



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicoterapéutica a través del modelo
integrativo en estudiante femenina por problemas
relacionados a distimia**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Ríos Álvarez, Karen Yolanda

Director: Calva Camacho, Evelin Astrid.

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 Lisbeth 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: Intervención psicoterapéutica a través del modelo integrativo en estudiante femenina por problemas relacionados a distimia, realizado por Karen Yolanda Ríos Álvarez, 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,

Directora: Mgtr. Evelin Astrid Calva Camacho

C.I.: 1104792666

Correo electrónico: eacalva1@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Karen Yolanda Ríos Álvarez, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado Intervención psicoterapéutica a través del modelo integrativo en estudiante femenina por problemas relacionados a distimia, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo 1 marco teórico, capítulo 2 metodología, capítulo 3 resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Mgtr. Evelin Astrid Camacho, directora 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.

.....

Autora: Karen Yolanda Ríos Álvarez

C.I.: 1150024048

Correo electrónico: Kyrios@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado para la persona más valiente, apasionada y resiliente que temía enfrentar lo que el destino le tenía preparado, sin embargo, con mucho esfuerzo y dedicación logró superar todos y cada uno de esos obstáculos que hicieron ver este sueño como algo imposible, y ahora que finalmente ha llegado hacia su destino se siente lista para enfrentar los futuros retos que la vida le manifestará.

"Puede que mañana me equivoque, pero el yo de ayer sigo siendo yo.

Soy quien soy hoy, con todos mis defectos.

Mañana podría ser un poquito más sabio, y ese también sería yo.

Estos defectos y errores son lo que soy, las estrellas más brillantes de la constelación de mi vida.

He llegado a quererme por lo que fui, por lo que soy y por lo que espero llegar a ser." - *Kim*

Nam-joon

Agradecimiento

Quiero empezar agradeciendo a Dios porque sin él nada de esto hubiese sido posible.

Mi infinito agradecimiento a mis padres y hermanos, así como mi familia en general, mi tutora Astrid, mis maestros y mis amigas incondicionales quienes dedicaron parte de su preciado tiempo en acompañarme y guiarme a lo largo de mi preparación, motivándome siempre a alcanzar uno de mis más grandes objetivos.

Adicionalmente, me gustaría enfatizar el gran apoyo que encontré en todos aquellos artistas que a través de su música me inspiraron a trabajar arduamente no solo para lograr este propósito sino también en perfeccionar todas y cada una de mis facetas durante el transcurso de mi vida universitaria para dar siempre lo mejor de mí.

“Algún día cuando llegues a la meta, mirarás a tu alrededor y sabrás que fuiste tú y las personas que te aprecian las que te pusieron ahí, y será el mejor sentimiento del mundo” -

Taylor Swift

Índice de contenido

Caratula	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 <i>Identificación del paciente</i>	7
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	8
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de sintomatología</i>	9
1.2 Proceso de Evaluación.....	11
1.2.1 <i>Entrevista con la/el paciente</i>	11
1.2.2 <i>Observación clínica</i>	12
1.2.3 <i>Instrumentos psicológicos aplicados</i>	14
1.3 Proceso Diagnóstico	19
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	19
1.3.2 <i>Diagnóstico Diferencial</i>	20

1.3.3 <i>Diagnostico Final</i>	23
Capítulo dos	25
Metodología	25
2.1. Tratamiento/Intervención	25
2.1.1. <i>Objetivos terapéuticos</i>	25
2.1.2. <i>Plan de tratamiento/intervención</i>	25
2.1.3. <i>Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico</i>	30
Capítulo tres	44
Resultados	44
3.1. Análisis de resultados cuantitativos	44
3.2. Análisis de resultados cualitativos	46
Discusión	49
Conclusiones	55
Recomendaciones	56
Referencias	57

Índice de tablas

Tabla 1 Ficha Escala de Estrés Percibido (PSS – 14)	14
Tabla 2 Ficha Inventario de Depresión de Beck (BDI – II)	15
Tabla 3 Ficha Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	16
Tabla 4 Ficha Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA)	17
Tabla 5 Ficha Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)	18
Tabla 6 Tabla de resultados cuantitativos e interpretaciones	18
Tabla 7 Pautas diagnósticas de ciclotimia	20
Tabla 8 Pautas diagnósticas de episodio depresivo leve	21

Tabla 9 Plan Psicoterapéutico	25
Tabla 10 Resultados de seguimiento Escala de estrés Percibido (PSS – 14).....	44
Tabla 11 Resultados de seguimiento Inventario de Ansiedad de Beck	44
Tabla 12 Resultados de seguimiento Inventario de Depresión de Beck	45
Tabla 13 Resultados de seguimiento Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)....	45
Tabla 14 Conductas y aspectos con afectación inicial	46

Índice de figuras

Figura 1 Genograma familiar de la paciente	8
---	----------

Resumen

En la presente investigación se expondrá el análisis de un caso clínico de una estudiante femenina de 21 años de edad, diagnosticada con Distimia, cuya sintomatología correspondía a insomnio, llanto, tristeza, preocupación constante, sentimientos de culpabilidad, vacío e inutilidad, incapacidad para tomar decisiones y en ocasiones desesperanza acompañada de ideas suicidas; para el proceso de evaluación se utilizó distintas herramientas psicológicas tales como la entrevista, observación y aplicación de reactivos como cuestionarios de Depresión y Ansiedad de Beck, Test de MoCA, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Estrés Percibido (PSS – 14), finalmente con respecto al plan de tratamiento se puede indicar que el mismo está sustentado en el uso del modelo integrativo combinando la terapia cognitivo conductual y la gestáltica; cuyos resultados engloban una mejoría en cuanto a su estado de ánimo, problemas para conciliar el sueño, síntomas ansiosos e ideas suicidas logrando así mejorar la calidad de vida de la usuaria.

Palabras clave: Distimia, Terapia Integrativa, adolescencia tardía.

Abstract

This research will present the analysis of a clinical case of a 21-year-old female student diagnosed with Dysthymia, whose symptomatology corresponded to insomnia, crying, sadness, constant worry, feelings of guilt, emptiness and uselessness, inability to make decisions and sometimes hopelessness accompanied by suicidal ideation; For the evaluation process different psychological tools were used such as the interview, observation and application of reagents such as Beck's Depression and Anxiety questionnaires, MoCA test, Rosenberg's Self-Esteem Scale and Perceived Stress Scale (PSS - 14), finally with respect to the treatment plan it can be indicated that it is based on the use of the integrative model combining cognitive behavioral therapy and gestalt therapy; The results include an improvement in her mood, sleep problems, anxious symptoms and suicidal ideas, thus improving the quality of life of the patient.

Key words: Dysthymia, Integrative Therapy, late adolescence.

Introducción

El término "distimia" fue acuñado por primera vez por Robert Spitzer en los años 70 y se refiere a un trastorno del estado de ánimo crónico y persistente. Aunque existen similitudes entre la distimia y conceptos como "neurosis depresiva" o "depresión neurótica", no son términos exactamente equivalentes, dado que la etiología de este trastorno según Jiménez et al. (2013) es compleja y multifactorial, y se cree que involucra una interacción entre diversos mecanismos biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, hasta la fecha actual, no se ha llegado a un consenso definitivo sobre su origen, pues diversas teorías han sido propuestas para explicar el desarrollo de la distimia, pero ninguna ha sido ampliamente aceptada Goena y Molero (2019).

Es importante mencionar que, la distimia es una de las formas de manifestación de la depresión, que se ha extendido a nivel mundial. En Estados Unidos en el año 2012, se estima que aproximadamente el 1.35% de cada 25 habitantes padecía de esta condición. En América Latina y el Caribe el 1.7% de la población la experimenta. Sin embargo, según Freire et al. (2022) en la práctica clínica diaria la distimia posee una prevalencia estimada entre el 3 y 6% a lo largo de la vida, siendo más común en mujeres.

De forma semejante en el Ecuador de acuerdo al Ministerio de Salud Pública [MSP] (2022) se establece que solo en el 2015 se registraron 50.379 personas con un diagnóstico presuntivo de y definitivo de depresión; de las cuales 36.631 correspondían a mujeres y 13.748 a hombres, incluyendo un total de 3.406 hospitalizados por esta patología, no obstante, actualmente se desconoce la cifra exacta de prevalencia de estos trastornos sobre todo de la distimia en el país.

Cabe destacar que si esta problemática no es tratada a tiempo los niveles de prevalencia pueden aumentar, además de que el estudio realizado por Freire et al. (2023) menciona que algunos de los factores de riesgo identificados que pueden dar origen a este tipo de trastornos depresivos en adolescentes son los problemas de comunicación entre padres e hijos, hostilidad, estilo de crianza permisivo y autoritario por parte de los

progenitores, también el estilo de apego y cercanía, es decir, el factor relacional y la dinámica familiar juegan un papel muy importante.

De manera que para diagnosticar este tipo de patologías según la Clasificación internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento Cie-10 elaborada por la OMS (2000) establece que se debe tomar en cuenta primeramente el período de inicio de al menos dos años de humor depresivo constante o recurrente acompañado de síntomas como disminución de la energía o actividad, insomnio, pérdida de confianza en sí mismo, dificultad para concentrarse, llanto fácil, sentimientos de desesperanza, incapacidad para afrontar responsabilidades, pesimismo sobre el futuro o cavilaciones del pasado que nos permiten distinguir este trastorno de la gama de patologías que conforman a los trastornos afectivos.

Es decir, la importancia clínica de los trastornos depresivos se manifiesta en el grado de incapacidad y consecuencias que estos ocasionan, tal es el caso de la distimia, que puede afectar diversas áreas de la vida de los pacientes y sus familias es por eso que la intervención psicoterapéutica es esencial en algunas ocasiones complementada con tratamiento farmacológico para evidenciar su eficacia (Sanz y García, 2020).

Avanzando con el tema se aduce que el trastorno depresivo mayor es la enfermedad psiquiátrica que se asocia más frecuentemente con distimia, de manera que la intervención de la depresión va según la severidad de los síntomas, por lo cual Vergel y Barrera (2021), mencionan que, la implementación de psicoterapia como tratamiento inicial tomando en cuenta que si la sintomatología es leve no siempre se puede adicionar la farmacoterapia pero en casos donde exista sintomatología grave el uso de antidepresivos es recomendable, los que se suelen prescribir con más frecuencia son: los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, antidepresivos atípicos, moduladores de serotonina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina norepinefrina.

De forma paralela con respecto al tratamiento de estas patologías Acevedo (2020), menciona que entre las técnicas con mayor efectividad son reestructuración cognitiva, rol playing, Mindfulness, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, técnicas de

distracción, exposición, relajación, programación de actividades y autorregistros métodos seguros de intervención. Asimismo, este autor hace énfasis en las corrientes a través de las cuales se puede actuar como la cognitivo – conductual, humanista, tal como la integrativa.

Por otra parte Avilés et al. (2022) dentro de su estudio realizado a pacientes con sintomatología depresiva mencionan que se llevaron a cabo estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como, de la Terapia Racional Emotiva la Psicoterapia Breve y Cognitivo Conductual, en donde además de haber realizado inicialmente una evaluación para conocer la sintomatología concluyeron que los resultados son irrefutables en base a otras investigaciones realizadas considerando este tratamiento como efectivo al permitir que los pacientes generen una visión distinta y positiva de sus actividades cotidianas.

Cabe destacar que a pesar de que existen diferencias entre los diversos modelos psicoterapéuticos cada uno tiene una manera de intervención diferente pero eficaz puesto que, todos exploran las dificultades interpersonales de los pacientes, promoviendo sus estrategias de solución contemplando acciones orientadas a promover destrezas sociales, no obstante, es importante que para la selección del modelo de tratamiento de debe tomar en cuenta los síntomas y el nivel de afectación en la funcionalidad del individuo (Gómez, 2019).

Finalmente se destaca que la presente investigación está organizada en tres capítulos, en el primer capítulo correspondiente a marco teórico se hace explícito el desarrollo del caso a partir de la identificación del paciente, motivo de consulta y evolución del problema mismos que presentan información esencial sobre la etiología del problema, antecedentes y sintomatología, de igual manera, se aborda el proceso de evaluación que engloba los instrumentos aplicados con la respectiva ficha técnica, asimismo, se detalla el diagnóstico, que contiene el diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo. Dentro del segundo capítulo se considera la metodología donde constan los objetivos terapéuticos del tratamiento, plan psicoterapéutico y desarrollo de cada sesión ejecutada con la respectiva conceptualización de las técnicas empleadas. Por último, el capítulo tres describe los resultados obtenidos en

el proceso terapéutico, la discusión de resultados llegando al apartado de conclusiones y recomendaciones.

El presente estudio es de vital importancia, especialmente en la intervención de la distimia en la población adolescente. Como se ha mencionado anteriormente, este trastorno representa un problema que afecta al individuo como a sus familias. Por lo tanto, es crucial abordarlo de manera oportuna, ya que, si no se trata adecuadamente, puede tener repercusiones más graves en el futuro, como autolesiones o incluso el suicidio.

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 femenina de 21 años de edad, originaria de la ciudad de Loja, nacida en enero del 2002, de estado civil soltera, religión católica, estudiante de primer ciclo de la carrera educación inicial, y de nivel sociocultural medio.

Proviene de una familia monoparental con un estilo de crianza pasivo, conformada por su padre de quien no detalló su nombre y edad, su madre de 52 años de edad, su hermana mayor de 31 años de edad, su hermana de 15 años de edad, y hermano de 8 años de edad.

El estilo educativo que predomina en esta familia es de tipo permisivo, en donde se evidencia la ausencia de normas claras y control, pese a que la madre es quien mantiene la jerarquía en el hogar la presencia de límites difusos evitan que se puedan establecer reglas claras y adaptables conforme al ciclo evolutivo por el que la familia se encuentra atravesando, de igual manera, la negación de los conflictos por parte de los padres no ha permitido que exista una adecuada resolución de los mismos, ignorando el malestar que la usuaria había desarrollado como consecuencia de estos.

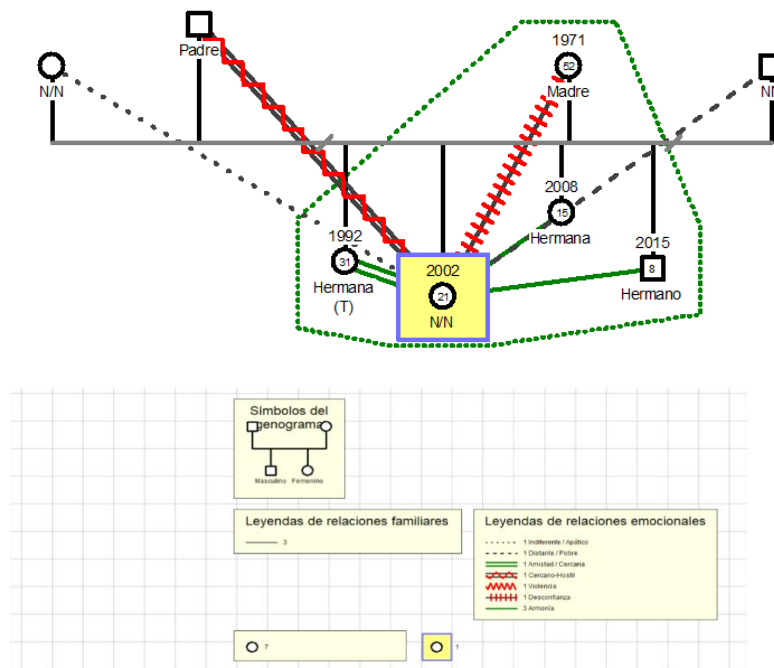
En relación a la dinámica familiar y funcionalidad, se observa la presencia de comunicación disfuncional entre los miembros lo que ha generado relaciones deficientes. El vínculo que la paciente mantiene con su padre es cercano – hostil, además de que existía violencia física, por su parte, el vínculo que comparte con su madre está basado en la desconfianza producto de varios incidentes ocurridos, con su hermana mayor la relación es

cercana mientras que con su hermana y hermano menor es armónica puesto que considera que influye la diferencia de edad lo que ha dificultado el diálogo entre ellos. Es importante mencionar que, la relación con la pareja de su padre es indiferente – apática mientras que con el ex conviviente de su madre es distante y pobre ya que este reside actualmente en otro país.

De acuerdo a sus antecedentes no menciona haber recibido tratamientos psicológicos o médicos, sin embargo, es importante recalcar que sufre de síndrome de ovario poliquístico.

A continuación, se presenta el genograma familiar de la paciente:

Figura 1
Genograma familiar de la paciente



Nota. la presente figura presenta el genograma familiar de la paciente.

1.1.2 Motivo de consulta

Y.G acude a consulta psicológica de manera voluntaria debido a que hacía algunos años viene sintiendo un malestar referente a su estado emocional, sin embargo, menciona que durante las últimas semanas el problema se ha agravado dado que, empezó a experimentar durante las noches malestar frecuente generando llanto, tristeza, así como insomnio que se presenta de manera oscilante producto de las preocupaciones constantes

que padece, también sentimientos de culpabilidad, vacío e inutilidad, incapacidad para tomar decisiones y en ocasiones desesperanza acompañada de ideas suicidas. Menciona “creo que padezco de un trastorno de ansiedad o depresión”, “últimamente he tenido bajones, no me he sentido bien, a veces quiero llorar y no hablar con nadie.”

Reconoce, también, su deseo de independizarse para vivir con su pareja, sin embargo, teme que sus padres se nieguen pues considera que no pueden reaccionar de buena manera. Hasta la actualidad, se le ha imposibilitado resolver estos conflictos, pues no evidencia una buena comunicación familiar y, además, se siente confundida aludiendo que recientemente han surgido nuevos inconvenientes con su pareja dejándola en una posición incierta sobre el futuro de la misma.

Durante la primera entrevista psicológica la paciente se mostró nerviosa, respetuosa, predispuesta al cambio y denota un adecuado aseo personal. Es importante mencionar que, se obtuvo la aprobación de la paciente para participar dentro del estudio y publicación del texto a través de un consentimiento informado, mismo que asegura la protección de la información mediante una cláusula de confidencialidad.

En base a lo mencionado anteriormente, la intervención se centra en ayudar a la paciente a desarrollar habilidades que le permitan regular sus emociones y cogniciones, así como en fortalecer la comunicación asertiva para mejorar sus relaciones interpersonales, lo que establece la demanda del paciente.

1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología

La paciente describe su infancia como una etapa desagradable refiriendo “no me gusta” “la odio”, al no haberme sentido “feliz”, recuerda que las relaciones intrafamiliares en su mayoría fueron “buenas” excepto con su padre debido a que “residía en el extranjero y no lo veía seguido”, pues esto influyó a que su vínculo con él no refleje cercanía, su ausencia dejó una huella describiendo “él nunca ha estado para mí, ni cuando más lo he necesitado.” Resalta que, cuando tenía 7 años su padre ejerció violencia física sobre ella porque “pidió que la lleven con ellos al mercado a hacer las compras, y no quisieron, esto la hizo llorar y

es por eso que la golpeó.” Pese a todo lo acontecido alega en que, si bien “no existe confianza, le gustaría mejorar en ese aspecto y poder decirle cómo se siente.”

Paralelamente, cuando tenía 8 años fue víctima de abuso sexual por parte de un vecino, quien le realizaba tocamientos indebidos, además, señala “era un señor que vivía cerca de mi casa” situación que había preferido callar y no comentarle a nadie. En un momento dado intentó autolesionarse con un estilete provocándose pequeños cortes que, aunque no fueron profundos dejaron marcas visibles, que hicieron que uno de sus familiares se percatara y decidiera confrontarla a través de llamados de atención acordando no volver a hacerlo. A pesar de esta experiencia y de tener ideas suicidas alude “lo he pensado, pero nunca he tenido el valor para hacerlo.” Cuando tenía 11 años señala fue víctima de comentarios negativos hacia su físico, lo que conllevó a que se preocupara y tuviera pensamientos constantes como “me veo fea” “horrible”, llegando a “usar hasta 6 libras y un pantalón para sentirse más gruesita.”

A la edad de 15 años decidió contarle a su madre acerca de lo suscitado con su vecino años atrás, culpándola de no haberla protegido desencadenando una grave discusión que concluyó en buenos términos, aunque influyendo en la disminución del nivel de confianza existente, no obstante menciona que su ingreso a la universidad, no fue sencillo, dado que le fue muy difícil conseguir cupo, a causa de la gran competencia, pese a ello, logro inscribirse a un curso dictado por una universidad no cercana a su localidad, lo cual conlleva a que se generen sentimientos de indecisión, debido a que le costó decidir si aceptarlo, o no, por la reacción de su familia y los diversos cambios que esta situación conllevaría, manifiesta que, nunca se ha sentido apoyada sobre todo por su padre, quien siempre ha velado más por el bienestar de sus hermanastros que el de ella, aduciendo “yo le dije a mi hermano que no hubiese dado para que mi papá me apoye como lo hace contigo.”

A la edad de 19 años, comenzó a experimentar “más libertad” cuando tuvo la oportunidad de conocer nuevas personas, iniciando una relación sentimental en la que actualmente lleva un año y ocho meses describiendo sentirse cómoda, pero afirmando tener conflictos que han producido ya en más de una ocasión una ruptura, no obstante señala que

actualmente mantiene un deseo de independizarse para iniciar una vida en pareja, que le permitirá apoyar a su novio en su idea de negocio, pero por diversas disconformidades su pareja le ha pedido un “tiempo”, el cual le ha causado malestar emocional como sentimientos de vacío y culpabilidad llegando a generar insomnio al replantearse su deseo de continuar con su noviazgo o no, actualmente su estado sentimental es incierto aunque manifiesta su afán de reanudar su idilio pero esta vez bajo límites que le permitan sentirse mejor e influyan positivamente en ella.

Hoy en día a pesar de que los síntomas han persistido de manera leve han ocasionado malestar emocional deteriorando las relaciones personales de la paciente e impidiendo que pueda responder de manera funcional ante sus problemas.

Finalmente, es importante mencionar que, los factores protectores con los que cuenta la paciente son las relaciones interpersonales con amigos y su hermana mayor, creencias saludables y estándares claros, aunque, los factores de riesgo presentes son la falta de comunicación asertiva, historia familiar de violencia verbal, problemas económicos, relación sentimental actual.

1.2 Proceso de Evaluación

El proceso de evaluación de la paciente se llevó a cabo bajo la modalidad presencial, con una duración de tres sesiones, mediante el uso de técnicas psicológicas como entrevista, observación y aplicación de reactivos, con la finalidad de recoger información esencial para el levantamiento de la historia clínica, así como, evaluar la conducta de la usuaria.

1.2.1 Entrevista con la/el paciente

Dentro del presente caso clínico para iniciar con la atención de la paciente se trabajó mediante el uso de la entrevista clínica, con la finalidad de hacer el respectivo levantamiento de la información para la historia clínica y que de acuerdo con Luna, (2021) establece que este método es un proceso dinámico y continuo, se puedan generar hipótesis, contribuyendo a la búsqueda de un modelo explicativo que intenta operacionalizar la conducta problema, y a partir de ahí, seleccionar y definir las metas terapéuticas para la planificación de un

tratamiento. Este método se trabajó durante dos sesiones, las mismas que se detallan a continuación:

- **Primera entrevista:** En un primer punto se estableció rapport para reducir la incertidumbre y generar un ambiente cómodo para la usuaria. Como segundo punto, se procedió a recabar información esencial y datos básicos de la paciente para el levantamiento de la historia clínica y finalmente establecer un motivo de consulta a partir de lo narrado. La paciente se mostró nerviosa, presentaba un estado de ánimo decaído, no obstante, fue muy colaborativa.
- **Segunda entrevista:** En un primer punto, se continuó con el proceso de recogida de información para finalizar el levantamiento de la historia clínica y así analizar la sintomatología descrita por la paciente durante estas dos sesiones para posteriormente seleccionar los instrumentos psicológicos a aplicar encontrando mediante el relato de la paciente varios signos y síntomas que apuntaban a un diagnóstico de un trastorno afectivo. Al concluir la intervención se agradeció por la colaboración.

1.2.2 Observación clínica

De forma continua dentro del proceso de evaluación, se utilizó la observación, la cual, nos permitió conocer el estado mental y la conducta de la paciente que en base a López et al. (2019) esta técnica nos permite conocer información sobre aspectos vitales que permiten establecer un diagnóstico y decidir el método terapéutico por el cual se va a intervenir.

De tal manera que, la observación resultó positiva, puesto que, con la ayuda de la entrevista clínica se pudo determinar que la usuaria, se encontraba en un nivel de conciencia lúcido, en estado de alerta/vigilia, cabe resaltar que no se evidenciaron signos de obnubilación, confusión mental, delirium, estupor, coma, onirismo, despersonalización o desrealización, de igual forma, se mostraba en un estado de orientación conservado en las tres esferas, tiempo, espacio y persona; adicionalmente, la usuaria mantiene la atención conservada es decir, euprosxia así como arousal, es decir, focalizada, selectiva, alternante, dividida y sostenida.

En relación a la memoria, se conserva el mantenimiento de la semántica, procedimental y de trabajo, no obstante, se refleja la presencia de hipermnesia prodigiosa (relacionada específicamente al área postnatal); igualmente, existe un curso alterado de pensamiento, con ideas de culpabilidad y suicidas leves; la sensopercepción se ve alterada; paralelamente, dentro del lenguaje, el volumen de voz y ritmo se encuentran normales, no existe la presencia de alteraciones de articulación, coherencia y espontaneidad, así como ausencia del balbuceo, afasias, ecolalia, neologismos, parafasias, anartria, disartria, verborrea u otras variaciones.

En lo concerniente a la afectividad, la consultante denota ansiedad situacional, irritabilidad leve y ambivalencia debido a la mala relación con su padre, depresión moderada relacionada a las vivencias en su etapa de niñez; la voluntad no se ha visto afectada, ni con presencia de abulia o hiperbulia, sugestionabilidad o automatismo; de la misma manera, la paciente presenta conducta motora normal, no se denotan alteraciones relacionadas a tic, hipoabulia, hiperabulia, apraxias, excitaciones motoras u trastornos de la psicomotricidad; es esencial señalar que no se reflejan indicios de consumo de tabaco, alcohol u otra sustancia. La paciente menciona que durante las últimas semanas su ciclo de sueño se ha visto afectado por la presencia de insomnio que se presenta de manera oscilante, asimismo, es importante recalcar que no se revelan alteraciones en el apetito e instinto sexual.

Resulta claro acotar que, no se presenta ninguna alteración relacionada a la inteligencia; al igual, no se manifiestan alteraciones en la capacidad de autocrítica, heterocrítica, capacidad de planeación y proyección futuro, es decir, el área de juicio y razonamiento se encuentra conservada. Finalmente, la paciente asistió a consulta con vestimenta adecuada, aparente cuidado e higiene personal, expresión facial de preocupación postura de piernas juntas indicando comodidad, brazos relajados, además, entrelazando los dedos de ambas manos demostrando ansiedad, contacto visual intenso y prolongado, no se denota ninguna anormalidad física aparente.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Dentro del presente caso clínico durante la tercera sesión se trabajó mediante la aplicación de reactivos, siendo estos Escala de Estrés Percibido (PSS – 14), Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) que se consideraron de acuerdo a la sintomatología enmarcada en el estado emocional, ansiedad y baja percepción de si mismo, ante los cuales la paciente mostró una actitud colaboradora y predispuesta por consiguiente en el siguiente apartado se brindará información relevante a cada uno de los test aplicados a la usuaria.

Escala de Estrés Percibido (PSS – 14)

En la **tabla 1** se muestran detalladamente las características del instrumento compuesto por 14 ítems direccionado a la evaluación del estrés y el grado en que las situaciones de la vida son percibidas como demandantes.

Tabla 1

Ficha Escala de Estrés Percibido (PSS – 14)

Autor	Cohen Kamarck & Mermelstein, 1983.
Aplicación	Individual/colectivo
Tiempo	8 – 10 minutos
Objetivo	Evalúa la percepción de control que tienen las personas sobre las demandas del entorno.
Tipo	Cuantitativo
Número de Preguntas	14 ítems
Población	Adultos y adolescentes de 13 años en adelante.
Escala	De tipo Likert con 5 opciones de respuesta, mismas que van desde 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (de vez en cuando), 3 (a menudo) y 4 (muy a menudo).
Calificación	La puntuación consiste en sumar de manera invertida las puntuaciones de los ítems 4,5,6,7,9,10 y 13, de tal manera que, al sumar todos los ítems
Puntuación	Máxima puntuación: 56 Mínima puntuación: 0

Dimensiones	Afrontamiento de estresores y percepción de estrés.
Confiabilidad y Validez	0.82 y 0.85

Nota. Larzabal y Ramos (2019)

Inventario de Depresión de Beck (BD – II)

En la **tabla 2** a continuación se señalan las características del instrumento compuesto por 21 ítems dirigido a la medición de la severidad de la sintomatología depresiva.

Tabla 2

Ficha Inventario de Depresión de Beck (BDI – II)

Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer & Gregory K. Brown, 1996.
Aplicación	Individual/colectivo
Tiempo	5 - 10 min
Objetivo	Evalúa sintomatología depresiva en adultos y adolescentes.
Tipo	Cuantitativo
Número de Preguntas	21 ítems
Población	Adultos y adolescentes de 13 años en adelante.
Escala	De tipo Likert con 4 opciones de respuesta. La valoración es de 0 a 3, en donde el cero corresponde a la nula intensidad o frecuencia de la aparición del ítem, el 1 corresponde a una leve intensidad, el 2 corresponde a una intensidad media y el 3 a una intensidad mucho mayor y frecuente.
Calificación	La puntuación consiste en sumar todos los ítems que componen las dos dimensiones somático – afectivo para la población clínica, o cognitivo – afectivo para adolescentes, a excepción de los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) mismos que contienen 7 categorías y en caso de que el paciente haya elegido varias se toma la categoría con la puntuación más alta. La suma total de estos da lugar al puntaje final de depresión.

Puntuación	Puntuación mínima: 0 Puntuación máxima: 63
Dimensiones	Somático- afectivo y cognitivo para la población clínica. Cognitivo – afectivo para la población adolescente.
Confiabilidad y Validez	0,85 y 0.50

Nota. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En la **tabla 3** seguidamente se evidencian las características del instrumento compuesto por 21 ítems empleado a la valoración de la sintomatología ansiosa así como desórdenes de ansiedad y cuadros depresivos.

Tabla 3

Ficha Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Autor	Aaron T. Beck & Robert A. Steer, 1988.
Aplicación	Individual/ Colectivo
Tiempo	Entre 5 – 10 min
Objetivo	Evalúa sintomatología ansiosa, tanto en desórdenes de la misma como en cuadros depresivos.
Tipo	Cuantitativo
Número de Preguntas	21 ítems
Población	Adultos y adolescentes de 13 años en adelante.
Escala	De tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van desde en absoluto, levemente, moderadamente y severamente.
Calificación	La puntuación consiste en la suma de todos los ítems que componen cada dimensión. La suma total de estos, dan lugar al puntaje final de ansiedad.
Puntuación	Puntuación mínima: 0 Puntuación máxima: 63
Dimensiones	Somático y Afectivo – cognitivo
Confiabilidad y Validez	0.80 y 0.80

Nota. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013)

Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA)

En la **tabla 4** se exponen las características del instrumento compuesto por 30 preguntas empleado a la estimación de las funciones ejecutivas, capacidad visuoespacial, memoria, atención, concentración y memoria de trabajo, así como el lenguaje y la orientación.

Tabla 4

Ficha Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA)

Autor	Ziad S. Nasreddine MD, Natalie A. Phillips PhD, Valérie Bédirian BSc, Simon Charbonneau MPS, Victor Whitehead MSW, Isabelle Collin PhD, Jeffrey L. Cummings MD, Howard Chertkow MD, 2005.
Aplicación	Individual
Tiempo	5 – 15 min
Objetivo	Evaluar la presencia de deterioro cognitivo leve.
Tipo	Cuantitativo
Número de Preguntas	30 preguntas
Población	Adultos y adolescentes de 13 años en adelante
Escala	Tipo Screening cognitivo
Calificación	La puntuación se divide en base a las dimensiones evaluadas, se asigna 0 si el paciente se equivoca, y 1 cuando responde de manera correcta. La calificación total se obtiene a partir de la suma total de los puntos obtenidos en cada dimensión, en personas con edad de 12 años o menos años de escolaridad se debe añadir un punto adicional a la nota final.
Puntuación	Máxima puntuación: 30 Mínima puntuación: 0
Dimensiones	Función ejecutiva y visoespacial, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo y orientación.
Confiabilidad y Validez	0.71 y 0.80

Nota. Pedraza et al. (2016)

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

Escala compuesta por 10 ítems empleada a la estimación de la autoestima global mediante la actitud positiva y negativa del individuo hacia el mismo y su totalidad.

Tabla 5

Ficha Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

Autor	Morris Rosenberg, 1965.
Aplicación	Individual/ colectivo
Tiempo	5 – 10 minutos
Objetivo	Evalúa el sentimiento de satisfacción que la persona tiene sobre sí misma.
Tipo	Cuantitativo
Número de Preguntas	10 ítems
Población	Adultos y adolescentes de 12 años en adelante.
Escala	De Tipo Likert con 4 opciones de respuesta. La valoración va desde (1 a 4). En donde 1 corresponde (muy en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo) y 4 (muy de acuerdo).
Calificación	La puntuación consiste en la suma de todos los ítems que componen cada dimensión. Es importante tener en cuenta que, existen ítems invertidos (2, 5, 8, 9 y 10). La suma total de estos, dan lugar al puntaje final de autoestima.
Puntuación	Máxima puntuación: 0 Mínima puntuación: 30
Dimensiones	Autoestima positiva y Autoestima negativa.
Confiabilidad y Validez	0,80 y 0,87

Nota. Ceballos et al. (2017)

Para concluir, una vez detallada la información de cada instrumento aplicado, a continuación, se detallarán las puntuaciones obtenidas en cada test aplicado a la paciente.

Tabla 6

Tabla de resultados cuantitativos e interpretaciones

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
---------------------	-------------------------------	-----------------------

Ficha Escala de Estrés Percibido (PSS – 14)	39	La paciente se encuentra a menudo estresada.
Ficha Inventario de Depresión de Beck (BDI – II)	20	La paciente se encuentra con una depresión moderada.
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	23	La paciente se encuentra con una ansiedad moderada.
Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA)	25	La paciente mantiene una puntuación de 25/30 lo que indicaría un posible deterioro.
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)	21	La paciente se encuentra con autoestima baja.

Nota. Instrumentos Psicológicos aplicados

En la presente tabla se describen los datos de las puntuaciones obtenidas en la evaluación inicial de la paciente en donde se puede determinar que, de los 5 instrumentos aplicados, tres tuvieron mayor puntuación Escala de Estrés Percibido (PSS – 14), Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) e Inventario de Depresión de Beck mostrando que el nivel de afectación en la paciente se encuentra enfocado en su percepción sobre las situaciones de vida como estresantes, también, en su estado de ánimo generando un posible deterioro de modo que se obtuvo un mejor direccionamiento para su respectivo diagnóstico clínico.

1.3 Proceso Diagnóstico

En el presente caso el diagnóstico se ha realizado en base a los criterios presentados en la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE- 10) que brinda las pautas de diagnósticos de Trastornos Mentales y del Comportamiento para fundamentar el trabajo clínico del psicólogo.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Según el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social [CISS], (1984) es aquel que está emitido por un médico o psicólogo cuando no tiene evidencia de un

diagnóstico preciso y definitivo, por lo tanto, tiene carácter provisional sujeto a confirmación. De tal manera, que en base a lo citado se consideraron los siguientes trastornos como presuntivos.

- **F34.1 Distimia**
- **F32.0 Episodio Depresivo Leve**
- **F34.0 Ciclotimia**

1.3.2 Diagnóstico Diferencial

De acuerdo a Morales (2019) el diagnóstico diferencial, es un procedimiento mediante el cual se identifica una determinada enfermedad, entidad nosológica o síndrome relacionado a cualquier condición de salud – enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenta un cuadro clínico semejante al que el paciente padece. En tal razón se han considerado los siguientes diagnósticos como diferenciales.

F34.0. Ciclotimia:

Tabla 7

Pautas diagnósticas de ciclotimia

Pautas que cumple	Pautas que no cumple
Periodos de depresión	Presencia de un período de al menos dos años de inestabilidad del estado de ánimo, que implica varios períodos de depresión e hipomanía, con o sin períodos intermedios de estado de ánimo normal.
Disminución de la energía o de la actividad.	Ninguna de las manifestaciones de depresión o hipomanía durante este período de dos años debe ser lo suficientemente severa o prolongada para cumplir con el episodio maníaco o episodio depresivo.
Insomnio	Aislamiento social
Pérdida de confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad.	Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
Dificultad para concentrarse	Disminución de la locuacidad
Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.	Aumento de la energía o de la actividad.
	Disminución de las necesidades de sueño.

Periodos de elevación del estado de ánimo	<p>Autoestima exagerada.</p> <p>Pensamiento agudizado o excepcionalmente activo.</p> <p>Mayor sociabilidad de lo normal.</p> <p>Aumento de la locuacidad o del ingenio.</p> <p>Optimismo desmesurado o exageración de los logros del pasado.</p>
---	--

Nota. Adaptado de Cie – 10 (OMS, 2000)

En base a lo presentado anteriormente en la tabla 7 se consideró inicialmente este diagnóstico porque los signos y síntomas como tristeza, llanto, preocupación, agitación, falta de respiración, dificultad de autocontrol, sentimientos de culpabilidad, vacío e inutilidad, problemas para tomar decisiones, de vez en cuando desesperanza e ideas suicidas presentados por la paciente apuntaban a las pautas del episodio depresivo de este trastorno, sin embargo, se lo descartó porque no cumple con el tiempo mínimo de dos años, asimismo, porque para cumplir con esta pauta la usuaria también debía presentar síntomas relacionados a la implicación de hipomanía como aumento de la energía o actividad, disminución de las necesidades de sueño, autoestima exagerada, pensamiento agudizado o excepcionalmente creativo, mayor sociabilidad de lo normal, aumento de la locuacidad y optimismo desmesurado, además esta tenía que ser lo suficientemente severa o prolongada para cumplir con un episodio maniaco por lo que, dada la inexistencia de esta sintomatología se prescindió del mismo.

F32.0. Episodio Depresivo Leve:

Tabla 8

Pautas diagnósticas de episodio depresivo leve

Pautas que cumple	Pautas que no cumple
Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.	Criterios generales del episodio depresivo (F32).
Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.	Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor

	parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.	Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.	Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
Pensamientos recurrentes de muerte o cualquier conducta suicida.	
Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.	
Alteración del sueño.	

Nota. Adaptado de Cie – 10 (OMS, 2000)

En base a lo presentado anteriormente en la tabla 8 se consideró inicialmente este diagnóstico porque los signos y síntomas descritos por la paciente se contrastan con la mayoría de pautas mencionadas en la CIE – 10 como pérdida de interés por actividades placenteras, disminución de la energía o actividad, disminución de la autoestima, sentimientos de culpabilidad, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, disminución en la capacidad de concentración, alteración del sueño, no obstante, se lo descartó porque no cumple esencialmente con el tiempo establecido de dos semanas ya que la presencia de la sintomatología excedía el tiempo.

F34.1 Distimia: esta patología se considera dentro del diagnóstico final puesto que la paciente cumple con casi todos los criterios establecidos en términos de sintomatología, frecuencia y duración, de manera que, en el siguiente apartado, se proporcionará la sustentación necesaria para respaldar y fundamentar dicho diagnóstico.

1.3.3 *Diagnostico Final.*

De acuerdo con Bertagnolli (2015) el diagnóstico final es al que se llegue después de obtener los resultados de pruebas, como análisis, test, biopsias, a través de las cuales se realizan para determinar si hay presencia de cierta patología. Por lo tanto, en base a las pautas analizadas y expuestas previamente de los trastornos elegidos, se puede establecer el siguiente diagnóstico definitivo para la usuaria:

F34.1. Distimia

Se determina el presente trastorno, dado que la paciente menciona que hace más de dos años presenta humor depresivo constante o recurrente, asimismo, se manifiestan muy pocos antecedentes de episodios individuales de depresión que no han sido lo suficientemente severos o prolongados como para justificar el diagnóstico de un episodio depresivo leve además, la paciente ha continuado realizando sus actividades ya que no se ha considerado incapacitante dentro de ese ámbito pese a que señala la notoria disminución de las mismas que antes realizaba de manera constante tales como caminatas al sendero, practicar deporte entre otras refiere que ha tratado de implementarlas cuando se “intenta sentir mejor”.

De igual manera, existe la presencia de insomnio oscilante, el cual se ha intensificado durante las últimas semanas provocado sentimientos de desesperación mediante la manifestación de síntomas como agitación, falta de respiración y dificultad para mantener el autocontrol, por otro lado, la pérdida de confianza en sí misma al haber presentado antecedentes de autopercepción negativa sobre su físico lo cual conllevó a generar sentimientos de inferioridad ha estado presente durante un período de tiempo mayor a las dos semanas tal como se menciona en el episodio depresivo leve, y aunque abarca el periodo de tiempo para considerar el diagnóstico de la Ciclotimia es esencial que se cumpla con el criterio de “autoestima exagerada” dentro de un periodo de hipomanía mismo que no se evidencia.

En relación con este tema, a pesar de que durante las últimas semanas la usuaria posee dificultad para concentrarse impidiéndole tomar decisiones respecto a su futuro se

estima que por el tiempo de incidencia podría cumplir con los criterios mencionados dentro de la Ciclotimia y el Episodio depresivo leve, sin embargo, se señala otro síntoma adicional como el llegar a percibirse incapaz de afrontar sus responsabilidades lo que demuestra el cumplimiento de otro criterio relacionado a la Distimia. Al mismo tiempo, presenta llanto fácil derivado de todos los conflictos y discusiones que tiene con sus padres desde hace varios años y con su pareja durante los últimos meses. Es importante recalcar que, a pesar de la disminución de actividades placenteras no existe pérdida de interés o satisfacción por el sexo.

Finalmente, se observan cavilaciones acerca del pasado en la paciente sobre acontecimientos que marcaron su niñez, y que por el periodo de tiempo que han estado presentes podrían fundamentar el diagnóstico de la Ciclotimia, aunque también es crucial tomar en cuenta la posible manifestación de una fase de hipomanía en donde se haya presentado mostrado optimismo desmesurado o exageración de los logros del pasado necesarios para el diagnóstico, por lo que la usuaria al no mostrar signos de haber experimentado previamente este episodio hace imposible de tomar en cuenta a este trastorno, considerando a la Distimia como la opción más certera.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Tratamiento/Intervención

Este proceso terapéutico se realizó a través del modelo integrativo, en 10 sesiones, todas en modalidad presencial, mismas que se dividieron de la siguiente manera; 9 sesiones terapéuticas, finalmente, 1 sesión de seguimiento para examinar el avance terapéutico de la paciente. Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos aproximadamente con una periodicidad semanal.

El presente plan terapéutico está planificado para trabajar específicamente en las variables relacionadas con el estado emocional de la paciente y su sintomatología depresiva pues el enfoque integrativo permitió utilizar diversas estrategias y técnicas adaptadas a las necesidades individuales de la usuaria, con el objetivo de promover su bienestar emocional y reducir los síntomas depresivos

2.1.1. *Objetivos terapéuticos*

- Facilitar el desarrollo de herramientas prácticas que permitan identificar y manejar sus emociones, promoviendo así la autorregulación emocional.
- Mejorar la capacidad de la paciente para regular su respuesta emocional y fisiológica ante situaciones estresantes, a través del entrenamiento en técnicas de respiración que promuevan la relajación y el control de la ansiedad.
- Promover el uso de estrategias de afrontamiento asertivo que permitan gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto.

2.1.2. *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 9

Plan Psicoterapéutico

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
--------	-------------------------	-----------------------	---------	-------------

1	Facilitar el desarrollo de herramientas prácticas que permitan a la paciente identificar y manejar sus emociones, promoviendo así la autorregulación emocional.	Educar a la paciente acerca de su problemática y la sintomatología que engloba la misma. Detener los pensamientos negativos, que generen malestar emocional, para sustituirlos por otros más adaptativos. Desarrollar estrategias para disminuir los niveles de estrés.	Psicoeducación Técnica de Bloqueo de Pensamientos Respiración diafragmática	Realizar y completar un autorregistro de pensamientos y emociones. Realizar y completar un autorregistro de las situaciones que le molestan y trabajarlas con la técnica "solo por hoy" Establecer y practicar ejercicios de respiración en casa.
2	Promover el uso de estrategias de afrontamiento asertivo que permitan a la paciente gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto.	Identificar debilidades y potenciar la autoconfianza y la aceptación para lograr un mejor afrontamiento de aquellas situaciones que le generan malestar.	Psicoeducación: autoestima Técnica del Espejo	Elaborar a través de notas una lista de actividades de su preferencia y pegarlas en un lugar visible para que recuerde hacerlo, adicional. Realizar un autorregistro de las actividades que haya ejecutado durante la semana. Practicar ejercicios de respiración profunda tres veces seguidas.
3	Facilitar el desarrollo de herramientas prácticas que permitan a la paciente	Identificar emociones y regular la impulsividad	Psicoeducación: gestión de emociones Técnica del Semáforo de las emociones	Realizar y completar un autorregistro de emociones durante la semana.

	identificar y manejar sus emociones, promoviendo así la autorregulación emocional.		
4	Facilitar el desarrollo de herramientas prácticas que permitan a la paciente identificar y manejar sus emociones, promoviendo así la autorregulación emocional.	Integrar experiencias en la vida de la paciente permitiendo que pueda dejar atrás vivencias dolorosas.	Psicoeducación: Redactar una carta de despedida y quemarla cuando la paciente crea conveniente. Realizar un registro del Solo por hoy enfocado en las emociones. Técnicas de desahogo emocional: Técnica de la carta: carta de despedida.
5	Promover el uso de estrategias de afrontamiento asertivo que permitan a la paciente gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto.	Identificar y resolver problemas actuales de la vida de la paciente a través de habilidades generales que permitan manejar eficazmente los futuros conflictos	Psicoeducación: Poner en práctica la técnica en un problema cotidiano. gestión de emociones para la toma de decisiones. Entrenamiento en resolución de conflictos y toma de decisiones. Técnica de la respiración cuadrada
6	Promover el uso de estrategias de afrontamiento	Desarrollar habilidades sociales para mejorar la	Psicoeducación: acerca del asertividad.

	asertivo que permitan a la paciente gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto.	capacidad de comunicación y expresión dentro del ámbito familiar, académico y social.	de Entrenamiento en habilidades sociales: Técnica del Disco Rayado
7	Mejorar la capacidad del paciente para regular su respuesta emocional y fisiológica ante situaciones estresantes, a través del entrenamiento en técnicas de respiración que promuevan la relajación y el control de la ansiedad.	Integrar experiencias de vida para generar sentimientos de perdón.	Técnica de Respiración Profunda de Técnica de desahogo emocional: silla vacía
8	Promover el uso de estrategias de afrontamiento asertivo que permitan a la paciente gestionar de manera saludable sus respuestas y	Evaluar el avance psicoterapéutico de la paciente en cuanto al proceso realizado.	Re-aplicación de reactivos psicológicos: Escala de autoestima de Rosenberg; Escala de estrés Percibido – Perceived Stress Scale (PSS – 14);

	expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto			Inventario de Ansiedad de Beck; Inventario de Depresión de Beck.
9	Promover el uso de estrategias de afrontamiento asertivo que permitan a la paciente gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto	Concluir y retroalimentar el proceso psicoterapéutico	y el	Socialización de resultados. Retroalimentación de las técnicas ilustradas durante el proceso psicoterapéutico Conclusiones del mismo.
10	Promover el uso de estrategias de afrontamiento asertivo que permitan a la paciente gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto	Examinar el avance terapéutico de la paciente.	de la	Entrevista psicológica.

Nota. En la siguiente tabla se describen las técnicas utilizadas en el proceso psicoterapéutico impartido a Y.G

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

Sesión 1: La presente sesión estuvo planificada con la finalidad de trabajar los pensamientos intrusivos que generan tristeza, frustración y estrés en la paciente, así como las debilidades que impidan desarrollar una autoconfianza mediante el uso de la psicoeducación que según Hernández (2020) “es el proceso por el que la persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas”, además se empleó la técnica de parada de pensamiento que en base a Zapata, (2021) menciona que “consiste en que un estímulo externo puede desaparecer los pensamientos automáticos y repetitivos que están constantemente perturbando al individuo, y suelen ir acompañados de un estado emocional alterado.”

Su proceso de aplicación dentro de terapia es a partir de un primer paso en el que se supone la identificación de ideas irracionales, como segundo paso adicionamos el entrenamiento en la detención del pensamiento a través de la verbalización de la palabra “basta” o mediante un chasquido, para ello señalamos diversas situaciones en donde el uso de esta palabra o este movimiento con el fin de interrumpir el pensamiento que esté intentando causar malestar y como tercer paso los sustituimos por otros más adecuados y positivos (Lozano et al., 1999).

De igual manera, se estableció la técnica de Respiración Diafragmática que de acuerdo con Puerta y Cruz (2003) “es el tipo de respiración específica más utilizada en la clínica psicológica que cuenta con una gran variedad de beneficios como el incremento de la concentración, aumento de la cantidad de oxígeno en los pulmones, reducción de la velocidad del ritmo cardiaco y estimulación del sistema nervioso parasimpático responsable de la relajación” dentro de psicología su aplicación es llevada a cabo a través una serie de sencillos pasos como situarse en una posición cómoda (sea de pie, acostado o sentado),

colocarse una mano en el pecho y otra en el estómago, inhalar por la nariz de 3 a 5 segundos de manera pausada (permitiendo que el estómago se agrande conforme el aire ingresa a los pulmones), a continuación se exhala lentamente en un periodo de 3 a 5 segundos permitiendo que el estómago se relaje y salga el aire contenido, finalmente se repite este ejercicio las veces que se considera necesario hasta que el cuerpo se sienta relajado. (UNC Health care, 2013).

Para cerrar la sesión se utilizó la técnica “Solo por hoy” dentro de una de las tareas enviadas a casa que, conforme a Maldonado (2020) es un procedimiento basado en desactivar el dialogo negativo con que muchas veces nos tratamos y juzgamos injustamente, realizando pequeños cambios a través del establecimiento de ideas positivas adaptándolas a las situaciones que nos generan malestar, dentro de su empleo en la sesión primero se enfoca en entrenar nuestra percepción hacia una serie de ideas simples y a la vez poderosas generando una reconciliación con nosotros mismos, es importante recalcar que estas ideas deben estar direccionadas a desactivar el diálogo negativo e ir trabajando cada día una dimensión relacionada a la autoestima por ejemplo “Solo por hoy” me hablaré con amabilidad, “solo por hoy” no me voy a enojar con mi mamá, etc. (Sabater, 2020)

De tal manera que el trabajo en la paciente se realizó de la siguiente manera, la intervención dio inicio a las 9 am, la paciente se encontraba vestido acorde a su edad, además se mostró muy tranquila, sin embargo, se encontraba un poco afónica, para dar inicio al proceso de intervención se otorgó la psicoeducación acerca del trastorno que padece la paciente en donde se lograron identificar algunos síntomas que afirmo haber experimentado. Durante el transcurso de la misma se mostró cómoda al dar respuesta a cada una de las interrogantes que la psicóloga le hizo, además, detalló algunas situaciones que le han estado generando malestar, sobre todo reconoció sus errores ante algunas de estas, asimismo, se aplicó la técnica de Parada de Pensamiento con el objetivo de permitir que la usuaria desarrolle habilidades para detener aquellos pensamientos negativos que le

incomodan y pueda sustituirlos por otros más adaptativos. De igual manera, se procedió a enseñar el desarrollo de una actividad que se envió para casa acerca de un autorregistro de pensamientos.

Al final de la sesión, se llevó a cabo la técnica de respiración diafragmática mediante la cual se instruyó a través de un previo ejercicio a como respirar utilizando el diafragma ante los momentos de crisis, en este caso se envió esta técnica a usarse como tarea cuando la paciente considere necesario. Y como trabajo adicional el llevar un autorregistro de aquellas situaciones que le molesten y como va a evitarlas mediante el “solo por hoy”, de igual manera, se dieron pautas de cómo realizarlo y se cerró la sesión con una despedida. El logro alcanzado a partir de la misma fue exitoso pues la paciente identificó el tipo de pensamientos que le generan malestar y adquirió habilidades para controlarlos, asimismo, aprendió una forma eficaz de respirar ante situaciones ansiosas.

Sesión 2: En cuanto a esta intervención se planificó con el objetivo de abordar pensamientos intrusivos que generan ansiedad y baja autoestima en la paciente, se trabajó mediante el uso de la técnica del espejo que conforme a Rives (2018) es un método para mejorar el autoconcepto y autoestima, basado en la observación personal de cada uno frente al espejo, a través de una serie de preguntas en las que profundicemos como nos vemos y lo expresemos frente al espejo cuando nos miramos, su aplicación dentro del proceso psicológico consiste en colocar al paciente frente a un espejo, pedirle que se observe completamente y haga contacto visual, acto seguido el psicólogo procede a realizar una serie de preguntas como ¿qué ves en el espejo?, ¿cómo es la persona que te mira desde el espejo?, ¿conoces a la persona que tienes delante?, ¿tiene alguna cosa mala?, entre otras preguntas adicionales, con una duración de aproximadamente 20 a 40 minutos. (Granizo et al., 2019).

De tal modo que el trabajo realizado con la paciente se desarrolló de la siguiente manera, la intervención dio inicio a las 9:40 am, la usuaria estaba vestida acorde a su edad,

de igual manera, se mostró muy tranquila. En un primer punto, se realizó una psicoeducación a través de un video en relación a la autoestima, seguido, se procedió a explicar a la usuaria la importancia de la misma y como el que esta se vea afectada puede interferir negativamente en nuestra vida. Paralelamente, en un segundo punto, para consolidar lo comentado, se realizó la técnica del Espejo para potenciar la confianza y autoaceptación, en donde se le brindó un espejo y se pidió que lo coloque frente a ella, y de esta manera vaya respondiendo las preguntas que se le hicieron, al finalizar se retroalimentó y se preguntó acerca de cómo fue la experiencia durante la actividad.

Posteriormente, en un último punto, se procedió a enviar una tarea en base a la técnica "la pequeña felicidad" ese le pidió a la usuaria escribir en sticking notes actividades que sean de su preferencia y las pegue en lugares visibles para que al siguiente día las lleve a cabo también llevar un autorregistro de todo aquello que realizó y traerlo para la próxima sesión. El logro de la intervención fue exitoso puesto que, se basó en que la paciente reconoció y apreció esfuerzos propios, permitiendo generar sentimientos de perdón hacia sí misma, de igual manera, la importancia de dedicarse más tiempo para disfrutar de actividades de su preferencia.

Sesión 3: Durante la presente consulta se planificó el abordaje de las emociones positivas y negativas que imposibilitan la comunicación asertiva de la paciente en casa mediante el uso de la técnica del semáforo de las emociones que, según Oblitas (2020) es considerada una estrategia de aprendizaje mediante la cual se emplea el uso del semáforo (de tránsito vial) relacionando los colores con las conductas y emociones del ser humano, enfocados en los aspectos de autocontrol de modo que su desarrollo dentro de la psicología es a través del uso de material didáctico, imagen o video de un semáforo en donde se reflejen los tres colores y su significado emocional, por ejemplo el color rojo representa **detente** (para tranquilizarse y pensar antes de actuar), el color amarillo representa **pensar** (tomarse el tiempo para generar soluciones o alternativas y pensar en sus posibles

consecuencias) y el color verde significa **adelante** (pon el práctica la mejor solución), de esa manera se entrena al paciente para que pueda responder eficazmente a las demandas de su entorno (Rodríguez, 2017).

De tal modo que la intervención con la paciente se realizó de la siguiente manera, principalmente la intervención dio inicio a las 9:40 am, al inicio de la sesión la usuaria se mostraba preocupada y presentaba llanto fácil. A continuación, en un primer punto, se realizó una psicoeducación a través de una explicación verbal sobre la importancia de la gestión de emociones. Además, en un segundo punto, se realizó la técnica del semáforo que permitió identificar las emociones y generar alternativas para regular la impulsividad. Al finalizar esta técnica, de igual forma, se retroalimentó y racionalizó acerca de cómo pudo haber solucionado sus recientes malestares y cuáles serían las posibles alternativas a considerar.

Finalmente, un último punto, se alentó a la paciente a continuar con sus intervenciones pese a haber tenido una pequeña recaída, cabe resaltar que siempre se mencionó la opción de seguir asistiendo a las sesiones, en donde, resaltó que se siente “a gusto” recibiendo ayuda, dado que, le ha servido de gran beneficio para mejorar ciertos aspectos de su vida”. Cabe recalcar que, dentro de esta sesión no se envió tarea, destacando que el logro alcanzado durante esta intervención fue exitoso puesto que la paciente generó una nueva perspectiva acerca de su problemática considerando importante el identificar sus emociones positivas y negativas para que de esta manera se pueda modificar la respuesta emocional y conductual por parte de ella

Sesión 4: Esta sesión estuvo planificada con el motivo de trabajar los pensamientos que generan negación e ira imposibilitando el cierre de ciclos en la vida de la usuaria mediante el uso de la técnica de desahogo emocional (carta de despedida) que en base a Castillo et al. (2012) las técnicas narrativas buscan un acercamiento respetuoso, no culposo de la terapia y el trabajo comunitario permitiendo dar significado a las experiencias de la vida

diaria y buscando la manera de explicar los sucesos así como darles sentido para poder liberarlos.

La presente técnica dentro de terapia se la trabaja de manera individual, solicitándole al paciente que se enfatice en convertir sus experiencias en relatos apartándolas considerablemente de las normas que rigen tanto a la retórica como al estilo de correspondencia profesional, para que mediante la misma exprese sus emociones sobre todo aquellas que han estado generando malestar y posteriormente se recomienda romperla o quemarla como método de liberación (White y Epston, 1990).

Por esta razón, el trabajo realizado con la usuaria se desempeñó de la siguiente manera, inicialmente la intervención comenzó a las 10:00 am, la paciente por su parte se encontraba vestida acorde a su edad. Dentro de un primer punto, se realizó una psicoeducación a través de una explicación verbal sobre la importancia de la gestión de emociones; se retroalimentaron las tareas que se han enviado desde la primera sesión y se dio paso a que la paciente comente como le fue durante toda la semana. En un segundo punto, se procedió a explicar a la usuaria la importancia de la gestión y autorregulación de las emociones.

Para reforzar lo comentado, se explicó la técnica de desahogo emocional a través de una carta de despedida, en donde la usuaria describa aquellas problemáticas actuales con las que ya sienta que pueda cerrar ciclos, además, quemarla, votarla o romperla como signo de liberación. Por último, se alentó a la paciente continuar con las tareas enviadas en las previas intervenciones puesto que, mencionó que le habían sido de mucha ayuda y estaba notando un cambio. El logro alcanzado dentro de la sesión fue exitoso debido a que la paciente generó una nueva perspectiva acerca de cómo puede liberar de manera sana sus emociones dado que, consideró importante plasmarlas a través de la escritura como una forma más visible de organizar sus ideas, reconocer otro tipo de conflictos existentes, avanzar y encontrar soluciones.

Sesión 5: En la siguiente sesión se programó trabajar sobre la dificultad que tenía la usuaria para la toma de decisiones con respecto a su vida personal, familiar y sentimental mediante el entrenamiento en resolución de conflictos y toma de decisiones (técnica de D'Zurilla y Goldfriend) que con base a Blanco et al. (2008) la mismas se centra el ayudar a que las personas reconozcan un problema desde el momento en el que se presenta, también a inhibir la tendencia a responder a una situación de forma impulsiva facilitando una amplia gama de posibles respuestas acertadas enfrentándose con más eficacia a la situación y reduciendo las posibles respuestas emocionales negativas asociadas a estos.

Sus pasos para la aplicación en terapia consisten en orientar al paciente hacia el problema, definirlo y formularlo desde una perspectiva global, generar la mayor cantidad de alternativas posibles, tomar la decisión de como mínimo escoger dos y ponerlas en práctica para luego verificar su eficacia (García, 2022).

A continuación, se detalla el proceso realizado con la paciente. Inicialmente la intervención empezó a las 10:20 am, desde el inicio de la sesión la paciente se mostró muy colaborativa. Así pues, dentro de un primer punto, se realizó una psicoeducación a través de un video sobre la importancia de la toma de decisiones, asimismo, las fases que se deben considerar para llegar a las mismas. Por ello, en un segundo punto, se procedió a iniciar con la explicación de la técnica de solución de conflictos a través de una actividad en donde en conjunto con la usuaria se mencionaron tres problemas actuales que le están generando malestar, además, a partir de estos se racionalizó buscando tres aspectos positivos y negativos de trabajarlos demostrando como es el proceso para generar alternativas que sean beneficiosas para ellas y quienes la rodean.

Como último punto, se desarrolló la técnica de la respiración cuadrada para disminuir los niveles de ansiedad en la usuaria, pese a que, refirió ya no experimentar estos síntomas seguidos, consideró importante aprender otra nueva forma de regular su malestar y para

reforzar lo comentado, se consideró aplicar las técnicas durante toda la semana, no como tareas, pero si para que durante la próxima sesión nos pueda comentar como le fue.

El logro de esta intervención fue que la paciente generó habilidades para identificar y resolver conflictos, así como para tomar decisiones permitiendo manejar eficazmente las futuras situaciones que se presenten en su vida.

Sesión 6: Esta intervención se planificó con el objetivo de abordar las dificultades para el establecimiento de límites en la vida de la paciente mediante el entrenamiento en habilidades sociales (técnica del disco rayado) que a tenor de Morera et al. (2004) menciona que consiste en la repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos una y otra vez, ante la inexistencia de otros por acceder a los suyos, para evitar usar excusas falsas y comunicarnos con asertividad. Por ello, su aplicación en la terapia consta en hacer que el paciente verbalice de manera tranquila lo que desea sin enojarse, ni irritarse, en otras palabras, se busca que el sujeto escuche sin responder a algo que salga fuera de la cuestión que desea tratar, sin dejarse arrastrar por aspecto irrelevantes, modificando el hábito compulsivo de responder ante preguntas u observaciones que nos hacen centrarnos únicamente en lo que deseamos comunicar (Rodríguez, 2014)

En base a todo lo explicado la sesión se desarrolló de la siguiente manera, primero la intervención dio comienzo a las 9:20 am, es importante recalcar que, la usuaria se mostró colaborativa. Durante la fase inicial, se realizó una psicoeducación a través de un video acerca de asertividad para definir límites en nuestra vida y la importancia de decir "No". En un segundo punto, se aplicó la técnica de entrenamiento en habilidades sociales: Técnica del Disco Rayado, en donde a partir de la racionalización de los diversos conflictos de la paciente se pudo poner en práctica el No, permitiendo reconocer la importancia de la comunicación asertiva para establecer límites y mejorar la convivencia con los demás.

A manera de síntesis, se reforzó lo comentado recapitulando lo desarrollado en las sesiones anteriores y anclándolo con lo aprendido en la misma para ampliar una gama de opciones que le posibiliten responder de una manera funcional ante los conflictos que surjan. El logro de esta sesión fue exitoso ya que la paciente tomó conciencia identificando las consecuencias generadas a partir de la falta de asertividad al comunicarse, al igual que, la deficiencia del establecimiento de límites en su vida, adquiriendo la capacidad de desarrollar habilidades que le permitan manejar eficazmente las futuras situaciones que se presenten en su vida.

Sesión 7: La siguiente intervención estuvo programada con el propósito de centrarse en los conflictos familiares y amorosos inconclusos por parte de la paciente a través del diálogo interno permitiendo el cierre de ciclos por medio de la previa aplicación de la técnica de respiración profunda, la cual bajo el juicio de Labiano (1996) menciona que este tipo de respiración está asociada a estabilizar la temperatura periférica, que a su vez contribuye a la disminución del arousal simpático, además, se relaciona en psicología con la estabilidad emocional, el sentido de control sobre el ambiente, la calma, un alto nivel de actividad mental y física, tal como la ausencia relativa de estresores percibidos u objetivos.

Para poder ejecutar esta técnica se deben tomar en cuenta los siguientes pasos, primero es importante que el paciente esté en una posición cómoda, vamos a direccionarlo a que explore su cuerpo en busca de signos de tensión, luego pedimos que coloque su mano derecha sobre su abdomen y la izquierda sobre el tórax, seguido le solicitamos inhalar lenta y profundamente por la nariz hasta sentir que el aire llega al abdomen (elevando la mano colocada sobre el) por su parte el tórax también se moverá, una vez que se haya tomado la mayor cantidad de aire posible, exhalamos por la boca haciendo un ruido suave y relajante, continuamos con el mismo proceso con una o dos veces al día durante la semanas que se considere necesario hasta familiarizarse con la técnica para poder implementarla ante situaciones demandantes (Rodríguez et al., 2005).

Por su parte, en base a Poza et al. (2023) la técnica de la silla vacía posibilita rescatar aspectos excluidos o no aceptados de los que, en mayor o menor medida, la persona no tiene información a nivel consciente, es decir, se pretende integrar aspectos de identidad, reacciones e interacciones con personas y situaciones.

En terapia esta técnica puede abordarse a través de la imaginación, pidiéndole al paciente que imagine una silla o espacio vacío a la otra persona con la que se tiene el conflicto sentado, se le pide al participante que le diga todo aquello que no le ha podido decir o que le desee decir con el fin de facilitar la expresión de sus sentimientos en especial negativos, y comprensión de los mismos. (Ruiz, 2011)

De modo que el trabajo con la usuaria se realizó de la siguiente manera la intervención dio comienzo a las 10:20 am, es importante resaltar que la paciente se encontraba vestida acorde a su edad, además, se mostró colaborativa durante toda la sesión.

Como primer punto, se realizó una psicoeducación a través de la explicación verbal sobre la importancia que tiene la liberación y el perdón en nuestra vida. Se profundizaron diversos temas que han estado causando malestar en la usuaria racionalizando el por qué estos aún no han sido resueltos y como puede liberarlos a través de la posibilidad de diálogo interno y de contacto con sus sentimientos y emociones a partir de las vivencias experimentadas.

Seguidamente, en un segundo punto, se procedió a iniciar con la explicación de la técnica de desahogo emocional: silla vacía, para lo cual primeramente se procedió a realizar un ejercicio de respiración profunda para preparar a la paciente y dar comienzo a la técnica previamente mencionada. Es crucial mencionar que se le pidió cerrar los ojos para una mejor concentración, en donde se iba explicando el paso a paso de como tenía que ir realizando la técnica, también, se hicieron preguntas acerca de ¿Cómo luce la persona

sentada frente a usted?, ¿Qué características tiene?, ¿Qué le gustaría decirle a esa persona?, etc. De igual forma, se procedió a que la usuaria intercambia su posición a la de la persona con quien estaba manteniendo el diálogo para generar una contestación a lo mencionado, y una vez culminado regresó a su posición inicial para dar una respuesta final.

Por último, se volvió a desarrollar un ejercicio de respiración profunda para disminuir los niveles de ansiedad y estrés que se pudieron haber producido durante el desarrollo de la técnica en la usuaria. Finalmente, se consultó acerca de la experiencia, y como se sintió y con esto se dio por finalizada la intervención.

El logro que se obtuvo en la sesión fue exitoso debido a que la paciente generó sentimientos de perdón esclareciendo situaciones que habían estado inconclusas y causaban malestar, además, adquirió habilidades para reducir los niveles de estrés y ansiedad ante situaciones demandantes.

Sesión 8: La presente sesión estuvo programada con la finalidad de abordar la evaluación del progreso de la paciente a través de la aplicación de los reactivos psicológicos aplicados inicialmente a partir del uso de la evaluación psicológica que de acuerdo con Borja (2004) este método es considerado, en la actualidad, como aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto o grupo de sujetos, a los niveles de complejidad que se estime oportunos (motor, fisiológico, cognitivo), con distintos objetivos básicos y aplicados a partir de un proceso de toma de decisiones en el que se conjuntan, utilizan y aplican una serie de dispositivos, test y técnicas de medida y/o evaluación.

Este proceso puede incluir diferentes procedimientos de medida, identificar dimensiones específicas del sujeto, de su ambiente y de la relación entre ellos, no obstante, es esencial que previo a la aplicación de los instrumentos se considere una fase de planificación en donde se pueda adquirir la suficiente información sobre el paciente y su

entorno, tal como, realizar un análisis para fundamentar su hipótesis inicial y llevar a cabo un diagnóstico para establecer los puntos clave sobre los que se debe profundizar a lo largo de la evaluación (Nunes et al., 2006).

Con base a lo descrito anteriormente, el trabajo con la usuaria se llevó a cabo de la siguiente manera en primer lugar la intervención dio inicio a las 9:25 am, al instante se realizó una explicación acerca del desarrollo de la sesión, no obstante, antes de dar comienzo se dio paso a que la usuaria nos comentara como se había sentido a lo largo del fin de semana. Como un segundo punto, se procedió a iniciar con la aplicación de los reactivos psicológicos previamente administrados (Escala de autoestima de Rosenberg; Escala de estrés Percibido – Perceived Stress Scale (PSS – 14); Inventario de Ansiedad de Beck; Inventario de Depresión de Beck).

Como último punto, se dió un diálogo acerca del por qué era importante para nosotros volver a evaluar, y conocer como ha sido el avance durante todo el proceso, adicional, se recalcó que el mismo ya estaba por concluir y se estimó el esfuerzo de la paciente al haber colaborado y asistido a todas las consultas. Finalmente, se fijó una próxima sesión para la entrega de resultados. El logro obtenido fue exitoso visto que la paciente identificó los logros conseguidos a partir de las herramientas adquiridas durante el proceso terapéutico.

Sesión 9: Se planificó con la finalidad de evaluar el progreso de la paciente mediante el uso de la técnica de la entrevista psicológica que según Alude (1964) es el instrumento fundamental del método clínico y es por lo tanto un procedimiento de investigación científica mediante el cual se recoge la información más importante acerca del individuo para su posterior análisis. En donde su proceso puede llevar a partir de una entrevista estructurada, semiestructurada o no estructurada, enfatizando en el grado de dirección como directiva o no directiva, dependiendo de factores como el objetivo, las características del entrevistado, de la escuela terapéutica y el estilo personal del terapeuta (Perpiñá, 2012).

De acuerdo a lo descrito anteriormente, el trabajo con la paciente se efectuó de la siguiente manera, la intervención dio inicio a las 10:30, es importante destacar que la paciente asistió de manera puntual. Primero se dio paso a que la paciente comentara acerca de cómo le había ido durante toda la semana, asimismo, se le socializaron los resultados del re-test aplicado enfatizando la notable mejora observada. Seguidamente, en un segundo punto, se retroalimentaron las técnicas utilizadas durante todo el proceso, y se profundizaron en aquellas que la paciente sentía que podían ser de más fácil aplicación.

Como último punto, se agradeció por todo el esfuerzo y asistencia durante todas las sesiones, de igual manera, se reagendaron las posteriores sesiones con 15 días de diferencia a la última, con el propósito de continuar verificando su progreso.

El logro de la intervención fue exitoso puesto que la paciente identificó los avances adquiridos durante el proceso terapéutico, haciendo énfasis en que estas herramientas han permitido manejar de forma eficaz las futuras situaciones y/o conflictos que se presenten en su vida.

Sesión 10: La presente sesión estuvo planificada con la finalidad de realizar un seguimiento al progreso de la paciente mediante el uso de la entrevista psicológica, de tal manera que el trabajo con la paciente se realizó dando inicio a la intervención a las 10:15 am, la usuaria asistió de manera puntual y vestía acorde a su edad. Luego se dio paso a que la usuaria comentara acerca de cómo le había ido durante toda la semana, asimismo, se reforzaron dudas acerca de las técnicas previamente trabajadas para mejorar su aplicación de manera individual.

Se tomó un espacio para felicitar a la consultante por su asistencia a pesar de las dificultades de su vida cotidiana, recalcando aspectos positivos para fomentar su cooperación. Al final, se agradeció por todo el esfuerzo brindado y se puso a disposición la ayuda brindada por fundación cuando la requiera. El logro de la sesión fue muy exitoso debido a que la paciente evidenció los cambios experimentados durante todo el proceso

terapéutico, enfatizando la mejoría no solo física sino emocional que ha atravesado respondiendo de manera más funcional a sus conflictos.

Capítulo tres

Resultados

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en el presente caso clínico relacionado con distimia, para lo cual se realizó el respectivo análisis de los avances del paciente, a través de dos métodos que corresponden al cuantitativo y cualitativo. De modo que, para el análisis cuantitativo se aplicó un retest en la sesión 8 adquiriendo los siguientes resultados:

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Tabla 10

Resultados de seguimiento Escala de estrés Percibido (PSS – 14)

Instrumento	Resultados Pre-intervención	Resultados Pos-intervención
Escala de estrés Percibido – Perceived Stress Scale (PSS – 14)	39 puntos: A menudo estresado.	24 puntos: de vez en cuando estresado

Nota. Puntuaciones obtenidas en la Escala de estrés percibido aplicada después del proceso de intervención.

Con base a la tabla 10 los resultados conseguidos pueden determinar que en un principio la paciente obtuvo una puntuación de 39 puntos, que significa que a menudo se encuentra estresada y a partir del tratamiento arrojó un puntaje de 24 puntos que indica que la usuaria de vez en cuando se encuentra estresada. Esto nos da indicio que existe un notorio progreso en este ámbito.

Tabla 11

Resultados de seguimiento Inventario de Ansiedad de Beck

Instrumento	Resultados Pre-intervención	Resultados Pos-intervención
Inventario de Ansiedad de Beck	23 puntos: Ansiedad moderada.	9 puntos: Ansiedad muy baja

Nota. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Ansiedad de Beck aplicado después del proceso de intervención.

De acuerdo a la tabla 11 los resultados obtenidos pueden establecer que inicialmente la usuaria obtuvo un puntaje de 23 puntos, que significa que la misma se encuentra con una ansiedad moderada por lo que, después del tratamiento arrojó un puntaje de 9 puntos que indica ansiedad muy baja en la paciente. Esto nos da como resultado que se evidencia una significativa mejoría en esta esfera.

Tabla 12

Resultados de seguimiento Inventario de Depresión de Beck

Instrumento	Resultados Pre - intervención	Resultados Pos- Intervención
Inventario de Depresión de Beck	20 puntos: Depresión moderada.	6 puntos: Sin depresión

Nota. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck aplicado después del proceso de intervención.

Conforme a la tabla 12 los resultados adquiridos constatan que en un principio la usuaria obtuvo un puntaje de 20 puntos, lo que simboliza que se encuentra con una depresión moderada, por ese motivo, después del tratamiento arrojó un puntaje de 6 puntos que demuestra que actualmente la paciente ya no presenta síntomas relacionados a la depresión. Esto nos manifiesta una valiosa mejoría en este ámbito.

Tabla 13

Resultados de seguimiento Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

Instrumento	Resultados Pre - intervención	Resultados Pos - intervención
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)	21 puntos: Autoestima Baja	26 puntos: Autoestima media

Nota. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) aplicada después del proceso de intervención.

Correspondiente a la tabla 13 los resultados alcanzados denotan que al inicio la paciente obtuvo un puntaje de 21 puntos, lo que simboliza que se encuentra con una autoestima baja, por tal razón, después del tratamiento arrojó un puntaje de 26 puntos que demuestra una autoestima media. Esto nos revela que existe una importante mejoría en esta categoría.

3.2. Análisis de resultados cualitativos

Por otro lado, para el análisis cualitativo, se llevó a cabo una ficha de observación con la finalidad de establecer una comparación entre aquellas conductas y aspectos inicialmente observados en la paciente, en relación a la actualidad después del tratamiento, en donde para una mayor apreciación de la tabla 14 se expone de forma meticulosa la ficha ya mencionada.

Tabla 14

Conductas y aspectos con afectación inicial

Conductas y aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación
	Se mantuvo, es decir, no hubo cambio	Cambió parcialmente	Se extinguió o se modificó	
Llanto			x	Denota tranquilidad y resiliencia ante las nuevas situaciones experimentadas.
Agitación			x	Dado que las técnicas de respiración resultaron exitosas debido a que la paciente consiguió disminuir su malestar llegando a ya no experimentarlo como constantemente lo hacía.
Estado de ánimo deprimido.			x	Existe una notoria mejoría en su actitud

			frente a sus relaciones interpersonales demostrando sentimientos de alegría y serenidad.
Insomnio	x		Aunque no existió un cambio en su totalidad si disminuyeron sus preocupaciones y consigue una mejoría en su ciclo de sueño
Problemas para tomar decisiones.	x		Aunque no hubo un cambio en su totalidad si existió si logra esclarecer su posición ante diversas situaciones y cómo puede enfrentarse a ellas.
Desesperanza		x	Mejoría en relación a su visión del futuro.
Ideas suicidas		x	Extinguió los pensamientos desadaptativos.

Nota. Descripción de las conductas y aspectos con afectación inicial de la paciente.

Como se puede apreciar en la **tabla 14** algunas conductas y aspectos iniciales que afectaban inicialmente a la paciente experimentaron cambios positivos a lo largo del proceso terapéutico. En primer lugar, se observa que el llanto inicial de la paciente se transformó gracias a su capacidad de generar tranquilidad y resiliencia frente a nuevas situaciones que

enfrentaba. Esto evidencia una mejora en su manejo emocional y una mayor adaptabilidad. Además, se destaca que la agitación que experimentaba la paciente, principalmente durante las noches debido al insomnio, se extinguió. Esto puede asociarse a la implementación de estrategias y técnicas específicas para mejorar la calidad del sueño y reducir la preocupación nocturna, lo cual contribuyó a su bienestar general.

En cuanto al estado de ánimo deprimido, se aprecia un cambio significativo debido a la notable mejoría en su actitud frente a las relaciones interpersonales, demostrando que la paciente logró desarrollar habilidades de comunicación efectivas y establecer vínculos más saludables, lo que influyó positivamente en su estado emocional.

En relación al insomnio, aunque se menciona un cambio parcial, es importante destacar que se logró una disminución de las preocupaciones, lo que contribuyó a una mejor calidad de sueño, este avance fue resultado del trabajo terapéutico centrado en la regulación del pensamiento y la reducción de la ansiedad asociada.

En cuanto a los problemas para tomar decisiones, se menciona que hubo un cambio parcial, lo que sugiere que la paciente logró una mayor claridad al definir su posición frente a diversas situaciones y encontrar estrategias para enfrentarlas. Esto indica un fortalecimiento de su autonomía y habilidades de resolución de problemas.

Finalmente, se destaca que la desesperanza se extinguió debido a una mejora significativa en la visión que la paciente tenía del futuro. Además, las ideas suicidas fueron eliminadas a medida que se trabajaron y modificaron los pensamientos desadaptativos expresados durante las sesiones terapéuticas. Estos cambios observados en la paciente reflejan el impacto positivo de la terapia en su bienestar emocional y en su capacidad para enfrentar los desafíos de manera más adaptativa.

Discusión

Actualmente se considera que los trastornos del humor (afectivos) son un grupo de alteraciones que se caracterizan por la presencia de episodios depresivos, maníacos e hipomaníacos, estos se dividen en dos grupos, trastornos bipolares y trastornos depresivos, además son mayoritariamente frecuentes, es decir, pueden presentarse nuevos episodios incluso después de mejorías y remisiones, pues ocasionan severo malestar en el paciente y su familia a partir del grado de sufrimiento que supone pueden incluso conducir al suicidio (Baena et al., 2005)

En este caso clínico, se ha utilizado una combinación de terapia cognitivo-conductual y terapia de la Gestalt en un enfoque integrativo para tratar a una paciente diagnosticada con distimia, pues se pretende demostrar que esta combinación resulta efectiva en el tratamiento de este tipo de pacientes, dado que la terapia cognitivo-conductual es fundamental para abordar el cambio de pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales, reemplazándolos por otros más adaptativos. Por lo que, en base a Gutiérrez (2020) dentro de su investigación con un paciente con diagnóstico de distimia, este modelo logró modificar las creencias y estructuras cognitivas por unas más adaptativas y flexibles donde el individuo pudo afrontar a las situaciones de su vida cotidiana de manera competente. Si bien esta terapia puede llevarse a cabo de manera individual debido a su efectividad, se ha decidido complementarla con la terapia Gestalt pues permite generar en los pacientes conciencia de su realidad, otorgando mayor importancia a los aspectos de "cómo", "por qué" y "para qué. Tomando en cuenta el trabajo de Rodríguez (2020) con un joven universitario con ideación suicida en el que empleo la terapia Gestalt permitió que el paciente pueda expresarse y ser el mismo, vivenciando emociones positivas así como desarrollando recursos propios que posibiliten su crecimiento personal que están en la base del proceso de mejoría y cambio que promueve esta terapia.

Aunque para Demichelis et al. (2019), el enfoque integrativo no solo implica la eliminación de los componentes o las partes, sino la articulación de las mismas, su importancia se fundamenta en un intento de potenciar y desarrollar la efectividad

psicoterapéutica mediante propuestas novedosas y creativas basadas en más de una orientación o técnica de acuerdo a las necesidades e intereses del cliente

Es importante recalcar que la sintomatología de la paciente del presente estudio de caso corresponde a tristeza y llanto, preocupación, insomnio, falta de respiración, agitación y dificultad de autocontrol, sentimientos de culpabilidad, vacío e inutilidad, problemas para tomar decisiones, de vez en cuando desesperanza e ideas suicidas.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente y respaldado por los estudios realizados por Quiñonez (2020) y Mendoza et al. (2021) en pacientes con trastorno depresivo persistente, se observa la presencia de síntomas como falta de interés, desesperanza, baja autoestima, sentimientos de culpa, problemas para conciliar el sueño, tristeza, dificultad para concentrarse y preocupación debido a rumiaciones. Estos hallazgos corroboran que los síntomas presentados por la paciente en este caso se ajustan a la sintomatología del trastorno mencionado. Dicho trastorno se caracteriza por un inicio insidioso de un estado de ánimo deprimido que persiste durante al menos dos años, con fluctuaciones ocasionales, y se acompaña de otros síntomas de intensidad leve que causan malestar clínicamente significativo (Goena y Molero, 2019).

Para la evaluación de la consultante de este estudio de caso se evaluó con los siguientes instrumentos psicológicos: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de estrés percibido (PSS – 14), Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) Y Escala de Autoestima de Rosenberg, mismos que fueron seleccionados por su alta efectividad para la evaluación inicial de la sintomatología descrita, es importante resaltar que su empleo fue exitoso debido a que se estableció una perspectiva más clara del malestar de la usuaria y de esta manera se pudo concretar el respectivo levantamiento del plan terapéutico.

De tal manera que los siguientes estudios permiten corroborar la aplicación de los reactivos utilizados en el caso de la paciente, primeramente encontramos la investigación realizada por Conde (2021) en un paciente adolescente con distimia en la cual evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) mismo que fue aplicado tres veces

durante todo el proceso psicoterapéutico mostrando grandes resultados, de igual manera, este mismo autor aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) durante dos ocasiones en las cuales se determinó niveles de ansiedad muy bajos. En nuestro caso, estos reactivos fueron utilizados dos veces (evaluación inicial y re – test) consiguiendo puntajes similares a los obtenidos en esta investigación por lo cual se muestra estos instrumentos tanto para la evaluación inicial como la del post test resultan de gran importancia.

Por otro lado, con base al análisis ejecutado por García (2019) dentro de los instrumentos aplicados en su estudio de caso clínico con diagnóstico en distimia, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg durante dos sesiones (pre- test y post – test) presentando resultados satisfactorios que demuestran una notoria mejoría en la paciente.

En cuanto a Soutullo y Collins (2022) en su investigación refieren que uno de los factores principales desencadenantes de la depresión, son los factores ambientales es decir el estrés, que influye de manera negativa aumentando el riesgo de padecer de un trastorno del humor de manera directa o indirecta, razón por la cual se tomaron en cuenta estas características para la evaluación del estrés mediante la Escala de Estrés Percibido (PSS – 14), lo cual se asemeja a la condición de nuestra paciente en donde se evidenció que algunos síntomas presentados tales como desesperanza, incapacidad para tomar decisiones e inutilidad eran resultado del ambiente familiar hostil en el que se desenvolvía, el cual influía desfavorablemente e impedía que pueda afrontar las situaciones de vida de manera eficaz.

Lara (2018) en su trabajo sobre una propuesta metodológica de diagnóstico para el trastorno depresivo persistente en adultos jóvenes, señala que la rumiación depresiva está asociada con la preocupación y el aumento de la sintomatología. Estos hallazgos respaldan los síntomas descritos por la paciente. Sin embargo, a pesar de la importancia de la rumiación en el diagnóstico y las posibles intervenciones clínicas, se han realizado pocos estudios sobre este fenómeno y aún menos han demostrado sus efectos o características. A pesar de esta limitación, se consideró pertinente implementar la Evaluación Cognitiva

Montreal (MoCa) para explorar adecuadamente el estado mental de la paciente y corroborar la utilización de los reactivos mencionados anteriormente.

Continuando con este análisis se destaca que la intervención clínica para este caso se ha llevado a cabo durante 10 sesiones que ha incluido técnicas como: Psicoeducación; Técnica de Bloqueo de Pensamientos (Parada de Pensamiento); Respiración Diafragmática; Técnica del Espejo; Semáforo de Emociones; Técnica de la carta; Entrenamiento en resolución de conflictos y toma de decisiones (Técnica de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfriend); Respiración Cuadrada; Entrenamiento en habilidades sociales (Disco Rayado); Respiración Profunda y Técnica de la Silla vacía.

Mismas que con base a la literatura establecida por Betancur (2020) dentro de su estudio de caso para la intervención utilizó psicoeducación que permitió entender a su paciente la problemática, no solo en cuanto al cuadro diagnóstico sino también con respecto al tratamiento de igual manera este autor hizo uso de la respiración diafragmática con el fin de reducir la sintomatología ansiosa considerando una previa psicoeducación de las emociones, situación que se asemeja mucho al trabajo realizado con Y.G.

En relación a la solución de problemas propuesta por D'Zurilla y Goldfriend, junto con la técnica del espejo, se observó que la paciente logró aumentar sus conductas positivas y desarrollar habilidades para resolver conflictos, lo que a su vez ha contribuyó a mejorar su autoestima. Estos hallazgos son respaldados por el estudio realizado por (2022), quien demostró la efectividad de estas técnicas en su investigación, pues mediante el uso de estas herramientas, logró mejorar el estado de ánimo de su paciente quien fue diagnosticada en base al DSM-V con el Trastorno depresivo persistente (distimia), eliminando por completo algunos de los síntomas asociados a la depresión.

De manera similar, los estudios realizados por Alarcón (2022), Rodríguez et al. (2018) y Rodríguez (2020) respaldan el uso de técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, como el asertividad, la detección de pensamientos, la técnica del semáforo, la silla vacía y la técnica de la carta, como parte del proceso de intervención. Estas investigaciones obtuvieron resultados favorables pues al aplicar estas técnicas, los pacientes lograron

regular sus emociones de manera más efectiva, demostrando un mayor reconocimiento y expresión de pensamientos y emociones y estos hallazgos confirman la utilidad y eficacia de estas técnicas en el tratamiento de los pacientes, especialmente en el caso presentado

Los resultados post- tratamiento indican una disminución en las variables de, autoestima y depresión de tal manera que esto se podría explicar al uso de la técnica del Bloqueo de Pensamientos, solución de problemas de D'Zurilla y Goldfriend, respiración profunda y silla vacía fueron más significativas y causaron un impacto positivo en la paciente pues la teoría nos indica que la mismas resultan muy eficaz ya bajo el juicio de Barraca, (2001) hace referencia que estas técnicas presentan su eficacia en varios cuadros psicopatológicos y es muy bien aceptada en la práctica clínica FINALIDAD .

Por su parte Bados y García (2014) aducen que la técnica de D'Zurilla y Goldfriend permite ayudar a la persona a identificar y aprender habilidades para manejar de forma más eficaz e independiente sus problemas. A su vez Chóliz, (2015) manifiesta que la respiración profunda es útil para la reducción del nivel de activación general permitiendo disminuir los niveles de ansiedad y la técnica de la silla vacía conforme a Poza et al. (2023) permite la integración de aspectos opuestos o la resolución de conflictos a partir del diálogo.

Finalmente se destaca que con el presente trabajo se busca ofrecer apoyo psicoterapéutico e investigativo a la sociedad, dado que este tipo de pacientes por la sintomatología que presentan requieren de especial atención, ya que si no son tratados en el momento con el tiempo esta problemática puede agravarse hasta el punto de llegar a afectar su nivel de funcionalidad profesionales con experiencia y en formación, especialmente a los pacientes que necesiten atención en este ámbito. Además, se utilizará para verificar la validez en la evidencia de este tipo de enfoque puesto a los resultados favorables obtenidos, no obstante respecto a las limitaciones de este estudio, se considera que dentro de la atención a la paciente una de las principales dificultades fue que por el tiempo de incidencia de su malestar, no había optado por recibir ayuda profesional previamente considerando que los pacientes con distimia suelen tener poca consciencia de su enfermedad razón por la cual no buscan ayuda cuando se presenta la sintomatología.

También, la distancia de su residencia jugó un papel sustancial causándole en ocasiones retraso en el tiempo de sus atenciones.

Conclusiones

Se concluye que los instrumentos aplicados y las técnicas de entrevista, así como la observación permitieron valorar globalmente la sintomatología de la paciente, dado que mostraba un considerable deterioro en diversas áreas aportando así al desarrollo de un plan psicoterapéutico basado en técnicas que reduzcan el malestar y contribuyan a una mejor calidad de vida.

El proceso de intervención posibilitó instaurar estrategias de afrontamiento en la paciente, generando aportes significativos dentro de su funcionalidad familiar, sentimental y social, asimismo, a través, de las técnicas empleadas principalmente la técnica del Bloqueo de Pensamientos, solución de problemas de D'Zurilla y Goldfriend, respiración profunda y silla vacía se observó un progreso notablemente positivo su estado de ánimo.

El modelo integrativo aplicado dentro de este caso resultó eficaz puesto que, al combinar la terapia cognitivo conductual y la terapia de la Gestalt se evidenciaron grandes cambios a nivel afectivo y conductual, así como físico, social y espiritual en la usuaria.

Recomendaciones

Dentro del proceso de evaluación se recomienda que se dé seguimiento a la paciente aplicando cada cierto tiempo una gama de instrumentos a manera de retest que permita LA evaluación de la sintomatología que pueda volver a causar malestar.

Asimismo, se recomienda que se considere continuar con el tratamiento psicoterapéutico mediante el uso frecuente de técnicas de desahogo emocional permitiendo así que la paciente tenga un mayor contacto con sus emociones, siendo más consciente de ellas y exteriorizándolas de una forma más saludable.

Además, sería esencial valorar otros aspectos de la vida de la paciente experimentados durante su niñez para conocer como incidieron en su desarrollo, debido a que, no se consideró abordar esta problemática ya que la queja presentada por la usuaria estaba direccionada a situaciones actuales que le generaban malestar.

Por último, se sugiere llevar a cabo intervenciones adicionales o estudios de caso que implementen el modelo psicoterapéutico integrativo. Esto permitirá realizar comparaciones basadas en los resultados obtenidos y analizar la información de manera más detallada, brindando así una mayor contrastación de los datos.

Referencias

- Acevedo, L. (2020). *Técnicas clínicas para el tratamiento en la depresión durante los años 2009-2018 desde el análisis documental de 60 artículos, protocolos y manuales a nivel global*. [Tesis de Grado]. Repositorio Dspace. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12882/1/TP_AcevedoVelasquezLuisaFernanda_2020.pdf
- Alarcón, L. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una joven estudiante con depresión persistente*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Nacional Federico Villareal: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6056/UNFV_FP_Alarcon_Delgado_Liset_Segunda_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Avilés, R., Ortiz, M., Dominguez, A., Sánchez, J., & Gúzman, J. (2022). Efecto de un programa de psicoterapia breve cognitiva - conductual a distancia para pacientes con sintomatología depresiva. *Ciencia Latina*, 6(4), 602 – 617. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2606/3856>
- Bados, A., & García, E. (2014). *Resolución de Problemas*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universitat de Barcelona: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155 - 156), 43- 63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4016763>
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N., & Villaseñor, S. (2005). Los Trastornos del Estado de Ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1067 – 6079. https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf

- Bertagnolli, M. (2015). *Diagnóstico Definitivo*. Instituto Nacional del Cáncer (NIH).
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/diagnostico-definitivo>
- Betancur, A. (2020). *Terapia Cognitiva Conductual en un Paciente con Trastorno Depresivo Persistente*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Del Norte:
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9511/141365.pdf?sequence=1>
- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. *Temas de psicología (entrevista y grupos)*.
https://www.academia.edu/3756709/La_entrevista_Psicol%C3%B3gica_Bleger
- Blanco, L., Caballero, A., & Guerrero, E. (2008). *Programa de entrenamiento en resolución de problemas generales, problemas de matemáticas y en control emocional*. [Estudio Piloto] Universidad de Extremadura - ResearchGate
https://www.researchgate.net/publication/315814159_Programa_de_entrenamiento_en_resolucion_de_problemas_generales_problemas_de_matematicas_y_en_control_emocional
- Borja, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 7(4), 23-43.
https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25751w/L1PG110_S4_R1.pdf
- Castillo, I., Ledo, H., & Calzada, Y. d. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de Salud Mental*, X (42), 59 – 66.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910979>
- Ceballos, G., Paba, C., Suescún, J., Oviedo, H., Herazo, E., & Campo, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 29 – 39.
<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a03.pdf>

- Chóliz, M. (2015). *Técnicas para el control de la Activación: Relajación y Respiración*. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/=choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CISS). (1984). *Diagnóstico presuntivo o preliminar*. Glosario de términos en la seguridad social. <http://biblioteca.ciess.org/glosario/content/diagn%C3%B3stico-presuntivo-o-preliminar#:~:text=Es%20el%20emitido%20por%20el,car%C3%A1cter%20provisi onal%20sujeto%20a%20confirmaci%C3%B3n.>
- Conde, M. (2021). *Inclusión de la familia en la intervención cognitivo conductual de un adolescente con trastorno depresivo persistente (distimia)*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Del Norte: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9945/Trabajo%20de%20Inv estigaci%C3%B3n%20de%20Maestr%C3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Demichelis, V., Villafuerte , A., Monte, D., Chávez, K., Reyes, M., García , P., Marín, R., Pérez, A., Valtierra, E., Kleinberg, De la Torre, J. (2019). *Psicoterapia Integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. El Manual Moderno. https://www.manualmoderno.com/descargas/TENA_Mkt_11_Oct_2019_2.pdf
- Freire, V., Hernández , C., Chávez , C., & Morocho , H. (2022). Factores relacionales familiares y el desarrollo de distimia en los adolescentes. *Ciencia Digital*, 5 (1.1), 950 – 969. <https://www.cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/ConcienciaDigital/artic le/download/2043/4993/>
- García, A. (2022). *Intervención Cognitivo Conductual para Desarrollar Resiliencia y Afrontamiento Adaptativo en Cuidadores Primarios de Niños con Ceguera*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2894/AT2_6550.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- García, S. (2019). *Integración de los modelos Cognitivo-Conductual y Centrado en Soluciones en un caso clínico con diagnóstico en Distimia*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universitat Miguel Hernández: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5898/1/Garc%c3%ada%20Mart%c3%adn%20TFM.pdf>
- Goena, J., & Molero, P. (2019). Distimia. *Medicine - PROGRAMA de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5037 -5040. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541219302276>
- Gómez, R. (2019). *Eficacia y coste - efectividad de la investigación estilo de vida saludable aplicada por medio de tics para el tratamiento de la depresión en atención primaria: un estudio controlado*. [Tesis de Grado]. Repositorio de la Universitat de les Illes Balears : <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5898/1/Garc%c3%ada%20Mart%c3%adn%20TFM.pdf>
- Granizo, L., Castro, J., & Rodríguez, E. (2019). *Autoestima - Estrategia de Afrontamiento*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Nacional de Chimborazo <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5954/2/GU%c3%8dA%20DE%20INTERVENSIC%93N%20PSICOED.%200025.pdf>
- Gutiérrez, J. (2020). *Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) desde la Intervención Cognitivo -Conductual*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga: https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9316/117_1%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, F. T. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM*, 4(3), 36 – 45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Jiménez, M., Gallardo , G., Villaseñor , T., & González , A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212 – 218.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-la-distimia-el-contexto-clinico-S0034745013700088>

Lara, C. (2018). *Propuesta metodológica de diagnóstico psicológico para el trastorno depresivo persistente en adultos jóvenes con presencia de cogniciones dirigidas a la venganza*. [Tesis de Grado]. Repositorio Instituto Politécnico Nacional: https://tesis.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/25913/2018_Christian%20Alfredo%20Lara%20Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Larzabal, A., & Ramos, M. I. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en estudiantes de bachillerato de la provincia de Tungurahua (Ecuador). *AJAYU*, 17(2), 269-282. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20772161201900020003

Labiano, L. M. (1996). La técnica de la respiración: Aportes psicoterapéuticos. *Salud mental*, 19(4), 31-35. http://www.revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/605/605

López, A., Benítez X., León, M. J., Maji, Pedro., Domínguez, D., Báez, D. (2019). La observación, Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(21), 1 – 9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200014

Lozano, J., Rubio, E., & Pérez, M. Á. (1999). Eficacia de la Técnica de Detención del Pensamiento en Diferentes Trastornos Psicopatológicos . *Psicología Conductual*, 7(3), 471 – 499. <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/02/Detencion-de-pensamiento.pdf>

Luna, C. (2021). *La entrevista psicológica*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad San Marcos <http://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/handle/11506/1571>

- Maldonado, P. (2020). "Solo por hoy" un poderoso y efectivo ejercicio para reconciliarte contigo y aumentar tu autoestima". Effortless Chic. <https://effortlesschic.cl/ejercicio-autoestima/>
- Mendoza, B., Quinceno, M., Cudris , L., Álvarez, A., & Cotrino , J. (2021). Psicoterapia basada en la evidencia en un caso de distimia y crisis de pánico. *Gac. Méd Caracas*, 129(1), 152 - 166. https://www.researchgate.net/publication/349988674_Psicoterapia_basada_en_la_evidencia_en_un_caso_de_distimia_y_crisis_de_panico
- Ministerio de Salud Pública . (2022). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema "Depresión Hablemos"*. Ministerio de Salud Pública : <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Morales, D. (2019). *El proceso del diagnóstico diferencial (T.D.A.H. - Depresión y Trastorno Bipolar)*. Curso Virtual Interdisciplinario a distancia Salud Mental, Psicología y Psicopatología del niño, adolescente y su familia: <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/5/final054.pdf>
- Morera, J. L., & Franco, L. P. (2004). NTP 667: La conducta asertiva como habilidad social. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España*. https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_667.pdf/0c56eb86-4771-4545-adab-59bd972cce41
- Nunes Baptista, M., García Capitão, C., & Alba Scortegagna, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 14(28), 137-161. <https://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v14n28/v14n28a5.pdf>
- Oblitas, M. (2020). *Técnica del semáforo como estrategia de formación de la inteligencia emocional en los estudiantes del nivel inicial*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Nacional de Tumbes

<http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/1977/Oblitas%20Urrutia%2c%20Miriam%20Esther.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE – 10. *Clasificación de los trastornos mentales y de comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación. CIE – 10: CDI – 10*. Médica Panamericana. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pedraza, O. L., Salazar, A. M., Sierra, F. A., Soler, D., July Castro, P. C., Hernández, A., & Piñeros, C. (2016). Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*, 41(4), 221 – 228. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n4/v41n4a04.pdf>

Perpiñá, C. (2012). *Manual de la Entrevista Psicológica*. Psicología Pirámide. <https://unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/sites/unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/files/files/biblioteca/14%20MANUALES%20Y%20PROTOCOLOS/Manual%20de%20Entrevista%20Psicolog%CC%81gica%20.pdf>

Poza, I., Cales, J., & Escarabajal, M. D. (2023). Silla vacía: la realidad proyectada. *Revista de psicoterapia*, 165 – 174. [file:///C:/Users/Usuario%20iTC/Downloads/Dialnet-SillaVacía-8840850%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario%20iTC/Downloads/Dialnet-SillaVacía-8840850%20(1).pdf)

Puerta, D., & Cruz, D. (2003). Influencia de la respiración diafragmática en la motricidad fina. *Acta Colombiana de Psicología*, (10), 89 – 95. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79801007.pdf>

Quiñonez, G. (2020). *Trastorno Distímico de una persona privada de libertad y su incidencia en las relaciones con sus padres*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Técnica de Babahoyo: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7829/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000298.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rives, A. (2018). *Autoestima: Técnica del Espejo*. Aurora Rives Psicóloga General Sanitaria <http://www.aurorapsicologa.es/autoestima-tecnica-del-espejo/>
- Rodríguez, D., Cisneros, M., & Robles, L. (2018). Psicoterapia Integrativa en un caso de Trastorno Depresivo Persistente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 355 - 382. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num1/Vol21No1Art19.pdf>
- Rodríguez, A. (2022). Revisión sobre la distimia y trastorno depresivo persistente: historia, correlación e implicaciones clínicas. *MPG Journal*, 4(53), 2 - 5. <https://mpgjournal.mpg.es/index.php/journal/article/view/605>
- Rodríguez, A. M. (2014). *Técnicas Asertivas*. Universidad de Deusto La Comercial <https://www.nerbyk2k.com/wp-content/uploads/K-Tecnicas-Asertivas-Ana-M-Rodriguez.pdf>
- Rodríguez, G. (2020). *Proceso de psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Autónoma de Ciudad Juárez: <http://erecursos.uacj.mx/handle/20.500.11961/5698>
- Rodríguez, J. A. (2017). *Manejo de las emociones en niños - Técnica del Semáforo*. Konrad Lorenz - Fundación Universitaria https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/villareal-rodriguez-jose-alejandro_1102445_assignsubmission_file_infografia-manejo-de-las-emociones-en-nin%CC%83os.pdf
- Rodríguez, M. (2019). *Desinterés familiar y su influencia en el estado de ánimo depresivo de un paciente con insuficiencia renal crónica*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Técnica de Babahoyo: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6272/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000144.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rodríguez, T., García, C., & Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *MediSur*, 3(3), 55-70.
<https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>
- Rodríguez, I. P., Calés, J. M., & Arrieta, M. D. E. (2023). Silla Vacía: La Realidad Proyectada. *Revista de psicoterapia*, 34(124), 165-174.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8840850>
- Ruiz, M. (2021). *La Eficacia de la técnica de mediación "Reconocimiento emocional" en el cambio de percepción del conflicto*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad de La Laguna :
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/27565/La%20eficacia%20de%20la%20 tecnica%20de%20mediacion%20%22Reconocimiento%20emocional%22%20en%20 el%20cambio%20de%20percepcion%20del%20conflicto.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20t%C3%A9cnica%20de%20>
- Sabater, V. (2020). "Solo por hoy" técnica para aumentarla autoestima. *Lamentees maravillosa* <https://lamenteesmaravillosa.com/solo-por-hoy-tecnica-para-aumentar-la-autoestima/>
- Sanz, J., & García, M. P. (2020). Las Ideas Equivocadas sobre la Depresión Infantil y Adolescente y su Tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55 - 65.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742020000100006
- Soutullo, C., & Collins, C. (2022). Depresión mayor en niños y adolescentes. *Pediatría Integral*, XXVI (2), 35 - 83. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatria-Integral-XXVI-2_WEB.pdf#page=35
- Torres, R. (2022). *Desempleo y su repercusión en el estado emocional de una mujer de 41 años en el cantón Babahoyo*. [Tesis de Grado]. Repositorio Universidad Técnica de Babahoyo: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/12091/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000627.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

UNC Health Care. (2013). *Respiración Diafragmática*. UNC Health Care:

<https://www.uncmedicalcenter.org/app/files/public/9909ae9f-8f46-41d0-a1c7-e48b0ed83e41/pdf-medctr-rehab-diaphbreathingspanish.pdf>

Vergel, J., & Barrera, M. E. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir?

Revista Médica Risaralda, 27(1), 86 - 91.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100085

White, M., & Epston, D. (1990). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

<http://enriqueespejel.com/uploads/6/4/9/7/64973179/medios-narrativos-para-fines-terapeuticos2.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2013). *Evaluación del Inventario*

BAI. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2013). *Resumen de la Valoración*

del Test. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Zapata, J. A. (2021). Estrés Laboral y desempeño en docente de Psicología Clínica de la

Universidad Técnica de Babahoyo. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 4(9), 143 -

153. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/621/6212692006/6212692006.pdf>