</p> <p>Resumir lo visto en la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Preguntas de reflexión <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Cómo se han sentido a lo largo del taller? ○ ¿Cuál fue su parte favorita del taller y por qué? ○ ¿Les ha sido útil el taller? ¿Sienten que las estrategias enseñadas son útiles en el día a día? 	<p>Zoom</p> <p>Presentación (Diapositivas 11 y 12) https://docs.google.com/presentation/d/12ltIDJAQehWbmgr7Tpqwc2jBQeYJQVluuobexOOl3Qc/edit#slide=id.gf62f3a27ae_0_358</p>	5'	Aranzazú Paredes

- ¿Tienen alguna recomendación y/o sugerencia para un taller futuro?



Anexo I: Rúbrica de evaluación para los casos de elaboración de metas pre y post test

	Logrado	En progreso	No logrado
Los estudiantes proponen al menos una meta que se relaciona con sus valores personales	El alumno propone un meta académica entorno a sus valores personales en el entorno académico	El alumno solo menciona un meta académica pero no la relaciona con un valor personal en el entorno académico	El alumno no propone una meta o menciona valores alejados del entorno académico
Los estudiantes mencionan cómo se relacionan las metas y sus valores personales	El alumno explicita la relación entre la meta y los valores aludiendo a su desempeño académico en lo que queda del año escolar. Respetando la coherencia entre meta y el valor.	El alumno explicita la relación entre la meta y los valores personales aludiendo a su desempeño académico sin existir una coherencia entre la meta y el valor.	El alumno no logra relacionar una meta académica con un valor personal
Elaboran una meta que siga los criterios SMART	El alumno propone una meta académica con la presencia mínima de tres criterios SMART	El alumno propone una meta académica con la presencia de dos criterios SMART	El alumno propone una meta académica con la presencia de uno o ningún criterio SMART
Señalan los pasos a seguir para alcanzar la meta	La meta propuesta por el alumno cumple con al menos dos pasos a seguir para alcanzarla	La meta propuesta por el alumno cumple con un paso a seguir para alcanzarla	La meta propuesta por el alumno no cumple con un paso a seguir para alcanzarla
Total: 20 puntos	5-4 puntos	3-1 puntos	0 puntos

Anexo J: Lista de cotejo para los valores

Lista de cotejo	Sí	No
Los valores aluden a algo que quiere lograr a futuro		
Los valores se orientan a la parte académica		
Hay jerarquización en los valores		



Anexo K: Rúbrica de evaluación para la creación de una meta

	Logrado	En progreso	No logrado
Los estudiantes proponen al menos una meta que se relaciona con una situación académica	El alumno propone una meta que tiene relación explícita con una situación académica.	El alumno solo menciona un meta pero no explicita la relación con una situación académica	El alumno no propone una meta relacionada con una situación académica
Los estudiantes proponen al menos una meta que se relaciona con sus valores personales	El alumno propone un meta académica entorno y hace explícita su relación con sus valores personales en el entorno académico	El alumno solo menciona un meta académica pero no la relaciona con un valor personal en el entorno académico	El alumno no propone una meta o menciona valores alejados del entorno académico
La meta es loggable en el futuro cercano	El alumno propone una meta académica que es loggable en un futuro cercano (A fin de año)	El alumno propone una meta académica que es loggable en un futuro a mediano o largo plazo	El alumno propone una meta académica que no es loggable
Total: 20 puntos	5-4 puntos	3-1 puntos	0 puntos