



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso
clínico de ruptura familiar por separación o divorcio.**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLÓGIA CLÍNICA

Autor: Loyola Celi, Paulina Elizabeth

Director: Arias Parra, Johanna Salomé

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 30 de septiembre del 2022

PhD.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de ruptura familiar por separación o divorcio, realizado por Paulina Elizabeth Loyola Celi, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

.....

Director: Mgtr. Johanna Salome Arias Parra

C.I.: 1105027823

Correo electrónico: jsarias1@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Paulina Elizabeth Loyola Celi, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso clínico de Ruptura familiar por separación o divorcio, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en el capítulo uno, correspondiente al marco teórico, presentación del caso, procesos de evaluación y diagnóstico; capítulo dos, que comprende la metodología, tratamiento/intervención: y el capítulo tres, donde se exponen los resultados, discusión y conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos, siendo la Mgtr. Johanna Salome Arias Parra, director (a) del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Paulina Elizabeth Loyola Celi

C.I.: 1105236671

Correo electrónico: peloyola@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Dedico este trabajo primeramente a Dios por ser mi guía en todo momento, a mi esposo Ender y mis hijos Solange, Anderson y Jampier Tamayo que han sido mi motor de fuerza para cumplir mi objetivo en este periodo de transición educativa, a mi tío Romel que ha sido un apoyo incondicional, a mis padres Henry y Mónica por el amor y confianza durante mi formación profesional. A los migrantes venezolanos por demostrar cómo, a pesar de la adversidad se impulsan a seguir adelante.

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios por guiarme en todo mi proceso de formación y a todos mis profesores a lo largo de la carrera, por compartir sus conocimientos y motivarme a seguir aprendiendo. A mi asesora Johanna Arias, por su apoyo, dedicación, paciencia y palabras de aliento durante la elaboración de este estudio.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso.....	7
1.1.1 Identificación del paciente.....	7
1.1.2 Motivo de consulta.....	8
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología.....	8
1.2 Proceso de evaluación.....	11
1.3 Proceso de diagnóstico.....	24
1.3.1 Diagnóstico presuntivo	24
1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	24
Capítulo dos	29
Metodología.....	29
2.1. Tratamiento/Intervención	29

2.1.1.	Estudio de objetivos terapéuticos	29
2.1.2.	Plan de tratamiento/intervención	29
2.1.3.	Descripción de técnicas psicoterapéuticas utilizadas	32
	Capítulo tres	37
	Resultados	37
	Discusión	42
	Conclusiones	47
	Recomendaciones	48
	Referencias	49

Índice de tablas

Tabla 1	Cuadro de Funciones Mentales	11
Tabla 2	Inventario de Depresión de Beck	14
Tabla 3	Ficha Técnica del Inventario de Ansiedad de Beck	15
Tabla 4	Cuestionario de Salud general de Golberg (GHQ-12)	16
Tabla 5	Cuestionario “Big Five”	17
Tabla 6	Escala de autoestima de Rosenberg	20
Tabla 7	Resultados de instrumentos aplicado	21
Tabla 8	Resultados más relevantes de los test aplicados	23
Tabla 9	Plan Terapéutico	30
Tabla 10	Resultados Cuantitativos del Cuestionario de Salud General de Goldberg [GHQ-12]	37
Tabla 11	Resultados Cuantitativos del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	37
Tabla 12	Resultados Cuantitativos de la Escala de Autoestima de Rosenberg	38
Tabla 13	Resultados Cualitativos	39

Resumen

El presente trabajo aborda el caso de una paciente migrante, donde se puede evidenciar problemas con relación a una ruptura amorosa, en base a ello, mediante la observación clínica, aplicación de una entrevista semi estructurada y reactivos psicológicos se realizó la valoración y diagnóstico correspondiente. En relación a la intervención psicológica, se plantean técnicas integrativas de las terapias de reestructuración cognitiva, la terapia centrada en problemas, pero principalmente basándonos en la corriente de la terapia cognitivo conductual, trabajando mediante estas, aspectos relacionados con la presencia de síntomas anímicos, ansiedad y baja autoestima, a fin de ayudar a la paciente a sobrellevar el proceso de duelo por separación o ruptura amorosa por medio del acompañamiento psicoterapéutico para lograr la aceptación de la pérdida de la pareja y así restaurar el equilibrio emocional y conductual. En cuanto a los resultados y cambios esperados, estos son favorables.

Palabras clave: Migración, duelo amoroso, modelo integrativo.

Abstract

Within the present work, the case of a migrant patient is addressed, of which problems in relation to a love break can be evidenced. Based on this, through clinical observation, application of a semi-structured interview and psychological reagents, the assessment and diagnosis was carried out. correspondent. In relation to psychological intervention, integrative models of cognitive restructuring therapies, problem-focused therapy, but mainly based on the current of cognitive behavioral therapy, working through these, aspects related to the presence of mood symptoms, anxiety and low self-esteem, in order to help the patient cope with the grieving process due to separation or love breakup through psychotherapeutic accompaniment to achieve acceptance of the loss of the partner and thus restore emotional and behavioral balance. Regarding the expected results and changes, these are favorable.

Keywords: Migration, love mourning, integrative model.

Introducción

La presente investigación tiene como finalidad mencionar los diferentes componentes teóricos que sustentan el abordaje de un caso clínico, para ello se ha recabado información de diversos artículos científicos, tomando en consideración los datos relevantes de la migración; también se relata el duelo, el proceso y las causas de la ruptura amorosa y finalmente se teorizarán los modelos psicoterapéuticos empleados (cognitivo conductual y modelo centrado en soluciones) a fin de identificar la importancia del manejo y cuidado en la salud mental.

El proceso de migración es tan antiguo como la misma humanidad a causa de guerras cambios climáticos, crisis económicas, educación, etc. Esta situación ha incrementado en la época de la globalización, favoreciendo el flujo transnacional de personas, bienes y servicios. Sin embargo, cuando la migración es irregular las personas suelen tener salarios bajos, dificultades de acceso a servicio a la salud, vulneración a la violación de derechos humanos, discriminación, violencia física y sexual (Fernández, 2018).

Migrar es el traslado de un lugar a otro pudiendo ser permanente o temporal con la finalidad de que la persona migrante pueda mejorar su estilo de vida aunque esto influya en la vida social, política y económica de las personas, según la Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC] en el 2021, el flujo migratorio general fue de 2.844.788 movimientos, de los cuales 1.376.221 corresponden a entradas internacionales y 1.468.567 a salidas internacionales de ecuatorianos y extranjeros, es por ello que el Proyecto Integral para la Atención y Defensa poblacional venezolana en Movilidad Humana 2020-2021, plantea que el, 60% de los habitantes venezolanos al salir de su territorio, escogen como destino a Colombia, Ecuador y Perú, y que los migrantes representan un conjunto especialmente vulnerable, cuyos derechos son objeto de actos de discriminación y hostilidad de raíz xenofóbica.

Tras esta situación el migrar genera una etapa de duelo en la que se puede mencionar dos puntos importantes: la primera lo que se deja atrás y la segunda el estrés

creado por el esfuerzo de adaptación, siendo importante mencionar que el proceso migratorio en la población femenina es más complejo ya que son las más vulnerables debido a las desigualdades de género lo que les conlleva a ser más propensas a la violencia física y discriminación con repercusiones psicológicas y traumas (Defensoría del Pueblo, 2018; León 2021; Lusome y Bhagat, 2020). Además González (2021) acota que los migrantes a parte del duelo migratorio encaran diversos duelos como: duelo por el núcleo familiar y los amigos; duelo por la lengua; duelo por la cultura y duelo relativo a su sensación de estabilidad (derivado de su exposición a situaciones de riesgo).

No obstante, muchos migrantes aparte de enfrentarse a este proceso de duelo también deben afrontar diversas situaciones como por ejemplo la finalización de alguna relación con la pareja, que puede causar un tipo de Duelo, que describe la respuesta emocional tras la pérdida de algo o alguien, puesto que el vínculo de pareja es primordial para las personas y la ruptura puede ser un acontecimiento que ocasione consecuencias tanto en la salud física como mental (Peral et al., 2021).

Dentro de las causas que podrían desencadenar una ruptura amorosa se encuentran la falta de comunicación y/o amor, poca tolerancia a situaciones de infidelidad y/o maltratos, disminución en la intimidad percibida, problemas económicos e inmadurez (Caiza y Menéndez, 2022). Por consiguiente, se debe considerar que no todas personas logran una relación amorosa exitosa y por ende ante la diversidad de factores, el enfrentar un rompimiento es más complicado de lo normal, por el contexto en el cual enfrentan la ruptura.

Es por ello que Barajas et al., (2014) describen que algunas de las secuelas generadas por la separación son la aparición de sentimientos de tristeza, dolor, malestar, ansiedad, depresión, estrés, que genera un proceso del duelo, el cual la persona enfrenta etapas tales como: negociación (la persona niega la pérdida), ira hacia la ex pareja o consigo mismo por sentir que no hizo nada para prevenir la ruptura, negociación (momentos en que la persona reflexiona sobre lo sucedido incluso busca una explicación y piensa en el futuro), depresión (el individuo toma conciencia del presente y su pérdida lo que genera sentimientos de tristeza) y finalmente la aceptación (esta etapa es permanente donde el individuo acepta

la realidad), el tiempo que tome este proceso dependerá de la capacidad de resiliencia de cada individuo (Espinosa et al., 2017).

Es importante mencionar que la ruptura amorosa no siempre puede desencadenar un trastorno, es decir que genere en la persona un malestar clínicamente significativo, pero podría generar la necesidad de ayuda u orientación psicoterapéutica para mejorar esta sintomatología o proceso como se lo puede diagnosticar en el Manual de Clasificación Internacional de enfermedades CIE- 10 como ruptura familiar por separación o divorcio.

Para el manejo de la ruptura amorosa se ha realizado una revisión de programas de intervención en el duelo por disolución de pareja. Entre ellos se encuentra el modelo cognitivo conductual que es reconocido por ofrecer un tratamiento a corto plazo, de manera activa, directiva, y estructurada trabajando por medio de objetivos, lo cual ayuda a la adaptabilidad de las demandas clínicas y de las problemáticas de los sistemas en la sociedad, ayudando a que la paciente pueda reconocer su pensamiento irracional y visualizar mejor su situación para que pueda hacer frente ante cualquier situación que le genere malestar. Razón por la cual se usa principalmente la reestructuración cognitiva empleando técnicas como: las metáforas, juegos de roles, diálogo socrático y fomentar la autoestima, demostrando efectividad terapéutica en los pacientes (Caiza y Menéndez, 2022; Juárez, 2016; Ruiz y Solís, 2018).

Por tal razón, al abordar este caso clínico se emplea una intervención integrativa como la reestructuración cognitiva, la terapia centrada en problemas, pero principalmente basándonos en la corriente de terapia cognitivo conductual debido a la eficacia que se ha obtenido para el tratamiento de ruptura amorosa como lo manifiesta Fernández y Fernández (2019) de que la TCC constituye el estándar de oro actualmente en la psicoterapia ya que esta técnica se puede integrar fácilmente con otras técnicas.

En base a su experiencia Ruiz y Solís (2018), indican que la integración de la terapia cognitivo conductual y terapia centrada en soluciones, resultaron ser muy efectivas, debido a que pudieron notar un importante cambio en el paciente con duelo de ruptura amorosa en

donde presentaba depresión, ansiedad, baja autoestima, y respecto al aspecto cognitivo se observó una disminución de ideas negativas cambiando a pensamientos positivos.

Por otro lado, García y Linares (2020) mencionan sobre la efectividad basada en su investigación de duelo en el cual emplearon la técnica de reestructuración cognitiva, lo cual ayuda al paciente a identificar pensamientos desadaptativos para sustituirlos por pensamientos más apropiados en lo cual se logró reducir/eliminar la perturbación emocional causada por la pérdida.

Considerando este antecedente y teniendo como base la información recopilada por algunos autores referente al caso de ruptura amorosa, se puede observar que el trabajo realizado tiene una gran relevancia, ya que se puede corroborar de que la integración de las técnicas antes mencionadas funciona, obteniendo gran efectividad, lo cual es un aporte para la sociedad y profesionales que trabajen en esta problemática.

Finalmente, el presente trabajo está compuesto en tres capítulos, en el primer capítulo se especifica la identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema y descripción de la sintomatología, proceso de evaluación, proceso de diagnóstico (presuntivo, diferencial y final). En el segundo capítulo se encuentra la parte de metodología donde se define el estudio de objetivos terapéuticos, el plan de tratamiento/intervención y la descripción de técnicas psicoterapéuticas utilizadas. Y en el tercer capítulo se detalla los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 *Identificación del paciente*

Paciente inmigrante venezolana a quien se le garantiza la confidencialidad de sus datos, de sexo femenino de 25 años de edad y estado civil soltera, acude a nuestro servicio derivado por una fundación para recibir apoyo psicológico.

La paciente M.S. nació en el mes de diciembre de 1996 en Venezuela, siendo la segunda de 3 hermanos y procedente de una familia de origen de tipo reconstituida, no obstante, cuando tenía 18 años aproximadamente, pasa a formar parte de un tipo de familia de hecho. Profesa la religión católica, posee un nivel de instrucción secundaria y nivel socio económico medio.

M. S menciona que, en octubre de 2018, llega a Ecuador con la finalidad de encontrar un mejor futuro. Actualmente lleva 4 años viviendo en la ciudad de Loja, en donde labora de 7 de la mañana hasta las 5 de la tarde como ayudante de venta de café molido.

Concerniente a su núcleo familiar de origen, manifiesta y destaca haber tenido una buena relación con sus padres durante su convivencia en su país natal. En la actualidad su entorno familiar es de tipo ensamblada debido a que está conformado por: su hermana, cuñado, una sobrina y su amigo, aludiendo una relación favorable con cada uno de sus miembros.

Cabe destacar que la paciente no registra antecedentes de atenciones psicológicas o psiquiátricas, pero sí un antecedente médico de síndrome de ovario poliquístico, controlado hasta la actualidad con un tratamiento de aproximadamente 8 meses de ingesta de comprimidos anticonceptivos orales.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente M. S, referida por una fundación, acude voluntariamente a consulta, expresando que hace 2 semanas termina su convivencia con su ex pareja, con quien tenía una relación de aproximadamente 3 años, y que tras la ruptura amorosa la paciente manifiesta tristeza, ansiedad, llanto fácil, labilidad emocional, sensación de ahogo, opresión en el pecho y elevación de la frecuencia cardiaca. En base a lo expuesto la paciente exterioriza “ya no quiero sentirme así, ya no quiero sentirme triste y seguir llorando”, constituyendo por ende la demanda de la paciente.

Conviene señalar, que durante la entrevista psicológica la evaluada se mostraba colaborativa, denotaba cuidado en su aspecto físico y mantenía buen diálogo con el psicoterapeuta, demostrando predisposición ante el desarrollo del proceso terapéutico, sin embargo, la paciente se presenta ansiosa, mostrando síntomas como: nerviosismo. temblor de las manos, disnea, la paciente también mencionó que tenía taquicardia (aceleración del ritmo cardiaco) y sudoración de las manos, por lo que se le dio unos minutos para que tome aire y pueda relajarse, es importante mencionar que, aunque la paciente presentó síntomas de ansiedad durante la sesión psicoterapéutica, esto no fue un impedimento en recabar información para el levantamiento de la historia clínica.

Es importante destacar que la paciente, tiene buena red de apoyo como son algunos miembros de su familia tanto de origen como constituida (madre, hermanos, cuñado, tíos, abuelos) y tres amigas de la infancia con quienes mantienen contacto y buena relación a distancia.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La paciente M.S de nacionalidad venezolana y con un nivel socio económico medio, proviene de una familia de origen reconstituida, puesto que ella relata que su padre tiene una hija de 38 años con su primer compromiso. Dentro del matrimonio de sus padres tuvieron dos hijas M.S de 25 años y su hermana de 24 años.

En el año 2004, cuando ella tenía 7 años comenta que sus padres se separaron (pero no se divorciaron), debido a una infidelidad por parte de su progenitor. M.S exterioriza

que la separación de sus padres no fue un tema difícil de asimilar ya que su papá no pasaba en casa debido a que trabajaba en un circo y viajaba mucho, siendo su madre el mayor apoyo en esa etapa.

No obstante, en el año 2014 relata que su mamá entabla una relación de unión libre procreando a su última hermana de 6 años, sin embargo, actualmente su madre tiene una nueva relación de enamorados con otra pareja. M.S enfatiza, que a pesar de todo lo sucedido dentro de su núcleo familia ella acota que tiene buena relación con su padre y hermanos y referente a la relación con su madre es mucho mejor y que le tiene más confianza para comentarle sus asuntos personales.

La paciente narra que estudiaba la carrera de ingeniería Industrial, cursaba el tercer semestre en la Universidad de Venezuela, pero tuvo que dejar de estudiar debido a los paros que existían por la situación en la que se encuentra su país.

Decide venir a Ecuador porque su tía la incentivo a que emigre con el objetivo de que pueda trabajar, al llegar a la ciudad de Loja se hospedó en casa de su tía, se sintió muy mal porque tuvo que abandonar a su familia, amigos y pareja del cual indica que estaba muy enamorada.

Después de una semana inicia laborando en un restaurant en donde conoció a su ex pareja, en el año 2019 llega su hermana y cuñado a la misma ciudad en donde se ven obligados a buscar una casa más grande para convivir todos y de esta manera también poder compartir los gastos del hogar mencionando que todos tenían una bonita convivencia; en el mismo año su tía decide regresar a Venezuela a fin de encontrarse con sus hijos, este fue lo que motivo a M.S y su ex pareja a vivir juntos después de haber mantenido una relación de enamorados de aproximadamente 2 meses, mencionando que tanto para ella como para su ex pareja era su primera convivencia, decidiendo quedarse en la misma casa. Luego su hermana queda embarazado motivo por el cual deciden irse a vivir a la casa de la madre de su ex conviviente.

M.S menciona que tenían buena relación con la familia de él, y también comenta que su presencia en la casa fue de gran utilidad puesto que el hermano de su pareja sufrió de

cáncer lo cual ella ayudo en su cuidado hasta que éste falleció, refiere que fue un hecho traumático para la familia y que para ella también fue muy doloroso ver como la familia sufría. Después de ello, deciden irse a vivir de forma independiente.

M.S refiere que mantenían una buena relación, considerándolo un apoyo importante para ella, ya que era quién mantenía el hogar y que ella pasaba en su casa; también narra que en el tiempo que ella vivía con él, se sentía triste debido a que fue duro venir a un país extraño, no contaba con nadie, se sentía sola y extrañaba a su familia que se encuentra en Venezuela, pero el apoyo que tenía de su ex pareja le hacía sentirse mejor.

M.S, relata que convivieron 3 años y que hace aproximadamente 2 semanas del mes de octubre su pareja terminó la relación, que no sabe cómo inició el momento que él dejo de quererla y desconoce el porqué de su decisión presumiendo que “ quizá él quería estar solo, que se pudo haber cansado e incluso haber conocido otra persona”, y que a raíz de esta ruptura se siente triste, ansiosa (se le acelera el corazón, le falta el aire), llora, se siente sentimental con las cosas, no sabe qué hacer con su vida, se preocupa por todo, ha disminuido su apetito, le cuesta concentrarse, se siente culpable y que esto ocurre cada vez que se acuerda de él o cuando revisa su red social de Facebook y ve canciones o frases que relaciona con su situación.

La paciente verbaliza que después de la ruptura amorosa, tuvo que buscar trabajo en donde actualmente se desempeña como ayudante en venta de café molido en el mercado mayorista, refiriendo que trabajar le ayuda a mantener su mente ocupada, y que está muy contenta en trabajar allí.

Actualmente ella vive con su hermana (de papá y mamá) sobrina, cuñado y un amigo de su cuñado, en donde mantienen buena relación y que todos han sido un gran apoyo a raíz de la separación de su ex pareja, pero sobre todo su hermana ha sido su soporte en este proceso difícil, argumentando que está muy agradecida de permitirle vivir con ellos y que aporta económicamente en lo que pueda para solventar gastos de la casa. Concluyendo que, tanto su trabajo como su familia ha sido de gran apoyo para sobrellevar esta situación ya que su familia le llaman frecuentemente, sobre todo su madre, que pese a estar en otro

país ha sido un apoyo fundamental considerándose ser una buena hija que está preocupada por ellos y que el medio que emplean para comunicarse con ellos es por WhatsApp.

Finalmente, la paciente indica que está tomando tratamiento por un diagnóstico de ovarios poliquísticos, sin embargo, no ha notado cambios a nivel comportamental.

1.2 Proceso de evaluación

Dentro del proceso psicológico con la paciente M.S. se procedió a dar inicio con el levantamiento de historia clínica y aplicación de varios reactivos, teniendo una duración de 4 sesiones distribuidas 1 semanalmente con duración de 45 minutos cada una.

La sesión 1 y 2 comprendió a la indagación de información para la elaboración de la historia clínica de la paciente M.S en donde se utilizó la observación y entrevista clínica.

Por lo tanto, la observación según Hernández et al. (2010) mencionan que es una técnica directa y no solo es el simple misticismo (sentarse a ver el mundo y tomar notas) sino que nos involucra a situaciones sociales y conservar un papel activo, a estar atento a los sucesos, detalles, e interacciones. Sin embargo, Hurtado (2000) refiere que la observación es “la primera forma de contacto o de relación con los objetos que van a ser estudiados. Constituyendo un proceso de atención, recopilación y registro de información, para el cual el investigador se apoya en sus sentidos”. No obstante, Arias (2006) delimita la observación “como aquella que se realiza cuando el investigador observa de manera neutral sin involucrarse en el medio o realidad en la que se realiza el estudio” (p. 69).

Esta técnica permitió identificar si existe alteraciones en las funciones mentales de la paciente que pueda interferir en su desenvolvimiento o interacción social (Barba, 2019).

Tabla 1

Cuadro de Funciones Mentales

Conciencia	Memoria	Atención	Pensamiento	Lenguaje
Lúcido, es decir no presenta alteraciones en el estado de conciencia	Impresiona como normal sin afectación.	Conservada sin	Curso: normal Forma: racional o coherente Contenido: culpa, temores.	Tono de voz normal, lenguaje fluido, no presenta dificultades en la pronunciación,

(consciente, despierta y alerta)			No se evidencian alteraciones.	articulado, coherente y congruente. Es normal en cuanto velocidad, cantidad y curso.
Orientación	Afectividad	Senso- percepción	Psicomotricidad	Voluntad e instintos
Orientado en tiempo (da razón del día, mes y año del momento de la evaluación), espacio (se ubica sin ninguna dificultad en el lugar) y persona.	La evaluada denota tristeza, ansiedad, llanto fácil. Se encuentra emocionalmente.	No presenta alusiones (auditivas, visuales y táctiles)	No se evidencia alteración	Normal La paciente muestra voluntad al cambio y muestra predisposición.

Por otro lado, la entrevista clínica es una técnica directa y participativa entre el entrevistado y el entrevistador que tiene un objetivo implícito, en donde las preguntas pueden ser pocas, pero, profundas. No obstante, Janesick (1998, citado por Hernández et al., 2010) afirma que, “en la entrevista, a través de preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema” (p.418). Consecuentemente, Sierra (1998) refiere que la entrevista “es una conversación que establecen un interrogador y un interrogado, orientada a la obtención de información sobre un objetivo definido” (p. 45).

Este método me permitió recabar información o datos significativos mediante un testimonio oral para explorar aspectos de la vida del paciente con la finalidad de poder realizar el diagnóstico, tratamiento y redacción de la historia clínica.

- Pruebas administradas:

En la sesión 3 se aplica el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) y la Escala de Autoestima de Rossemberg. En la sesión cuatro se aplica cuestionario aplicado “Big Five” y Inventario de Ansiedad de Beck.

Durante la aplicación M. S., se presentó muy colaboradora, participó de manera activa para la aplicación de los instrumentos psicológicos, mencionó que se sentía un poco nerviosa; en el transcurso del desarrollo de la actividad, surgieron inquietudes en las que tuvo problemas para comprender las preguntas del cuestionario, por lo que se procedió en responder sus inquietudes de forma adecuada.

Los instrumentos empleados a la paciente son pruebas objetivas que fueron validadas previamente por el centro de especialidades médicas de la UTPL, en los cuales tenemos:

- Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)

Este cuestionario se aplicó en una sesión, y tuvo una duración de aproximadamente 10 minutos, permitiendo evaluar los niveles de salud y detectar problemas de disfunción social, psicosomáticos, ansiedad y depresión.

- Inventario de Ansiedad de Beck

Se aplicó en una sesión, y tuvo una duración de 5 minutos aproximadamente, permitiendo evaluar y establecer una línea base de ansiedad.

- Inventario de Depresión de Beck

Se aplicó en una sesión, y tuvo una duración de aproximadamente 6 minutos, permitiendo evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en la paciente.

- Cuestionario “Big Five”

Se aplicó en una sesión, y tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos, permitiendo conocer más a la paciente mediante los rasgos de su personalidad. Evaluando cinco grandes factores denominados: Energía o Extraversión, Afabilidad o Agrado, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental o Apertura a la Experiencia.

- Escala de autoestima de Rosenberg”

Se aplicó en una sesión, y tuvo una duración de 5 minutos aproximadamente, permitiendo conocer el nivel de autoestima y los valores internos de la paciente.

Conforme a la evaluación conjunta mediante la entrevista clínica, en relación a la esfera afectiva y emocional se denotan en la evaluada indicadores como inseguridad, inestabilidad emocional, tristeza, llanto fácil, problemas para conciliar el sueño, disminución de apetito, etc., basado en esta sintomatología y en el estudio de investigaciones donde han aplicado estos instrumentos psicológicos con esta problemática, se consideran para la aplicación de los reactivos antes mencionados en la paciente, con la finalidad de evaluar diferentes áreas que forman parte del psique de una persona y de esta manera poder afianzar los resultados del proceso de evaluación para identificar el diagnóstico de la paciente.

Pruebas psicológicas

Para la aplicación de los instrumentos psicológicos como Inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Beck, Cuestionario de Salud general de Golberg (GHQ-12), Cuestionario sobre la Salud del paciente (PHQ-9), Cuestionario "Big Five" (BFQ) y la escala de autoestima de Rosenberg, se realiza de forma manual y de autoaplicación, esto se realiza en tres sesiones.

Ficha Técnica del Inventario de Depresión de Beck

El presente instrumento está estructurado por ítems que evalúa la severidad de depresión, en la tabla 1 podemos visualizar de manera detallada las características del cuestionario con respecto a su estructura, tiempo, forma de aplicación y puntuación.

Tabla 2

Inventario de Depresión de Beck

<i>Inventario de Depresión de Beck</i>	
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
Aplicación	Individual y colectiva y autoadministrable
Tiempo	Entre 5 a 10 minutos

Objetivo	Medir la severidad de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadísticos de trastornos Mentales
Población	13 años en adelante.
N° reactivos	21 ítems
Escala	Tipo Likert.
Puntuación	Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.
Dimensiones	Estado de ánimo, pesimismo, fracaso, descontento, sentimientos de culpa, necesidad de castigo, odio a sí mismo, autoacusaciones, impulsos suicidas, llanto, irritabilidad, Aislamiento social, Incapacidad de decisión Imagen corporal, incapacidad para el trabajo, trastornos de sueño, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocondría, pérdida de lívido.
Confiabilidad	Alfa de cronbach de 0,83.
Validez	En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.60)
Interpretación y Calificación	0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

Nota: Beck et al., (1996); Candela, (2020); Sanz et al., (2014)

Ficha Técnica del Inventario de Ansiedad De Beck

El presente instrumento está estructurado por ítems que evalúa la presencia de ansiedad y su gravedad, en la tabla 2 podemos visualizar de manera detallada las características del cuestionario con respecto a su estructura, tiempo, forma de aplicación y puntuación.

Tabla 3

Ficha Técnica del Inventario de Ansiedad de Beck

<i>Inventario de Ansiedad de Beck</i>	
Autor	Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert A. Steer (1988)
Aplicación	Individual, colectiva
Tiempo	5 minutos
Objetivo	Valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad.
Población	Inicialmente desarrollado para la población clínica de pacientes adultos

	ambulatorios o internos con trastornos psicopatológicos, pero ha sido aplicado y validado con otros tipos de poblaciones tanto clínicas (p. ej., pacientes adolescentes con trastornos psicopatológicos, pacientes adultos y adolescentes con enfermedades médicas, pacientes geriátricos) como no clínicas (adultos, adolescentes y ancianos de la población general, estudiantes universitarios).
N° reactivos	21 ítems
Escala	Tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo).
Puntuación	Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63.
Dimensiones	Aspectos subjetivos de la ansiedad, Aspectos neurofisiológicos de la ansiedad, Aspectos autónomos de la ansiedad, Componentes de pánico
Confiabilidad	Alfa de cronbach de 0,893
Validez	Valores entre 0.67 y 0.78
Interpretación y Calificación	En la primera edición del manual original del BAI, se proponen los siguientes puntos de corte para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa (Beck y Steer, 1990): 0-9 = “ansiedad normal”; 10-18 = “ansiedad leve”; 19-29 = “ansiedad moderada”, y 30-63 = “ansiedad grave”. Posteriormente, en la segunda edición del manual original del BAI, Beck y Steer (1993) proponen puntos de corte algo más bajos para definir las distintas categorías de gravedad de la ansiedad: 0-7 = “normal”; 8-15 = “leve”; 16-25 = “moderada”, y 26-63 = “grave”.

Nota: Perez, (2022); Sanz, (2014).

Ficha Técnica del Cuestionario de Salud general de Golberg (GHQ-12)

El presente instrumento está estructurado por ítems que evalúa la morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psicológicos en contextos como la atención primaria o en población general, en la tabla 3 podemos visualizar de manera detallada las características del cuestionario con respecto a su estructura, tiempo, forma de aplicación y puntuación.

Tabla 4

Cuestionario de Salud general de Golberg (GHQ-12)

Cuestionario de Salud general de Golberg (GHQ-12)

Autor	Goldberg & Williams, 1988
Aplicación	Individual. Grupal
Tiempo	En promedio de 10 minutos
Objetivo	Detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psicológicos en contextos como la atención primaria o en población general.
Población	Publico en general
N° reactivos	12 ítems
Escala	Likert
Puntuación	<=12 Bienestar psicológico <12 malestar psicológico
Dimensiones	Salud general (Unidimensional)
Confiabilidad	Alfa de cronbach entre 0,70 y 0,90
Validez	El análisis de consistencia interna utilizando el coeficiente alpha de Cronbach, mostró valores (0,85) Factor 1 de salud general que tiene que ver con los afectos positivos, un sentimiento de bienestar general y de su expresión psicofisiológica, teniendo en cuenta el contenido de los ítems que incluye (veáanse ítems 1, 2, 5, 7, 9, 12). Por otra parte, el segundo factor, de una importancia considerablemente menor, como hemos visto, en su capacidad de explicar la varianza observada; puede ser identificado como un factor de funcionamiento social adecuado, que marca la competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuado a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de autovalorarse positivamente (ítems 3, 4, 6, 8, 10, 11).
Interpretación y Calificación	

Nota: Brabete (2014); González et al., (2013)

Ficha Técnica del Cuestionario “Big Five” (BFQ)

El presente instrumento está estructurado por ítems que evalúa los rasgos de personalidad, en la tabla 5 podemos visualizar de manera detallada las características del cuestionario con respecto a su estructura, tiempo, forma de aplicación y puntuación.

Tabla 5

Cuestionario “Big Five”

Cuestionario “Big Five”	
Autor	G.V. Caprara, C. Barbaranelli y L. Borgogni (1993)
Aplicación	Individual y grupal, manual o automatizada.
Tiempo	Sin tiempo (30 minutos aprox).

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar candidatos que se ajustan mejor al perfil del cargo en cuanto a personalidad. ▪ Seleccionar personas según su personalidad en función del cargo.
Población	Adolescentes y adultos
N° reactivos	132 ítems.
Escala	<p>5 (Completamente verdadero para mí), 4 (Bastante verdadero para mí), 3 (ni verdadero ni falso para mí), 2 (Bastante falso para mí), 1 (completamente falso para mí)</p> <p>En primer lugar es necesario revisar la Hoja de respuestas para comprobar que el sujeto ha contestado siguiendo las instrucciones. Si hundiera más de un 10% de elementos dejados en blanco, es muy conveniente invalidar la aplicación y no tener en cuenta los resultados que podrían obtenerse de una aplicación incompleta.</p> <p>Si el sujeto hubiera dejado unos pocos elementos en blanco (sin respuesta), es necesario codificar estos blancos como respuesta intermedia (alternativa 3), porque este valor es el valor promedio de la escala de medida, punto en el que se minimiza la probabilidad de error al adjudicarle un valor a una respuesta inexistente.</p> <p>La fase de corrección y puntuación puede hacerse de modo manual o mediante la ayuda de un proceso informático.</p>
Puntuación	<p>Para el proceso manual se ha diseñado un juego de 6 plantillas transparentes que facilitan la obtención de las puntuaciones directas. Estas plantillas tienen la numeración 1 a 6, y cada uno de las cinco primeras está destinada a dos de las subdimensiones del BFQ. En las plantillas hay pequeños recuadros rectangulares horizontales con la numeración del elemento a que corresponden impresa por delante. De los doce elementos que comprenden cada escala, hay seis que puntúan de modo inverso o negativo, y sus números de orden están rodeados con un pequeño círculo en la plantilla. La puntuación directa (PD) en cada variable es el resultado de la operación siguiente:</p> $PD = 36 + \text{PUNTOS POSITIVOS} - \text{PUNTOS NEGATIVOS}$ <p>El proceso es sencillo, pero exige concentración (y posiblemente una revisión para confirmar los datos obtenidos). Los pasos a seguir son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se coloca la plantilla 1ª (para las dimensiones Di y Do) sobre la Hoja de respuestas con las contestaciones del sujeto de modo que el recuadro de la mitad izquierda de la plantilla coincida con el recuadro existente en la Hoja y donde se han dado las respuestas.

-
2. Cada respuesta del sujeto recibe los puntos indicados para su respuesta, entre 1 y 5 puntos. En primer lugar se van sumando los puntos conseguidos por las respuestas positivas (aquellos cuya numeración no está rodeada con un pequeño círculo). El resultado de esta suma se anota en la mitad derecha de la Hoja de respuestas, detrás del signo “+” y frente a la variable Di cuya puntuación se está calculando.
 3. Se repite el proceso de suma de puntos con los elementos “negativos”, (aquellos cuya numeración está rodeada con un pequeño círculo), y el resultado se anota en la mitad derecha de la Hoja, detrás del signo “-“ de esta variable.
 4. Se realiza la operación indicada $[36+(P-)-(P-)]$ y su resultado se anota en el último espacio de la derecha, detrás del signo “ “
 5. A continuación se repita todo el proceso con la mitad derecha de la plantilla para obtener la PD en la subdimensión Do, y se anota en el último espacio de la derecha.
 6. Si se suman los dos PD anteriores (Di y Do) se obtiene la PD de la dimensión E (Energía), para la que hay un pequeño recuadro en la Hoja.
 7. Es necesario repetir los pasos anteriores con las plantillas 2 a 5ª para obtener las PD de las siguientes subdimensiones y dimensiones.

Finalmente, la plantilla 6ª obtener la PD en la escala D (Distorsión), en la que no hay elementos negativos, porque todos están redactados en la dirección de la variable.

Confiabilidad

Coefficiente Alfa de Cronbach de 0,70

Validez

Coefficiente Alfa de Cronbach valores entre 0,75-0,92

Dimensiones

Energía, Tesón, Afabilidad, Estabilidad emocional, Apertura a la experiencia. Dinamismo, Cooperación, Escrupulosidad, Control de emociones, Apertura a la cultura, Dominancia, Cordialidad, Perseverancia, Control de impulsos, Apertura a la experiencia.

Subdimensiones

**Interpretación y
Calificación**

En el impreso del perfil del gráfico, frente a cada puntuación T existe una línea de puntos que representa el continuo de los valores T; va desde el valor 25 (a la izquierda) hasta e valor 75 (a la derecha), y se han destacado con “o” los valores 30, 40, 50, 60 y 70; está dividido en cinco partes encabezadas con las siguientes categorías de clasificación y valores:

<u>Grado</u>	<u>Valores</u>
Muy bajo	25 a 34
Bajo	36 a 44
Promedio	46 a 54
Alto	56 a 64
Muy alto	66 a 75

Nota: Alvarado y Oliveros (2002).

Ficha Técnica de la escala de autoestima de Rosenberg

El presente instrumento está estructurado por ítems que evalúa el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma, en la tabla 6 podemos visualizar de manera detallada las características del cuestionario con respecto a su estructura, tiempo, forma de aplicación y puntuación.

Tabla 6

Escala de autoestima de Rosenberg

<i>Escala de autoestima de Rosenberg</i>	
Autor	Nombre original: Rosenberg Self-Steem Scale (Rosenberg S-S) Autores:Rosenberg
Aplicación	Individual y grupal
Tiempo	5 minutos
Objetivo	Evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tienen consigo misma. La autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal
Población	Adolescentes, adultos, personas mayores.
N° reactivos	10 ítems
Escala	A (muy de acuerdo), B (De acuerdo), C (en desacuerdo), D (muy en desacuerdo)
Puntuación	De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas se puntúan de 1 a 4 y finalmente se suma, según lo seleccionado.
Confiabilidad	Alfa de Cronbach = 0.79
Validez	Alfa de Cronbach de .966.
Interpretación y Calificación	De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Nota: Morejón et al., (2013).

Resultados obtenidos de los test aplicados:

Según los resultados obtenidos de las pruebas administradas, se puede observar que la paciente no presenta sintomatología que podría estar relacionada a un trastorno mental, sin embargo, presenta malestar a causa de la ruptura amorosa que requiere un seguimiento psicológico como se puede evidenciar en la siguiente tabla.

Tabla 7

Resultados de instrumentos aplicado

Test aplicado	Puntaje	Interpretación
Inventario de Depresión de Beck	11 puntos	Indica "Depresión mínima" lo que indica que no necesita tratamiento para la depresión. Riesgo de mala salud mental.
Cuestionario de Salud general de Goldberg (GHQ-12)	20 puntos	Bienestar psicológico: se define como el expresar en sentido negativo de sí mismo. Funcionamiento social y afrontamiento: es difícil afrontar preocupaciones o entender los asuntos personales.
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	25 puntos	Paciente tiene un nivel moderado en ansiedad.
la Escala de autoestima de Rosenberg	27 puntos	Autoestima media, es decir no presenta problema de autoestima grave.
	32 puntos	Factores de Primer orden Di (Dinamismo): este factor tiene un nivel muy bajo, lo que significa que la paciente no cuida las cosas en detalle.
	27 puntos	Do (Dominancia):, este factor se ubica en un nivel muy bajo, lo que significa que es incapaz de imponerse, sobresalir o hacer valer su propia influencia sobre los demás.

Cuestionario "BIG FIVE"	57 puntos	Cp (Cooperación): este factor se sitúa en un nivel alto, lo que nos indica que la paciente es colaboradora, y afectivo.	
	58 puntos	Co (Cordialidad): este factor se encuentra en un nivel alto, lo que representa que la paciente es amable y cortés (atenta).	
	40 puntos	Es: (Escrupulosidad): este factor se encuentra en un nivel bajo, lo que representa que la paciente es distraído, desorganizado.	
	43 puntos	Pe (Perseverancia): este factor que se encuentra en un nivel bajo, lo que nos indica que la persona no es persistente, inestable, inseguro, indeciso, inconstante.	
	27 puntos	Ce (Control de emociones): este factor presenta un nivel muy bajo, lo que significa que la paciente no suele controlar muy bien sus experiencias emotivas, poniéndose tenso.	
	34 puntos	Ci (Control de impulsos): este factor refiere un nivel muy bajo, lo que nos indica que la paciente podría tener problemas al controlar su propio comportamiento.	
	56 puntos	Ac (Apertura a la Cultura): este factor presenta un nivel alto, lo que significa que la persona tiene un alto interés en mantenerse informado, lee constantemente y adquiere conocimientos la mayoría de las veces.	
	71 puntos	Ae (Apertura por la experiencia): este factor refiere un nivel muy alto, lo que representa que la paciente es abierta a lo nuevo, a ideas y valores diferentes a los propios.	
	Factores de Segundo orden		
	27 puntos	E (Energía): este factor refiere un nivel muy bajo, lo que indica que la paciente tiende a describirse como poco dinámica y enérgica, dócil y taciturna (callada o silenciosa).	
58 puntos	A (Afabilidad): este factor presenta un nivel alto, lo que significa que la paciente tiende a describirse como muy cooperativa, cordial, generoso, amigable, generosa y empática.		

40 puntos	T (Tensión): este factor refiere un nivel bajo, lo que significa que la persona tiende a describirse como poco reflexiva, poco escrupulosa (temerosa, recelosa), poco ordenada, poco diligente (perezosa, descuidado) y poco perseverante.
27 puntos	EE (Estabilidad emocional): este factor presenta un nivel muy bajo, lo que nos indica que la persona tiende a describirse como muy ansiosa, vulnerable, emotiva, impulsiva, impaciente e irritable.
66 puntos	AM (Apertura mental): con una puntuación T de 66, este factor presenta un nivel muy alto, lo que significa que la persona tiende a describirse como muy culta (cuando una persona posee muchos conocimientos), informada, interesada por las cosas, y experiencias nuevas dispuesta al contacto con culturas y costumbres distintas.
53 puntos	D (Distorsión): es el único factor que se encuentra en el promedio. Esto nos indica que la paciente tiene un perfil libre de falsificaciones en sentido positivo y negativo. Esta escala permite identificar la tendencia a alterar las respuestas con el propósito de ofrecer una falsa impresión de sí mismo, particularmente en todas aquellas situaciones en que se considere se pueda obtener algunas ventajas con ello, por ejemplo: "Siempre he estado completamente de acuerdo con los demás" "Nunca he dicho una mentira".

De los seis instrumentos aplicados, tres obtuvieron mayor puntuación mostrando el nivel de afectación en la paciente y por ende otorga un mejor direccionamiento para su respectivo diagnóstico clínico.

Tabla 8

Resultados más relevantes de los test aplicados

TEST	RESULTADOS
	Puntuación
	Ansiedad: 25 puntos

Inventario de ansiedad de Beck y Autoestima de Rosenberg.	Autoestima: 27 puntos Interpretación La paciente presenta autoestima media y ansiedad moderada por lo cual necesita atención psicológica.
---	--

1.3 Proceso de diagnóstico

Para este proceso diagnóstico se toma como referencia el Manual de Clasificación Internacional de las enfermedades en su décima edición (CIE-10).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo o llamado también hipótesis ya que esta basado en una suposición razonable tras la entrevista clínica y es una herramienta imprescindible para orientar el tratamiento, para ello es necesario la utilización de criterios diagnósticos unificados desde códigos internacionales CIE 10 o DSM V (Marquevich, 2012).

Tomando en cuenta la sintomatología y problemas referidos por la paciente se establecieron los siguientes diagnósticos presuntivos:

- Trastorno Mixto ansioso/depresivo.
- (Z60.3) Problemas relacionados con la adaptación cultural.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

Es el proceso que se lleva a cabo para diferenciar una enfermedad de otras similares. Es decir, que durante la evaluación psicológica han de tenerse en cuenta otros trastornos cercanos o relacionados a fin de lograr identificar cuál es el que verdaderamente presenta la persona. Para ello es necesario la utilización de criterios diagnósticos unificados desde códigos internacionales CIE 10 o DSM V (De la Serna, 2018).

En base a esto, tras el análisis de la información recopilada en el proceso de evaluación a través de entrevistas, observación e instrumentos psicológicos, se establecen los siguientes diagnósticos diferenciales:

- **(F32.0) Episodio Depresivo Leve (CIE-10).**

Criterios diagnósticos del CIE-10	
Criterios que cumplen	Criterios que no cumplen

<p>Según los criterios diagnósticos del CIE-10, que se cumplieron en la paciente son: que el episodio depresivo duro 3 semanas, hubo ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos en cualquier momento de la vida de la paciente no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas, se presencia dos de los síntomas del criterio B (Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas y marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras) y en el criterio C, de los síntomas adicionales se cumplen la pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad, reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones, cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.</p>	<p>En el criterio B, la falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad porque la paciente al terminar la relación busco trabajo y meciono que el laborar le ayuda mucho para mantener su mente ocupada, ya que debe mantenerse activa con sus funciones asignadas.</p> <p>En el Criterio C, no se cumplen los siguientes síntomas: Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida, alteraciones de sueño de cualquier tipo, cambios de apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación de peso, ya que la paciente en el desarrollo de las entrevistas clínicas se le pregunto sobre estos síntomas por lo cual contesto que en esa parte no le a afectado, refiriendo que duerme y se alimenta normalmente “como de costumbre” y respecto a pensamientos suicidas nunca a pasó por su mente.</p>
---	---

Se considera como diagnóstico diferencial el “Episodio Depresivo leve sin síntomas somáticos” debido a que según la sintomatología que presentaba la paciente cumpliría con los criterios diagnósticos del CIE- 10 como se lo detallo en la tabla anterior.

Sin embargo, se procede a descartar dicho diagnóstico porque pese a la sintomatología que presentada en M.S no era una limitante para dejar de hacer cosas cotidianas, sino más bien prefería hacer cosas como trabajar con la finalidad de mantener la mente ocupada, lo cual se puede evidenciar que no es un malestar clínicamente significativo.

▪ **(F32.10) Episodio Depresivo moderado. Sin síntomas somáticos (CIE-10)**

Criterios diagnósticos del CIE-10	
Criterios que se cumplieron	Criterios que no se cumplieron
<p>El episodio depresivo duro 3 semanas, hubo ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos en cualquier momento de la vida de la paciente no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas, se presencia dos de los síntomas del criterio B (Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas y marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras) y en el criterio C, de los síntomas adicionales se cumplen la pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad, reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones, cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición, cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición y alteraciones de sueño de cualquier tipo.</p>	<p>En el criterio B, la falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad porque la paciente al terminar la relación busco trabajo y meciono que el laborar le ayuda mucho para mantener su mente ocupada, ya que debe mantenerse activa con sus funciones asignadas.</p> <p>En el Criterio C, no se cumplen los siguientes síntomas: Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida, ya que la paciente en la entrevista clínica refiere que nunca a pasado por su mente hacerse daño.</p>

Según el avance de la entrevista, la paciente refiere presentar sintomatología como alteraciones de sueño y disminución de apetito con los cuales cumpliría con los criterios diagnósticos del CIE-10, donde menciona que debe cumplir con al menos 6 de los síntomas, es por ello que se le diagnostica el “Episodio depresivo moderado sin síntomas somáticos”

Sin embargo, se descarta esta categoría debido que para la paciente no era un impedimento dejar de hacer sus actividades cotidianas sino más bien cumple con tareas propuestas en la sesión donde se plantea activar las habilidades sociales por el cuál M.S refiere que sale a divertirse, conoce nuevos amigos y se inscribe en cursos futurizándose a emprender lo cual se puede evidenciar que el malestar de la paciente no es clínicamente significativo sino más bien son síntomas normales de la transición del duelo que atravesaba por la ruptura con su pareja.

(Z.63.5) Ruptura familiar por separación o divorcio

Se considera este diagnóstico debido a que la paciente pasó por una ruptura amorosa donde no corresponde a un trastorno mental pero requiere de atención clínica debido a que desencadenan un malestar en la vida cotidiana del paciente. Al no contar con criterios diagnósticos la sintomatología de la paciente nos hacer codificarlo como tal.

1.3.3 Diagnóstico final

Es aquel al que se llega luego de obtener los resultados de los instrumentos aplicados, los cuales se realizan para determinar si hay presencia de cierta patología o trastorno. El diagnóstico definitivo es el último paso antes del tratamiento y nos permite tener una idea más clara de que tipo de tratamiento puede ser más beneficioso y como enfrentarlo (Álvarez y Correa, 2020).

En su capítulo de los ejes de las Z que corresponde a condiciones que no constituyen un trastorno mental pero que requieren de atención clínica debido a que desencadenan un malestar en la vida cotidiana del paciente.

Es por ello que se llegó al diagnóstico final con (Z.63.5) Ruptura familiar por separación o divorcio, ya que en la paciente no se evidencia un trastorno mental o un malestar clínicamente significativo descartando los diagnósticos diferenciales expuestos anteriormente, pero de cualquier manera requiere una atención clínica debido a que desencadena en la paciente una crisis de transición donde se debe procesar el duelo.

Para la paciente M.S. la ruptura de su relación sentimental no fue una situación fácil debido a que ella encontró un gran apoyo en su ex pareja, dado que al ser migrante y el encontrarse lejos de su país natal, le generaba sentimientos de tristeza, por tal motivo estableció un vínculo fuerte con su pareja, proyectándose un futuro puesto que era su primera convivencia durante un noviazgo, por consiguiente, al terminar su relación la paciente desarrolla un proceso de duelo no patológico debido a la pérdida o separación con su ex conviviente. Es importante mencionar la existencia de cinco etapas de duelo: negación, ira, pacto o negociación, depresión o aceptación (Aguirre y Loayza, 2021), las cuales se puede presentar en distinto orden como sucedió en la paciente no obstante, M.S no se quedó suspendida en este proceso ya que ella empezó a salir adelante, se planteó metas como estudiar o seguir cursos, trabajar, conocer personas, lo cual lo logró y se pudo evidenciar en los seguimientos realizados donde se denoto estar feliz y refirió sentirse muy bien, verbalizando que estaba culminando un curso de marketing en el cual se había inscrito.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Tratamiento/Intervención

2.1.1 *Estudio de objetivos terapéuticos*

Objetivo general:

Ayudar a sobrellevar el proceso de duelo por separación o ruptura amorosa por medio del acompañamiento psicoterapéutico para lograr la aceptación de la pérdida de la pareja y así restaurar el equilibrio emocional y conductual.

Objetivos específicos

Permitir la exteriorización de sus sentimientos, pensamientos y emociones por medio de la comunicación verbal y corporal.

Lograr la regulación emocional mediante técnicas de reestructuración cognitiva para lograr una modificación de pensamientos negativos que afecte su salud mental.

Promover independencia emocional mediante técnicas proyectivas para la realización personal.

Fortalecer su autoestima para identificar las fortalezas y ayudar en la aceptación personal.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tras identificar las demandas y haber establecido el diagnóstico, se llevó a cabo un tratamiento enfocado en mejorar la interacción y la calidad de vida de la paciente bajo la terapia integrativa..

Según Beck (2010) esta terapia ayuda a un cambio de pensamiento mediante la identificación de la relación cognición-afecto-conducta, para que la persona aprenda a controlar los pensamientos automáticos negativos y las sustituya por unos más válidos, de esta forma generaría un cambio en su emoción y conducta por una más adaptativas y funcionales (Alanís, 2018). Beck (2011) señala que la Terapia Cognitivo-Conductual posee evidencia científica a través de muchas investigaciones realizadas desde 1977, publicando

los resultados de su primer estudio en donde se han tratado diferentes tipos de trastornos con este tipo de terapia como las depresiones mayores, trastornos generalizados de ansiedad, trastorno de pánico, las fobias sociales, problemas de pareja lo cual han tenido buenos resultados (Paz de Al-Bayaty, 2019).

Las principales áreas a intervenir fueron: social y personal. Este proceso terapéutico se realizó en 8 sesiones, 2 sesiones en modalidad presencial y las 6 siguientes en modalidad virtual, cada sesión tuvo una duración de 60 minutos con una periodicidad semanal.

Tabla 9

Plan Terapéutico

Sesión, Tiempo Y Modalidad	Objetivo	Técnica	Tarea
5 Tiempo: 60 minutos Modalidad: presencial	Fortalecer autoestima. Disminuir ansiedad	Espejo Relajación muscular Jacobson.	Leer: Escribir: carta al futuro Escribir carta de despedida (en lo posible) Redes de apoyo: elaborar una lista de amigos con los que pueda contar. Elaborar una lista de defectos y debilidades. Se le enviara un link de YouTube https://youtu.be/m5DAzMg_Is0 para que continúe con la actividad en casa.
6 Tiempo: 60 minutos Modalidad: presencial	Ayudar a reducir estrés y la ansiedad. Enfrentar los diferentes retos de una manera positiva.	Relajación guiada mediante la imaginación. Árbol de logros	Seguir practicando esta técnica en casa. Lista de virtudes, destrezas y fortalezas.
7 Tiempo: 60 minutos	Exteriorizar y corregir pensamientos y sentimientos que le generan malestar	¿Qué pasaría si?	

Modalidad:

virtual

8
 Tiempo: **60 minutos**
 Exteriorizar y corregir pensamientos y sentimientos que le generan malestar
 Continúa de la actividad ¿Qué pasaría si?
 Practicar la técnica de distracción sensorial, cada vez que piense en situaciones que le generen malestar.

Modalidad:

virtual

9
 Tiempo: **120 minutos**
 Brindar estrategias de distracción del pensamiento.
 Contraestimulación:
 Distracción sensorial

9

Recolección de información para el desarrollo de la Historia Clínica.

Modalidad:

virtual

10
 Tiempo: **60 minutos**
 Analizar todas las alternativas posibles a los problemas.
 Soluciones de
 Colocar el contrato realizado en un lugar visible de su hogar

Modalidad:

virtual

Llevar a cabo los objetivos planteados
 Control de estímulos: Contrato conductual
 Aplicar los test:
 Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12), Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck y el Escala de autoestima de Rosenberg”

11

11
 Tiempo: **60 minutos**
 Retest

Modalidad:

virtual

12

12
 Tiempo: **60 minutos**
 Entrega de resultados

Modalidad:

virtual

13

13
 Tiempo: **60 minutos**
 Cierre

Modalidad:

virtual

2.1.3 Descripción de técnicas psicoterapéuticas utilizadas

A continuación se procede a realizar una descripción de cada sesión terapéutica en donde consta de manera detallada como se desarrolló y la eficacia de la misma.

Sesión 5

Estas técnicas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos, se ejecutan de manera presencial con el objetivo de fortalecer autoestima y disminuir la ansiedad por consiguiente, se procede a dar paso con la técnica donde se le explica a la paciente las instrucciones para el desarrollo de las mismas, entendiendo claramente las orientaciones dadas. En la cual la paciente se mostró muy colaboradora y dinámica.

▪ Técnica del espejo

Según Espina (2001) la técnica del espejo es utilizada para mejorar el autoconcepto y autoestima, con el objetivo de mejorar la autoestima y los valores internos del paciente, con la finalidad de esta técnica es que la paciente observe la acción desde fuera y fomente el desarrollo de nuevas respuestas o la corrección de las antiguas.

Con esta técnica se obtuvo eficacia en la paciente ya que permitió realizar un autoanálisis, llegando a convertirse en una principal herramienta para la construcción de capacidades personales, poder auto percibirse de manera positiva y mejorar su autoconcepto.

▪ Técnica muscular de Jacobson

Edmund Jacobson, quien fue el creador del método de relajación progresiva o también conocida como relajación neuromuscular progresiva; a comienzos del siglo XIX fomenta un método para relajarse con el propósito de inducir al cuerpo a encontrar una tranquilidad mental al eliminar progresivamente tensiones musculares presentes (Argotty, 2016). De igual forma (Vera, 2019), menciona que los beneficios de la aplicación de esta técnica de relajación progresiva de Jacobson es la disminución del nivel de ansiedad

concordando con Payne (2005) donde señala que la técnica de Jacobson es muy beneficiosa puesto que trabaja especialmente con los músculos, con la finalidad de liberar tensiones en las cuales se irá percibiendo sensaciones apropiadas que ayudan al reconocimiento de los niveles de tensión y la manera de liberarlas.

En esta técnica no se obtuvo los resultados deseados ya que a la paciente se le dificultó el proceso de respiración (inhalación-exhalación) debido a la rinitis. Es por ello que se decide buscar otra técnica de relajación.

Sesión 6

Éstas técnicas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos, se ejecutan de manera presencial con el objetivo de enfrentar los diferentes retos de una manera positiva y ayudar a reducir el estrés y la ansiedad, por consiguiente, se da paso a la actividad donde se le explica a la paciente las instrucciones para el desarrollo de las mismas, entendiendo claramente las orientaciones dadas.

En esta sesión se realiza la técnica de relajación guiada mediante la imaginación y el árbol de vida, donde se prosigue a indicar las instrucciones mostrando la paciente un mayor entusiasmo para su ejecución de esta actividad.

▪ Relajación guiada mediante la imaginación

Es una intervención mente-cuerpo que usa la propia imaginación y el procesamiento mental del paciente para la formación de una representación mental de un objeto, lugar, evento o situación percibida por medio de los sentidos, que tiene como objetivo relajar y concentrar en la interacción entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento. Su finalidad es reducir los niveles de ansiedad (Félix et al., 2018).

Esta Técnica tuvo eficacia en la paciente ya que se pudo concentrar y relajar.

▪ Árbol de proyectos de vida

Esta técnica permite analizar la imagen que tenemos de nosotros mismos y centrarnos en la parte positiva. La finalidad es poder reflexionar sobre los logros y cualidades de la paciente (Domínguez, 2017).

En esta técnica se obtuvo resultados favorables debido a que la paciente pudo tomar conciencia de lo que significa y de esta manera aprender a querer y valorarse.

Sesión 7

Esta técnica tuvo una duración aproximada de 60 minutos, llevándose a cabo en modalidad virtual con el objetivo de exteriorizar sus pensamientos y sentimientos que tiene sobre sí misma, luego se da paso a la actividad donde se le explica a la paciente las instrucciones para el desarrollo de las mismas, entendiendo claramente las orientaciones dadas, en lo cual la paciente se mostró muy colaboradora y dinámica.

▪ **Reestructuración cognitiva: ¿Qué pasaría si?**

Es una técnica que ayuda a identificar a la paciente las distorsiones cognitivas que no son más que una visión exagerada de la realidad. El objetivo es plantearle a la paciente la pregunta ¿Qué pasaría si?, o preguntarle ¿Qué es lo peor que podría pasar en una determinada situación?, la idea es que incluso en el peor de los escenarios, hay cosas que son asumibles y que lo más seguro es que no sean cosa de vida o muerte. (Montagud, 2020).

Esta técnica fue muy eficaz en la paciente porque pudo exteriorizar sus pensamientos y sentimientos que le generan malestar y corregirlos o modificarlos a pensamientos positivos.

Sesión 8

Éstas técnicas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos, se ejecutaron de manera virtual y se termina la actividad de proyección de frases incompletas y se continúa con la contraestimulación: distracción sensorial con el objetivo de exteriorizar sus pensamientos y sentimientos que tiene sobre sí misma y brindar estrategias de distracción del pensamiento, por consiguiente, se da paso a la actividad donde se le explica a la paciente

la finalidad y las instrucciones para el desarrollo de las mismas, entendiendo claramente las orientaciones dadas, en lo cual la paciente mostró mucha atención a la información brindada.

- **Contraestimulación: Distracción sensorial**

Se induce al paciente a utilizar pensamientos, imágenes, sensaciones y conductas incompatibles con las ansiosas rompiendo sus círculos viciosos. Su objetivo es reducir síntomas de estrés y ansiedad, teniendo como finalidad distraer el cerebro cuando envía señales de dolor y ansiedad mediante los cinco sentidos del cuerpo (Sánchez y Sánchez, 2002)

Esta técnica fue muy eficaz en la paciente debido a que la paciente pudo bloquear pensamientos que le generaban estrés y ansiedad.

Sesión 9

Se realiza la recolección de información para el desarrollo de la Historia Clínica en la cual tuvo una duración de 2 horas y se ejecutó de de manera virtual. La finalidad de esta sesión fue recopilar los diferentes aspectos que conforman la realidad presente y pasado del paciente y de esta manera conocer los antecedentes del paciente y tener una guía para la orientación en el diagnóstico.

Sesión 10

Estas técnicas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos, se ejecutaron de manera virtual con el objetivo de analizar todas las alternativas posibles a los problemas y llevar a cabo los objetivos planteados, consecuentemente, se da paso a la actividad donde se le explica a la paciente las instrucciones para el desarrollo de las mismas, entendiendo claramente las orientaciones dadas, en la cual la paciente se mostró muy colaboradora y dinámica.

- **Soluciones de problemas**

Se dirige a manejar directamente los déficits en las habilidades para solucionar problemas que pueden producirse por problemas cotidianos. Su objetivo es analizar todas las alternativas posibles a los problemas con la finalidad de disminuir posibles síntomas de depresión (Rodríguez y Gajaro, 2018).

Esta técnica fue muy eficaz ya que la paciente puso identificar los problemas que le generan malestar y al mismo tiempo encontrar posibles soluciones para poder llegar a su objetivo.

- **Control de estímulos: Contrato conductual**

Es un acuerdo, generalmente escrito, entre dos o mas personas que especifica claramente que hacer o a que se compromete. El objetivo es que mediante la redacción del contrato que se ha establecido en términos negociados la paciente pueda comprometerse, con la finalidad de establecer las contingencias determinadas para provocar la acción e identificar conductas a emplear o a eliminar (Arteaga, 2019).

Esta técnica fue eficaz que al redactar este contrato la paciente se comprometió a no escribir a su ex pareja para evitar recaídas, en plantearse objetivos que desea alcanzar, donde actualmente se puede evidenciar en los seguimientos realizados que la paciente ha cumplido con su contrato o compromiso.

SESION:

- **Cierre**

Esta sesión tuvo una duración aproximada de 60 minutos, se desarrollo en modalidad virtual, haciendo énfasis en los puntos importantes como: Identificación de logros alcanzados, en el cual se evidenció de que la paciente ya era consciente del cambio que ha presentado a lo largo de todo el proceso terapéutico, manifestado ya no sentir tristeza, ni pensar en su ex relación más bien, se ha enfocado en sus metas personales, con lo cual se a sentido estable emocionalmente.

Capítulo tres

Resultados

A continuación, se detallan los principales resultados encontrados dentro del presente caso clínico, relacionado con: la separación o ruptura con su pareja para lo cual se ha realizado el análisis respectivo de los avances de la paciente, mediante dos métodos: cuantitativo y cualitativo.

De tal manera que para el análisis cuantitativo se aplicó un re test en la sesión 7 obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 10

Resultados Cuantitativos del Cuestionario de Salud General de Goldberg [GHQ-12]

Instrumentos	Resultados Pre Intervención	Resultados Post Intervención
Cuestionario de Salud general de Goldberg [GHQ-12]	Puntúa 20 puntos	Puntúa 6 puntos

En base a la puntuación pre intervención se obtuvo un valor de 20 puntos reflejando la necesidad de intervenir en tratamiento para mejorar el bienestar psicológico y la mala salud mental que se caracteriza como el expresar en sentido negativo de sí mismo y el Funcionamiento social y enseñar estrategias de afrontamiento para abordar preocupaciones o entender los asuntos personales, lo cual tras la intervención psicoterapéutica los resultados de post intervención se obtuvo un valor de 6 puntos lo cual podemos validar la eficacia de las técnicas utilizadas, para mitigar síntomas que generaban malestar a nivel anímico no obstante su salud mental y bienestar psicológico se puede definir que tiene pensamientos y sentimientos positivos de sí mismo y en el funcionamiento social y afrontamiento: capacidad para atender los asuntos personales, afrontar las preocupaciones, decidir y atender los asuntos de la vida.

Tabla 11

Resultados Cuantitativos del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrumentos	Resultados Pre Intervención	Resultados Post Intervención
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Puntúa 25 puntos	Puntúa 8 puntos

En base a la puntuación pre intervención se obtuvo un valor de 25 puntos reflejando la necesidad de intervenir en la ansiedad, caracterizada por un malestar en el estado de ánimo, descontento, aislamiento social, y pérdida de apetito. Luego de la intervención se obtuvo 8 puntos lo cual reflejó un nivel de ansiedad normal, por ende, nos señala que las técnicas utilizadas ayudaron a la paciente en forma efectiva, a mitigar aquellos factores predisponentes para su malestar.

Tabla 12

Resultados Cuantitativos de la Escala de Autoestima de Rosenberg

Instrumentos	Resultados Pre Intervención	Resultados Post Intervención
Escala de autoestima de Rosenberg	Puntúa 27 puntos	Puntúa 31 puntos

En base a la puntuación pre intervención se obtuvo un valor de 27 puntos reflejando la necesidad de intervenir con técnicas para trabajar autoestima, aunque no presenta problemas muy relevantes, su nivel de autoestima se ve afectada por la situación que enfrenta, considerando importante intervenir en esta área. Por ende, en los resultados post intervención puntuó 31, lo cual se evidencia un aumento significativo en la paciente, lo que certifica la eficacia de las técnicas seleccionadas.

Paralelamente para el análisis cualitativo, se realizó una ficha de observación con la finalidad de establecer una comparación de aquellas conductas y aspectos inicialmente afectados en la paciente, en comparación con la actualidad después el tratamiento, en donde para una mayor apreciación en la tabla 13 se explica de forma detallada la ficha antes mencionada.

Tabla 13

Resultados Cualitativos

Conductas y aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación o razón
	Se mantuvo, es decir no hubo cambio	Cambio parcialmente	Se extinguió o se modifico	
Llanto Fácil			X	Para la disminución de esta sintomatología se utiliza la técnica de Relajación guiada mediante la imaginación donde se observa un avance progresivo durante el desarrollo del plan terapéutico con lo cual descendió gradualmente.
Pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras			X	Para modificar esta sintomatología se utiliza la Proyección de frases Incompletas, la cual ayudó a la paciente a proyectar sus ideas o creencias que le hacían daño y de esta manera sea la paciente quien identifique su conducta y pueda activar su motivación e intereses. Para trabajar esta conducta se empleó la técnica del espejo lo cuál ayudó a disminuir esta sintomatología a nivel emocional y empezar a aceptarse tal y cómo es.
Pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad			X	Para trabajar esta conducta se empleó la técnica del espejo lo cuál ayudó a disminuir esta sintomatología a nivel emocional y empezar a aceptarse tal y cómo es, inclusive a darse cuenta

Sentimientos de culpa	X	<p>del valor que tiene como persona.</p> <p>Para disminuir esta sintomatología se empleo la Solución de problemas lo cual ayudó a concientizar ciertos pensamientos negativos que le hacían daño y a aceptar la situación por la que atrevesaba.</p> <p>Para esta conducta ayudó la Contraestimulación: Distracción sensorial, para que cuando tenga un pensamiento negativo o una preocupación que interfiera en su salud mental distraendo su mente.</p>
Disminución de la capacidad de concentrarse	X	<p>Para esta conducta ayudó la Contraestimulación: Distracción sensorial, para que cuando tenga un pensamiento negativo o una preocupación que interfiera en su salud mental distraendo su mente.</p>
No establece objetivos (no sabe que hacer)	X	<p>Para modificar esta conducta se utilizó el Árbol de logros y control de estímulos: contrato conductual. Estas dos técnicas ayudaron mucho a la paciente para plantearse objetivos y que pueda comprometerse consigo misma para cumplirlos.</p>

Como se evidencia en la tabla 11 de los resultados cualitativos podemos visualizar que al inicio de las sesiones la paciente presentaba llanto fácil, pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente le eran placenteras, pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad de concentrarse y no establece objetivos (no sabe que quiere o que hacer).

Durante el desarrollo del plan terapéutico y conforme al progreso de las sesiones se puede identificar que en un inicio la paciente presentaba cierta sintomatología y conductas, sin embargo se evidencia que desde la sesión 8, existe una disminución de llanto fácil dado que la paciente se denota más alegre, ya no le genera tristeza al dialogar de su ex relación y también empieza a disfrutar de la cosas, sale a pasear y activar su vínculo social y familiar.

En la sesión 10 se evidencia que existe una aceptación de su situación sin sentir culpabilidad, se acepta tal y como es y logra plantearse objetivos como: prepararse académicamente (idiomas, cocina, marketing), ahorrar para comprarse una computadora y tener su propio negocio. Análogamente, se empieza a mostrar con una mayor concentración en la realización de sus actividades y la paciente comenta que se inscribió en un curso de marketing, lo cual se muestra muy optimista y entusiasta.

Discusión

En el presente caso clínico se ha querido exponer la intervención integrativa de las terapias de reestructuración cognitiva, la terapia centrada en problemas, pero principalmente basándonos en la corriente de terapia cognitivo conductual en un caso de una paciente con diagnóstico (Z.63.5) Ruptura por separación y divorcio, a su vez, se pretende demostrar la eficacia de este modelo terapéutico aplicado a la sintomatología de la paciente, misma que corresponde a la presencia de síntomas anímicos, ansiedad, baja autoestima, no establece objetivos, pérdida de intereses o de capacidad para disfrutar las cosas, sentimientos de culpa y disminución de capacidad para concentrarse.

Dado al diagnóstico y síntomas presentados en la paciente diversos autores plantean el uso de estas terapias debido a la eficacia que se ha obtenido como lo mencionan: Espinosa et al., (2017) mediante su estudio demuestra la eficacia del modelo cognitivo-conductual para tratar el duelo por separación, así como las estrategias que se plantean para enfrentarlo, enfatizando que aunque sea un tema poco estudiado existe una gran demanda. Fernández y Fernández (2019) brindan una serie de razones para sustentar que la TCC constituye el estándar de oro, actualmente en la psicoterapia puesto que proporciona una evidencia sólida tanto en términos de eficiencia y efectividad donde se han realizado estudios experimentales y a veces estudios correlacionales, adicionales o complementarios y análisis de componentes, interacciones paciente-tratamiento, análisis de mediación o moderación en situaciones clínicas complejas incluso se puede identificar que actualmente este modelo se puede integrar fácilmente o sin ningún problema con otras técnicas como por ejemplo la terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, decentering, procesos de flexibilidad.

Ahora bien Ruiz y Solís (2018) comentan su experiencia sobre el estudio integrativo realizado con la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones donde refiere haber tenido alta efectividad al haberlas aplicado ya que pudo notar un gran cambio en el paciente con duelo de ruptura amorosa que presentaba depresión y ansiedad, y

respecto al aspecto cognitivo se observó una disminución de ideas negativas cambiando a pensamientos positivos. Coincidiendo con lo referido, con Sánchez y Fernández (2017) en donde el uso de terapia cognitivo conductual y la terapia de solución de problemas obtuvieron una alta eficacia, incluso las recomiendan debido a que ayudaron a la paciente a proporcionar estrategias para favorecer los cambios deseados en el tratamiento como aumentar su autoestima, disminuir su ansiedad y adquisición de asertividad. Finalmente, la paciente se mostró satisfecha con los cambios logrados ya que mejoró la relación conflictiva con su madre, existe una mejor concentración, hubo un incremento de seguridad hacia sí misma y mejoría sobre la tristeza que sintió tras la ruptura de su relación amorosa. Acotando D'Zurilla y Goldfried (1971), que el manejo de la técnica de Solución de Problemas es una herramienta muy útil ya que sirve a las personas para la toma de decisiones. (Ponce y pinto, 2020).

Otra de las terapias utilizadas para este caso es la técnica de Reestructuración Cognitiva donde García y Linares (2020) mencionan su efectividad basado en su investigación de duelo en el cual consistió en que el paciente identifique pensamientos desadaptativos para sustituirlos por pensamientos más apropiados en lo cual se logró reducir/eliminar la perturbación emocional causada por la pérdida. Al mismo tiempo Valadez y Fernández (2018) delimitan su investigación sobre la integración de la TCC y reestructuración cognitiva realizada en un paciente homosexual que atraviesa una ruptura amorosa en donde menciona su efectividad debido a que al identificar los pensamientos automáticos negativos ayuda a modificarlos por pensamientos más adaptativos y positivos para el bienestar del paciente.

Como se puede corroborar mediante investigaciones y casos clínicos abordados con las terapias cognitivo conductual, el modelo centrado en soluciones y la técnica de reestructuración cognitiva, resultan ser muy efectivas para resolver el duelo no patológico causado por la ruptura de pareja como se puede contrastar en el caso presentado de M.S donde existieron resultados favorables en la paciente.

Para la evaluación de la paciente M.S. se trabajó con los siguientes instrumentos psicológicos: Escala de autoestima de Rosenberg, Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, los cuales se consideraron eficaces para poder evaluar la sintomatología inicial de la paciente, reflejando ser de gran utilidad, puesto que sus resultados permitieron clarificar de mejor manera la problemática actual de la usuaria para poder realizar el respectivo levantamiento del plan terapéutico. En donde se semeja la utilización de los instrumentos psicométricos antes mencionados con un caso clínico abordado por Valadez y Fernández (2018) en un paciente de 29 años que enfrentaba una ruptura amorosa, con sintomatología clínica semejante a la de mi paciente. Por ende se corrobora que los test aplicados a M.S. fueron efectivos para llegar al diagnóstico otorgado y tener éxito tras la intervención terapéutica.

Es importante destacar que el abordaje de este caso clínico se lo ha llevado a cabo durante 13 sesiones mediante una intervención integrativa de las terapias de reestructuración cognitiva, terapia centrada en problemas, pero principalmente basándonos en la corriente de terapia cognitivo conductual donde se refleja la eficacia antes mencionada de las terapias en un caso por ruptura amorosa, para lo cual se diseñó el plan terapéutico con las técnicas como: la técnica del espejo, relajación guiada muscular de Jacobson, relajación guiada mediante la imaginación, árbol de logros, proyección de frases incompletas, contra estimulación distractorial, soluciones de problemas y el control de estímulos mediante el contrato conductual.

De manera puntual, las técnicas más efectivas y que ayudaron a mitigar los síntomas en la paciente M.S fueron ¿Qué pasaría si? en donde ayudó a la paciente a exteriorizar y corregir pensamientos y sentimientos que le generan malestar, la técnica de solución de problemas: ficha de solución de problemas puesto que se pudo identificar el problema para encontrar las posibles soluciones y el contrato conductual que le ayudó a plantearse acuerdos con la finalidad de comprometerse para que pueda cumplirlos.

Paralelamente la información antes descrita, se puede corroborar mediante el trabajo realizado por González (2013) que emplea la técnica ¿Qué pasaría sí? mediante una

dramatización de juego de roles lo cual fue muy efectivo ya que se trabaja en una paciente que atraviesa un proceso de duelo, donde se realiza un dialogo natural para que pueda expresar sus sentimientos, pensamientos y emociones y de esta manera pueda identificar las ideas irracionales y a la vez lograr que se involucre a nivel emocional, sentimental y afectivo, es decir que exista una reconexión con su propia intimidad para modificar las cogniciones desadaptativas (creencias irracionales, pensamientos distorsionados, o auto verbalizaciones negativas) y mostrarle a la paciente el impacto perjudicial que genera en su salud emocional (conductas- emociones).

Otra de la técnicas empleadas es la técnica de solución de problemas en donde Bartolomé y Gutierréz (2015) comentan que es una técnica muy efectiva, que se utilizó para autoestima donde se realiza una búsqueda activa de soluciones frente a los problemas ambientales y el desarrollo personal, en los subfactores: capacidad de análisis, habilidades para tomar decisiones, flexibilidad o capacidad para adaptarse a los cambios y tomar una actitud de crecimiento y desarrollo continuo.

Finalmente, la técnica de contrato conductual, en donde Batalla (2019) refiere tener una alta efectividad en base a su investigación en un caso de dependencia que guarda relación con los principios de condicionamiento operantes (forma de enseñanza mediante el cual el paciente repite las conductas que conllevan a conductas positivas) y se emplea para establecer metas, y este contrato conductual se realiza de forma escrita para aumentar el compromiso del paciente.

Como se puede confirmar estas indagaciones indican que las técnicas ¿que pasaría si?, la ficha de solución de problemas y el contrato conductual, resultaron ser muy efectivas para confrontar la ruptura de pareja como se puede contrastar en el caso presentado de M.S donde existieron resultados positivos.

En general, se puede afirmar que la calidad de vida de la paciente ha mejorado considerablemente, como se ve reflejado en las pruebas administradas del pre test y post test de las sesiones psicoterapéuticas, donde la paciente empezó situándose con síntomas en su estado anímico, ansiedad moderada, problemas de autoestima y mala salud mental.

Y conforme se desarrollaba las intervenciones psicoterapéuticas, se pudo ir observando cambios positivos, por lo que cuando se aplicó el post test los indicadores disminuían significativamente en los síntomas anímicos, no se refleja síntomas ansiosos, autoestima normal y buena salud mental, demostrando que las terapias planteadas han resultado muy efectivas para resolver el duelo por separación de la pareja.

Los resultados favorables en la paciente también se ven reflejados en el seguimiento, ya que M. S refiere encontrarse estable emocionalmente, mencionando “al fin pude salir de esto y terminé mi curso”, también manifestó que, aunque le está costando ahorrar, ya cuenta con recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas y poder adquirir su computadora.

Por otro lado, se menciona que existieron limitaciones durante el proceso psicoterapéutico, como fue el hecho de los cambios de modalidad para brindar el servicio psicológico ya que al inicio de las sesiones se llevaban de forma presencial y luego se realizó de manera virtual a causa de la pandemia donde se tuvo que adaptar las actividades del plan terapéutico, incluso la conexión a internet en algunas ocasiones fue inestable, pero se concluyó de manera satisfactoria.

Otra de las limitaciones que se presentó es que al ser un diagnóstico de los ejes de la z no es un tema muy estudiado y por ende no existe mucha información bibliográfica para abordarlo o poder compararlo con otros estudios respecto a este diagnóstico clínico, pese a existir una gran demanda.

Conclusiones

Para el presente caso clínico, luego de la evaluación pos tratamiento, se puede concluir que el proceso de intervención psicológica fue exitoso, pues se logró trabajar de forma positiva con la paciente, consiguiendo modificar ciertas conductas o variables como los síntomas anímicos, ansiedad, baja autoestima, el no establecer objetivos, pérdida de intereses o de capacidad para disfrutar las cosas, sentimientos de culpa y disminución de capacidad para concentrarse.

Actualmente la paciente M.S se muestra estable emocionalmente y se puede concluir que la utilización del modelo integrativo, resulta ser una corriente muy eficaz para trabajar con pacientes que atraviesen una ruptura o separación de la pareja.

La integración de las terapias cognitivo conductual, reestructuración cognitiva y la terapia centrado en solución tienen una alta eficacia en ruptura amorosa, puesto que permitieron que la paciente pueda enfrentarse a su problemática actual.

La integración de las terapias conjuntamente con los objetivos propuestos permitió que la paciente logre sobrellevar el proceso de duelo de ruptura amorosa, mejorando su sintomatología preexistente, recalcando que uno de los aspectos que favorecieron al logro del tratamiento fue su participación activa y compromiso en cada sesión.

Recomendaciones

Se sugiere realizar más investigaciones en los apartados de los ejes de las Z ya que no existe suficiente información bibliográfica para el estudio de los casos pese a existir una gran demanda.

Se recomienda intervenciones psicosociales para ayudar a los migrantes a la adaptación del nuevo entorno, esto con la finalidad de generar bienestar psicológico y brindar nuevas oportunidades de mejora a las condiciones de vida.

Se motiva a integrar más técnicas como por ejemplo la terapia de tercera generación como el Mindfulness, Aceptación y compromiso que según las nuevas investigaciones ayudan a aumentar la conciencia de los pensamientos, sentimientos y acciones.

Referencias

- Alanís, N. (2018). *Reestructuración cognitivo-emocional tras un proceso de duelo integrando técnicas breves centradas en soluciones y cognitivo-conductuales* [Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Institucional RiUANL. <http://eprints.uanl.mx/16543/1/1080291934.pdf>
- Alvarado, E., y Oliveros T, (2002). *Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de personalidad Big Five (BFQ) en estudiantes de psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga* [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. Repositorio Institucional RiUNAB. <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/15844>
- Álvarez, G., y Correa, U. (2020). Intervención psicológica en trastornos del sueño: una revisión actualizada. *Revista Clínica Contemporánea*, 11(11), 1-13. <https://doi.org/10.5093/cc2020a9>
- Arteaga, B. (2019). *Intervención cognitivo-conductual en terapia familiar o en terapia marital. Principios teóricos, técnicas de intervención y eficacia* [Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional RiCADE - ICAI - CIHS. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31853/TFG%20-%20Arteaga%20Cristino%2C%20Beatriz.pdf.pdf?sequence=1>
- Baader, T., Molina, J., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(1), 10-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Barba, V. (2019). Prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores atendidos en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo. Agosto 2018–mayo 2019 [Tesis de grado, Universidad Católica de Cuenca]. Repositorio Institucional

RiUCACUE <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8732/1/9BT2019-MT1151.pdf>

Bartolomé, L., y Gutiérrez, N. Evaluación del nivel de autoestima e intervención enfermera. *Las enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro*, 472.

https://www.researchgate.net/profile/Rocio-Julia-Sanchis/publication/316512289_Evolution_of_Transdisciplinary_Expressive_Therapies_in_the_Hospitalization_Unit_of_Psychiatry_and_the_effect_it_produces_on_people_during_their_admission_Evolucion_de_las_Terapias_Expresivas_Transdisc/links/5901b7844585156502a10bb2/Evolution-of-Transdisciplinary-Expressive-Therapies-in-the-Hospitalization-Unit-of-Psychiatry-and-the-effect-it-produces-on-people-during-their-admission-Evolucion-de-las-Terapias-Expresivas-Transdis.pdf#page=472

Batalla, F. (2019). "Psicoterapia de enfoque dialéctico conductual en hombres con dependencia emocional" [Tesis de grado, Universidad Autónoma del Estado de Morelos].

Repositorio

Institucional

RiUAEM. http://riaa.uaem.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/764/BARE_DB05T.pdf?sequence=1

Brabete, A. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(37), 11-29. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645433002.pdf>

Caiza, M., & Menéndez, M. (2022). *El duelo y las consecuencias psicológicas y conductuales que surgen al momento que existe una ruptura amorosa en la etapa de la adolescencia, entre los 15 a 18 años* [Tesis de grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil] RiUCSG. <http://201.159.223.180/bitstream/3317/18220/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-408.pdf>

Candela, E. (2020). *Acoso escolar y depresión en adolescentes de una institución educativa pública del distrito de Chancay, Lima* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo].

Repositorio

Institucional

RiUCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/68202/Alcalde_GRG-SD.pdf?sequence=1

- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- De la Serna, J. (2018). El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica. En J.M. De la Serna. Entrenamiento en habilidades básicas del psicólogo clínico-sanitario: Descubre cómo empezar en el ámbito de la Salud Mental. Hackensack: Babelcube Inc., 58-77. <https://www.riped-online.com/articles/psychology-and-diabetes-care-a-practical-guide.pdf>
- Domínguez, V. (7 de marzo de 2019). *Técnica de autoestima: el árbol de los logros*. RED CENIT. <https://www.redcenit.com/tecnica-de-autoestima-el-arbol-de-los-logros/>
- Espinosa, V., Salinas, J., Torres-Torija, C (2017). Incidencia del duelo en la ruptura amorosa de estudiantes universitarios en un Centro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS). *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2). <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.001>
- Felix, M., Ferreira, M., Oliveira, L., Barichello, E., Pires, P., y Barbosa, M. (2018). Terapia de relajación con imagen guiada en relación a la ansiedad preoperatoria: ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101>
- Fernández-Álvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2019). Comentario: Por qué la terapia conductual cognitiva es el estándar de oro actual de la psicoterapia. *Fronteras en psiquiatría*, 10, 123. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00123>
- Fernández-Niño, J. A., & Navarro-Lechuga, E. (2018). Migración humana y salud: un campo emergente de investigación en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20, 404-405. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n4.74970>
- García, C., & Linares, N. (2020). Efecto de la reestructuración cognitiva sobre las distorsiones cognitivas de los adolescentes frente al duelo por fallecimiento de sus

- padres. *Boletín Médico de Postgrado*, 36(1), 38-42. <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/download/2618/1617>
- Garrido, M. (agosto de 2017) ¿Dejaría a mi pareja? Influencia de la gravedad de la transgresión, la satisfacción y el compromiso en la toma de decisión. *Psychosocial Intervention* 26(2). <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.12.001>
- González, A. (2021). *La migración venezolana: inicios y consecuencias. Políticas públicas en defensa de la inclusión, la diversidad y el género iii migraciones y derechos humanos*,
43. http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasjuridicas/oj_20210508_01.pdf#page=44
- González, C., Arboleda, C., y Roldan, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en psicología latinoamericana*, 31(3), 532-545. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242013000300007
- González, P. (2013). Reconciliarse con la vida tras la pérdida: Estudios de un caso de duelo. *Apuntes de Psicología*, 31(3), 336-340. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/446/365>
- Juárez Carrillo, L. L. (2016). *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual en un caso de duelo por separación* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). <http://eprints.uanl.mx/14310/1/1080238005.pdf>
- Lusome, R. y Bhagat, R (2020). Migración en el noreste de la India: entradas, salidas y flujos inversos durante la pandemia. *La revista india de economía laboral: la revista trimestral de la Sociedad India de Economía Laboral*, 63(4), 1125–1141. <https://doi.org/10.1007/s41027-020-00278-7>
- Marquevich, M. (2012). Perspectiva actual de la responsabilidad profesional en el ámbito psicológico-asistencial (aportes en materia de historia clínica y consentimiento informado según las nuevas normativas legales). *Subjetividad y procesos*

cognitivos, 16(2), 44-69. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102012000200003&script=sci_arttext&tlng=es

Montagud, N. (2020). (19, junio de 2020) *Las 6 técnicas de Reestructuración Cognitiva. Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/clinica/tecnicas-reestructuracion-cognitiva>

Morejón, A., Jiménez, R., y Zanin, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/296/277>

Muñoz, S., y Jaramillo, M. (2021). Estrategias de afrontamiento resultantes del proceso de duelo tras una ruptura amorosa en jóvenes universitarios. *Educación, Arte, Comunicación: Revista Académica Investigativa y Cultural*, 2(9) <https://revistas.unl.edu.ec/index.php/eac/article/view/1166/834>.

Paz de Al-Bayat, Y. (2019). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual basada en mindfulness en el manejo de la ira, con mujeres en proceso de divorcio* [Doctoral dissertation, Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado]. Repositorio Institucional RiUP. http://up-rid.up.ac.pa/3856/1/yariela_paz.pdf

Peñañiel, O. (2011). *Ruptura amorosa y terapia narrativa*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 9(1), 53-86. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612011000100002&script=sci_arttext

Peral, A., Carrasco, E., Padilla, N., y Pérez, E. (2021). La utilización de recursos psicológicos en los motivos de la ruptura amorosa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2021/epi212t.pdf>

Perez, L. (2022). Propuesta de programa de prevención para disminuir la ansiedad en personal asistencial de Centros de Salud [Tesis de grado académico, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional

RiUCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/82171/Perez_CLK-SD.pdf?sequence=1

- Ponce, A., y Pinto, B. (2020). *Enfoque Estructural Y Terapia Centrada En El Problema Aplicada A La Ruptura Amorosa*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 18(1), 244-270. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612020000100010&script=sci_arttext
- Quiñones, P., Montalvo, G., Chamilco, C., y Alomia, E. (2020). 4 Técnicas, 2 métodos y 14 instrumentos. Taxonomía de los Instrumentos en Psicología. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 22(1). <https://doi.org/10.18050/revpsi.v22i1.2139>
- Rodríguez, A., y Gafaro, G. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 146-158. <http://34.231.144.216/index.php/RevistaUCN/article/view/1001/1449>
- Ruiz, V., y Solís, F. (2018). Terapia breve cognitivo-conductual y centrada en soluciones en un caso de duelo por ruptura amorosa en un paciente homosexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 723-752. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182r.pdf>
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 53-60. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
- Sánchez, J. R., & Sánchez, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. R & C Editores. <https://www.academia.edu/download/79831527/manual-de-psicoterapia-cognitiva.pdf>
- Sanchez, C., y Fernandez, E. (2017). Terapia cognitivo conductual y soluciones con sus alternativas para el desarrollo de habilidades sociales en una joven con baja autoestima. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1571-1601. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi174r.pdf>

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y salud*, 25(1), 39-48. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70025-8](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70025-8)

Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García, M. (2014). Criterios y baremos para interpretar el " Inventario de Depresión de Beck-II"(BDI-II), 22(1).<https://eprints.ucm.es/id/eprint/58410/1/Criterios%20y%20baremos%20para%20interpretar%20el%20BDI-II.pdf>