



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Terapia integrativa en una paciente con diagnóstico de
trastorno mixto ansioso-depresivo por violencia de género**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Loaiza Guamán, Gabriela Stefanía

Director: Cabrera Sandoval, Pablo Andrés

LOJA

2023



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-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>

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 19 de junio de 2023

Magister

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Terapia integrativa en una paciente con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo por violencia de género, realizado por Gabriela Stefanía Loaiza Guamán, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Mgtr. Pablo Andrés Cabrera Sandoval.

C.I.: 1104027394

Correo electrónico: pacabrera15@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Gabriela Stefanía Loaiza Guamán, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Terapia integrativa en una paciente con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo por violencia de género, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo 1: presentación del caso, identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema, proceso de evaluación, proceso diagnóstico, diagnóstico presuntivo; capítulo 2: tratamiento, objetivos terapéuticos, plan de tratamiento; capítulo 3: resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones; siendo Mgtr. Pablo Andrés Cabrera Sandoval, director 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: Gabriela Stefanía Loaiza Guamán

C.I.: 1150026100

Correo electrónico: gsloaiza1@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Con mucho amor a mis padres por su amor y esfuerzo dedicados durante todos estos años.

A mis hermanos, Samantha y David, quienes me han brindado su apoyo y son mi principal fuente de motivación.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por la vida y por ser mi guía a lo largo del camino.

A mi familia, en especial a mis padres y hermanos por su amor incondicional y apoyo, gracias por sus enseñanzas, principios y valores inculcados.

A la Universidad Técnica Particular de Loja por abrirme sus puertas en el camino de mi formación, proporcionándome las herramientas necesarias para lograr mis objetivos.

Un profundo agradecimiento al Mgtr. Pablo Andrés Cabrera Sandoval, que, con su guía, conocimientos y paciencia, fue indispensable para realizar este trabajo.

A cada uno de mis docentes, que, desde el inicio del camino, nos apoyaron, guiaron e impartieron sus conocimientos buscando siempre nuestro aprendizaje de manera que seamos buenos profesionales.

De manera especial a la Mgtr. María Mercedes Torres León, quien fue indispensable dentro de mi formación en prácticas preprofesionales, gracias por su confianza, guía y apoyo.

A Cristian, quien, me ayudó a levantarme cuando en el proceso todo parecía perdido, gracias por tu cariño y apoyo siempre.

A mis amigas Daniela y Jessenia, quienes desde primer ciclo han sido clave para lograr culminar este proceso, apoyándonos, celebrando nuestros triunfos y uniéndonos para superar las adversidades.

A mi amiga Jannara, una de las personas más nobles y bondadosas que encontré en el camino preprofesional, quien me supo guiar y apoyar durante mis prácticas, quien sin duda será una profesional de alto nivel.

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
1.2.1 Entrevista con la paciente	11
1.2.2 Observación clínica.....	12
1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados.....	13
1.3 Proceso diagnóstico.....	19
1.3.1 Diagnóstico Presuntivo	20
1.3.2 Diagnóstico Diferencial	20
1.3.3 Diagnóstico Definitivo	21
Capítulo dos	24
Metodología.....	24
2.1 Tratamiento/Intervención	24
2.1.1 Objetivos terapéuticos	24

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	25
2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.....	28
Capítulo tres	38
Resultados	38
3.1 Análisis de resultados cuantitativos.....	38
3.2. Análisis de resultados cualitativos	39
Discusión.....	41
Conclusiones	46
Recomendaciones.....	47
Referencias	48

Índice de tablas

Tabla 1 Evaluación del Inventario de Depresión de Beck (BDI)	14
Tabla 2 Evaluación del Inventario de Ansiedad de Estado y Rasgo (STAI)	15
Tabla 3 Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck	15
Tabla 4 Evaluación de la Escala de impulsividad de Barratt.	16
Tabla 5 Evaluación del Inventario clínico multiaxial de MILLON-III.....	17
Tabla 6 Inventario de pensamientos automáticos.	18
Tabla 7 Plan de tratamiento implementado a la paciente	25
Tabla 8 Análisis de resultados cualitativos.....	39

Índice de figuras

Figura 1 Genograma de paciente identificada.....	8
Figura 2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck.....	38

Resumen

En el siguiente estudio de caso se presenta el análisis de una paciente de 41 años, de sexo femenino, que fue referida por entidad judicial debido a una denuncia por violencia de género impartida por su pareja, refirió sintomatología asociada a ansiedad y depresión, la cual fue evaluada mediante entrevista clínica, observación clínica y aplicación de reactivos psicológicos, corroborando los resultados obtenidos con la ayuda de manuales diagnósticos, dando como diagnóstico definitivo un Trastorno Mixto Ansioso-depresivo. Se realizó un plan terapéutico acorde a las necesidades de la paciente, donde se abarcaron técnicas con un enfoque integrativo, de las ramas cognitivo conductual y terapia de tercera generación. A lo largo de las sesiones se pudo observar un cambio positivo en su autopercepción, así como la disminución en la sintomatología percibida, influyendo en sus relaciones interpersonales pese a no culminar con totalidad el plan establecido debido a factores externos relacionados al sistema de registro y emisión de turnos dentro de la casa de salud.

Palabras clave: violencia de género, ansiedad, depresión.

Abstract

The following case study presents the analysis of a 41-year-old female patient, who was referred by a judicial entity due to a complaint of gender violence by her partner, who referred symptoms associated with anxiety and depression, which was evaluated by clinical interview, clinical observation, and application of psychological reagents, corroborating the results obtained with the help of diagnostic manuals, giving as definitive diagnosis a Mixed Anxiety-Depressive Disorder. A therapeutic plan was made according to the patient's needs, which included techniques with an integrative approach, from the cognitive-behavioural and third generation therapy branches. Throughout the sessions, a positive change in her self-perception was observed, as well as a decrease in the perceived symptomatology, influencing her interpersonal relationships despite not completing the established plan due to external factors related to the system of registration and issuance of shifts within the health center.

Keywords: violence gender, anxiety, depression.

Introducción

La violencia de género es una problemática social que se ha desarrollado por años, aunque en la actualidad existen leyes que respaldan a las víctimas de violencia, esto no ha cesado los casos de violencia que se denuncian año tras año, los femicidios que van en aumento, o la normalización de actos violentos, sobre todo en países en donde la cultura establece roles de género que comúnmente realizan comentarios y promueven actos que desprestigian la valía de la mujer dentro de la sociedad y vulneran sus derechos fundamentales.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021), define a la violencia de género como toda acción violenta física, sexual o psicológica impartida en contra de la mujer, que incluye amenazas o la privación arbitraria de libertad, estos actos suelen ser perpetrados por sus parejas, y representa una problemática de salud pública, que trasgrede los derechos de la mujer. Las estadísticas mundiales indican que alrededor una de cada tres mujeres han sido víctimas de abusos físicos y/o sexuales de pareja o terceros; además, que casi un tercio de las mujeres entre edades comprendidas de 15 a 49 años, que han mantenido una relación sentimental manifiestan haber presenciado algún tipo de violencia por su pareja (Guedes et al., 2014).

En Ecuador, el informe emitido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2019), refiere que 6 de cada 10 mujeres han vivido algún hecho violento alguna vez en su vida, siendo el 56.9% de esta población quienes han experimentado violencia psicológica, un 35.4% violencia física, un 32.7% violencia sexual y el 16.4% violencia patrimonial. A nivel provincial, Azuay es catalogada como la provincia en la que mayormente se denuncian este tipo de actos, declarando que 80 de cada 100 mujeres experimentan violencia en su vida, seguido por Morona Santiago, Napo y Cañar. (INEC, 2019)

El estudio de Tonsing y Tonsing, (2019) indica que las familias en las que surge este patrón de violencia se establecen desde una ideología cultural de dominancia por el género masculino sobre el femenino, debido a esto prevalecen los casos de abuso, con familias

dentro de un rol patriarcal que justifica la violencia de género por las normas de comportamiento establecidas.

Los factores de riesgo identificados en casos de violencia de género dentro del hogar se asocian a la inestabilidad afectiva relacionada a celos y estrés, nivel socioeconómico bajo, nivel de instrucción bajo, consumo de sustancias y roles de género establecidos por la cultura (Fabián-Arias et al., 2020). En la investigación de Márquez y Mora (2022), se evidencia que, en Ecuador, los factores de riesgo en casos de violencia responden a la edad joven de las víctimas, comprendidas entre 15 a 29 años; del mismo modo, un nivel de instrucción baja, la inserción de la mujer en el ámbito laboral de manera parcial o jornada completa, debido a que culturalmente y de forma errónea se considera que, al ingresar a trabajar, la mujer se deslinda de actividades dentro del hogar; además, que en situaciones se puede referenciar a una competencia de roles entre géneros, lo que causa inseguridad en su pareja; sin embargo, se considera que el establecerse dentro del campo laboral puede ser también un factor protector, puesto que la mujer no presenta dependencia económica de su pareja.

Galarza-Chicaiza y Mayorga-Lascano (2022), en su estudio indican que la victimización, genera secuelas no solo a nivel físico, sino emocional que se desarrollan acorde a los niveles de violencia percibida, como: depresión, ansiedad, estrés postraumático, ideación suicida, somatizaciones, baja autoestima, invalidez y muerte. Guedes et al. (2014), en su investigación identificó que los niveles de violencia ejercida por la pareja o conviviente es directamente proporcional a los niveles de ansiedad y depresión identificados, irrumpiendo significativamente en la salud mental de las víctimas, incidiendo en su actividad laboral y diario vivir.

Aguilar et al. (2022), mencionan en su investigación, la relación intrínseca entre depresión y dependencia emocional, en donde se identifican factores asociados al miedo a la ruptura, intolerancia a la soledad y sumisión; existiendo, ciertas variaciones de acuerdo a la dependencia económica que tenga la persona en relación a su pareja.

La depresión es un trastorno mental común en la población mundial, se presenta con pérdida de placer en actividades y estado de ánimo bajo recurrente; se estima que al menos

el 3,8% de la población experimenta depresión, existiendo predominancia en el género femenino (OMS, 2023).

Así como la ansiedad es una reacción normal, considerada una conducta adaptativa de supervivencia; sin embargo, se convierte en un trastorno cuando esta acción anticipada a una posible amenaza real o supuesta surge a raíz de cogniciones desadaptativas relacionadas a estímulos dañinos que producen un estado de inquietud, preocupación exacerbada, agitación e hipervigilancia, influyendo en el diario vivir de la persona e impidiendo realizar sus actividades con normalidad (Macías-Carballo et al., 2019).

Es por ello que, el trastorno mixto ansioso-depresivo, es una patología mental en la que se encuentran presentes tantos síntomas de ansiedad y depresión; sin embargo, no existe un predominio de alguno, por lo que no se justifica un diagnóstico por separado (OMS, 1992). De acuerdo a la literatura propuesta por Echeburúa et al. (2000), las características asociadas a un cuadro clínico mixto ansioso-depresivo, son a) presentar simultáneamente síntomas de ansiedad y depresión, con frecuencia somatizados; b) inexistencia de acontecimientos traumáticos; c) rasgos de personalidad de evitación, dependientes u obsesivos; c) presencia de inflexibilidad, preocupación por detalles, expresión emocional restringida, disminución de autoestima y distorsiones cognitivas asociadas a ansiedad y depresión.

La escasa información respecto al trastorno mixto ansioso-depresivo sugiere un tratamiento farmacológico para la reducción de síntomas; sin embargo, este método de tratamiento no modifica los estilos de vida de las personas, y por lo general, existe poca adherencia al tratamiento; debido a esto, se sugiere realizar una intervención psicoterapéutica orientada en la combinación de estrategias psicológicas como el control de ansiedad con técnicas de relajación; reestructuración cognitiva de pensamientos desadaptativos; mejora de autoestima, implicación en actividades gratificantes, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas (Echeburúa et al., 2000).

Ante lo previamente analizado, surge la necesidad de realizar estudios que aporten información relevante y sustenten futuras investigaciones respecto a esta problemática social, por esto la importancia de la presente investigación.

El objetivo del presente estudio de caso consiste en realizar una intervención terapéutica a una paciente mujer de 41 años, víctima de violencia de género, realizando un abordaje integrativo de las corrientes cognitivo conductual y aceptación y compromiso para el tratamiento de un trastorno mixto ansioso-depresivo, implementando distintas técnicas como psicoeducación, técnica del espejo, técnica de respiración, técnica de tiempo fuera, autoinstrucciones, parada de pensamiento, resolución de conflictos; para posteriormente realizar la comparación de resultados que se obtuvieron al inicio del proceso de evaluación con la aplicación de distintas baterías psicológicas y al final, a través de la reevaluación y observación clínica del terapeuta.

Por consiguiente, un patrón conductual identificado en mujeres víctimas de violencia de pareja, es la implementación de estrategias de afrontamiento conformistas, empleando la evitación cognitiva y aceptación o resignación, como formas de resolución de problemas, lo que genera una disminución de autoestima en la mujer, aumentando su vulnerabilidad frente a la problemática (Aguilar et al., 2022).

Las temáticas que se abordan en el presente estudio se encuentran divididas en tres capítulos: en el primer capítulo se realiza una presentación del caso, los datos de identificación de la paciente, la dinámica familiar existente a través de un genograma, la demanda de la paciente y sintomatología con la que se presenta a consulta, se explica el proceso de evaluación y los instrumentos psicológicos implementados para establecer el diagnóstico definitivo. El segundo capítulo corresponde al trabajo terapéutico realizado, con la fijación de objetivos terapéuticos y el plan de intervención estructurado, se explica lo realizado dentro de cada sesión. En el tercer capítulo se detalla el análisis de resultados cuantitativos y cualitativos pre y post tratamiento, se presenta la comparación con otras investigaciones, conclusiones del análisis de puntos relevantes del trabajo realizado y recomendaciones para la implementación de futuras investigaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

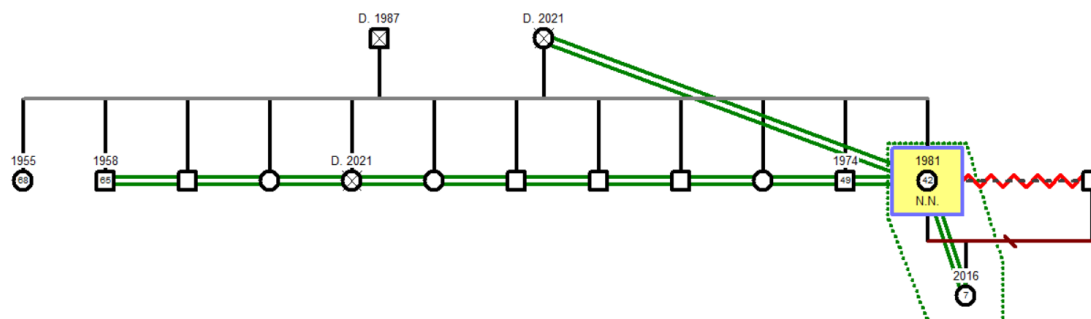
1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la 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 de sexo femenino, de 41 años de edad, procedente de Catacocha, reside en la ciudad de Loja desde los 12 años, madre soltera de una niña de 7 años, de nivel socioeconómico medio, actualmente labora en una entidad privada ejerciendo su profesión de ingeniera civil, posee dos títulos de cuarto nivel y su preparación es continua. Proviene de una familia nuclear, tradicional y católica, conformada por 14 miembros, es la última, de 12 hijos, en la cual mantiene una relación muy cercana con su hermano mayor, quien asumió el rol paterno cuando su padre falleció, esto ocurrió cuando la paciente tenía 7 años. En la actualidad, su hogar es monoparental, puesto que convive con su hija, con quien mantiene una relación bastante cercana.

Su madre era ama de casa y fallece a causa de fibrosis pulmonar cuando la paciente tenía 40 años, menciona que su relación era bastante cercana, sobre todo durante la etapa de separación con su pareja, debido a que habría sido su apoyo fundamental. La relación de la paciente con todos sus hermanos es cercana, indicando que se han apoyado a lo largo de cada etapa. Respecto a su pareja, la paciente mantiene una relación distante y conflictiva, dejaron de convivir en el año 2021 y solamente mantienen contacto por su hija.

Figura 1*Genograma de paciente identificada*

Nota. Esta gráfica explica la dinámica familiar de la paciente y la relación entre los miembros

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude a consulta psicológica por problemas relacionados a causas legales con su expareja y un duelo no superado debido a la muerte de su madre, lo que genera sintomatología como: labilidad emocional, alteraciones de sueño, ideas de persecución por parte de su expareja y descuido en su apariencia; esto ha afectado en gran medida a su estado de ánimo, sus relaciones laborales e interpersonales.

Actualmente, se continúa con el proceso psicoterapéutico, puesto que previamente la paciente fue atendida en cuatro sesiones por los profesionales de la casa de salud, la paciente acude por derivación judicial, debido a una demanda interpuesta en el mes de marzo de 2021 en contra de su expareja por supuestas agresiones físicas y psicológicas, dicho proceso inició en el mes de diciembre del año 2020.

Acorde a la sintomatología y malestar relatado por la paciente durante la entrevista, la demanda del paciente consiste en mejorar su percepción respecto a sí misma, sus hábitos de sueño, así como sus relaciones interpersonales y laborales.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Paciente interpone una demanda en contra de su ex pareja en el mes de marzo de 2021, debido a conflictos que iniciaron cuando se trasladaron a Catacocha junto a su hija de

4 años, menciona que durante los 3 años de convivencia, se suscitaron peleas, insultos y agresiones por actos de celos de su expareja, a lo que refiere: "Yo soy ingeniera civil y en mi ámbito laboral, la mayoría son hombres, yo me levantaba, me arreglaba y él siempre me decía que para quién me arreglo, que por qué voy así al trabajo", esto generó en la paciente un constante miedo, refirió que este temor aumentaba al pensar que su ex pareja es una persona que realiza la actividad de halterofilia, potenciando los pensamientos de una agresión hacia ella o su hija; además, manifiesta que tras estos acontecimientos empezó a sentirse cansada, irritable, con una tristeza persistente, alejándose de su círculo social, por lo que prefería estar en casa; notó descuido en su imagen personal por los celos latentes, expresando: "Yo empecé a deteriorarme, ya no me arreglaba, no me maquillaba, él salía de mañana y yo esperaba que salga para salir".

Comenta que en múltiples ocasiones intentó separarse, pero recibía amenazas constantes de su parte; sin embargo, debido a un incidente que atentó contra su vida, la paciente decide denunciar los actos de violencia por parte de su expareja y solicita una boleta de alejamiento. Después de haber colocado la denuncia, regresa a la ciudad de Loja junto a su hija y se instala en casa de su madre, añade: "yo no quería que él supiera donde vivo, porque tengo mucho miedo". Menciona que, luego de este hecho, inició la pandemia por Covid-19, por lo que, durante esta etapa debido a las restricciones sanitarias, su expareja no se acercó; sin embargo, refiere que recibía constantemente llamadas preguntando sobre su hija, pero siempre en un tono soez. La paciente manifestó haber notado que él grababa sus conversaciones con el propósito de utilizarlas como evidencia en el tribunal. Esta situación exacerbó sus síntomas de ansiedad, haciéndole creer que estaba cometiendo algún acto incorrecto.

La expareja de la paciente solicita un acercamiento con su hija cuando las restricciones sanitarias disminuyeron, N.N. accedió; sin embargo, menciona que esta situación le generó síntomas como: taquicardia, dolor de cabeza, presión en el pecho, temblor en su cuerpo, por el miedo que pudiese causarles daño. La paciente mencionó que cuando él visitaba a su hija, ella siempre la llevaba a parques donde hubiera una mayor presencia de

personas, con el objetivo de brindar un ambiente seguro para que jugaran, evitando cualquier interacción con él.

La paciente al percatarse de la insistencia de su expareja por ver a su hija con mayor frecuencia y debido a varios incidentes en los que el padre recogió a la menor en la escuela sin autorización ni aviso previo a la madre, decide presentar una demanda por régimen de visitas, observando que incluso su hija empieza a tener cierto temor debido a las acciones del padre. Una de las situaciones que exacerbó los síntomas en la paciente ocurrió cuando un conocido en común le mencionó que su expareja la estaba siguiendo. La paciente trabaja desde casa y notó que casi todos los días un automóvil se estacionaba afuera de su residencia. Menciona: "Yo no podía dormir, en la madrugada me levantaba y me quedaba despierta hasta que amanecía, sentía que se me iba el aire, tengo pensamientos sobre toda esta situación y para evitarlos o tratar de calmarlos suelo comer desesperadamente, he subido de peso".

En la actualidad, la paciente menciona sentir cierta tranquilidad al alejarse de su expareja, pero vive constantemente con miedo cada vez que sale de su hogar. Aunque trata de mantener la calma por el bienestar de su hija, todavía experimenta temor cuando lo ve, ya que constantemente piensa que él podría causarle daño a ella o llevarse a su hija. Además, se ha distanciado de su familia y amigos, su autoimagen se ha visto afectada negativamente y presenta un sentimiento recurrente de culpabilidad por haber estado en una relación poco saludable. Su mayor anhelo siempre fue tener una familia unida, y debido a esta experiencia, ahora tiene dudas sobre si podrá confiar nuevamente en futuras relaciones. Menciona también sintomatología depresiva caracterizada por un constante cansancio y sentimiento de tristeza profunda que ha causado deterioro en el ámbito social, ocasionando un aislamiento de su círculo social como amigos y familia, prefiriendo quedarse en casa; así mismo, dentro del ámbito laboral, menciona disminución de la concentración por lo que le cuesta realizar sus actividades de manera adecuada.

En agosto de 2021, la paciente experimentó un evento significativo cuando su madre falleció a causa de fibrosis pulmonar. Esta situación tuvo un profundo impacto en su vida, ya

que vivía con su madre y dependía de ella como su principal fuente de apoyo. Durante las sesiones con los profesionales de la casa de salud, se abordó el proceso de duelo y la paciente logró afrontar esta situación de manera constructiva. En el mes de noviembre de 2022, el hermano mayor de la paciente fue diagnosticado con fibrosis pulmonar, siendo un evento que afectó significativamente a la paciente. Se realizó un abordaje de contención emocional y la paciente ha ido asimilando de una mejor manera la situación.

La paciente es referida a nuestros servicios el 03 de octubre de 2022, donde se dio seguimiento a lo previamente analizado por los profesionales de la casa de salud; para lo cual, se realizó una entrevista con la paciente para conocer si ha existido cambios desde la última sesión, a lo que refirió que se encontraba asistiendo a sesiones de acupuntura y el uso de productos naturales como parte del tratamiento para mejorar sus hábitos de sueño. Manifiesta que existió una mejora significativa en su ciclo de sueño, sin embargo; persiste el cansancio y frustración por la situación que estaba atravesando, continúan los pensamientos distorsionados respecto a su autoimagen, ideas catastrofistas y preocupación excesiva por el futuro, los atracones de comida son más frecuentes por lo que desde la última sesión se evidenció una subida de peso, con todo esto se explicó a la paciente que se realizaría un trabajo conjunto, para lo cual era necesario su compromiso y predisposición dentro del tratamiento.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación se efectuó en cuatro sesiones de 45 minutos cada una, dentro de la casa de salud de manera presencial. Para complementar este proceso se implementaron técnicas de observación y entrevista de tipo semiestructurada, reactivos psicológicos para corroborar la sintomatología descrita y posterior para realizar la valoración respectiva.

1.2.1 Entrevista con la paciente

La entrevista psicológica es una técnica psicológica implementada para la recolección de información y evaluación dentro del proceso terapéutico, caracterizada por su versatilidad, dinamismo y flexibilidad para realizar un abordaje acorde a las necesidades del paciente, se

la puede catalogar como un “proceso de relación interpersonal planificada” (Perpiñá et al., 2012).

- **Primera entrevista:** En la primera sesión se presentó el primer contacto con la paciente estableciendo Rapport, posterior a ello se indicó la forma en la que se va a desarrollar la sesión, la duración de la consulta, la frecuencia y el acuerdo de confidencialidad con sus respectivos límites, al tratarse de un caso judicial. Posterior, se recolectó información respecto a sus datos personales, la razón por la cual existió la derivación judicial, se indaga sobre hábitos alimenticios y de sueño, si existe consumo de sustancias o tratamiento farmacológico, padecimiento de enfermedades.
- **Segunda entrevista:** En la segunda sesión se continuó con la entrevista, realizando preguntas respecto a la dinámica de su hogar, la relación con cada uno de los miembros de su familia, la percepción respecto a sí misma, su nivel de instrucción, ocupación y actividades que realiza.
- **Tercera entrevista:** Dentro de la tercera entrevista se indagó respecto a su historia de vida desde la niñez, adolescencia y adultez. Se inició el proceso de evaluación y se mencionó a la paciente respecto al consentimiento informado para solicitar su permiso de trabajar su caso.
- **Cuarta entrevista:** Durante la cuarta sesión, se continuó con el proceso de evaluación implementando reactivos psicológicos, además que se preguntó respecto a la dinámica de sus relaciones interpersonales y de pareja.

1.2.2 Observación clínica

La observación clínica es una herramienta psicológica que permite detectar los movimientos, comportamientos, actitudes y expresiones que el paciente manifiesta durante la entrevista, teniendo en cuenta aspectos como: la imagen del paciente, el grado de aseo, vestimenta, gestos, tono de voz, modales, fluidez verbal, colaboración y control emocional; todos estos factores analizándolos de manera integral (Perpiñá et al., 2012).

Durante la entrevista realizada a la paciente se pudo observar un estado consciente; lúcida; orientada en tiempo, espacio y persona; euproséxica; su memoria de fijación y evocación se encontraba preservadas; en torno a su pensamiento se encontraba preservado en velocidad y estructura, sin embargo su pensamiento en cuanto a contenido se evidenciaban ideas de autosabotaje, culpabilidad, ideas catastrofistas; sensopercepción sin aparente alteración; lenguaje verbal coherente y fluido, así como un tono de voz medio; labilidad emocional (llanto fácil); abulia al realizar actividades que antes encontraba placenteras; psicomotricidad sin aparente alteración; introspección de minusvalía y desaprobación a sí misma. Respecto a sus hábitos de sueño, se encontraba alterado al llegar a consulta (insomnio), en el mes de agosto de 2022 se sometió a tratamiento de acupuntura (proceso culminado) lo que le ha ayudado a que su sueño sea reparador; en cuanto a su apetito, la paciente indica que tiene atracones de comida cuando se encuentra ante situaciones estresantes, lo que ha ocasionado que suba de peso significativamente. Respecto al deseo sexual, la paciente menciona desinterés, al momento no desea tener una pareja. Su inteligencia se encuentra acorde a su edad cronológica, así como su juicio y razonamiento.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Para la evaluación clínica se aplicaron los siguientes reactivos psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck (BDI). El Inventario de Depresión de Beck fue desarrollado por Aaron Beck en base a las descripciones verbales de sus pacientes dentro de consulta y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ta edición. Esta batería psicológica está compuesta por 21 ítems, organizados en cuatro fases, utilizando una escala de 0 a 3, su objetivo es evaluar la intensidad de sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de la evaluación en individuos desde los 13 años de edad. Para obtener los resultados de la escala se considera que la puntuación total de los 21 ítems fluctúa entre 0 a 63. En caso de obtener dos respuestas en la misma pregunta, se considera la respuesta de mayor puntuación. Un puntaje de 0 a 13 indica un grado de depresión mínimo o ausencia de depresión, puntajes de 14 a 19 corresponden a un grado de depresión leve, promedio de 20 a 28 indica depresión moderada

y si el rango se encuentra entre 29 a 63 puntos indica un cuadro de depresión grave o severa (Barreda, 2019). En dicho instrumento Beck et al. (1998), demostraron que las propiedades psicométricas son favorables para la ejecución de pacientes que presentan o no patologías. Es decir, el alpha de Cronbach es de 0,86, en cuanto a la validez, arrojó un 0,74 con la escala de Hamilton.

Tabla 1

Evaluación del Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	23 puntos	Depresión moderada

Nota. Datos obtenidos en del inventario de depresión de Beck (BDI) pretratamiento

Se evidencia una calificación sobre el rango normal de 23 puntos, lo que indica niveles de depresión moderada, con manifestaciones de labilidad emocional, insomnio, atracones de comida.

State Trait Anxiety Inventory (STAI). Instrumento autoadministrado elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970, compuesto por 2 escalas de tipo Likert con 20 enunciados en cada una, utilizada para valorar diferentes aspectos de la ansiedad, su duración es de 20 minutos aproximadamente. La primera escala STAI-R (ansiedad de rasgo), evalúa la frecuencia de percepción que tiene un individuo ante situaciones amenazadores, para contestar el evaluado debe señalar entre 4 opciones (0 refleja “casi nunca” a 3 “casi siempre”); la segunda escala es la STAI-E (ansiedad de estado), se centra en indicar la condición emocional del sujeto, como los sentimientos de tensión y aprensión (donde 0 equivale “nada” y 3 “mucho”), haciendo referencia a sus sentimientos de forma transitoria en presente (Posada y Castañeiras, 2005). El STAI tiene una confiabilidad de 0.87; así como, también una consistencia interna de 0.81, por lo que, es favorable aplicar el instrumento en personas con sintomatología ansiosa (García et al., 2017).

Tabla 2*Evaluación del Inventario de Ansiedad de Estado y Rasgo (STAI)*

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
State Trait Anxiety Inventory (STAI)	Ansiedad de rasgo: 29 puntos. Ansiedad de estado: 23 puntos.	Sobre el promedio Sobre el promedio

Nota. Datos obtenidos de Cuestionario de Ansiedad de estado y rasgo del inventario STAI pretratamiento

La paciente puntúa 29 en Ansiedad de Rasgo, indicando un nivel sobre el promedio, persisten los sentimientos de ansiedad ante las diferentes situaciones de la vida. En cuanto a Ansiedad de Estado se visualiza una puntuación sobre el promedio de 23, revelando que su condición emocional fluctúa entre sentimientos de tensión y aprensión.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). El Inventario de Ansiedad de Beck desarrollado por Aaron Beck en 1988, es un instrumento autoaplicable, compuesto por 21 ítems que miden dos factores: la sintomatología somática y la sintomatología asociada a síntomas subjetivos de ansiedad y pánico. La calificación de los ítems se presenta una escala de tipo Likert de 4 opciones de respuesta que oscilan de 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 el síntoma en un grado severo (Vizioli y Pagano, 2022). Una puntuación de 0 a 5, indica un grado de ansiedad mínima o ausencia de ansiedad; de 6 a 15 puntos, nivel de ansiedad leve; puntuación de 16 a 30, ansiedad moderada, y si la puntuación oscila entre los valores de 31 a 63 indica un nivel de ansiedad grave o severo. El criterio que considera un cuadro de ansiedad clínicamente relevante es obtener una puntuación de 16 o más (Guillén y González, 2019). Además, muestra una fiabilidad de alpha de Cronbach de 0.91, lo que es viable aplicar el reactivo para determinar la patología (Padrós et al., 2020).

Tabla 3*Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck*

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	3 puntos	Nivel mínimo de ansiedad

Nota. Datos obtenidos del inventario de Ansiedad de Beck (BAI) pretratamiento

Se evidencia una puntuación de 3, que indica un nivel mínimo de ansiedad; sin embargo, la sintomatología a través del relato de la paciente y observación clínica descarta este resultado.

Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11). La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), desarrollada en 1995, es un instrumento que mide la impulsividad en adolescentes y adultos, compuesta por 30 ítems de 4 opciones de respuesta cada una, donde 0 equivale a raramente o nunca, 1 ocasionalmente, 3 a menudo, 4 siempre o casi siempre. Se encuentra dividida en 3 subescalas denominadas impulsividad cognitiva (Atención) que contiene 8 ítems, impulsividad motora que consta de 10 ítems, e impulsividad no planeada compuesta por 12 ítems. Es una escala autoaplicable o heteroaplicable y para su calificación se toma en cuenta los ítems que se puntúan a la inversa 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30. Los puntajes del test oscilan entre 30 a 120 puntos y no se ha establecido un punto de corte específico; sin embargo, algunos estudios indican que un puntaje mayor a 74 es un valor considerado significativo. El coeficiente de alpha de Cronbach es del 0.77 y demostró una correlación significativa de $p < 0,001$ entre el BIS-11 y la escala de Impulsividad DSM-IV (Salvo y Castro, 2013).

Tabla 4

Evaluación de la Escala de impulsividad de Barratt.

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)	Total: 44 puntos Imp. Cognitiva: 14 puntos Imp. Motora: 13 puntos Imp. no planeada: 17 puntos	Patrones considerados normales.

Nota. Datos obtenidos de la Escala de Impulsividad de Barratt pretratamiento

Se evidencia una puntuación total de 44 puntos que indica niveles de impulsividad bajos. En el nivel de impulsividad cognitiva, la paciente obtuvo 14 puntos, lo que sugiere que sus niveles de concentración son adecuados; en cuanto a la impulsividad motora, obtuvo un puntaje de 13, que muestra un nivel bajo a actuar rápidamente ante estímulos; en base a impulsividad no planeada, la paciente no muestra planificación y organización de actuaciones futuras.

Inventario clínico multiaxial de MILLON-III. Inventario Clínico y Multiaxial de Millon III (MCMI-III): Instrumento que consta de 175 ítems que evalúa la personalidad, reconocimiento de emociones, trastornos con opciones de respuesta de verdadero o falso, agrupado en 24 escalas incluyendo a las escalas de control como sinceridad, deseabilidad social, devaluación y validez, además de la personalidad esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsiva, negativista, autodestructiva, esquizotípica, límite y paranoide, también síndromes clínicos. Cabe recalcar que la existencia del trastorno debe tener una puntuación mayor a 85 (Ballester y Villanueva, 2014). Se demostraron valores bajos en cuanto a la confiabilidad esto en personas privadas de libertad de Chile; sin embargo, en la correlación entre las dimensiones se evidenció 0.001 como resultado significativo (Souci y Vinet, 2013).

Tabla 5

Evaluación del Inventario clínico multiaxial de MILLON-III

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario clínico multiaxial de MILLON-III	<p>Patrones clínicos de personalidad: Compulsivo: 89 puntos</p> <p>Síndromes clínicos: Trastorno de ansiedad: 86 puntos</p>	<p>Compulsivo: Orientación pasiva-ambivalente. Personas que han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta suele ser prudente, controlada y perfeccionista ocasionando un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social.</p> <p>Trastorno de ansiedad: Pacientes con sentimientos aprensivos o fóbicos, son tensos, indecisos e inquietos y tienen a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos,</p>

nauseas. Muestran estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación.

Nota. Datos obtenidos del inventario de Ansiedad de Beck (BAI) pretratamiento

Paciente muestra patrones clínicos de personalidad compulsiva, es decir existen rasgos de perfeccionismo y control sobre las cosas, así como una inflexibilidad cognitiva; la paciente, además, muestra la presencia de un síndrome clínico de trastorno de ansiedad caracterizado por preocupación persistente y excesiva.

Inventario de pensamientos automáticos (Ruíz y Luján, 1991). El Inventario de Pensamientos Automáticos creado en 1991 por Ruiz y Loján, consta de 45 ítems que identifican 15 tipos de distorsiones cognitivas que pueden estar presentes en el pensamiento de las personas (filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de cambio, etiquetas globales, culpabilidad, los debería, falacia de razón y falacia de recompensa divina), esta escala presenta altos índices de confiabilidad y validez. Se presenta cuatro opciones de respuesta en una escala de tipo Likert donde “0” indica “nunca pienso en eso”, “1” “algunas veces lo pienso”, “2” “Bastantes veces lo pienso”, “3” “con mucha frecuencia lo pienso”. Si la suma de las puntuaciones es mayor a 2 puntos, indica que el pensamiento está generando molestias y una puntuación de 6 indica un problema significativo sobre ese pensamiento. Para este Inventario el resultado de consistencia interna fue de 0.91, mostrando un instrumento óptimo para su aplicación (Naranjo, 2020).

Tabla 6

Inventario de pensamientos automáticos.

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de pensamientos automáticos (Ruíz y Luján, 1991)	Interpretación del pensamiento: 4 puntos	Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto, es

	capaz de adivinar qué sienten los demás respecto a ella.
Visión catastrófica: 3 puntos	Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse: "Y si": "¿Y si estallara la tragedia?" ¿Y si me sucede a mí?
Falacia de recompensa divina: 5 puntos	Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.

Nota. Datos obtenidos del Inventario de pensamientos automáticos pretratamiento

Paciente muestra patrones significativos en distorsiones cognitivas como: interpretación del pensamiento, obteniendo un puntaje de 4; es decir, tiende a interpretar qué sienten los demás y por qué se comportan de tal manera, sin mediar palabra; visión catastrofista con 3 puntos lo que indica que está en constante expectativa a que algo malo ocurra; falacia de recompensa divina, obteniendo 5 puntos, que demuestra la espera de cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien quien lleva las cuentas de sus actos.

1.3 Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico del paciente se realizó utilizando los manuales de Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-V).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) elaborado por la Organización Mundial de la Salud en

1994, es un instrumento estadístico que permite la clasificación de enfermedades y problemas relacionados, agrupando las enfermedades y problemas en términos mediante una codificación que sea de uso universal por personal de salud y otros (Gómez, 2015).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales diseñado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el año 2013, detalla la sintomatología y criterios de los trastornos mentales permitiendo establecer un diagnóstico preciso por parte de los psiquiatras y psicólogos clínicos (García, 2018).

Por lo que tomando en cuenta lo descrito anteriormente se llega a los siguientes diagnósticos; los cuáles, se irán descartando en función a los criterios establecidos en los manuales diagnósticos y así, obtener un diagnóstico final.

1.3.1 Diagnóstico Presuntivo:

- F43.1 Trastorno de estrés postraumático.
- F41.1 Ansiedad Generalizada.
- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F41.2 Trastorno Mixto Ansioso-depresivo
- Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales.

1.3.2 Diagnóstico Diferencial:

El diagnóstico diferencial es una herramienta psicológica que permite descartar y diferenciar el diagnóstico definitivo de otras explicaciones de una posible patología; este proceso se realiza posterior a la entrevista clínica psicológica, donde previamente se han observado indicadores de una posible patología como sintomatología, que a su vez ha sido corroborada por los resultados de la aplicación de distintos reactivos psicológicos dentro de la evaluación clínica (De la Sierna, 2018).

- **F43.1 Trastorno de estrés postraumático**

Criterios DSM-V

Se descarta el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático debido a que la paciente, tras el acontecimiento traumático no cumple con el criterio A que manifiesta que la

persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha sido atentada su integridad física y ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Así mismo, no cumple con el criterio E, donde menciona que los criterios B, C y D se prolongan más de 1 mes.

Criterio B, que indica que ha reexperimentado recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar; sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.

Criterio C, que demuestra una evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático. Criterio D, como: dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto.

Criterios CIE-10

Se descarta el diagnóstico debido a que la paciente no presenta episodios persistentes de revivir el hecho en forma de sueños o flashbacks (criterio B). Se excluye el criterio C, asociado a la evitación de circunstancias parecidas a la situación estresante. Del criterio D, la paciente no cumple con el primer punto que menciona una incapacidad para recordar aspectos del periodo de exposición al suceso estresante. La paciente no cumple con el criterio E que menciona que deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de un periodo de seis meses.

1.3.3 Diagnóstico Definitivo:

- **F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo**

Criterios Ansiedad DSM-V

Los criterios del DSM-V para diagnóstico de ansiedad se asocian a preocupaciones excesivas que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses en diversos sucesos dentro de la actividad laboral.

La paciente cumple con los siguientes criterios: criterio A, a la paciente le es difícil controlar la preocupación; del criterio B, la ansiedad y preocupación cumple a cuatro de los

seis síntomas: inquietud, dificultad para concentrarse, tensión muscular, insomnio. En cuanto al criterio C, la alteración no se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia ni otra afección médica. Así mismo, cumple con el criterio E, que especifica que la alteración no se explica por otro trastorno mental.

Criterios Ansiedad CIE-10

La paciente cumple con los siguientes criterios: criterio A, presencia de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre acontecimientos y problemas de la vida diaria. El criterio B, presencia de cuatro de los siguientes síntomas clasificados por grupos: a) síntomas autonómicos: ritmo cardíaco acelerado y temblor; b) síntomas relacionados con el pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, malestar en el pecho y malestar abdominal; c) síntomas relacionados al estado mental: miedo a morir; d) síntomas generales, sofocos, aturdimiento, tensión, inquietud, sensación de nudo en la garganta; e) otros síntomas no específicos: sobresaltos, dificultad para concentrarse, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño.

Así mismo se cumple criterio D, que menciona que el trastorno no se debe a trastorno orgánico o consumo de sustancias.

Criterios Depresión DSM-V

La paciente cumple con los siguientes criterios: criterio A, cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes en un periodo de dos semanas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días; disminución importante del interés o placer por las actividades; aumento de peso; insomnio; inquietud; pérdida de energía; sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva; disminución en la concentración.

Criterio B, los síntomas causan malestar clínicamente significativo en el campo laboral y otras áreas importantes del funcionamiento. Criterio C, los efectos no se atribuyen a efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica. Criterio E, nunca ha existido la presencia de un episodio maniaco o hipomaniaco.

Criterios Depresión CIE-10

Para establecer un diagnóstico de depresión, se deben cumplir los siguientes criterios: criterio A se deben cumplir los criterios generales: el episodio debe durar al menos dos semanas; no ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos durante ningún periodo de la vida del paciente; el episodio no es atribuible al uso de sustancias psicoactivas. Criterio B, presencia de por lo menos dos de los tres síntomas descritos: humor depresivo; pérdida de interés en actividades que solía encontrar placenteras; disminución de la energía. Criterio C, presentes uno o más de siete síntomas: disminución de la autoestima; culpa excesiva; disminución en la capacidad de concentración; agitación; alteración en el sueño; aumento en el apetito.

La paciente cumple con todos los criterios tanto de ansiedad, como depresión, y ninguno de los dos predomina para establecer un diagnóstico particular; por lo tanto, se establece el diagnóstico de Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2).

- **Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales**

La paciente es referida a la casa de salud por entidad judicial debido a una denuncia interpuesta en contra de su pareja por violencia de género.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

La violencia de género se define como la transgresión de los derechos fundamentales de las personas vinculado a la disparidad de género, se relaciona a cualquier acto destinado a la destrucción, privación de libertad de elección y toma de decisiones, ocasionando daños a nivel individual y social sobre la salud mental y física; no se limita a la edad, cultura, etnia o nivel socioeconómico (Habigzang et al., 2019). El abordaje psicoterapéutico en casos de violencia es útil para reducir los síntomas y mejora de la calidad de vida de la persona, por ello se implementó un modelo integrativo en donde se utilizó un enfoque Cognitivo Conductual (TCC), que cuenta con un fundamento científico en cuanto a su efectividad en la reducción de sintomatología asociada a la exposición de violencia, este modelo se basa en modificar las cogniciones y conductas disfuncionales.

Así mismo, se complementó la intervención psicoterapéutica con el modelo de Aceptación y Compromiso (ACT), el cual implica modificar la forma de percibir la sintomatología para que las personas respondan de manera efectiva a sus metas personales centrándose en el aquí y ahora (Hernández, 2022).

Se planteó trabajar 11 sesiones, de las cuales se aplicaron 8 debido a la disponibilidad de la casa de salud y al agendamiento de turnos, con una duración entre 30 a 45 minutos cada sesión, con una periodicidad entre 15 días a 45 días acorde a la agenda disponible dentro de la casa de salud, las sesiones se llevaron a cabo de forma presencial.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

Se plantearon 4 objetivos terapéuticos en base a la demanda de la paciente:

- Reducir los síntomas de ansiedad y depresión mediante la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva y establecimiento de metas personales.
- Fortalecer la autoestima a través de técnicas de introspección que mejoren la percepción de sí misma, enfatizando sus fortalezas y abordando sus áreas de mejora.

- Desarrollar habilidades de regulación emocional que permita a la paciente afrontar de manera eficaz diversas situaciones de la vida cotidiana.
- Fomentar el desarrollo de habilidades sociales para establecer límites y comunicarse de forma asertiva en sus relaciones interpersonales.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 7

Plan de tratamiento implementado a la paciente

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivo de sesión	Técnica	Observación
1	Fortalecer la autoestima a través de técnicas de introspección que mejoren la percepción de sí misma, enfatizando sus fortalezas y abordando sus áreas de mejora	Identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas personales para establecer objetivos terapéuticos	FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas)	
2	Fortalecer la autoestima a través de técnicas de introspección que mejoren la percepción de sí misma, enfatizando sus fortalezas y abordando sus áreas de mejora	Mejorar hábitos alimenticios e higiene del sueño Fortalecimiento de la autoestima	Psicoeducación sobre higiene del sueño, buena alimentación Técnica del Espejo	
3	Reducir los síntomas de ansiedad y depresión	Reducir los niveles de ansiedad para un	Técnica de respiración cuadrada (4 tiempos)	

	mediante la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva y establecimiento de metas personales	adecuado control de emociones		
4	Fortalecer la autoestima a través de técnicas de introspección que mejoren la percepción de sí misma, enfatizando sus fortalezas y abordando sus áreas de mejora	Sanar heridas emocionales pasadas y establecer metas	Carta al niño herido	Tarea: realizar una "Carta a mi querido doctor", explicando las cosas que aún no ha mencionado respecto al caso judicial
5	Fortalecer la autoestima a través de técnicas de introspección que mejoren la percepción de sí misma, enfatizando sus fortalezas y abordando sus áreas de mejora	Fortalecimiento de la autoestima	Retroalimentación del análisis FODA Retest Inventario de Depresión de Beck.	
6	Desarrollar habilidades de regulación emocional que capaciten a la paciente para manejar de	Reconocer e identificar las emociones básicas y la incidencia en su conducta	Psicoeducación: emociones básicas	Autorregistro diario de emociones

	manera efectiva diversas situaciones de la vida cotidiana			
7	Desarrollar habilidades de regulación emocional que capaciten a la paciente para manejar de manera efectiva diversas situaciones de la vida cotidiana	Modificar respuestas emocionales negativas mediante el análisis de pensamientos para promover una respuesta emocional más positiva Modificar la conducta con tarjeta de ayuda	Tiempo fuera Autoinstrucciones	Implementar técnica de respiración cuatro tiempos antes de dormir. Continuar con autorregistro de emociones
8	Desarrollar habilidades de regulación emocional que capaciten a la paciente para manejar de manera efectiva diversas situaciones de la vida cotidiana	Generar respuestas positivas para mejorar su respuesta ante situaciones aversivas	Parada de pensamiento	Continuar con autorregistro de emociones
9	Fortalecer la autoestima a través de técnicas de introspección que mejoren la percepción de sí misma,	Mejorar la autoestima a través del establecimiento de actividades cotidianas	Isla desierta	Continuar con autorregistro de emociones

enfaticando sus fortalezas y abordando sus áreas de mejora

10	Fomentar el desarrollo de habilidades sociales para establecer límites y comunicarse de forma asertiva en sus relaciones interpersonales	Mejorar habilidades sociales, regular pensamientos negativos e irracionales para mejorar relaciones interpersonales	Banco de niebla	Continuar con autorregistro de emociones
11/seguimiento	Reducir los síntomas de ansiedad y depresión mediante la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva y establecimiento de metas personales	Reforzar técnicas para el manejo de situaciones estresantes y sintomatología ansiosa. Retroalimentar acerca de lo abordado a lo largo del tratamiento	Reforzamiento intermitente Dialogo terapéutico Retest	Revisión de autorregistro de emociones, carta y retroalimentación

Nota. Descripción de plan psicoterapéutico aplicado

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1:**

Durante la primera sesión se aplicó la técnica de FODA, cuyo objetivo fue el de identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas personales para establecer los objetivos terapéuticos.

La técnica del FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas) brinda la posibilidad de identificar los recursos con los que cuenta el individuo para lograr sus objetivos, al mismo tiempo que permite evaluar las debilidades, amenazas y oportunidades presentes

en su entorno. Mediante el uso de esta técnica, se lleva a cabo un análisis detallado y la resolución de problemas, lo que permite al paciente definir una serie de actividades con el fin de alcanzar sus metas deseadas (García y Cano, 2013).

Primeramente, se indicó a la paciente que se realizaría una actividad en conjunto, analizando aspectos personales como cuáles son sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas; en segunda instancia se le presentó a la paciente una hoja con un dibujo de una flor de cuatro pétalos, en donde en el primer pétalo debía escribir cuáles son las fortalezas que ella cree que posee, se le brindó ejemplos y posterior iba llenando este apartado con sus fortalezas; en el segundo pétalo se dio la misma indicación pero esta vez debía describir cuáles cree que son sus limitaciones personales o debilidades; el tercer pétalo correspondía a las oportunidades que considera que tiene a su alrededor para lograr sus metas; por último, dentro del cuarto pétalo escribió las amenazas que le impiden lograr sus metas. Al finalizar, se realizó una observación de punto por punto de lo antes escrito, se analizaron cómo sus fortalezas y oportunidades son y han sido a lo largo de su vida la clave para el cumplimiento de sus metas; así mismo, respecto a sus debilidades y amenazas se plantearon objetivos para potenciar habilidades en el ámbito personal, social, familiar y laboral; logrando cumplir el objetivo de la sesión.

- **Sesión 2:**

La psicoeducación es una estrategia ampliamente utilizada en la intervención psicológica, ya que permite al terapeuta proporcionar información e instruir tanto al paciente como a su familia sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico. Además, brinda alternativas que pueden ser aplicadas en su vida cotidiana para potenciar habilidades y lograr el bienestar (Godoy et al., 2020).

Se realizó un proceso de psicoeducación respecto a la higiene del sueño y buenos hábitos alimenticios, con el objetivo de instruir a la paciente respecto a la importancia de establecer hábitos saludables como parte complementaria del proceso terapéutico, explicándole la funcionalidad del organismo y la asociación a varias patologías.

La autoestima se refiere al conjunto de percepciones y valoraciones que un individuo tiene sobre sí mismo, teniendo en cuenta sus emociones, actitudes, pensamientos y sentimientos (Panesso y Arango, 2017). La técnica del espejo es una herramienta utilizada tanto en niños, adolescentes como en adultos, con el objetivo de permitir que la persona se autoanalice mientras se observa en el espejo. Esta técnica facilita la identificación de los aspectos positivos y negativos de la persona, destacando la importancia de reconocer los aspectos negativos que contribuyen a trabajar en la autoestima y el sentido de valía personal (Wajpeyi, 2020).

Se aplicó la técnica del espejo, con el objetivo de que la paciente se reconozca a sí misma permitiendo la introspección y sustitución de pensamientos negativos para fortalecer su autoestima. Para la aplicación de la técnica se utilizó un espejo, un esfero y hoja de papel. Primeramente, se colocó el espejo frente a la paciente y se le pide que se encuentre en una posición cómoda en la cual ella se pueda observar, posterior a ello se mencionó que se le realizarían algunas preguntas y ella debía irlas contestando mientras se veía al espejo:

1. ¿Qué ve en el espejo?
2. ¿Cómo es la persona que está en el espejo?
3. La persona que está frente al espejo ¿es atractiva?
4. ¿Qué cambiaría de la persona que está frente al espejo?
5. ¿Quién es la persona que se encuentra frente al espejo?
6. ¿Conoce a la persona frente al espejo?
7. La persona frente al espejo ¿tiene cosas buenas que aportar a los demás?
8. ¿Qué cosas buenas tiene la persona que está frente al espejo?
9. ¿Qué cosas malas tiene la persona frente al espejo?
10. ¿Qué es lo que más le gusta de la persona que está reflejándose en el espejo?
11. ¿Cambiaría algo de la persona que se está reflejando en el espejo?

Durante la aplicación de esta técnica, la paciente se mostró nostálgica al realizarle las preguntas respectivas como parte del proceso, sobre todo al realizarle la pregunta: “¿Conoce usted a la persona frente al espejo?”, debido a que no había realizado una adecuada

introspección, identificando una baja autoestima, por lo que buscaba la aceptación de terceros, lo que le impedía desenvolverse en el medio; sin embargo, se realizó una retroalimentación acerca de las metas planteadas en sesiones anteriores y en el trabajo conjunto para mejorar esos aspectos. Al finalizar, la paciente mencionó que se encuentra en un proceso de cambio y su compromiso con el proceso para lograr su bienestar.

- **Sesión 3:**

La técnica conocida como Pranayama Sama Vitri, o más comúnmente como respiración cuadrada, consiste en inhalar y exhalar durante el mismo periodo de tiempo. En esta técnica, se realiza una inhalación de cuatro segundos seguida de una exhalación también de cuatro segundos. Esta práctica es ampliamente utilizada en adultos como una herramienta para regular la respiración y promover la relajación (Morales, 2018).

Se aplicó la técnica de respiración cuadrada (4 tiempos) con el propósito de reducir los niveles de ansiedad para un adecuado control de emociones. Dado que en el día de la sesión la paciente tenía que comparecer ante el juzgado, expresó experimentar un alto grado de ansiedad durante este proceso. Por lo tanto, se decidió emplear una técnica que pueda implementar antes de su comparecencia para ayudar a manejar dicha ansiedad.

Primero, se le indicó que debe ubicarse en una postura cómoda, colocar sus pies en el suelo, su mano izquierda sobre sus piernas, colocar su mano derecha a la altura de su estómago y posterior observar las indicaciones del terapeuta. Se proporcionó la pauta que vamos a inhalar en cuatro segundos, sostener el aire por cuatro segundos y luego expulsar el aire en cuatro segundos y que la terapeuta era quien iba a contar los segundos a lo largo del proceso, así se empezó un ejercicio de prueba en conjunto para observar si las indicaciones fueron claras. Posterior a ello, se le pidió a la paciente que cierre sus ojos y se volvió a realizar el ejercicio, se repitió por cuatro veces la técnica. Al finalizar, se preguntó a la paciente sobre el resultado del ejercicio, ella mencionó que se sintió más calmada, así que se realizó un ejercicio de role playing corto de las posibles preguntas que podrían realizarle y a medida que iba avanzando el ejercicio, la paciente implementó la técnica de respiración, logrando mantenerse en equilibrio y reduciendo su ansiedad.

- **Sesión 4:**

Se realizó la técnica de “Carta al niño herido” con el objetivo de sanar heridas emocionales del pasado para visualizar metas por cumplir. El objetivo de esta técnica es brindar a las personas la oportunidad de expresar la tristeza relacionada con eventos negativos experimentados durante la infancia, adolescencia y edad adulta. La técnica implica escribir una carta a los padres o así mismo en la que se manifiesten las emociones asociadas a esos eventos. Por lo general, estas cartas no se envían como una tarea, sino que se lleva a cabo en un entorno tranquilo y libre de juicios como la de psicología, con el propósito de explorar y liberar las emociones de forma personal y reflexiva (Rodríguez, 2009).

Durante la sesión se brindó una explicación de lo que se iba a realizar dentro de consulta, para lo cual se le presentó primeramente a la paciente una hoja de papel bond en blanco y un esfero, se explicó que iba a escribir una carta a su yo del pasado, en donde iba a redactar los logros que ha alcanzado, los momentos más relevantes que ha presentado en su vida, lo que aún le gustaría lograr, también recalcar los valores que le han permitido lograr sus objetivos. Al término de las explicaciones se preguntó si estaba clara la actividad, a lo que la paciente afirmó. La paciente procedió a realizar la actividad y al concluir se indagó si estaba de acuerdo en leerla en voz alta, ella aceptó y efectuó la actividad, mientras leía su carta la paciente se mostró lábil emocionalmente y mencionó que, a lo largo de su vida, ha logrado grandes cosas y que pese a las dificultades siempre ha logrado afrontarlas de la mejor manera. Al término de la actividad se realizó una retroalimentación acerca de los logros alcanzados y se preguntó a la paciente cómo se había sentido a lo largo de la sesión, a lo que manifestó sentirse bien, aliviada y con una nueva perspectiva respecto a las situaciones que estaba atravesando.

Como tarea complementaria se envió a realizar una “Carta a mi querido doctor”, en donde iba a explicar las cosas que aún no ha mencionado respecto al caso judicial, se dio una previa psicoeducación, explicando la manera en la que se iba a trabajar; se indicó que necesitaría una hoja de papel y un esfero, por la noche, iba a buscar un espacio cómodo y en silencio dentro de su hogar en el cual podía realizar la actividad. Seguidamente, empezaría

a relatar los hechos que vivió con su pareja, los buenos, los malos y los que aún no había mencionado; puesto que, durante la sesión, mencionó que existen datos que aún no habían sido expuestos por miedo. Se preguntó si se había comprendido la actividad a lo cual asintió.

- **Sesión 5:**

Se realizó una retroalimentación del análisis FODA con el propósito de reflexionar sobre los logros alcanzados, las metas por lograr y encaminar a la paciente a realizar actividades para mejorar su autoestima, como retomar salidas con su círculo social, realizar danza junto a su hija, salir los fines de semana a visitar a su familia o a conocer nuevos lugares, cuidar su apariencia física y vestir como se sienta cómoda, comer a horas adecuadas, entre otros. Reconoció que existen habilidades que la han llevado a lograr sus metas en los distintos ámbitos de su vida.

Se realizó el retest del inventario de depresión de Beck, por solicitud de la casa de salud.

- **Sesión 6:**

Las emociones son mecanismos que permiten reaccionar rápidamente ante distintos eventos inesperados como una respuesta de seguridad, funcionan de manera automática y actúan como impulsos para la acción (Bisquerra, 2003).

Se aplicó psicoeducación sobre emociones básicas, para reconocer e identificarlas y conocer cuál es la incidencia en su conducta. Se le explicó a la paciente respecto a las cinco emociones básicas (alegría, tristeza, ira, disgusto, miedo) y cómo estas se manifiestan en las diferentes situaciones de la vida, como por ejemplo, “siento felicidad cuando como un helado, siento tristeza cuando mi hija se enferma, siento ira cuando mis compañeros de trabajo no cumplen con su parte asignada a tiempo, siento disgusto cuando como algo que no me gusta, siento miedo cuando veo una película de suspenso”; así como también, el poder aceptarlas e identificar sus causas; además, se le proporcionó una explicación de cómo puede aprender a regularlas, por ejemplo: cuando siento ira intensa porque mi hija no realizó sus tareas debo respirar y pensar en cual es la mejor alternativa de solución, puesto que mis acciones tienen consecuencias, si elijo agredir a mi hija, voy a obtener una respuesta negativa, pero en

cambio, si enseño y corrijo el error por medio del modelado, es decir indicándole como realizar la actividad, tendré mejores respuestas.

Como tarea se envió a la paciente a realizar un autorregistro de emociones que contiene cuatro casillas; en el cual, la paciente diariamente registraría las emociones que ha sentido en el día, en donde detallaría la situación en la que se desarrolló la emoción; cuáles fueron los pensamientos, imágenes o ideas que surgieron tras el pensamiento; indicaría también cuál es el grado de intensidad de la emoción registrada calificándola en una escala del 1 al 10, siendo “1” (intensidad mínima) “10” (alto intensidad), en la última casilla registraría la forma en la que logró autorregular la emoción en caso de ser necesario.

El autorregistro de emociones es un método para para generar conciencia en el paciente sobre los pensamientos automáticos que se generan tras una emoción, para esto se indica que deberá llevar un registro diario de los pensamientos y emociones que surgen, proporcionándoles una tabla en la debe constatar el día, fecha y hora; la situación que le generó un sentimiento aversivo; pensamientos o imágenes que hayan aparecido durante el incidente; emociones que experimentó y estas deberá calificarlas del 1 al 10 en nivel de intensidad (Olivares et al., 2014).

Con las técnicas implementadas, se cumplió con el objetivo planteado, puesto que la paciente logró identificar cuáles son las emociones básicas, conjuntamente con el autorregistro, pudo calificar su intensidad y las cogniciones que se presentan tras vivir el suceso.

- **Sesión 7:**

La técnica de “tiempo fuera” o “time out” consiste en retirar a la persona de la situación que está generando estrés, se implementa cuando existen factores que mantienen o predisponen ciertos reforzadores que no pueden ser controlados y generan un malestar significativo en la persona (Olivares et al., 2014).

Se aplicó la técnica de tiempo fuera con el propósito de analizar las emociones que se generan tras un pensamiento desadaptativo, para evaluar y evocar una nueva respuesta positiva. Para la aplicación de la técnica, se planteó una situación hipotética a la paciente y

se le pidió las posibles respuestas emocionales que ella pudiera tener en ese momento: “se encuentra en su trabajo y debe presentar un informe sobre la obra que se está ejecutando; sin embargo, uno de sus compañeros, no ha desarrollado sus datos para establecer el análisis y presentar en el informe”, en este caso la paciente mencionó que sentiría ira, frustración, impotencia. El segundo paso consistió en implementar una técnica de modelado, en la cual se explicaría a la paciente cómo puede reaccionar de manera adaptativa ante la situación, en donde primero aplicaría una técnica de respiración, posterior a ello contaría en reversa del número 30 al 1 en forma descendente, seguidamente podría evaluar las alternativas de solución y después de hacer una lluvia de ideas de las posibles soluciones, tomará la mejor. Se explicó que este “tiempo fuera” de la situación estresante, permite evaluar la situación y tomar la mejor decisión para actuar.

La técnica de entrenamiento en autoinstrucciones fue desarrollada por Meichenbaum y Goodman en 1971 con el objetivo de instruir al paciente para modificar y sustituir ciertas distorsiones cognitivas y autoverbalizaciones que pueden presentarse tras enfrentarse a una situación que genere estrés (Olivares et al., 2014).

Se aplicó la técnica de autoinstrucciones, para recordar mediante el uso de tarjetas un conjunto de instrucciones para la regulación autónoma de la propia conducta. En este caso, se fue trabajando con la paciente en tarjetas que contengan frases de cómo reaccionar ante una situación estresante y alternativas de actividades que puede realizar para autorregularse.

Tarea: se envió a practicar la técnica de respiración cuadrática en casa en el día al despertar y por las noches antes de dormir, se le indicó que para esto puede preparar un ambiente cómodo, poner música relajante y colocarse en una postura cómoda.

Se solicita a la paciente que continúe con el autorregistro de pensamientos.

Al término de la sesión, se logró que la paciente pueda responder de manera asertiva ante situaciones estresantes que se presentan en las diferentes áreas de su vida; así como regular sus emociones.

- **Sesión 8:**

La técnica de detención de pensamiento o “stop de pensamiento”, fue desarrollada por Bain en 1928, su objetivo es disminuir los niveles de ansiedad y estrés ocasionado por las distorsiones de pensamiento, para ello se empieza identificando los pensamientos negativos, seguidamente se empieza con el entrenamiento en detención del pensamiento, se puede verbalizar o imaginar la palabra “STOP”, “ALTO”, “BASTA”; por último se reemplazan los pensamientos negativos por pensamientos más adaptativos o positivos (Lozano et al., 1999).

Se aplicó STOP del pensamiento, para reconocer pensamientos irracionales y generar nuevas respuestas positivas ante situaciones aversivas. Primeramente, se le indicó a la paciente que debe colocarse en una postura cómoda, seguidamente se pidió que escriba 5 pensamientos negativos que suelen venir a su mente respecto a su desenvolvimiento y a la percepción de sí misma. El segundo paso fue escoger tres de los pensamientos que escribió y verbalizarlos, luego de repetirlos 3 veces, se solicitó que los verbalice nuevamente y se explicó que, en un momento, se interrumpirá el pensamiento negativo con un aplauso y se verbalizará la palabra “STOP”. Se ejecutó el ejercicio previamente mencionado y se lo repitió por tres veces.

Después de completar el ejercicio, se le solicitó a la paciente que compartiera cómo se había sentido. Mencionó que los pensamientos disminuyeron en intensidad y que a medida que se llevaba a cabo el ejercicio, su enfoque en esos pensamientos se debilitaba, permitiendo que se desvanecieran.

Como tercera fase del proceso, se explicó que verbalice los pensamientos negativos y en esta ocasión, ella sería quien implemente la técnica aplaudiendo y evocando la palabra “STOP”, al término de la primera repetición, se le solicitó que cada pensamiento negativo se sustituya por uno positivo; por ejemplo, mencionó “no soy capaz”; “no soy buena en mi trabajo”; “no soy suficiente” y las reemplazó por frases como “soy capaz de lograr mis objetivos”; “aunque a veces hay dificultades en mi trabajo, puedo resolverlo”; “soy suficiente”. Al finalizar todo el ejercicio se realizó una retroalimentación respecto a la actividad desarrollada, indicándole que somos nosotros quienes tenemos el control sobre nuestros

pensamientos, por lo que somos capaces de modificarlos; así mismo, se envió un sticker con la palabra “STOP” para que lo pusiera en el estuche de su celular y cada vez que tuviera este tipo de pensamientos pueda realizar el ejercicio internamente. Con esta actividad se logró el objetivo de la sesión que se enfocaba en modificar respuestas emocionales negativas mediante el análisis de pensamientos para promover una respuesta emocional más positiva.

Tarea: Autorregistro de emociones.

Las sesiones 9, 10 y 11 no se pudieron efectuar debido a la emisión de turnos por parte de la casa de salud; sin embargo, se prevé desarrollarlas y dar un seguimiento al caso.

- **Sesión 9:** Isla desierta
- **Sesión 10:** Banco de niebla
- **Sesión 11/seguimiento:** Reforzamiento intermitente, dialogo socrático, retest.

Capítulo tres

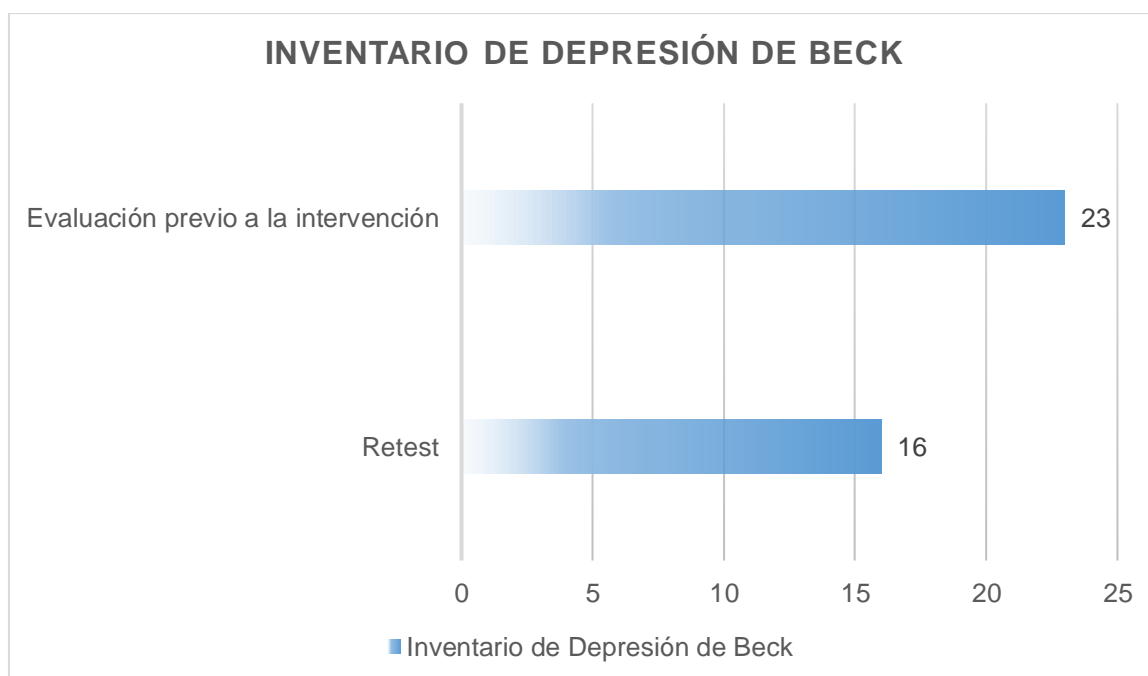
Resultados

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

Una vez concluido el proceso de intervención se procedió a realizar la comparación de los resultados obtenidos de los instrumentos psicométricos implementados. Debido a la disponibilidad de la casa de salud, solamente se realizó la reevaluación de uno de los reactivos, el cual se detalla a continuación:

Figura 2

Resultados del Inventario de Depresión de Beck



Nota. Gráfica comparativa de los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck en pre y postratamiento

En la gráfica se observa la comparación de los resultados obtenidos dentro de la primera sesión de evaluación y la última de retest, en donde se evidencia un cambio significativo, puesto que en la primera sesión la paciente obtuvo un puntaje de 23 indicando un nivel de depresión moderada y cuando se realizó la reevaluación después de haber aplicado varias de las técnicas propuestas en el plan psicoterapéutico, alcanzó una puntuación de 16, mostrando niveles de depresión leve. Es importante destacar que, después de ser reevaluada, la paciente informó que estaba experimentando un proceso de duelo

debido al reciente fallecimiento de un familiar cercano. Por lo tanto, se recomienda llevar a cabo una nueva evaluación para tener en cuenta esta situación.

3.2. Análisis de resultados cualitativos

En base a la observación clínica de las manifestaciones presentadas y las mencionadas por la paciente se realiza la comparación previa a la implementación del plan terapéutico y posterior a la intervención, la evolución de los cambios, tanto: si no han existido, si presentó un cambio parcial, o si se produjo la extinción de la conducta. A continuación, se detalla en la tabla:

Tabla 8

Análisis de resultados cualitativos

Pretratamiento	Evolución			Postratamiento
	No existen cambios	Cambio parcial	Extinción de conducta	
Distorsiones de pensamiento/conducta problema/sintomatología				Observaciones
Preocupación, inquietud			X	
Baja autoestima			X	
Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva		X		
Ideas catastrofistas			X	
Tensión muscular			X	
Malestar en el pecho			X	
Dificultad para concentrarse			X	
Pérdida de energía/cansancio			X	
Irritabilidad			X	
Tristeza persistente			X	
Anhedonia			X	
Aislamiento social			X	
Descuido en su imagen personal			X	
Taquicardia			X	
Cefaleas			X	
Temblor			X	
Insomnio			X	
Sensación de ahogo			X	
Aumento de apetito			X	

Aumento de peso	X
Agitación	X

Nota. Gráfica comparativa de los resultados obtenidos previo a la intervención y posterior a su aplicación

En la Tabla 8 se presentan las distorsiones de pensamiento y conductas problemáticas/sintomatologías observadas por el terapeuta durante la fase inicial de evaluación en la entrevista. Posteriormente, se desarrollaron estrategias para controlar o reducir dicha sintomatología. Es importante destacar que el plan de intervención propuesto no se ha completado debido a la falta de disponibilidad de consultas en la casa de salud; sin embargo, hasta el momento se han observado cambios significativos en los síntomas. Esto demuestra que las técnicas aplicadas han sido efectivas en respuesta a las necesidades de la paciente.

Así mismo, se identificaron sentimientos de inutilidad o culpa excesiva que aún se encuentran presentes en la paciente demostrando cambios mínimos en este aspecto, ya que la paciente desempeña un rol de liderazgo en su entorno laboral, lo que genera preocupación acerca del desempeño de sus compañeros que podría llegar a afectar su puesto laboral. Así mismo, ha sido objeto de actitudes machistas por parte de sus colegas, lo que dificulta su desempeño agravando estos sentimientos.

Discusión

El trabajo de investigación desarrollado presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 41 años de edad, quien es derivada por dependencia judicial debido a eventos de agresión física y psicológica impartidos por su expareja, hechos que desencadenaron sintomatología asociada a un trastorno mixto ansioso-depresivo. Acorde al trabajo terapéutico ejecutado en la fase de entrevista, evaluación y observación clínica, se estructuró un plan terapéutico con 11 sesiones empleando un modelo integrativo basado en técnicas cognitivo-conductuales y de aceptación y compromiso que, pese a no haber concluido el proceso debido a factores externos, asociados a la emisión de turnos dentro de la casa de salud, se evidencian cambios relevantes que han mejorado la calidad de vida de la paciente.

En la investigación realizada se observa la incidencia significativa de la violencia de género sobre la salud mental de las víctimas, repercutiendo sobre los diferentes ámbitos de la vida cotidiana de la persona, alejándola de su círculo social y familiar, deteriorando su imagen corporal asociado a la baja autoestima que surge por la minusvalía emocional a la que llega la persona tras los eventos de violencia psicológica vividos, así como el cambio en su autopercepción, llegando a generar sentimientos de ansiedad y depresión intensos, esto se corrobora con el estudio propuesto por Galarza-Chicaiza y Mayorga-Lascano (2022), en donde mencionan que el tipo de violencia más habitual es la violencia psicológica, generando consecuencias importantes a nivel emocional, cognitivo y conductual. Además, se respalda la investigación realizada por Lara et al. (2019), donde manifiestan que la victimización es un factor que genera consecuencias negativas respecto a la estabilidad de las mujeres que han sufrido violencia, puesto que se presentan lesiones físicas, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, ideaciones suicidas, somatizaciones, baja autoestima, invalidez y la muerte.

En relación a los diversos factores de riesgo asociados a la violencia en pareja, Damonti y Amigot (2020), manifiestan que se ha identificado que la falta de una red de apoyo, como la familia y amigos, es un factor relevante para las mujeres víctimas de violencia, incluso cuando se ha presentado una denuncia, la ausencia de apoyo social y el temor a la soledad

pueden perpetuar la situación; sin embargo, en el presente estudio de caso, se refuta lo antes mencionado, puesto que la paciente cuenta con una red de apoyo familiar sólida, lo que representa un punto clave para el afrontamiento de la situación vivida con su expareja.

Otro factor de riesgo importante a analizar, de acuerdo a Damonti y Amigot (2020), es la falta de estabilidad residencial desde la infancia, lo cual incentiva a la mujer a huir del hogar en busca de seguridad; por el contrario, en el presente estudio de caso no se evidencia esta conducta, debido a que la paciente no percibe inseguridad en su hogar de origen, puesto que tanto su madre como hermanos siempre han demostrado apoyo.

En relación a aspectos cognitivos del caso en estudio, la paciente debido a su forma de crianza presentaba cogniciones rígidas, en donde ella percibía a las figuras masculinas de su hogar como modelo protector, generando en la dinámica de su relación de pareja esta jerarquía patológica, en la que esperaba ser protegida por su pareja; sin embargo, se desencadenó un patrón de violencia. Ante esto, Damonti y Amigot (2020), atribuyen que las creencias culturales respecto al género masculino se asocian al rol protector y proveedor de seguridad en la relación de pareja generando sometimiento físico y psicológico, lo que refuerza el patrón conductual al no implementarse las leyes sobre al agresor de manera adecuada, propiciando una situación de indefensión en la mujer, sin una perspectiva de cambio seguro.

En relación a los niveles de ansiedad identificados en la paciente del estudio expuesto, se identifican síntomas asociados a preocupación excesiva, ritmo cardiaco acelerado, temblor de manos y cuerpo, malestar en el pecho, aturdimiento, tensión, inquietud, irritabilidad, insomnio, entre otros, los mismos que han afectado significativamente su diario vivir; esto surge tras los hechos suscitados con su expareja. Maucaylle (2021), menciona que en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja se reveló una clara correlación entre la violencia y la sintomatología asociada a la ansiedad, es decir que los resultados demostraron que el 70% de las mujeres experimentaron signos de ansiedad extrema, mientras que el 30% presentaron síntomas de ansiedad severa como consecuencia de este acto; de tal forma, corroborando los datos antes mencionados de la paciente en cuestión.

Paralelamente, se encontró que la paciente de caso, a raíz del incidente desarrolló síntomas de depresión como: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución del placer por las actividades que solía disfrutar, aumento de peso, insomnio, inquietud, pérdida de energía, así como un deterioro en autoestima y la incidencia sobre sus actividades cotidianas, sintomatología que se puede evidenciar en la investigación de Lara et al. (2019), refiriendo la correlación entre los niveles de violencia impartida por la pareja y las manifestaciones de sintomatología depresiva en mujeres, de manera similar, Llosa y Canetti (2019), destacan que la violencia contra las mujeres es una de las causas más comunes para el desarrollo de trastornos depresivos e ideación suicida.

Acorde al enfoque terapéutico desarrollado para llevar a cabo la terapia dentro del estudio de caso, se implementó un modelo cognitivo-conductual, el mismo que permitió realizar modificaciones en el pensamiento rígido de la paciente respecto a su visión negativa de las cosas, así como la mejora en sus habilidades sociales, se evidenció que este modelo, muestra resultados eficientes dentro de terapia en víctimas de violencia; esta información, se contrasta con la investigación de González (2019), donde indica que las técnicas de modelo cognitivo conductual son favorables en mujeres víctimas de violencia, puesto que se evidencia una disminución considerable de la sintomatología depresiva; sin embargo, la misma debe ir acompañada del modelo humanista para un mejor proceso terapéutico. Asimismo, lo antes mencionado se asemeja al estudio de Flores (2023), quien manifiesta que en sus resultados se constató un cambio positivo en esta población; es decir, la mayoría presentó un nivel muy alto en bienestar psicológico y aumento de autoconcepto y autoconfianza, logrando un crecimiento tanto en el ámbito personal, social y familiar.

Otro de los modelos terapéuticos empleados fue la terapia de aceptación y compromiso, que permitió mejorar la flexibilidad psicológica de la paciente respecto a la situación vivida con su pareja, enfocándose en sus valores propios, fortalezas y formas de afrontamiento que ha implementado anteriormente, y de esta manera volver a realizar actividades que antes disfrutaba junto a su hija, familia y amigos, generando un bienestar significativo en su diario vivir, permitiéndole mejorar también su autoestima. Tal como

menciona Hernández (2021), en sus resultados se evidencia una mejoría en la flexibilidad psicológica y reducción de síntomas ansiosos de las pacientes, lo que permite aceptar y aprender a convivir con la sintomatología tomándolo desde una perspectiva positiva a la situación; sin embargo, no se puede erradicar los síntomas completamente.

Una de las técnicas empleadas en el proceso terapéutico fue la psicoeducación, que fue de gran importancia para que la paciente pueda comprender el trasfondo de lo que se iba a trabajar con las técnicas implementadas; así como, darle un significado adecuado a los términos empleados dentro de consulta, esto se corrobora con los resultados del estudio realizado por Daryanani (2019), donde menciona que la técnica de la psicoeducación es altamente beneficiosa para trabajar con víctimas de violencia de género, debido a que esta técnica se enfoca en instruir a la paciente sobre los roles de género y las creencias sexistas arraigadas en nuestra sociedad, representando una barrera significativa para detener este tipo de comportamientos. Además, la psicoeducación proporciona información detallada para que la paciente identifique emociones, pensamientos, conductas, sintomatología de lo que ha experimentado facilitando una mejor comprensión de su situación; así como, brindarle estrategias de afrontamiento para fortalecer su capacidad y hacer frente a nuevos eventos, otorgándole confianza respecto al proceso y logrando una mejor adherencia al tratamiento psicológico.

Dentro del proceso de evaluación se emplearon instrumentos psicológicos para evaluar la sintomatología que presenta la paciente, uno de los test implementados fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI), para la valoración de la sintomatología que presentaba la paciente, los resultados que se obtuvieron corresponden a una puntuación de 23, lo que indica un patrón de depresión moderado; es decir, la sintomatología influye sobre su calidad de vida, asociado a la violencia de género vivida con su expareja. Esto se relaciona con el estudio realizado por Salazar (2020) a 1500 mujeres víctimas de violencia de género, mencionando que este grupo presentó altos índices de depresión, la mayoría obteniendo un nivel de depresión grave (40%), un 26,9% obtuvo una puntuación de depresión moderada y un 8,3% nivel mínimo de depresión, tomando a consideración que las mujeres que

presentaron mayores índices de dependencia hacia su pareja presentan mayores niveles de ansiedad y depresión, analizando que las consecuencias psicológicas de violencia influyen de manera significativa.

El presente estudio se lo realiza con la finalidad de aportar información respecto al trastorno mixto ansioso-depresivo y su incidencia en un caso de violencia de género impartida por su pareja implementando técnicas que resultaron favorables para el manejo de esta patología, por lo que se pretende, pueda utilizarse dentro de futuras investigaciones.

En la aplicación terapéutica se evidenciaron limitantes asociadas a la administración de la casa de salud, realizando la emisión de turnos de manera espaciada, lo que incide significativamente en la adherencia del tratamiento al no existir un seguimiento del trabajo realizado, evidenciando mayor riesgo de recaídas.

Conclusiones

Se evidencia una reducción significativa de síntomas de ansiedad y depresión en la paciente después de haber implementado técnicas de reestructuración cognitiva y establecer metas personales, pese a no haber concluido el plan de intervención y retest debido a factores externos que corresponden a la emisión de turnos dentro de la casa de salud.

Se concluye que los enfoques desarrollados en el plan de intervención muestran un alto grado de efectividad, puesto que permitieron generar conductas adaptativas modificando las distorsiones de pensamiento, mejorando la percepción respecto a sí misma y potenciando habilidades sociales en la paciente.

Se concluye que fomentar el desarrollo de habilidades sociales y de regulación emocional, permiten afrontar eficazmente situaciones cotidianas, establecer límites y comunicarse de forma asertiva, evidenciando una mejora en sus relaciones interpersonales.

Se evidencia que existe una correlación marcada entre los niveles de violencia perpetuados por la pareja y el desarrollo de cuadros de depresión y ansiedad, sin embargo, los factores protectores que presenta la paciente han sido favorables en su capacidad de afrontamiento del problema, así como para evitar el desarrollo de un trastorno más agravante.

Recomendaciones

Para llevar a cabo una intervención terapéutica más eficiente, se recomienda establecer turnos de consulta en los que su temporalidad no sea demasiado espaciada, debido a que esto puede interferir en el proceso terapéutico al no dar una continuidad a lo trabajado en consulta.

Se propone que el tiempo de consulta se adapte a los diferentes tratamientos de los pacientes, debido a que la mayoría de las técnicas a aplicar requieren de una psicoeducación previa y ejercicios de prueba que permitan una mejor comprensión de lo que se va a trabajar en consulta.

Se recomienda realizar grupos de apoyo emocional a personas que hayan sido víctimas de violencia de género, que permitan compartir experiencias y de esta manera sentir que no están solas en el proceso.

Establecer redes de apoyo en pacientes víctimas de violencia, como un factor indispensable dentro del proceso, mostrando mayor efectividad y adhesión al tratamiento.

Referencias

- Aguilar, A. P., Sánchez, M. V., Medina, R. P., y Torres, M. P. (2022). Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Reciamuc*, 6(2), 199–207. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.199-207](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.199-207)
- Ballester, A., y Villanueva, L. (2014). Valoración psicológica en delitos de violencia de género mediante el Inventario Clínico y Multiaxial de Millon III (MCMI-III). *Anuario de Psicología Jurídica*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2014.06.001>
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7- 43. <https://revistas.um.es/rie/article/view/99071>
- Daryanani, N. (2019). Intervención psicológica en víctimas de violencia de género a través de la terapia de aceptación y compromiso y atención plena. [Universidad Católica de Valencia]. <http://bitly.ws/IVRU>
- Damonti, P., y Amigot, P. (2020). Las situaciones de exclusión social como factor de vulnerabilidad a la violencia de género en la pareja: Desigualdades estructurales y relaciones de poder de género. *Empiria*, 48, 205–230. <https://doi.org/10.5944/empiria.48.2020.28076>
- De la Sierna, J. (2018). *El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica*. 58–77. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13508028>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Cenea, R., y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión: Resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(108), 509–535. <http://bitly.ws/IPX2>
- Fabían-Arias, E., Vilcas-Baldeón, L., y Alberto-Bueno, Y. (2020). Factores de riesgo que influyen en la violencia contra la mujer de parte del cónyuge en la sierra central del Perú. *Revista Espacios*, 41(22), 251–267. <http://bitly.ws/INjc>
- Flores, J. (2023). *Programa cognitivo conductual para el bienestar psicológico en mujeres víctimas de violencia en Demuna Cutervo*. <http://bitly.ws/IWya>

- Galarza-Chicaiza, L., y Mayorga-Lascano, M. (2022). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático en Santa Rosa. *Wimb Lu*, 17(2), 123–133. <https://doi.org/10.15517/wl.v17i2.53230>
- García, O. (2018). Los problemas y limitaciones del DSM-5. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 27, 367–391. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6543309>
- García, T., y Cano, M. (2013). *El FODA: una técnica para el análisis de problemas en el contexto de la planeación en las organizaciones*. 85–98. <https://www.uv.mx/iiesca/files/2013/01/foda1999-2000.pdf>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, A., (2015). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- González, J. (2019). *Intervención en inteligencia emocional a adolescentes desde técnicas cognitivo-conductuales*. <https://hdl.handle.net/10656/11089>
- Guedes, A., García-Moreno, C., y Bott, S. (2014). Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe Un problema de salud pública de proporciones epidémicas. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 14(1), 40–48. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Foreign-Affairs-2014-Guedes-et-al-Violencia-contra-las-mujeres-en-LAC.pdf>
- Guillén, C., y González, A. (2019). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in Mexican asthmatic adults. *Núm*, 29(1), 5–16. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2563>
- Habigzang, L. F., Ferreira, M., y Zamagna, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249–264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>

- Hernández, L. (2022). Acceptance and Commitment Therapy and its Application in Women Living under a Situation of Intimate Partner Violence. *Journal of Basic and Applied Psychology Research Biannual Publication*, 4(7), 1–8. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/jbapr/issue/archive>
- Hernández, N. (2021). *Efecto de un protocolo basado en la terapia de aceptación y compromiso en la sintomatología de estrés postrauma de mujeres víctimas de violencia sexual*. <http://bitly.ws/lWx7>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2019). *Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres (ENVIGMU) Boletín*. <https://n9.cl/b1ah>
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C., y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Llosa, S., y Canetti, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 178–204. <http://bitly.ws/IQ2B>
- Lozano, J., Rubio, E., y Pérez, M. de los Á. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7(3), 471–499. [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2017-6-pos11\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2017-6-pos11[1].pdf)
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., y Morgado-Valle, C. (2019). Artículo de Revisión Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual Anxiety disorders: a bibliographic review of the current perspective. *Neurobiología Revista Electrónica*, 10(24), 1–11. www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html
- Márquez, S. V., y Mora, A. M. (2022). Identification of risk factors for gender-based violence in Ecuador as a basis for a preventive proposal. *Desarrollo y Sociedad*, 2022(91), 111–142. <https://doi.org/10.13043/DYS.91.3>
- Maucaylle, F. (2021). *Violencia de pareja y ansiedad en mujeres de una comunidad de la provincia de Andahuaylas, 2021*. <http://bitly.ws/lZ86>

- Morales, A. (2018). *Hogramas interactivos para la bio-retroalimentación de la respiración de niños con autismo*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13167-018-0136-8>
- Olivares, J., Macia, D., Rosa, A., y Olivares, P. (2014). *Intervención psicológica Estrategias, técnicas y tratamientos* (Primera Edición).
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Panesso, K., y Arango, M. J. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psiconex*, 9(14), 1–9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507>
- Perpiñá, C., Barraza, Á., Belloch, A., Carrasco, Á., Carrió, C., Castro, Á., Cortés, M. T., Fornés, G., Gallardo, L., García, G., Morales, Z., Pascual, L., y Roncero, M. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*.
- Posada, M. C., y Castañeiras, C. (2005). *Investigación psicométrica del Inventario de Depresión de Beck. Datos normativos en la ciudad de Mar del Plata* (Vol. 2, Issue 1). <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1016>
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances En Psicología: Revista de La Facultad de Psicología y Humanidades*, 17, 72.
- Salazar, V. (2020). *Dependencia emocional y su relación con la depresión y la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en un Instituto de Medicina Legal [Universidad César Vallejo]*. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/45877>
- Salvo, L., y Castro, A. (2013). *Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents*. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>

- Tonsing, J. C., y Tonsing, K. N. (2019). Understanding the role of patriarchal ideology in intimate partner violence among South Asian women in Hong Kong. *International Social Work*, 62(1), 161–171. <https://doi.org/10.1177/0020872817712566>
- Vizioli, N. A., y Pagano, A. E. (2022). Beck Anxiety Inventory: Structural validity and reliability through different estimation methods in Argentine population. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 28–41. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.3>
- Wajpeyi, S. M. (2020). Ayush ministry's health advisory in covid-19-a critical review. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 11(Special Issue 1), 201–207. <https://doi.org/10.26452/ijrps.v11iSPL1.2700>