



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“Estudio de caso: Aplicación del enfoque integrativo,
en una mujer de 24 años diagnosticada con trastorno mixto
ansioso-depresivo”**

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

LICENCIADA EN PSICOLÓGIA CLÍNICA

Autor: Criollo Castillo, Karen Steffanya

Director: Calva Camacho, Evelin Astrid.

LOJA

2024



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

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 10 de junio del 2024.

Magister

Gianella Lisbeth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

Me permito comunicar que, en calidad de directora del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso: Aplicación del enfoque integrativo, en una mujer de 24 años diagnosticada con trastorno mixto ansioso-depresivo, realizado por Karen Steffanya Criollo Castillo ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Evelin Astrid Calva Camacho, Mgtr.

C.I.: 1104792666

Correo electrónico: eacalva1@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Karen Steffanya Criollo Castillo, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso: Aplicación del enfoque integrativo, en una mujer de 24 años diagnosticada con trastorno mixto ansioso-depresivo, 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 la 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.

.....

Autor: Karen Steffanya Criollo Castillo

C.I.: 1105189623

Correo electrónico: kscriollo@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente proyecto de titulación se lo dedico a quienes me han apoyado, creído y me han motivado durante estos cuatro años. A mi familia por estar pendiente de mis necesidades en relación a mis estudios. Mi madre, quien me ha guiado con su amor y sus palabras motivadoras; mi padre, quien me ha inculcado sus valores, queriendo siempre ver lo mejor para mí; a mis hermanos, los cuales me han guiado en todo este camino, han sido mis mejores amigos, mis cómplices y mi ejemplo a seguir; a mi prima, la cual me ha enseñado a jamás rendirme y me apoyo en cada obstáculo que se me ha presentado en mis estudios y vida personal y finalmente, pero no menos importante, a mi amigo fiel, mi mascota, quien me ha acompañado a estudiar y realizar mis tareas sin importar la hora. Además, este trabajo se lo dedico a una persona muy especial en mi vida, que me ha motivado y apoyado en todos mis días buenos y malos, con su amor, comprensión, sus enseñanzas y sobre todo con su alegría, esperando de todo corazón seguir compartiendo muchos logros y metas en su compañía. A mis amigas Dome y Karen, a mi amigo Pablo y Kevin, quienes me han enseñado a no rendirme, brindándome su cariño incondicional y confianza. A mí misma, por seguir adelante pese a las diversidades y no dejarme rendir, por dar lo mejor de mí, aprendiendo y aprovechando cada experiencia práctica, para lograr alcanzar esta meta en mi vida.

Agradecimiento

En primer lugar, le doy gracias a Dios, por darme vida y salud, por bendecir y cuidar a mi familia, quienes han sido mi apoyo fundamental. A mi docente tutora, Mgrt. Evelin Astrid Calva Camacho, por su paciencia, carisma y profesionalismo al saber guiar el presente estudio de caso, brindándome un sin fin de directrices acompañadas de recomendaciones que me ayudaron a mejorar mi desempeño profesional. A la institución, mis más sinceros agradecimientos por el espacio brindando, dándome la oportunidad de profesionalizarme y contar con las herramientas necesarias para tan anhelada meta. Finalmente le agradezco infinitamente a mi paciente, dado que sin ella este trabajo no hubiese sido posible, gracias por la confianza y desempeño brindado en cada una de las sesiones.

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 Marco teórico.....	6
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 Identificación del paciente	6
1.1.2 Motivo de consulta	8
1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología	9
1.2 Proceso de Evaluación.....	10
1.2.1 Entrevista con la paciente.....	10
1.2.2 Observación clínica	11
1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados	12
1.3 Proceso Diagnóstico	16
1.3.1 Diagnóstico presuntivo	16
1.3.2 Diagnostico diferencial	17
1.3.3 Diagnostico Final.....	20
Capítulo dos Metodología	22
2.1 Tratamiento/Intervención	22
2.1.1 Objetivos terapéuticos	22

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención.....	23
2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.	27
Capítulo tres Resultados.....	47
3.1 Análisis de resultados cuantitativos	47
3.2 Análisis de resultados cualitativos.....	48
Discusión.....	52
Conclusiones	58
Recomendaciones	58
Referencias.....	60

Índice de tablas

Tabla 1 Ficha Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	13
Tabla 2 Ficha Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS)	14
Tabla 3 Ficha Escala de Estrés Percibido (PSS).....	15
Tabla 4 Ficha de instrumentos aplicados	15
Tabla 5 Pautas diagnósticas del episodio depresivo moderado	17
Tabla 6 Pautas diagnósticas del trastorno de ansiedad generalizada	18
Tabla 7 Pautas diagnosticas de Distimia	19
Tabla 8 Plan psicoterapéutico.....	23
Tabla 9 Resultados de seguimiento Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).	47
Tabla 10 Resultados de seguimiento Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAS).	47
Tabla 11 Resultados de seguimiento de la Escala de Estrés Percibido (PSS).	48
Tabla 12 Ficha de observación	48

Índice de Figuras

Figura 1 Genograma del paciente.....	7
--------------------------------------	---

Resumen

El presente trabajo de sistematización detalla el caso de una mujer de 24 años de edad con trastorno mixto ansioso-depresivo, quien mostraba varias afectaciones como; llanto persistente, irritabilidad, sentimientos de culpabilidad, estado de alerta elevado, sudoración, y un estado de ánimo triste recurrente. El proceso de evaluación se llevó a cabo mediante la entrevista psicológica, la observación y aplicación de tres instrumentos como: Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAS), Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y Escala de Estrés Percibido (PSS). Para la intervención se utilizó un enfoque integrativo empleando la terapia cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones, con el objetivo de brindarle estrategias efectivas para el manejo de la ansiedad y depresión con el propósito de mejorar su calidad de vida, cuyos resultados post-intervención evidenciaron una reducción significativa en sintomatología de ansiedad y depresión, además, existió el desarrollo de habilidades de afrontamiento que permitió una mejoría favorable en las diferentes esferas de su vida; personal y familiar.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, enfoque integrativo.

Abstract

This systematization work details the case of a 24-year-old woman with mixed anxiety-depressive disorder, who showed several affectations such as persistent crying, irritability, feelings of guilt, elevated alertness, sweating, and recurrent sad mood. The assessment process was carried out through psychological interview, observation and application of three instruments: Hamilton Anxiety Inventory (HAS), Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Perceived Stress Scale (PSS). For the intervention an integrative approach using cognitive-behavioral therapy and brief solution-focused therapy was used, with the aim of providing effective strategies for the management of anxiety and depression in order to improve their quality of life, whose post-intervention results showed a significant reduction in symptoms of anxiety and depression, in addition, there was the development of coping skills that allowed a favorable improvement in the different spheres of their lives; personal and family.

Key words: Anxiety, Depression, integrative approach.

Translated with DeepL.com (free version)

Introducción

Actualmente, el trastorno mixto ansioso-depresivo es considerado un problema de salud mental público, siendo así que, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992) indica que para esta patología se evidencia la presencia de síntomas de ansiedad y depresión con frecuencia e intensidad insuficiente como para ser diagnosticados de manera individual; en cuanto a los criterios asociados que se deben considerar para el diagnóstico de dicho trastorno, se pueden encontrar los siguientes: la presencia de la sintomatología durante varias semanas en un periodo mínimo de 6 meses, la existencia de un llanto persistente, irritabilidad, estado de alerta elevado, sentimientos de desesperanza, sudoración, baja autoestima, tensión muscular y un estado de ánimo triste recurrente; por otro lado, están los síntomas vegetativos: como los temblores, palpitaciones, sequedad de boca y molestias epigástricas; mismos que llegan a desencadenar complicaciones como el impedimento de realización de actividades cotidianas en la vida del individuo.

Cabe destacar que la OMS (1992) menciona que este trastorno mental no cuenta con una prevalencia exacta. Sin embargo, Chacón et al. (2021), exponen en su búsqueda bibliográfica que, en cuanto a la ansiedad, existe una mayor prevalencia en individuos de 14-65 años, siendo las mujeres las más afectadas con un 7.7%, debido a los cambios hormonales desencadenados a lo largo de su pubertad y menopausia. Por otro lado, en los hombres no se observa una mayor afectación, siendo esta apenas del 3.6%, relacionada con antecedentes familiares, problemas económicos y sociales.

Además, Muñoz et al. (2021) mencionan en su investigación que, al igual que en la ansiedad, y la depresión las mujeres presentan una mayor prevalencia con un 14.1%, debido a los cambios hormonales y su estado de ánimo susceptible. Mientras que, en los hombres, la prevalencia es del 11.8%, atribuida a sus problemas psicosociales.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a ambas variables, Rodríguez et al. (2021) refieren en su artículo que vivir en escenarios estresantes como: la violencia intrafamiliar, el bajo rendimiento académico, duelo, separación y pertenecer a una familia disfuncional influyen negativamente en la salud mental, desencadenando así, sintomatología ansiosa y depresiva. Además, existe una relación con el sistema de neurotransmisión.

De acuerdo con un estudio realizado por la OMS (2016), se evidencia un aumento significativo en el número de personas que padecen ansiedad y depresión entre 1990 y 2013, pasando de 416 millones a 615 millones. Además, se menciona que, durante las emergencias sanitarias, uno de cada cinco individuos se ve afectado por ambas condiciones. Por esta razón, se resalta la importancia de intervenir en el trastorno mixto ansioso-depresivo mediante un proceso terapéutico que atienda las necesidades individuales de cada persona.

Es entonces que, el trastorno mixto ansioso-depresivo provoca una combinación de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos, los cuales requieren ser abordados de una manera adecuada, razón por la cual Ruiz et al. (2012) manifiesta que uno de los modelos más utilizados es el enfoque Cognitivo-Conductual, ya que sus técnicas tienen como finalidad el modificar o suprimir pensamientos y conductas disfuncionales, logrando cambios funcionales en los mismos; o constatando así, la eficacia del modelo en base a su confiabilidad y validez.

Esto se ve evidenciado en el artículo de la OMS (2022), que confirma la efectividad de este modelo, pues a través del mismo, se lograron identificar los desencadenantes a nivel social, individual y estructural de varios pacientes con este tipo de problemática, enseñando a los individuos técnicas y estrategias eficaces para disminuir la sintomatología. Estas estrategias abordan los diferentes riesgos en las diversas esferas de la vida, promoviendo la resiliencia y mejorando la salud mental. Por lo tanto, la implementación de este modelo

es esencial para el manejo efectivo del trastorno mixto ansioso-depresivo, mejorando la calidad de vida de quienes lo padecen.

En este sentido, el presente estudio de caso contiene tres capítulos: el primero corresponde al marco teórico, donde se detalla la presentación del caso a través de la identificación del paciente, motivo de consulta, historia y la evolución de la problemática la cual expone información relevante sobre el origen de la misma, antecedentes y la sintomatología, además, consta el proceso de evaluación que engloba los instrumentos aplicados con su respectiva ficha técnica, por otro lado contiene el diagnóstico, donde se describe el diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo del caso. El segundo capítulo alude a la metodología donde se detallan los objetivos terapéuticos del tratamiento, plan terapéutico y desarrollo de las sesiones con la conceptualización pertinente de las técnicas empleadas. Finalmente, el capítulo tres se encuentran: los resultados obtenidos dentro del proceso terapéutico, la discusión de los mismos, llegando a detallar las conclusiones y recomendaciones.

Siendo así que para concluir, se destaca la importancia del presente estudio de caso dentro del ámbito educativo, dado que se evidencia el trabajo en equipo realizado en la carrera de Psicología Clínica, complementando el conocimiento teórico con la práctica, al analizar un proceso psicológico, en el cual se realizó la evaluación y diagnóstico del mismo, el cual permitió desarrollar un plan psicoterapéutico a través de estrategias y técnicas que ayuden a disminuir la problemática de la paciente. En virtud de eso, este estudio sirve como guía para trabajar en casos similares; de tal modo que deja ver la relevancia que cumple el psicólogo clínico al intervenir de una manera adecuada ante este trastorno de salud mental.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

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

1.1.1 *Identificación del paciente*

Paciente de sexo femenino de 24 años, nacida en la provincia de Loja, estado civil unión libre, nivel de instrucción educación superior completa, ocupación de ama de casa, con un nivel socioeconómico medio bajo, se considera católica. Proviene de una familia extensa desintegrada de tipo disfuncional, conformada por 8 miembros; sus dos progenitores de 50 años, y sus cinco hermanos, el primer hermano de 28 años, la segunda hermana con 26 años, el tercero de 22 años y la última con 20 años.

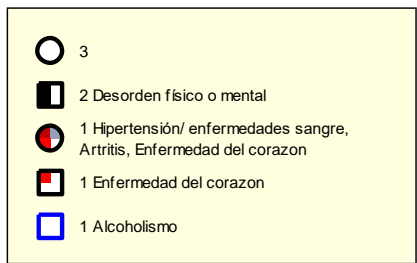
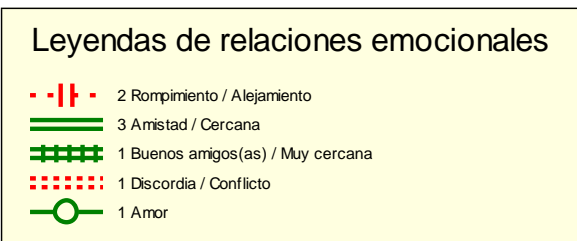
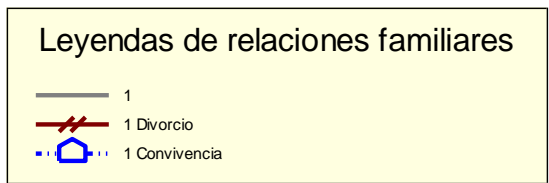
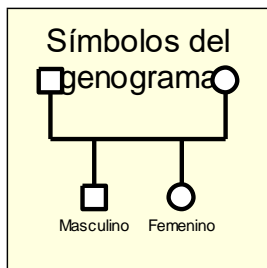
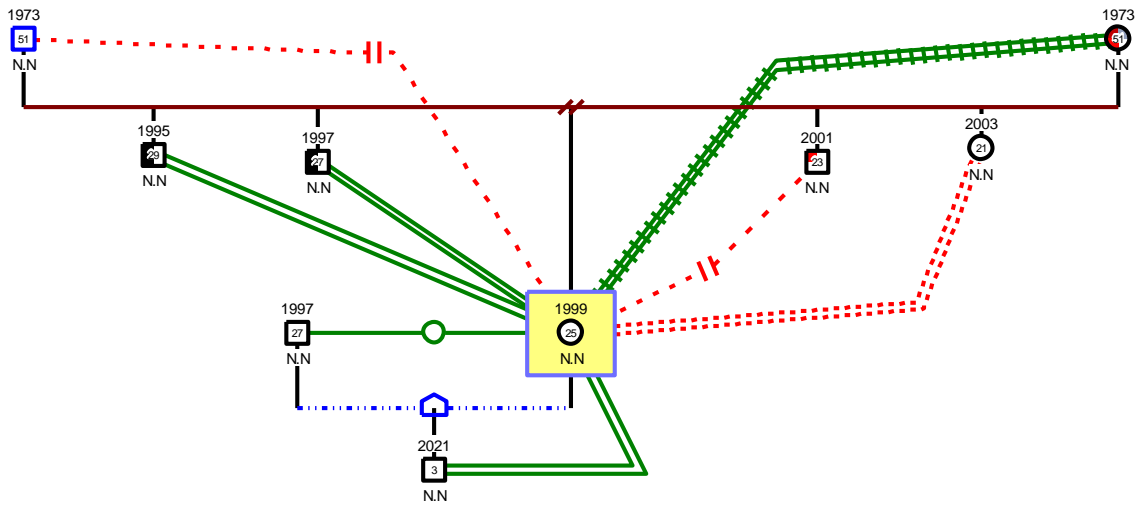
En la actualidad, reside en la ciudad de Loja y comparte su vida con el padre de su hijo de 2 años, además, en su hogar también habita su madre y dos de sus cinco hermanos. Dentro del grupo familiar la usuaria es quien se encarga del aspecto económico, cuidado de sus hermanos con discapacidad auditiva y de las tareas del hogar. En cuanto a la dinámica familiar, se destaca una relación armónica con su madre, sus dos hermanos mayores, su pareja y su hijo. A diferencia del vínculo que mantiene con su padre y sus dos hermanos menores, que se lo cataloga tanto distante como conflictivo.

Finalmente, es importante destacar que dentro de su entorno familiar no hay antecedentes patológicos y no han sido derivados a ninguna institución.

A continuación, en la figura 1 se presenta el genograma familiar de la paciente.

Figura 1

Genograma del paciente



Nota. Descripción gráfica de la distribución familiar de N.N

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude a consulta psicológica de forma voluntaria a consecuencia que dentro del último año sus problemas han aumentado significativamente afectando diferentes áreas, llegando al punto de quererse quitar la vida, pues manifiesta que el malestar que más le afecta significativamente en su vida es; el llanto fácil, razón por la cual decidió tomar ayuda, mencionando ‘Lloro por todo, no puedo hablar sin llorar ni mucho menos discutir con alguien así tenga yo la razón, porque sigo llorando y me quedo en blanco’.

Además, la paciente manifiesta tener ciertos ataques, donde experimenta varios síntomas como; tristeza, irritabilidad, agitación, incapacidad de relajarse, taquicardia, disminución del deseo sexual, temblores, opresión del pecho, distorsiones cognitivas sobre sí misma y sobre la educación de su hijo, pensamientos ansiosos, aislamiento social como también las conductas impulsivas, refiriendo desconocer el origen, a lo que menciona “ya he presentado como 4 o 5 ataques no sé de qué son, pero cuando me dan no me encuentro en mis cinco sentidos, solo lloro, no puedo respirar bien, me aprieta el pecho y tiemblo demasiado y cuando me pasa, ya logré volver en sí mismo y es como que me quedé estancada cuando me perdí o comencé a llorar”. Razón por la cual, siempre se encuentra en estado de alerta, razón por la cual, presenta un miedo incontrolable al imaginar lo que pueda sucederle a su hijo de 2 años durante el transcurso de los ataques. Por otro lado, expone presentar dificultades para educar a su hijo, lo que le desencadena una frustración que no puede controlar.

Cabe destacar, que durante la primera consulta la paciente se encontraba en un estado de lucidez, orientada en tiempo y espacio, refiere que es consciente que requiere ayuda y está dispuesta a colaborar para poder comenzar con una vida emocional diferente a la que está presentando.

1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología

La historia del problema de la paciente tiene diferentes puntos de corte, primeramente, hace referencia a que cuando ella tenía 6 años sufrió un abuso sexual, lo que le ocasionó una inseguridad constante hasta la actualidad, dado que ella considera que este hecho no está minimizado porque constantemente lo recuerda, lo que le ha generado problemas de intimidad con su pareja y sentimientos de culpabilidad, inferioridad y desesperanza, desencadenado un llanto fácil, taquicardia, temblores al recordar dicho evento y la disminución del deseo sexual.

N.N, expone que no sabe, ni ha sabido qué hacer para dejar de presentar dicha sintomatología durante su vida. Posterior a esto menciona que dentro de su círculo familiar tiene dos hermanos que padecen una discapacidad auditiva, no obstante, refiere sentir mucha frustración, culpa, tristeza, enojo, y dificultades para la toma de decisiones, debido a que es ella quien está al cuidado total de ambos, desde sus 12 años, debido a la discapacidad mencionada, así mismo, relata no saber cómo manejar dicha sintomatología.

Finalmente, refiere que desde sus 22 años también presenta problemas con su hijo, dado que no puede controlarlo y relata no tenerle paciencia, lo que desencadenó dificultades en su autocontrol y en su comunicación con el mismo, a lo que refiere “cuando siento que ya no puedo, y me descontrolo suelo gritarlo muy feo, luego me doy cuenta que eso estuvo mal y lo sé dejar ahí con mi pareja retirándome del lugar” (comunicación personal).

Hoy en día, a sus 24 años la paciente refiere que no consume ningún tipo de sustancias o medicamentos; asimismo, menciona tener una buena salud física, sin presentar alguna enfermedad de este tipo; no obstante, en base a las circunstancias que ha vivido durante su vida le han generado en ella sintomatología a nivel **afectivo**: tristeza, irritabilidad, agitación y la incapacidad de relajarse **fisiológico**: taquicardia, disminución del deseo sexual, temblores y opresión del pecho **cognitivo**: distorsiones cognitivas sobre sí misma y sobre la educación de su hijo, y pensamientos ansiosos; por último, dentro del nivel

conductual: llanto fácil (llora todos los días, la mayor parte del mismo), aislamiento social y conductas impulsivas que se dan a través de verbalizaciones de palabras hirientes hacia su hijo.

En base a la información recollada se establece que la consultante presenta factores de riesgo tales como; una falta de red de apoyo, el provenir de una familia disfuncional y presentar una baja autoestima; además N.N mantiene factores desencadenantes como; el abuso sexual que presentó a sus 6 años y el llevar toda la responsabilidad de la parte económica de su familia. Finalmente, en cuanto a los factores protectores deja evidencia el tener una pareja estable y el practicar deporte en su bicicleta.

1.2 Proceso de Evaluación

El proceso de evaluación de N.N se llevó a cabo mediante 2 sesiones bajo modalidad presencial con una duración de 60 minutos cada una de las mismas. Para lo cual se implementaron varios instrumentos; una entrevista semiestructurada, la observación y la aplicación de tres reactivos psicológicos, esto con el objetivo de recaudar información necesaria para el proceso de la paciente.

1.2.1 Entrevista con la paciente

Según Perpiñá (2012), la entrevista constituye una técnica esencial de evaluación en cada proceso terapéutico. Su propósito principal es la recolección de información clave, que facilita la adaptación a las necesidades específicas de cada paciente. Para ello, se emplea una entrevista semiestructurada que permite formular preguntas concretas, claras y pertinentes al caso en cuestión, razón por la cual, en el presente caso clínico, se inició el proceso psicológico de la paciente a través de una entrevista, con el objetivo de comprender el estado actual de la paciente, permitiendo así orientar de manera efectiva las necesidades que presenta y facilitar la formulación de objetivos terapéuticos adecuados.

Dada la modalidad del centro, se realizó una única sesión de 60 minutos para el levantamiento de información. En este tiempo, se recopilaron los datos sociodemográficos, se indago acerca del motivo de consulta, la sintomatología ansiosa-depresiva, los antecedentes sociales, personales y familiares estos últimos con la finalidad de poder elaborar el genograma familiar. Así también, se evidenció que N.N durante esta primera entrevista se mostró con su apariencia física acorde a su edad con un lenguaje y tono de voz adecuado, se mostró tranquila, segura y colaborativa, sin embargo, en el transcurso de la misma se fueron desencadenado ciertos malestares como; la inquietud en su comportamiento, manifestada a través del movimiento de sus extremidades inferiores y el llanto, esto a raíz de la indagación de ciertos temas no resueltos para la paciente.

1.2.2 Observación clínica

Para avanzar en el proceso de evaluación, se implementó la técnica de observación en la primera sesión. Esta estrategia fue crucial, ya que permitió identificar las necesidades de la paciente. Según Fernández-Ballesteros (2013), la observación es esencial en el diagnóstico, proceso y tratamiento psicológico, ya que facilita el estudio del comportamiento del individuo de manera permisiva.

Dicho de esta manera, la observación tuvo un resultado positivo, debido a que nos ayudó a realizar una valoración de sus funciones mentales; donde se evidencio que la paciente se encontró en un estado de lucidez, la cual es capaz de mantener una conversación logrando dar respuestas acordes a las preguntas formuladas, orientación tanto autopsíquica como alopsíquica con alteraciones, atención euprosexica. En cuanto a la memoria a corto plazo y a largo plazo aparentemente conservadas, a diferencia del pensamiento que presenta alteraciones referentes al contenido en conjunto de la estructura del mismo; por otro lado, la paciente experimenta alteraciones sensorceptivas, debido a que no existe coherencia en la relación de sus percepciones que refiere presentar.

Además, la paciente muestra un lenguaje fluido y comprensible, con un tono de voz claro y buena articulación al expresar sus ideas. No obstante, su afectividad revela un estado de ánimo disfórico. En cuanto al contacto visual, N.N presenta dificultades para mantener el contacto visual. Su motricidad fina y gruesa no muestra alteraciones, respecto a los instintos, específicamente en lo que se refiere al ciclo de sueño y alimentación, el paciente indica que están alterados por pensamientos desadaptativos.

Asimismo, en cuanto al instinto sexual, comenta que su deseo de mantener relaciones sexuales ha disminuido desde hace dos años. N.N aparentemente presenta una inteligencia conservada, con un juicio y razonamiento en un estado normal, sin embargo, mantiene un nivel lógico medio. Del mismo modo, se observa inquietud en su comportamiento, manifestada a través del movimiento de sus extremidades inferiores, mantiene una postura encorvada. Finalmente, en lo que respecta a su apariencia física; la vestimenta es apropiada para su edad, aunque aparentemente muestra descuido en cuanto a su higiene personal.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

En el presente caso clínico durante la segunda sesión se llevó a cabo la aplicación de tres reactivos; Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAS), y la Escala de Estrés Percibido (PSS). Cabe destacar que, para la selección de los mismos, se consideró la demanda del paciente, la sintomatología y los antecedentes, durante la aplicación N.N se mostró colaborativa con una actitud positiva; de tal manera que con los resultados obtenidos se llegó a la conclusión de trabajar en las variables de depresión, ansiedad, pensamientos distorsionados, estrés y habilidades sociales. A continuación, se expone información fundamental de cada uno de los reactivos aplicados.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

La segunda versión del Inventario de Depresión de Beck, es un autoinforme que tiene como finalidad evaluar y medir la severidad de la depresión. Seguidamente, **en la Tabla 1** se evidencia información del mismo de manera concreta.

Tabla 1

Ficha Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown 1996
Aplicación	Individual y Colectiva.
Tiempo	Entre 5 a 10 minutos.
Objetivo	Medir la severidad de la depresión en adolescentes y adultos mayores.
Tipo	Cuantitativo.
Número de preguntas	21 ítems.
Población	Adultos y adolescentes desde los 13 años de edad.
Escala	Tipo Linkert cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta
Calificación	La puntuación es la suma de los valores que tiene cada uno de los 21 ítems.
Puntuación	Puntuación máxima: 63 Puntuación mínima: 0 Puntos de corte: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; 29-63, depresión grave.
Dimensiones	Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, fatiga, y pérdida de interés en el sexo.
Confiabilidad y validez	0,87 y 0,56

Nota. Elaboración propia, adaptado de Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescents, por J.A. Contreras-Valdez et al., 2015, *Terapia Psicológica*, 3(3).

Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAS)

Tiene como objetivo evaluar el grado de ansiedad en base a los síntomas somáticos y psíquicos. A continuación, en la tabla 2 se muestran algunas características del mismo.

Tabla 2

Ficha Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS)

Autor	Max Hamilton 1959
Aplicación	Heteroaplicada.
Tiempo	Entre 10 a 30 minutos
Objetivo	Evaluar el grado de ansiedad en base a los síntomas somáticos y psíquicos.
Tipo	Cuantitativo o cualitativo
Número de preguntas	14 ítems.
Población	Adultos
Escala	Tipo Likert. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos: van desde la ausencia del síntoma (0); leve (1); moderado (2); grave (3); hasta la presencia máxima del síntoma (4).
Calificación	La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. Además, se obtienen dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y ansiedad somática.
Puntuación	Puntuación máxima: 56 Puntuación mínima: 0 Puntos de corte: Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-17, ansiedad leve; 18-24, ansiedad moderada; 25-30, ansiedad severa; y 31-56, ansiedad muy severa
Dimensiones	Ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)
Confiabilidad y validez	0,96 y 0,73

Nota. Elaboración propia, adaptado de Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos, por J. Gordón-Rogel et al., 2022, *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 20(2).

Escala de Estrés Percibido (PSS)

Tiene como finalidad evaluar las reacciones del sujeto ante eventos estresantes. A continuación, **en la Tabla 3** se evidencia información del mismo de manera concreta.

Tabla 3

Ficha Escala de Estrés Percibido (PSS)

Autor	Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983
Aplicación	Individual
Tiempo	Entre 10 a 15 minutos.
Objetivo	Evaluar la reacción del sujeto ante eventos estresantes
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 total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems
Puntuación	Puntuación máxima: 56 Puntuación mínima: 0 A mayor puntuación, corresponde un nivel de estrés percibido.
Dimensiones	Afrontamiento de estresores y percepción de estrés.
Confiabilidad y validez	0,86 y 0,71

Nota. Elaboración propia, adaptado de Escala de Estrés Percibido-10: desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia, por A. Campo-Arias et al., 2014, *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3).

Para concluir, seguidamente, en la **tabla 4** se evidencian los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a N.N

Tabla 4

Ficha de instrumentos aplicados

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).	36	Depresión grave.
Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAS).	18	Ansiedad moderada.
Escala de Estrés Percibido (PSS).	36	Estrés elevado.

Nota. En la presente tabla se muestran los resultados de los reactivos aplicados inicialmente a N.N

En definitiva, de los tres reactivos aplicados a la consultante como se observa en la tabla 4, dos fueron los que tuvieron resultados relevantes, siendo estos: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS). Los cuales evidenciaron niveles de afectación elevados en relación a la depresión y ansiedad, razón por la cual, el plan de intervención abarca principalmente estas dos áreas.

1.3 Proceso Diagnóstico

Una vez realizado el proceso de evaluación del presente caso, se da continuación con el proceso diagnóstico, para el cual se han considerado los criterios mencionados en la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) el cual brinda información sobre las pautas diagnósticas de los Trastornos Mentales para sustentar la práctica clínica del psicólogo.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo, de acuerdo con Guerra et al. (2017) consiste en formular posibles diagnósticos hipotéticos basados en la información obtenida durante la entrevista psicológica. Este proceso también considera los resultados de los test aplicados y las observaciones clínicas, que deben respaldarse con datos validados. El objetivo es avanzar hacia un diagnóstico definitivo, adaptado a las particularidades del caso en cuestión. Es por

eso que, de acuerdo a lo mencionado anteriormente se ha llegado a considerar en el caso de N.N los siguientes trastornos presuntivos:

- **F32.2 Episodio depresivo moderado**
- **F34.1 Distimia**
- **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada**
- **F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo**

1.3.2 Diagnóstico diferencial

Tras evaluar los diagnósticos presuntivos, se procede a establecer el diagnóstico definitivo de acuerdo con García-Franco et al. (2019) explican que, en esta etapa, el profesional de salud identifica los síntomas que presenta el paciente, comparándolos con los criterios establecidos para diversos trastornos. Esto permite empezar a descartar aquellos trastornos que, aunque compartan síntomas, no corresponden con la causa inicial de la consulta del paciente. De tal manera que, para el presente estudio de caso, se ha descartados los siguientes trastornos:

F32.1 Episodio depresivo moderado

Tabla 5

Pautas diagnósticas del episodio depresivo moderado

Pautas que cumple	Pautas que no cumplen
➤ Cumple con dos de los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve (F32.0); la falta de interés y el estado de ánimo depresivo.	➤ La intensidad de los síntomas no se da de manera intensa.
➤ Tiene una duración de al menos dos semanas.	➤ Dificultades para continuar con el desarrollo de sus actividades.
➤ No se atribuye abuso de sustancias psicoactivas.	➤ No presenta cuatro de la lista de síntomas; a) disminución de la atención,

b) pérdida confianza y sentimientos de inferioridad, c) ideas de culpa y ser inútil, d) perspectiva sombría del futuro, e) pensamientos suicidas, f) trastornos del sueño y g) pérdida del apetito.

Nota. Elaboración propia, adaptado de *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, por OMS (1992)

De acuerdo con la **tabla 5**, se puede hacer énfasis en que se consideró este trastorno inicialmente, dado que el tiempo de la sintomatología de la paciente es alrededor a dos semanas, además, presentaba dos síntomas típicos del episodio depresivo leve (F32.0) como el ánimo depresivo y la pérdida de interés, a raíz de la preocupación excesiva por el cuidado de sus dos hermanos con una discapacidad física, los problemas desencadenados en su infancia exactamente a sus 6 años y finalmente, la crianza de su hijo, además, cabe destacar que esta sintomatología no se debe a un abuso de sustancias psicoactivas. Sin embargo, se lo descarto dado que no cumplía la intensidad de los síntomas, pues la usuaria sólo presentaba estos malestares alrededor de una o dos horas al día; por otro lado, no se evidenciaba la presencia de cuatro de la lista de síntomas básicos, solo presenta tres como; a) disminución de la atención, b) pérdida confianza y sentimientos de inferioridad y e) pensamientos suicidas. Finalmente, N.N no presenta dificultades para realizar sus actividades cotidianas como se menciona en los criterios del trastorno.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Tabla 6

Pautas diagnósticas del trastorno de ansiedad generalizada

Pautas que cumple	Pautas que no cumplen
➤ Presenta síntomas como: taquicardias, temblores, sensación de nerviosismo y cansancio.	➤ Molestias epigástricas.

- | | |
|---|---|
| ➤ Temores a que si misma o un miembro de su familia se enferme. | ➤ Presenta síntomas de ansiedad la mayor parte del día. |
| ➤ Tensión muscular | ➤ Los síntomas predominantes son variables |
| ➤ La sintomatología ha estado presente como mínimo seis meses | ➤ Presenta mareos. |

Nota. Elaboración propia, adaptado de *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, por por OMS (1992)

Referente a la **tabla 6**, se puede indicar que inicialmente se consideró este trastorno, debido a que la paciente mencionaba frecuentemente presentar temores a qué, sí mismo o un miembro de su familia se enferme, presentaba tensiones musculares taquicardias temblores sentirse nerviosa constantemente y permanecer en un estado de alerta durante varias semanas, alrededor de seis meses aproximadamente. A raíz de los berrinches de su hijo, al no saber cómo actuar ante los mismo y el recordar su infancia. Pese a eso, se llegó a descartar dicho trastorno dado a que los síntomas que presentaba solo se evidenciaban una o dos horas en el día, no como se menciona en el criterio que debe ser la mayor parte del día. Por otro lado, N.N no mencionó presentar mareos ni molestias epigástricas de ningún tipo y además toda la sintomatología se deba a situaciones específicas ya identificadas.

F34.1 Distimia

Tabla 7

Pautas diagnósticas de Distimia

Pautas que cumple	Pautas que no cumplen
➤ Estar cansado y presentar ánimo deprimido durante meses seguidos.	➤ La duración de los síntomas es de manera indefinida, es decir una duración de dos años.
➤ Presentar síntomas como:	➤ La persona durante este periodo debe experimentar un estado de ánimo
➤ Disminución de la concentración.	
➤ Pensamientos suicidas.	
➤ Anhedonia.	

-
- | | |
|--|--------------------------------------|
| ➤ Presencia psicomotora. | depresivo la mayor parte del tiempo, |
| ➤ Sentimientos de inferioridad. | casi todos los días. |
| ➤ Pérdida de la reactividad emocional. | ➤ Perspectiva del futuro buena. |
-

Nota. Elaboración propia, adaptado de *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, por por OMS (1992)

De acuerdo con lo explicado en la tabla 7, se puede mencionar que en el presente caso inicialmente se consideró a este trastorno, teniendo en cuenta la sintomatología de la paciente; la anhedonia, pérdida de la reactividad emocional, pensamientos suicidas como de inferioridad y dificultad en la concentración, a raíz de las situaciones problemáticas con su hijo, sus dos hermanos con discapacidad física y al recordar hechos de su infancia. Sin embargo, se lo ha descartado porque dicha sintomatología no cumple con una duración mínima de 2 años, dado que la paciente ha presentado estos malestares aproximadamente siete meses; además, que no se evidencia de manera intensa la presencia de los síntomas, ya que, la persona de acuerdo al criterio debe experimentar un estado depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días y en el caso de N.N la sintomatología está presente alrededor de una o dos horas al día.

1.3.3 Diagnóstico Final

Dentro de cada proceso psicológico se debe presentar el diagnóstico final, aquí el profesional de salud mental tendrá que poner en práctica sus conocimientos, considerando la etiología, prevalencia, los factores de riesgo, protectores, o mantenedores y las características diagnósticas del mismo; entonces, el diagnóstico definitivo hace referencia a las hipótesis formuladas que han sobrevivido a la contrastación y se las ha tomado como diagnósticos firmes, razón por las cuales el individuo acudió a consulta Fernández (2013),

Considerando todo lo mencionado, en el presente caso se ha llegado a la conclusión de que N.N presenta el siguiente trastorno:

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

Este trastorno se diagnostica cuando los síntomas de depresión y ansiedad coexisten de manera paralela y a menudo, la intensidad de estos síntomas es demasiado leve para ser evaluados de forma individual. No obstante, su presencia simultánea puede causar problemas significativos en diversas áreas. Por esta razón, se considera esencial abordar ambos conjuntos de síntomas de manera integral.

En este sentido se ha diagnosticado a N.N con F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo, debido a que presenta una combinación persistente de síntomas ansiosos y depresivos. Actualmente, la paciente experimenta síntomas depresivos como: llanto persistente, sentimientos de desesperanza, baja autoestima, tensión muscular, y un estado de ánimo triste y recurrente; además, presenta sintomatología ansiosa: nerviosismo, irritabilidad, estado de alerta elevado, pensamientos ansiosos, taquicardia, y sudoración. Estos síntomas han persistido durante más de seis meses, a los cuales los relaciona o manifiesta que se desencadenan debido a sus problemas de infancia, al ser madre por primera vez y no saber cómo actuar ante los berrinches de su hijo. Finalmente, refiere el hecho de hacerse responsable de sus dos hermanos con una discapacidad física, todo esto afectando significativamente su funcionamiento diario y calidad de vida. Además, ambas variables interactúan entre sí, es decir, la depresión puede desarrollar niveles elevados de ansiedad, y a su vez la ansiedad puede desencadenar o agravar la depresión de la paciente; es por esa razón que se ha decidido trabajar en conjunto ambas sintomatologías debido a que se evidencian de manera similar, facilitando un tratamiento más efectivo al tratar ambas variables en un plan psicoterapéutico de manera simultánea.

Capítulo dos

Metodología

1.4 Tratamiento/Intervención

El tratamiento del presente caso se llevó a cabo mediante un enfoque integrativo empleando la terapia cognitivo-conductual y terapia breve centrada en soluciones, el cual se aplicó en 9 sesiones con una duración aproximada de una hora, las mismas que se trabajaron mediante una modalidad mixta, donde las cinco primeras sesiones fueron impartidas de manera presencial y las restantes de manera virtual debido al cambio de residencia de la paciente.

El presente plan psicoterapéutico tiene como objetivo principal el brindar estrategias efectivas para el manejo de la ansiedad y técnicas de autocontrol en relación a la demanda de la paciente. Además, se trabajará en el desarrollo de habilidades sociales básicas para el desenvolvimiento diario, así como el entrenamiento en resolución de conflictos de tal manera que la paciente pueda tomar decisiones acertadas con respecto a los problemas cotidianos que engloban su diario vivir.

1.4.1 *Objetivos terapéuticos*

- Brindar estrategias efectivas para el manejo de la ansiedad y técnicas de autocontrol, especialmente en situaciones conflictivas vinculadas a la educación de su hijo, con el fin de fortalecer la capacidad de afrontamiento.
- Facilitar el reconocimiento y comprensión de las emociones de la paciente, promoviendo la conciencia emocional en situaciones difíciles, a través de técnicas que favorezcan una gestión emocional saludable.

- Desarrollar habilidades para identificar y reemplazar pensamientos negativos, con el objetivo de que la paciente pueda aceptar los mismos, sin juicio y verlos con mayor objetividad.
- Evaluar los cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual que se han producido después del proceso psicoterapéutico.

1.4.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 8

Plan psicoterapéutico

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	Facilitar el reconocimiento y comprensión de las emociones de la paciente, promoviendo la conciencia emocional en situaciones difíciles, a través de técnicas que favorezcan una gestión emocional saludable.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear conciencia en la paciente acerca de las repercusiones adversas de un manejo emocional inestable. - Identificar pensamientos irracionales para sustituirlos por unos más adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación - Debate socrático. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de emociones.
2	Brindar estrategias efectivas para el manejo de la ansiedad y técnicas de autocontrol, especialmente en situaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la autonomía de la paciente en el manejo de la ansiedad mediante la adquisición de conocimientos sobre 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación 	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas de respiración diafragmática en casa. - Autoregistró de

	<p>conflictivas vinculadas a la educación de su hijo, con el fin de fortalecer la capacidad de afrontamiento.</p>	<p>sus habilidades de afrontamiento.</p> <p>- Instaurar en la paciente una respuesta inmediata a situaciones desencadenantes de ansiedad, con la finalidad de reducir los síntomas.</p>	<p>- Técnica de respiración diafragmática.</p>	<p>pensamientos irracionales .</p>
3	<p>Desarrollar habilidades para identificar y reemplazar pensamientos negativos e irracionales por positivos, realistas y equilibrados, con el objetivo de que la paciente pueda aceptar los mismos, sin juicio y verlos con mayor objetividad.</p>	<p>- Crear conciencia sobre los pensamientos negativos, permitiendo a la persona reconocer, comprender y abordar estos patrones de pensamiento de manera constructiva para mejorar su bienestar emocional.</p> <p>- Identificar y cuestionar pensamientos disfuncionales para promover un cambio positivo en el bienestar emocional de la paciente.</p>	<p>- Psicoeducación</p> <p>- Técnica de autoregistro de pensamientos ABCDE</p> <p>- Parada del pensamiento</p>	

4	<p>Brindar estrategias efectivas para el manejo de la ansiedad y técnicas de autocontrol, especialmente en situaciones conflictivas vinculadas a la educación de su hijo, con el fin de fortalecer la capacidad de afrontamiento.</p>	<p>Fomentar la autonomía de la paciente en el manejo de la ansiedad, disminuyendo la sintomatología que presenta a raíz de no saber manejar un problema.</p> <p>Proporcionar herramientas para fortalecer la habilidad de resolución de conflictos.</p> <p>Brindar a la paciente estrategias que le permitan modificar el malestar que le genera una situación inadecuada.</p>	<p>- Psicoeducación</p> <p>- Resolución de conflictos.</p> <p>- Pregunta del milagro.</p>
5	<p>Brindar estrategias efectivas para el manejo de la ansiedad y técnicas de autocontrol, especialmente en situaciones de interacción social, con el fin de fortalecer la capacidad de afrontamiento a las mismas.</p>	<p>Mejorar las habilidades sociales con el objetivo de que la paciente pueda relacionarse de mejor manera, y así reducir la sintomatología ansiosa que le genera esta situación.</p>	<p>- Psicoeducación</p> <p>- Ensayo conductual.</p>

6	<p>Evaluar los cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual que se han producido después del proceso psicoterapéutico</p>	<p>- Mejorar la concertación y la atención de la paciente, reduciendo el estrés ante situaciones que le generen incertidumbre.</p> <p>- Fomentar el uso de habilidades de afrontamiento en situaciones específicas de la paciente.</p>	<p>- Técnica de respiración alterna</p> <p>- Entrenamiento en auto instrucciones</p>
7	<p>Evaluar los cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual que se han producido después del proceso psicoterapéutico</p>	<p>Evaluar los progresos o retrocesos en el proceso de la paciente mediante la aplicación de post test, permitiendo un análisis objetivo de su evolución y ajuste en la intervención terapéutica</p>	<p>Aplicación de Retest: -Ansiedad y Depresión de Beck. -Escala de estrés percibido</p>
8	<p>Evaluar los cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual que se han producido después del proceso psicoterapéutico</p>	<p>Sensibilizar al paciente sobre los cambios experimentados a lo largo del proceso terapéutico, promoviendo la reflexión y reconocimiento del crecimiento personal, con el fin de facilitar un cierre terapéutico.</p>	<p>- Entrevista de cierre terapéutico</p>

9/ Seguimi ento	Evaluar los cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual que se han producido después del proceso psicoterapéutico	Analizar si los cambios producidos a lo largo del proceso terapéutico se mantienen a lo largo del tiempo.	- Entrevista psicológica.
-------------------------------	---	---	---------------------------

Nota. En la presente tabla se evidencia el plan de tratamiento ejecutado en N.N

1.4.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1:**

Tuvo como objetivo principal el facilitar el reconocimiento de pensamientos irracionales y repercusiones adversas del llevar un manejo emocional inestable, promoviendo el reemplazo de dichos pensamientos por alternativas más racionales, para lo cual se aplicó dos técnicas y se envió una tarea a casa. En primer lugar, se implementó una **psicoeducación** que de acuerdo con Godoy et al. (2020) es una herramienta fundamental en todo proceso terapéutico, que tiene como finalidad el generar conciencia en el individuo acerca de su enfermedad, otorgándole información basada en evidencia como las causas y consecuencias de la misma, logrando así una participación activa del individuo para favorecer de este modo la adherencia al tratamiento, de tal manera que, Godoy et al. (2020) exponen que para realizar una adecuada psicoeducación, debemos considerar 3 pasos esenciales:

- En primer lugar, se debe impulsar **una alianza terapéutica**, con la finalidad de mejorar la relación entre el paciente y el terapeuta.
- En segundo lugar, se debe **brindar información**, basada en evidencias de acuerdo al tema que se requiera en el caso de la paciente, mediante diapositivas o videos, con el objetivo de generar conciencia de la enfermedad.

- En tercer lugar, se debe **iniciar una continuidad en el cuidado del paciente**, con el objetivo de prevenir futuras recaídas.

Seguidamente se trabajó con la técnica denominada **debate socrático**, donde Partarrieu (2011) refiere que es una estrategia considerada como relevante y eficaz dentro de la TREC, la cual tiene el objetivo de modificar cogniciones irracionales a través del debate y la discusión, mediante preguntas abiertas que se centren en identificar dichas cogniciones, teniendo en cuenta argumentos empíricos y lógicos. Asimismo, para su realización se debe considerar cinco pasos fundamentales para su aplicación:

1. Desarrollar una **evaluación de las evidencias que tenga el individuo**, esto con la finalidad de indagar la realidad de los pensamientos que presente el individuo, mediante la pregunta ¿Qué evidencia tiene del pensamiento?, para finalmente, entrar en un debate de manera asertiva.
2. **Considerar puntos de vista alternativos**, a través de la pregunta ¿Qué opciones alternativas existen, sobre el pensamiento?, con el objetivo de que el individuo logre sustituir su pensamiento irracional por uno más racional.
3. **Valorar las consecuencias de los pensamientos**, que se desencadena en el evaluado, cuando tenga dicho pensamiento, a través de la siguiente pregunta ¿Qué le hace sentir ese pensamiento?
4. **Comprobar la realidad y la gravedad del pensamiento**, mediante las siguientes preguntas ¿Qué probabilidad hay de que eso suceda? Y ¿Qué tan grave es?
5. **Plantear la utilidad del pensamiento**, con el objetivo de ayudar al individuo a través de la pregunta ¿De qué le sirve tener ese pensamiento?, para que sea él quien cuestione su propio pensamiento.

Con todo lo mencionado anteriormente la sesión de N.N se desarrolló de la siguiente manera; inicialmente la paciente se encontraba un poco asustada, debido a que sentía temor que las técnicas que se trabajen en esta sesión, no tengan un resultado favorable en ella.

Ante esta situación se retroalimenta sobre la eficacia de las mismas, con la finalidad de disminuir el temor de la paciente.

Por tal razón, se comenzó psicoeducando sobre el tema de **las emociones y el manejo adecuado de las mismas**, para lo cual se utilizó diapositivas con información basada en evidencia, donde se enfatizó los siguientes temas: ¿cuáles son las emociones básicas, cuál es la definición de las mismas y cómo actúan estas? Por otro lado, se le presentaron 2 videos, donde se vieron reflejadas la emoción básica de un individuo, donde N.N, tuvo que identificar y reconocer cuántas de esas emociones ha experimentado ella en algún momento de su vida, con el objetivo de que sea la paciente quien reconozca la importancia del saber manejar sus emociones en distintas situaciones, siendo ella capaz de asimilar cuando se desencadene una emoción negativa, para que pueda así sustituirla por una emoción más positiva.

Seguidamente, se procedió a trabajar mediante el debate socrático, para lo cual se le pidió que enumere del uno al seis los pensamientos que ella considere que le generan algún malestar en su vida, por consiguiente, se le mencionó las siguientes preguntas: ¿Qué evidencia tiene del pensamiento?, ¿Qué opciones alternativas existen, sobre el pensamiento?, ¿Qué le hace sentir ese pensamiento?, ¿Qué tan grave es?, ¿De qué le sirve tener ese pensamiento? con la finalidad de que la N.N respondiera una por una, enfocándose en cada pensamiento, es decir, las cinco preguntas las respondió en el primer pensamiento, y las mismas en el segundo y así sucesivamente hasta llegar al sexto. Todo esto con el objetivo de que sea ella quien dé respuestas a sus propios pensamientos que le generan ciertos malestares en su diario vivir. Luego de eso, se consideraron las respuestas que dio N.N para iniciar el debate, teniendo en cuenta si las respuestas fueron adecuadas o inadecuadas, se las retroalimentó de una manera asertiva, consiguiendo que la paciente se dé cuenta qué es lo que tiene que hacer y qué es lo que tiene que cambiar.

Para repotenciar todo lo trabajado en la sesión, se le indicó a la paciente que se le enviará una tarea para la próxima semana, la cual consistía en un **registro de emociones** con la finalidad de incrementar un desarrollo tanto personal como emocional, mejorando su calidad de vida y promoviendo un bienestar afectivo adecuado. Finalmente, se puede indicar que se evidenció un resultado favorable en la sesión, dado a que la paciente mencionó que se lleva un gran aprendizaje, ya que no sabía cuántas emociones puede sentir ante una situación, indicando que pensaba que era algo malo sentirse triste. Además, expuso que el diálogo socrático le ayudó bastante para darse cuenta que hay pensamientos que le afectan en su vida, pero que las verdades no tienen gran importancia como ella creía.

- **Sesión 2:**

La presente intervención tuvo como finalidad el promover la autonomía de N.N a través de habilidades de afrontamiento para el manejo efectivo de la ansiedad, incluyendo la identificación de situaciones desencadenantes y la adopción de respuestas inmediatas. Para ello, se aplicó dos técnicas siendo la primera de ellas la psicoeducación, la segunda que se ejecutó fue la técnica de respiración diafragmática, a lo que Ruiz et al. (2012), refieren que es una técnica que se realiza con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad de un individuo de forma relativamente sencilla y rápida. De acuerdo con Ruiz et al. (2012), para aplicar esta técnica se debe seguir los siguientes pasos:

- Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda y derecha sobre el abdomen.
- Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.
- Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y como la onda asciende hasta los hombros, inspirar durante 3-5 segundos.
- Mantener la respiración.
- Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da sugerencias de relajación.

Siendo así, que el desarrollo de la sesión de la paciente se llevó de la siguiente manera: en primer lugar se trabajó una psicoeducación, donde se abordó **el tema en habilidades de afrontamiento** que puede tener una persona ante situaciones ansiosas, en este caso se trabajó mediante diapositivas, videos y ejemplos de cómo identificar sus habilidades de afrontamiento que pueda usar a su favor cuando se desencadenan situaciones que le generen ansiedad; en este caso, se enfocó en las diferentes situaciones que presenta con su hijo de dos años, donde ella comenta sentir sintomatología ansiosa y estrés al no saber manejarlo o no saber cómo educarlo, para ello se indicó en qué consisten las habilidades de afrontamiento, cómo se desarrollan y como se las puede poner en práctica, todo esto con el objetivo de fortalecer la capacidad de afrontamiento de N.N.

Seguidamente se indicó la técnica de respiración diafragmática, con la finalidad de que la paciente tenga en cuenta una respuesta inmediata para las diferentes situaciones que le generen ansiedad, y logre así, la reducción de sus síntomas de una manera progresiva. Con lo mencionado anteriormente, se le comenzó a explicar paso a paso como realizarla, en primer lugar, se le pidió que tome asiento en la camilla que se encuentra en el consultorio, y que adopte una posición cómoda, soltando su cuerpo. En segundo lugar, se le pidió a la paciente que coloque una mano en el pecho, esto con el objetivo de que ella pueda sentir que el pecho no genere ningún movimiento y la otra mano en el abdomen para que ella logre sentir el movimiento durante la inhalación y exhalación del aire. En tercer lugar, se procedió a indicarle que debe inhalar y exhalar por la nariz suavemente sintiendo una leve elevación del abdomen al momento de inhalar, durante 5 a 7 segundos. En cuarto lugar, se ejemplifica a la paciente como sería la aplicación de la técnica correcta, después se lo realizó en conjunto y seguidamente lo realizó ella sola, para terminar, se le repitió a N.N que esa técnica la puede repetir las veces que sean necesarias en diferentes situaciones que le generen ansiedad.

Finalmente, se le consultó a N.N que si existen dudas por parte de ella, a lo cual refirió que no. Razón por la cual, se le indicó que la tarea de esta sesión consiste en **practicar la técnica de respiración en casa** con la finalidad de potenciar esta técnica en sí mismo, por otro lado, se procedió a indicar una segunda actividad, que engloba la elaboración de un **auto registró de pensamientos irracionales**, donde deberá enlistar todos los pensamientos que ella considere que entran dentro de esa categoría, teniendo claro cuando se desencadenan y que emociones llega a experimentar cuando los piensa, se le explico que esta segunda tarea nos servirá de apoyo para la aplicación de técnicas en las próximas sesiones, luego se procedió a realizar la pregunta ¿qué que se lleva de la sesión?, a lo que la paciente mencionó que ha encontrado dos habilidades de afrontamiento, las cuáles tiene presente gracias a la psicoeducación que se le brindó, por otro lado, supo manifestar que se lleva la tranquilidad, debido a que ya tiene un conocimiento de sus habilidades de afrontamiento, viéndola como una herramienta secreta para poder sentirse un poco más aliviada de su sintomatología.

- **Sesión 3:**

Fue elaborada con el objetivo de facilitar a la paciente el reconocimiento, comprensión y cuestionamiento de los patrones de pensamientos negativos con la finalidad de promover un cambio positivo dentro de su bienestar emocional. Teniendo en consideración dicho objetivo se ejecutó tres técnicas; una psicoeducación, autoregistro de pensamientos ABCDE y la parada de pensamientos; la segunda de ellas, según Barrca (2014) es una estrategia empleada para reconocer la conexión existente entre un evento desencadenante (A), un pensamiento disfuncional (B), las consecuencias emocionales y conductuales (C). Todo esto con el objetivo de generar un auto-debate para cuestionar y contrarrestar las creencias (D), conduciendo así, un nuevo pensamiento más racional (E). Para el procedimiento del mismo de acuerdo con Barrca (2014) se debe considerar los siguientes pasos;

- En primer lugar, **se debe identificar y enumerar** acontecimientos del individuo que le estén generando malestar significativo en su vida, teniendo en cuenta el que mayor le genere hasta el menor.
- Como segundo paso, se realizará **la descripción** de creencias que el individuo suele tener ante los acontecimientos mencionados anteriormente.
- En tercer lugar, se deberá **enlistar las consecuencias emocionales y conductuales**, negativas que se desencadenan en el individuo, las cuales generan un malestar muy significativo en la vida del mismo.
- En cuarto lugar, se **generará un nuevo cuestionamiento**, a la creencia identificada en el paso anterior, generando un auto-debate.
- Como quinto paso, se comenzará **a desarrollar un nuevo pensamiento**, racional en el individuo.

Paralelamente, se continuó con la tercera técnica, la cual según Ruiz et al. (2012) exponen que tiene como objetivo detener ciertos tipos de pensamientos disfuncionales, por otros más racionales. Para la aplicación de la misma se debe seguir 6 pasos fundamentales de acuerdo con Ruiz et al. (2012).

- Como primer paso, se realiza la **identificación y descripción de los pensamientos disfuncionales**.
- Como segundo paso, se comienza la **creación de una lista de pensamientos positivos y agradables**. del individuo hacia aspectos más positivos y reconfortantes de sí mismo.
- Como tercer paso se indica el inicio de la **relegación y participación en el pensamiento disfuncional**.
- En cuarto lugar, se comienza la **interrupción de los pensamientos disfuncionales**.

- En quinto lugar, se genera el **cambio inmediato hacia una secuencia de pensamiento placentera.**
- Como sexto paso se realiza la **repetición del ejercicio en variaciones.**

De acuerdo a lo antes mencionado el desarrollo de la sesión con N.N se llevó a cabo con el inicio de la psicoeducación, en la cual se abordó **el tema de cómo generar conciencia sobre los pensamientos negativos** con la finalidad de que pueda tener un mejor bienestar emocional, todo esto se lo realizó mediante diapositivas en las cuales se vio reflejados pensamientos negativos, a lo que se le pidió a la paciente que identifique cuál de estos pensamientos ella ha experimentado alguna vez, luego de eso, se le fue explicando cómo cada uno de estos influyen en sus emociones y en sus comportamientos, seguidamente se le manifestó la importancia de saber reconocer los pensamientos positivos y negativos a través de estudios de casos que se mencionaron dentro de la sesión, con la finalidad de que la paciente logre identificar cuatro situaciones que ha experimenta a lo largo de su vida, en este sentido se le enseñó como orientar y sobrellevar las mismas sin que estas afecten en el diario vivir.

Consecutivamente, se procedió a trabajar con la técnica autoregistro de pensamientos ABCDE, para lo cual se le enseñó a N.N dos tablas de auto registros una llena con pensamientos distorsionados, se los explicó como a manera de ejemplo luego de esto se le indicó una vacía, se le solicitó a la paciente que piense en los pensamientos que ella considere que están distorsionados, con la finalidad de irlos categorizando en la tabla, haciendo referencia en cada uno, de tal manera que identifique el evento activador, la creencia, las consecuencias emocionales y conductuales, todo eso para luego poder iniciar el debate, llegando así, a un nuevo pensamiento más racional.

Finalmente, se indicó la tercera técnica que corresponde a la detección de pensamiento, por lo cual se le solicitó que identifique 3 pensamientos disfuncionales que le desencadenan malestares; como segundo paso, se le invitó a que realice una lista de

pensamientos positivos que le generan sensaciones agradables, en el tercer paso la paciente tuvo que identificar y ubicar de forma jerárquica sus pensamientos desde el que desarrolla menor malestar hasta el mayor, luego se indicó que cierre sus ojos y que mantenga su mente en blanco, buscando una plena concentración; logrando así, solo retener pensamientos positivos, se le indicó que cuando lo logre la directriz realice una señal con su mano derecha y con la mano izquierda si el pensamiento negativo está interfiriendo, se continuó con el cuarto paso, que consiste con la interrupción de los pensamientos negativos, teniendo en cuenta la señal de N.N, razón por la que, se le mencionaba la palabra ALTO en un todo de voz elevado, acompañada con un golpe en la mesa, como quinto paso, se le indicó a la paciente con un tono de voz bajo, que intente nuevamente cambiar el pensamiento desagradable por uno agradable, todo eso se fue reforzando con sensaciones físicas y emocionales, como último paso, se le mencionó a N.N que esto lo debe repetir varias veces durante 10 minutos, como cierre se le realizó la pregunta ¿qué que se lleva de la sesión?, a lo que se obtuvo un resultado positivo, debido a que la paciente expuso que gracias a la psicoeducación, pudo entender aquellos pensamientos que rodeaban en su cabeza venían afectando su diario vivir, debido a que entendió como estos actúan en sus emociones y comportamientos, asimismo, supo manifestar que en cuanto a la técnica ABCDE, le ayudó bastante a comprender y enfrentar dichos pensamientos, especialmente dentro de su ámbito personal, familiar y social, finalmente supo indicar que la técnica de detención de pensamientos le ayudó a sentirse un poco más aliviada, llegó a sentir cierta reconfiguración consigo misma, debido a que logró tener una sensación de bienestar emocional positiva en el momento de su aplicación.

- **Sesión 4:**

Esta intervención se centró en facilitar el desarrollo de una comprensión profunda sobre cómo un manejo emocional inestable puede tener repercusiones negativas en sus relaciones interpersonales y su calidad de vida, proporcionándole herramientas para

fortalecer sus habilidades de resolución de conflictos. Para lo cual se utilizó tres técnicas; siendo la primera la **psicoeducación**, en segundo lugar, **la resolución de problemas**, técnica centrada en manejar y solucionar desacuerdos, disputas, o conflictos que puedan desencadenarse entre individuos o grupos, teniendo como objetivo principal el encontrar soluciones positivas y aceptables para todas las partes involucradas, con la finalidad de impulsar la estabilidad emocional y armonía (Bados y García, 2014).

Para una adecuada aplicación según Bados y García (2014) se debe considerar dos componentes:

- En primer lugar, está la **orientación hacia los problemas**: aquí se debe tener en cuenta la percepción, el compromiso de tiempo y esfuerzo, la valoración, la atribución y el control del problema.
- En segundo lugar, están las **habilidades básicas de resolución de problemas**, en este componente existen cuatro fases a seguir:

1. **Definición y formulación del problema.**
2. **Generación de soluciones alternativas.**
3. **Toma de decisiones.**
4. **Aplicación de la solución y comprobación de la misma.**

A continuación, se aplicó la pregunta del milagro, técnica que tiene como finalidad el buscar e identificar metas y objetivos deseados, para luego enfocarse en la adaptación de las diferentes situaciones, con la finalidad de promover el autocontrol y la responsabilidad (Beyebach y Herrero, 2010).

Para llevar a cabo la misma de acuerdo con Beyebach y Herrero (2010) se necesita seguir dos fases;

- Como primera fase está, la **preparación del psicólogo**: el profesional aquí debe evitar emitir recomendaciones, prestar atención a las manifestaciones verbales y no verbales, dejando que el paciente se tome su tiempo para responder la

interrogante y finalmente, deberá brindarle al paciente un espacio adecuado, con la finalidad de que él tenga la libertad de imaginar su futuro deseado

- Como segunda fase está, la **preparación del paciente**: previamente a la ejecución se debe realizar una técnica de respiración y relajación, con el objetivo de que el individuo logre centrar su atención en el ejercicio y pueda imaginar su vida libre del problema que lo aqueja, dejándola de un lado.

Siendo así, que el desarrollo de esta sesión se llevó a cabo primeramente psicoeducando, **sobre cómo él no sabe manejar un problema o situación desencadena sintomatología ansiosa**, para lo cual se explicó mediante diapositivas y videos didácticos la naturaleza de la misma, y cómo esta afecta en la vida diaria de los individuos, del mismo modo se explicó la importancia de abordar dicha ansiedad de una manera proactiva, seguidamente se le indicó a la paciente como lograr identificar los signos y síntomas de la misma, mediante videos en los cual se veían reflejados los mismos, para luego irlos explicando brevemente, ya que casi siempre la ansiedad viene de la mano con los pensamientos catastróficos, de tal modo que, se le mencionó la definición de los mismos enseñándole cuál sería la mejor manera de sobrellevar estos pensamientos, para poder así evitar o disminuir la sintomatología mencionada.

Consecutivamente, se continuó con la técnica de resolución de conflictos, para lo cual se le pidió a N.N que identifique cuáles son las situaciones que le generen malestar, se solicitó la percepción de cada uno de ellos teniendo en cuenta el tiempo y esfuerzo que la paciente realiza en los mismos, y el centrar su atención en las habilidades básicas de resolución de problemas y así cuando se comprenda la naturaleza del problema se pueda pasar a la generación de solución alternativas, mediante la elaboración de un plan de acción.

Posteriormente, se aplicó la tercera técnica que consiste en la pregunta del milagro, para lo cual se comenzó con la siguiente interrogación; ¿Cómo imaginaría su vida, si no tuviera un hijo? A lo que la paciente mencionó ``ni siquiera estaría viva, no tuviese ningún

motivo para continuar con mi vida, él es quien me dio y me sigue dando fuerzas para seguir adelante, por eso trato de hacer lo mejor el momento de educarlo, aunque a veces no sepa cómo” luego de haber obtenido la respuesta de N.N, la cual se la retroalimenta de manera positiva y asertiva, se le realizó otra interrogante; ¿Cómo imaginaría su vida hasta este día, si no hubiese tomado la sesión de venir a terapia? La paciente , expuso “la verdad siento que seguiría estancada, no hubiese logrado afrontar todo lo que he realizado en el transcurso de este proceso, imagino que mi vida sería gris y no de color como lo está siendo hoy en día”, de la misma manera se retroalimentó la respuesta, finalmente, se le hizo la última pregunta; ¿Cómo imaginarias tu vida de aquí a dos meses?, la paciente comentó, “imagino que sería feliz viendo como no me di por vencida que logre afrontar mis problemas y que mi hijo pudo tener la mamá que siempre debió tener”.

Seguidamente se le explicó a N.N la tarea que llevará a casa, en la cual deberá realizar dos acciones que descubrió en la aplicación de la técnica, la primera, evitar los gritos cuando tenga que reprender a su hijo, teniendo en cuenta la respuesta adaptativa que ella brindó en la sesión, la segunda acción, evitar negar que está llevando un proceso psicoterapéutico, considerando la respuesta dada, en la que menciona que se siente bien con todo lo que ha logrado gracias a esta decisión.

Para culminar, se evidencio que la sesión fue favorable, dado que la paciente mencionó que en la psicoeducación le sirvió para poder darse cuenta de los signos y síntomas que presentaba, ya que ella no diferenciaba el significado de cada uno, del mismo modo, comentó que la resolución de conflictos le ayudó a liberarse de aquellos problemas que quedaron sin resolver, y que le gustó la elaboración del plan de acción para ella poderlo poner en práctica en su vida diaria, finalmente, expuso que en la técnica pregunta del milagro fue una de las que más le gustó, ya que la incentivó a seguir con el tratamiento psicológico para poder tener un bienestar emocional más positivo, por otro lado, supo mencionar que la motivó bastante en cuanto a la educación y crianza de su hijo.

- **Sesión 5:**

Para esta intervención se consideró como objetivo principal el mejorar las habilidades sociales con la finalidad de que la paciente pueda relacionarse de mejor manera, y así reducir la sintomatología ansiosa que le genera esta situación. Razón por la cual, se ejecutaron dos técnicas; psicoeducación **y ensayo conductual**, donde Ruiz et al. (2012) refiere que el ensayo es una estrategia efectiva dentro de la escala de habilidades sociales, la misma se puede aplicar mediante un role-playing dentro de un entorno controlado, permitiendo una observación por parte del profesional, el cual brindará retroalimentaciones junto a refuerzos.

Para la ejecución de esta técnica, de acuerdo con según Ruiz et al. (2012) se debe tomar en cuatro aspectos para una aplicación correcta

- Como primer aspecto se debe seleccionar una conducta o situación determinada.
- Como segundo aspecto se debe señalar una situación reciente en donde se haya presentado la situación seleccionada.
- Como tercer aspecto está en ejecutar el ensayo de la conducta y no posponer más de tres minutos.
- Como cuarto aspecto está el considerar respuestas otorgadas.

De tal modo que el desarrollo de la sesión 5 se llevó a cabo de la siguiente manera: Al inicio de la intervención la evaluada se encontraba en un estado eutímico, supo manifestar que las técnicas aplicadas en la semana anterior le ayudaron a comprender ciertas situaciones que ella creía que no tenían solución, por lo cual se retroalimentó de manera breve sobre las situaciones mencionadas, con la finalidad de validar sus emociones. Razón por la cual se empezó con la primera, técnica, una psicoeducación, donde se abordó **la importancia del saber manejar las habilidades sociales y la asertividad**, esto se pudo explicar a través de diapositivas, en las cuales se pudo evidenciar la definición de cada uno de los temas mencionados, las causas, consecuencias y malestares que se desencadenan

en el diario vivir, por otro lado se le brindó a la paciente un espacio para que ella pueda compartir sus experiencias con la finalidad de que sea ella quien identifique estas habilidades.

Posterior se procedió a aplicar la segunda técnica que corresponde al **ensayo conductual**, para lo cual, se le solicitó a la usuaria que menciona una conducta o situación determinada que ella quisiera modificar, a lo que ella supo contestar que desearía poder expresarse de mejor manera cuando está en eventos públicos, en segundo lugar, se indagó sobre dicha conducta, qué es lo que siente o experimenta cuando está en una situación pública, a lo que N.N refirió que estos eventos la ponen ansiosa, siente que su corazón se acelera y que sus manos comienzan a sudar con facilidad, seguidamente se explicó que todas las sintomatología mencionada es normal al encontrarse en una situación en la que uno es el centro de atención, para lo cual se le otorgó una serie de instrucciones claras para manejar su ansiedad en eventos públicos, tales como que debe comenzar saludando y tomando asiento apropiadamente. Si experimenta síntomas de ansiedad, debe levantarse, tomar un respiro y practicar la técnica de respiración enseñada previamente. Además, se recomendó cultivar pensamientos positivos, como "yo sí puedo" y "todo va a salir bien". Destacando que no debe demorar más de dos a tres minutos para iniciar estas acciones cuando comiencen los síntomas.

Finalmente, se destaca que el resultado de esta sesión fue muy exitoso, debido a que la paciente aludió que las técnicas trabajadas les ayudaron bastante, ya que refiere que en la escuela de su hijo es presidenta del paralelo, y gracias al ensayo conductual siente poder desenvolverse de mejor manera, demostrando una buena asertividad, sin ser grosera con las personas que están a su cargo, del mismo modo comentó que le gustaría volver a aplicar esta técnica con otra situación determinada que ella presente en su vida diaria.

- **Sesión 6:**

Tuvo como objetivo el optimizar la atención y concentración de la paciente, disminuyendo el estrés ante situaciones que le generen incertidumbre. Para ello, se utilizó dos técnicas; **la respiración alterna, y auto instrucciones positivas**, la primera de ellas, tiene como objetivo la reducción del estrés, llegando a desarrollar una atención plena en el individuo, mediante la activación del sistema nervioso parasimpático, dado que la misma se centra en la inhalación y exhalación profunda de una manera lenta y precisa, manteniendo un orden y realizándose en un tiempo de 4 minutos por cada orificio nasal (Aragón, 2004).

Para llevar a cabo la aplicación de dicha técnica de acuerdo con (Aragón, 2004) se debe tomar en cuenta las siguientes pautas:

- Indicarle al individuo que adopte una posición cómoda.
- Solicitar a la persona que cierre los ojos y logre imaginar una situación agradable.
- Explicarle que con su mano derecha deberá tapar el orificio de la ventana nasal derecha, esto con la finalidad de que inhalen solo por orificio de la ventana izquierda, luego indicarle que esto lo debe realizar durante cuatro minutos por cada ventana.

Consecutivamente se aplicó la técnica de autoinstrucciones positivas, que tiene como objetivo principal el incrementar la autoconciencia de los pensamientos y comportamientos negativos (Gobierno de Aragón, 2016). Siendo así, que para la aplicación de esta técnica se debe considerar cuatro pasos esenciales:

- Como primer paso, se deberá **definir el problema**.
- Como segundo paso, se **guiará a la respuesta más adecuada**.
- Como tercer punto, se comienza con la **inclusión de auto refuerzo**.
- Como último paso, se **utilizará auto correcciones**.

En este sentido en el desarrollo de la sesión N.N se llevó a cabo de la siguiente manera, al principio se encontraba un poco ansiosa, por diversas situaciones que han sucedido en la semana, razón por la cual, se aplicó en primer lugar la técnica de la

respiración alterna, se inició brindándole las pautas necesarias para su aplicación; teniendo en cuenta las circunstancias, dado que este encuentro se realizó por zoom, dentro de la primera se le mencionó que adopte una posición cómoda, en segundo lugar se le indico deberá cerrar sus ojos y que piense en una situación agradable, para finalmente, brindar la tercera pauta, donde se le explicó que debe tapan el orificio nasal izquierdo con el dedo índice, con la finalidad que solo logre inhalar y exhalar por orificio nasal derecho, repitiendo esto por cuatro minutos intercambiando de lado.

Para continuar con la sesión se le preguntó a N.N cuantas y cuales habilidades de afrontamiento cree que tiene, considerando la psicoeducación que se le brindó la sesión pasada, a lo que manifestó que solo considera una que es el de escribir algunos de sus días malos en una libreta, a lo que se validó su respuesta de forma asertiva, dándole a entender que es una habilidad muy útil, y que nos va a servir mucho en la técnica que se le va aplicar el día de hoy, para lo que se le pidió que mencione una situación, la cual considere que le causa mayor malestar.

Luego de eso, en conjunto en un papel a manera de pasos se le solicitó que escribiera dicha situación, cómo hacerla, qué hacer cuando se desencadene la situación y sienta algún malestar, además, se fue brindando soluciones ambas partes, durante ese momento se fue dando auto refuerzos positivos a la paciente, diciéndole que está muy bien lo que escribió y que está haciéndolo bien, pero del mismo modo se utilizó auto correcciones, en las cuales se mencionó que si no le sale bien o como ella esperaba que salga por seguir los pasos, se le indico que lo volvemos hacer y sacamos otro papelito con los mismos pasos agregándole otro, hasta que se pueda realizar con tranquilidad sin desencadenar malestares en ella.

Para finalizar, se dio a conocer que en la próxima sesión se llevará a cabo la aplicación de los retest, siendo así que se considera un resultado muy favorable en esta

sesión dado que N.N manifestó que el llevar el apartado trabajado dentro de sesión, le brinda una pauta para orientarse ante ciertas situaciones que le generen malestar.

- **Sesión 7:**

Se centró en evaluar los progresos o retrocesos mediante la aplicación de reactivos psicológicos, permitiendo un análisis objetivo de su evolución y ajuste en la intervención terapéutica. Para esta intervención se consideró la evaluación psicológica, que tiene como objetivo principal la identificación de la detección, descripción, diagnóstico, selección, valoración, explicación, orientación, intervención y la investigación, todo eso se da durante una sesión psicológica en conjunto de la aplicación de test, técnicas y la presentación de diapositivas, con la finalidad de lograr obtener la mayor información necesaria para el proceso psicológico. Para la ejecución de esta técnica se debe considerar tres requisitos. (White y Epston, 1990).

- Plantear un contexto adecuado para el individuo, de la mano de un objetivo claro y realista.
- Realizar una búsqueda bibliográfica con la finalidad de que se puedan sustentar las hipótesis planteadas.
- Identificar y clasificar la sintomatología del individuo evaluado.

De tal manera, que en el desarrollo de la sesión la paciente se encontraba un poco ansiosa, por la aplicación de los test razón por la cual, se aplicó en primer lugar la técnica de la respiración aprendida en sesiones anteriores, seguidamente se le indicó cómo se llevará a cabo la aplicación de cada uno de los test, dándole como una retroalimentación de lo que se realizó en la segunda sesión durante la aplicación inicial, todo esto considerando que se lo hizo mediante la modalidad virtual, dando inicio con el de ansiedad de Beck, el cual lo resolvió ella sola, durante su aplicación no tuvo ninguna inquietud, por lo que se continuó con el de depresión de Beck, donde así mismo, lo llenó ella sin presentar inquietud

alguna, para finalmente, aplicar la escala de estrés percibido, al cual se lo fue llenando en conjunto, explicando cada uno de los ítems del mismo, mediante zoom.

Para culminar se le mencionó que en la próxima sesión se le dará una retroalimentación de los mismos y se realizará el cierre terapéutico. Considerando así que la sesión fue favorable de la misma, dado que la paciente pudo evidenciar que en los reactivos las puntuaciones de los ítems variaron positivamente, verificando que hasta el momento ha sido eficaz el tratamiento aplicado.

- **Sesión 8:**

Se basó en sensibilizar sobre los cambios experimentados a lo largo del proceso terapéutico, promoviendo la reflexión y reconocimiento del crecimiento personal, con el fin de facilitar un cierre terapéutico efectivo, razón por la cual, se utilizó la entrevista psicológica, que de acuerdo con Perpiñá (2012) es considerada una técnica de evaluación con una mayor prevalencia y eficacia, que se lleva a cabo mediante preguntas abiertas y cerradas, que tienen como objetivo la identificación de los comportamientos no observables y observables de un individuo, es por ello, que la misma se ejecuta al inicio de un proceso de evaluación recopilando la información necesaria para indicar un diagnóstico, y al finalizar un proceso, con la finalidad de comprobar si el tratamiento que se llevó a cabo fue efectivo y que cambios positivos se han desarrollados en el individuo.

Por lo cual, el desarrollo de esta sesión con N.N comenzó con la devolución de los test aplicados, donde se le brindó una retroalimentación de cada uno de los reactivos, donde se especificó a que hace referencia cada puntaje y la interpretación de los mismos. A continuación, se dio paso a un proceso de sensibilización para la paciente, enfocado en reconocer todos los cambios y avances que ha experimentado durante el tratamiento. Se incentivó a que ella misma valorará su crecimiento profesional y personal. Para ello, se le solicitó compartir sus reflexiones sobre su progreso hasta ese momento, lo cual hizo a través de una sesión virtual en Zoom. Sus palabras fueron emotivas: "La verdad, no creí que

llegaría hasta aquí. Las palabras de mi pareja al decirme que venía a sesiones solo a perder mi tiempo me doy cuenta que no, porque he logrado cosas que ni yo sabía que era capaz de hacer, por temor y por la poca información que tenía de las mismas. Estoy contenta de haber venido con un problema y haber resuelto muchos otros, y me siento capaz de solucionar los que vengan. Con seguridad le puedo decir, doctora, que conmigo ha logrado cosas grandes por las cuales usted también debería sentirse orgullosa. Me llevo la tranquilidad de superar muchas cosas que jamás creí soltar. De corazón, le agradezco." Se le ofreció una respuesta asertiva, validando cada aspecto mencionado y destacando que el éxito del proceso es resultado del esfuerzo conjunto.

Para concluir, se le envió por correo el certificado terapéutico, asegurándose de su recepción y discutiendo los detalles. Además, se informó a N.N que quedaba una sesión más, programada para el 29 de febrero, con el objetivo de seguir el progreso y evaluar las experiencias desde la última sesión. Llegando así, a obtener un resultado exitoso de la sesión para ambas partes, esto se evidencio en la sensibilización que se realizó, dado que N.N manifestó sentir gran alivio, tranquilidad y orgullo al haber llevado este proceso.

- **Sesión 9:**

Se centró en analizar si los cambios producidos a lo largo del proceso terapéutico se mantienen a lo largo del tiempo, todo eso mediante la entrevista psicológica, con el objetivo de analizar si los cambios que se han producido en el transcurso del tiempo han tenido dificultades o cambios nuevos que ha experimentado, asimismo, se pretendía indagar sobre sus pensamientos disfuncionales persisten, los problemas con la crianza de su hijo y la relación en la intimidad con su pareja ha disminuido. Finalmente, se intentaba corroborar que N.N haya puesto en práctica la técnica de entrenamiento en resolución de problemas que se le hayan presentado en este tiempo. Sin embargo, por problemas de conectividad, dado que se estaba trabajando mediante la modalidad virtual (zoom), por el cambio de

residencia de la paciente, la misma sesión no se pudo ejecutar como se la había planificado.

Capítulo tres

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los test aplicados en este caso clínico, relacionado con el trastorno mixto ansioso-depresivo. Para lo cual se ha llevado a cabo un análisis detallado empleando el método cualitativo y cuantitativo.

1.5 Análisis de resultados cuantitativos

Para hacer énfasis en este análisis se llevó a cabo la aplicación del retest durante la sesión 7 logrando los siguientes resultados

Tabla 9

Resultados de seguimiento Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Instrumento	Resultado pre-intervención	Resultado post-intervención
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).	Puntuación de 36 equivalente a depresión grave.	14 depresión leve.

Nota. En la presente tabla se muestran los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck-II después del proceso de intervención.

De acuerdo con los datos de la **tabla 9** se puede constatar que N. al iniciar con el proceso obtuvo una puntuación de 36, lo cual se interpreta como depresión grave. Sin embargo, al finalizarlo, obtuvo una puntuación de 14 la cual indica una depresión leve, demostrando de esa manera que el proceso psicoterapéutico tuvo un resultado positivo.

Tabla 10

Resultados del seguimiento Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAS).

Instrumento	Resultado pre-intervención	Resultado post-intervención
Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAS).	Puntuación de 18 equivalente a ansiedad moderada.	15 ansiedad leve.

Nota. En la presente tabla se muestran los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck-II después del proceso de intervención.

Tomando como referencia la **tabla 10** se puede identificar que la usuaria obtuvo una puntuación de 18 al iniciar con la intervención que se interpreta como ansiedad moderada. No obstante, al finalizar el proceso N.N obtuvo una puntuación de 15 que hace referencia a una ansiedad leve.

Tabla 11

Resultados de seguimiento de la Escala de Estrés Percibido (PSS).

Instrumento	Resultado pre-intervención	Resultado post-intervención
Escala de Estrés Percibido (PSS).	Puntuación de 36 equivalente a estrés elevado.	14 estrés mínimo.

Nota. En la presente tabla se muestran los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck-II después del proceso de intervención.

Considerando los resultados expuestos en la **tabla 11** se puede evidenciar que al comienzo de la intervención N.N obtuvo una puntuación de 36 que se interpreta como estrés elevado. Por el contrario, al finalizarlo obtuvo una puntuación de 14 lo que indica un estrés leve.

1.6 3.2. Análisis de resultados cualitativos

En cuanto al análisis cualitativo, se elaboró una ficha de observación con el objetivo de analizar el progreso de las conductas y aspectos afacetadas al inicio del proceso terapéutico. De tal manera que en la tabla 12 se evidencia un detalle a profundidad de cada uno de las evoluciones de N.N

Tabla 12

Ficha de observación

Conductas aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación o razón
	Se mantuvo, es decir no hubo cambio	Cambio parcialmente	Se extinguió o se modificó	

Llanto incontrolable al hablar sobre su infancia.	X	Al inicio de la consulta, cuando se abordaban temas relacionados con su infancia, N.N lloraba de manera incontrolable, dificultando el diálogo. Sin embargo, en la actualidad, ha alcanzado un nivel de tranquilidad que le permite hablar del tema con mayor serenidad.
Sentimientos de desesperanza en relación a la crianza de su hijo.	X	Al comienzo, la paciente mencionó que no se sentía capaz de ser madre y, como resultado, ejercía estilos de crianza inadecuados con su hijo de 2 años. Sin embargo, en la actualidad, se evidencia una mayor implicación en la crianza respetuosa con su hijo
Distorsiones cognitivas con respecto al cuidado de sus dos hermanos.	X	Al comienzo del proceso, N.N mantenía varias distorsiones cognitivas en relación al cuidado de sus dos hermanos. Hoy en día, ha desarrollado un diálogo positivo, cambiando estos pensamientos hasta el punto de organizar de

Sentimientos de culpabilidad en cuanto al abuso sexual que sufrió a los 6 años.	X	<p>mejor manera el apoyo que les brinda.</p> <p>La usuaria llegó a consulta sintiéndose culpable manifestando que ella merecía el abuso sexual, pese a eso, N.N después de la intervención ha logrado aceptar que lo que sucedo no fue culpa de ella y al hablarlo lo hace con madures y con mucho positivismo.</p>
Escaso contacto visual al expresarse en público	X	<p>Al inicio, la paciente no lograba mantener contacto visual tanto dentro como fuera de la consulta. Sin embargo, tras el tratamiento, desarrolló una mayor autoconfianza.</p>

Nota. Ficha de observación de conductas y aspectos de N.N

De acuerdo con la **tabla 12**, la aplicación de técnicas como; el debate socrático, autoregistro de pensamientos ABCDE, parada del pensamiento, ensayo conductual y la resolución de conflictos, la cuales permitieron que la paciente después del tratamiento genere cambios significativos en su vida; dado a que hoy en día se expresa de manera fluida y realista, muestra menor afectación emocional al hablar de su niñez, y mantiene una mejor actitud e implicación en la crianza de su hijo y el apoyo a sus hermanos. Además, expone pensamientos más adaptativos y ha logrado aceptar el evento

traumático que sufrió. Finalmente, ha mejorado su contacto visual y se desenvuelve con mayor confianza ante el público.

Discusión

El estudio de caso abarca la aplicación del enfoque integrativo en un trastorno mixto ansioso-depresivo que de acuerdo con la OMS (1992) se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad y depresión con frecuencia e intensidad insuficiente como para ser diagnosticados de manera individual; en cuanto a la sintomatología del mismo se evidencia la presencia del llanto persistente, irritabilidad, estado de alerta elevado, sentimientos de desesperanza, sudoración, baja autoestima, taquicardia, tensión muscular y un estado de ánimo triste recurrente, desencadenando así, complicaciones como el impedimento de realización de actividades cotidianas en la vida del individuo.

Asimismo, menciona que, a nivel global, numerosas investigaciones destacan el modelo cognitivo-conductual como el más efectivo para tratar la depresión y la ansiedad. Según Caballero y Caballero (2019) este modelo tiene como objetivo disminuir los malestares psicológicos, las conductas desadaptativas y los pensamientos irracionales mediante el uso de técnicas psicoeducativas, activaciones fisiológicas; del mismo modo el uso de estrategias orientadas a cambiar dichas conductas como los pensamientos.

Con base en lo anterior, a continuación, se presenta el caso de N.N, una joven de 24 años de sexo femenino quien muestra varias afectaciones, como llanto persistente, nerviosismo, irritabilidad, sentimientos de desesperanza, baja autoestima, tensión muscular, estado de alerta elevado, pensamientos ansiosos, taquicardia, sudoración y un estado de ánimo triste recurrente. Cabe destacar que estos síntomas han persistido durante más de seis meses, los cuales se relacionaban con problemas de infancia, la experiencia de ser madre por primera vez, y la responsabilidad de cuidar a sus dos hermanos con discapacidad física.

De tal modo que, después del proceso terapéutico aplicado se evidenciaron cambios en las conductas iniciales, como el lograr hablar de su infancia presentando menor afectación emocional; además, ha desarrollado una mayor implicación en la crianza

respetuosa con su hijo; por otro lado, se observó un cambio en los pensamientos distorsionados en relación al apoyo que brinda a sus hermanos; finalmente, la paciente logró incrementar su autoconfianza en sí misma, lo que le permitió desenvolverse de mejor manera ante situaciones donde esté expuesta a un grupo de personas.

Lo que se pudo corroborar puesto que en los resultados cuantitativos se obtuvieron cambios relevantes en las puntuaciones de los reactivos aplicados; Inventario de Depresión de Beck-II con una reducción de 22 puntos pasando de grave a leve; asimismo, en el Inventario de Ansiedad de Hamilton se evidencia una disminución de tres puntos pasando de moderada a leve; finalmente, en la Escala de Estrés Percibido se logró obtener una reducción de 22 puntos, eliminando así, un estrés elevado y llegando a presentar un estrés mínimo.

Siendo así, que dentro del proceso de evaluación se trabajó mediante el uso de la entrevista psicológica, observación y aplicación de reactivos psicológicos, los mismos que incluyeron el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Hamilton y la Escala de estrés percibido, considerando el centro en el que se llevó a cabo el caso, y por el tiempo se priorizó las tres variables principales de N.N; mismas que fueron evaluadas mediante los reactivos mencionados anteriormente, lo cual se puede comparar con el estudio de caso realizado por Bravo y Sanz (2023) en donde trabajaron con un grupo de personas mayores a 18 años con sintomatología mixta ansiosa-depresiva, en donde de forma semejante a este caso utilizó el reactivo de depresión de Beck para medir esta variable constatando que es el más utilizado para este tipo de problemáticas debido a que cuenta con una validez, confiabilidad y eficacia adecuada.

Por otro lado, en la intervención de Sánchez et al. (2022) donde abordaron los niveles de ansiedad, estrés y depresión, en un grupo de 67 estudiantes en donde al igual que en el presente caso aplicaron el Inventario de Ansiedad de Hamilton para medir la variable de

ansiedad corroborando que es uno de los más efectivos en cuanto a la identificación de síntomas de dicha variable debido a su confiabilidad.

Por último, en la investigación de Hernández et al. (2022) analizaron el estrés percibido en adultos de 20 a 35 años en la ciudad de Chiclayo, lo cual lo realizaron mediante la aplicación de la Escala de estrés percibido, misma que se utilizó en el caso de N.N; demostrando así, su eficacia en los diferentes trastornos psicológicos, debido a que en la investigación citada determinaron las propiedades psicométricas de dicha escala, obteniendo resultados eficaces dentro de la misma.

En cuanto al tratamiento, se adoptó un enfoque integrativo que incluyó principalmente la terapia cognitivo-conductual, reconocida por su efectividad en la reestructuración y modificación de pensamientos distorsionados asociados con la desesperanza, inutilidad y culpabilidad en N.N Esto coincide con los resultados de la investigación de Mora y Rodríguez (2016), que demuestran la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en un grupo de seis participantes, compuesto por cinco mujeres y un hombre, todos mayores de 18 años. Estos participantes, diagnosticados con trastorno mixto ansioso-depresivo, lograron disminuir creencias irracionales y pensamientos distorsionados, además de modificar conductas, evidenciando así la eficacia del tratamiento.

Por otro lado, se utilizó terapia breve centrada en soluciones para aumentar la efectividad en la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva en N.N. Esta terapia ayudó a N.N a centrarse en los aspectos positivos de ser una madre joven. Esto coincide con los resultados del estudio de caso de Ferriz (2020), en el cual se intervino a una mujer de 56 años con trastorno mixto ansioso-depresivo, utilizando la misma terapia, siendo así que, en el caso citado, la paciente logró enfocar su atención en lo positivo y no solo en sus carencias, evidenciando la efectividad de esta intervención terapéutica, pues en ambas intervenciones existieron resultados semejantes.

De manera que para el presente caso clínico se tenía como primer objetivo terapéutico brindar estrategias efectivas para el manejo de la ansiedad y técnicas de autocontrol, especialmente en situaciones conflictivas vinculadas a la educación de su hijo, con el fin de fortalecer la capacidad de afrontamiento, por lo tanto se aplicaron técnicas del modelo (TCC) como la psicoeducación, la respiración diafragmática y resolución de conflictos, lo que coincide con el estudio de caso realizado por Zuluaga (2018) en donde aborda un caso de trastorno mixto ansioso-depresivo en un joven de 21 años, llegando a obtener un resultado efectivo en la disminución de dicha sintomatología debido a la aplicación de las técnicas mencionadas anteriormente.

Por otro lado, se empleó la técnica de la pregunta de milagro como segundo modelo (TBCS) dentro de este caso, con la finalidad de potenciar en el N.N una crianza respetuosa con su hijo, contribuyendo así, la disminución de estrés en la misma; dicha efectividad se ve evidenciada en el estudio de caso de Galdámez (2015) donde intervino a una mujer de 27 años con trastorno mixto ansioso-depresivo y se obtuvo resultados favorables al utilizar la técnica mencionada potenciando la autonomía de la paciente del caso citado, favoreciendo así, su desenvolvimiento en las diferentes actividades.

Asimismo, como segundo objetivo se planificó facilitar el reconocimiento y comprensión de las emociones de la paciente, promoviendo la conciencia emocional en situaciones difíciles, a través de técnicas que favorezcan una gestión emocional saludable, razón por la cual se llevó a cabo la ejecución de la técnica denominada debate socrático; con el objetivo de centrarse en las emociones de N.N lo que se asemeja en el estudio de caso intervenido por Rodríguez (2023) donde analiza la problemática de una joven de 22 años con sintomatología ansiosa y depresiva y se trabajó a través de la técnica mencionada en el presente caso, adquiriendo resultados eficientes regenerando la dificultad en habilidades sociales de la misma.

Finalmente, el tercer objetivo corresponde a desarrollar habilidades para identificar y reemplazar pensamientos negativos e irracionales por positivos, realistas y equilibrados, con el objetivo de que la paciente pueda aceptar los mismos, sin juicio y verlos con mayor objetividad, para la cual se intervino a través de las siguientes técnicas: autoregistro de pensamientos ABCD y la parada del pensamiento; de igual manera Pila (2022) al trabajar un caso de una mujer de 34 años con un trastorno mixto ansioso-depresivo donde se puede constatar la eficacia de ambas técnicas mencionadas anteriormente; llegando a resultados positivos en relación a la disminución de pensamientos disfuncionales promoviendo un bienestar emocional adecuado.

En conclusión, los resultados obtenidos en el presente caso fueron favorables y se alinearon con las expectativas del tratamiento, cumpliendo con los objetivos planteados en el plan psicoterapéutico. La calidad de vida de N.N mejoró significativamente, ya que se logró equilibrar su estado emocional, reducir pensamientos distorsionados y modificar conductas mediante las técnicas y estrategias empleadas.

La técnica de resolución de conflictos fue especialmente eficaz y relevante, ayudando a N.N a manejar su ansiedad y autocontrol, particularmente en situaciones conflictivas relacionadas con la educación de su hijo, fortaleciendo así su capacidad de afrontamiento. En este sentido, Lacomba-Terjo et al. (2021) llevaron a cabo una intervención similar con una población adulta de mujeres entre 43 y 61 años que presentaban sintomatología ansiosa y depresiva, utilizando la misma técnica para desarrollar una adecuada asertividad en la resolución de conflictos interpersonales. Este estudio confirmó que la técnica es ampliamente utilizada en este tipo de problemática debido a su confiabilidad y validez.

Respecto a las limitaciones que se desencadenaron a lo largo del proceso psicológico se encontró la dificultad de sobrellevar ambas variables, dado que no fue posible disminuir la sintomatología al mismo tiempo, sino que se en primer lugar se evidencio esta reducción en la variable de depresión, con el transcurso del tiempo se vieron los cambios en

la ansiedad en la cual se dieron de manera lenta, razón por la cual, se consideró que la variable que predomina más en el caso de N.N es la ansiedad . Por otro lado, no hay un gran número de investigaciones que demuestran el trabajo realizado en conjunto ambas variables, dentro de la parte psicoterapéutica; puesto que la mayoría de los estudios las trabajan de forma separada, los cuales no son de fechas actuales, razón por la cual, no se los menciona en la discusión del presente caso.

Dejando de este modo un aporte positivo hacia la universidad en relación a los futuros estudiantes de la carrera que podrán tomar como ejemplo y guía al estudio de caso presentado para adquirir conocimientos del trastorno mencionado, fomentando así la práctica en los mismos.

Conclusiones

En relación al proceso de evaluación psicológica, la implementación de la entrevista, la observación y el uso de reactivos psicológicos como el Inventario de Ansiedad de Hamilton (HAS), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de Estrés Percibido (PSS) resultaron fundamentales para una valoración precisa de la problemática a tratar. La entrevista y la observación proporcionaron una comprensión profunda del contexto personal como emocional de la paciente, mientras que los reactivos psicológicos ofrecieron datos cuantificables y comparables sobre los niveles de ansiedad, depresión y estrés.

En conclusión, el manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) fue eficaz para realizar el diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo, ya que permitió identificar los principales criterios a considerar dentro de este tipo de problemática siendo éstos: presencia de síntomas ansiosos y depresivos, por varias semanas o mínimo 6 meses donde ninguno predomina con una intensidad para ser diagnosticado de manera individual.

Con respecto a la intervención psicología se concluye que el modelo integrativo fue eficaz para el tratamiento de un trastorno mixto ansioso-depresivo, dado que favoreció de manera significativa la disminución de la sintomatología, pues N.N logró controlar sus emociones al hablar de ciertos temas, mantener una mejor actitud e implicación en la crianza respetuosa, establecer un diálogo fluido y desarrollar un contacto visual adecuado, lo que le permitió desenvolverse con mayor confianza en público. La combinación de técnicas cognitivo-conductuales y de terapia breve centrada en soluciones proporcionó las estrategias necesarias para modificar pensamientos distorsionados y desarrollar habilidades sociales, alcanzando así un resultado exitoso.

Recomendaciones

Se recomienda que dentro del proceso de evaluación psicológica se siga implementando el uso de las técnicas de observación, entrevista semiestructurada y la aplicación de reactivos que cuenten con variables psicométricas validadas, con el objetivo de que el tratamiento para este tipo de trastorno sea confiable; por otro lado, es necesario considerar las diferentes características que se evidencian en la demanda del caso para de esta manera poder proporcionar un diagnóstico definitivo en conjunto de un tratamiento eficaz y adecuado.

Asimismo, se sugiere que los profesionales de la psicología continúen implementando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ya que es una herramienta indispensable para brindar un diagnóstico preciso y proporcionar una adecuada orientación para el diagnóstico clínico y la intervención terapéutica.

Finalmente, se sugiere que para el tratamiento de estos casos de trastornos mixtos ansioso-depresivos, se considere el uso de una terapia con enfoque integrativo, a través de técnicas cognitivo-conductual y de terapia breve centrada en soluciones; además, se recomienda la implementación de una sesión de seguimiento con el propósito de verificar que la demanda y sintomatología en la que se trabajó hayan surgido cambios favorables a través de las técnicas implementadas durante la intervención psicológica.

Referencias

- Gobierno de Aragón. (2016). *Entrenamiento en autoinstrucciones*.
<https://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2016/07/entrenamiento-en-autoinstrucciones.pdf>
- Aragón, L. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica . *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4),
https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25751w/L1PG110_S4_R1.pdf.
- Bados, A., & García, E. (2014). *Resolución de problemas [Universitat de Barcelona]*.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Barrca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Editorial Síntesis, S.A.
- Beyebach, M., & Herrero, M. (2010). *200 Tareas en terapia breve. individual, familiar y de pareja*. Herder.
- Bravo, D., & Sanz, R. (2023). *Regulación emocional en pacientes con sintomatología mixta ansioso-depresiva: una propuesta de intervención transdiagnóstica [Universidad de Alcalá]*.
https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/56498/TFM_Bravo_Hervias_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Caballero, N., & Caballero, C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Manual Moderno.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413.
<https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363530010.pdf>.
- Capurro, D., & Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 534-538. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>.

- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., & Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35 (1) , 23-36.
- Contreras-Valdez, J., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 3(3), <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide.
- Férriz, Y. (2020). *Intervención psicológica en un cuadro ansiosodepresivo: un estudio de caso*. http://dspace.umh.es/bitstream/11000/27483/1/FERRIZ_PUCHE_Yolanda_TFM.pdf
- Galdámez, R. (2015). *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad [Universidad Autónoma de Nuevo León]*. <http://eprints.uanl.mx/9636/1/1080215003.pdf>
- García-Franco, A., Alpizar-Lorenzo, O. A., & Guzmán-Díaz, G. (2019). Autismo: Revisión Conceptual. . *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 6(11), 26-31. <https://doi.org/10.29057/esat.v6i11.3693>.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Acuña, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>.
- Gordón-Rogel, J., Galárraga-Andrade, A., & García, F. (2022). Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Ajayu*
- Guerra, A., Figueredo, S., Castro, A., Lalama, J., y Sevilla, V. (2017). El método clínico: perspectivas actuales. *Revista Bionatura*. Vol2(1), 255-60. <http://dx.doi.org/10.21931/RB/2017.02.01.8>
- Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 20(2), <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110> .

- Hernández, G., Rojas, J., & Taboada, M. (2022). Propiedades psicométricas de la escala de estrés percibido en adultos de 20 a 35 años de la ciudad de Chiclayo. *Revista de Investigación y Cultura*, 11(2), <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/ucv-hacer/article/view/2270/1859>.
- Lacomba-Terjo, L., García-Cuenca, I. M., & Sanz-Cruces, J. M. (2021). Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(1), Artículo e3. <https://doi.org/10.5093/cc2021a1>
- Mora, E., & Rodríguez, L.P. (2016). *Efectividad de la terapia cognitivo – conductual grupal con abordaje multimodal para pacientes con trastorno mental grave, con un diagnóstico común de trastorno mixto ansioso-depresivo [Universidad del Norte]*. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5820/1140831134.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muñoz, V., Arevalo, C. L., Tipán, J. M., & Morocho, M. I. (2021). Prevalence of depression and associated factors in adolescents: Original research. *Revista Ecuatoriana De Pediatría*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.52011/0008>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://n9.cl/d52bnu>

- Partarrieu, A. (2011). *Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva [Universidad de Buenos Aires]*. <https://www.aacademica.org/000-052/236>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Pila, A. (2022). *Estudio de caso intervención en trastornos del ánimo: paciente con sintomatología ansioso-depresiva [Universidad Europea]*. <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2543/PILA%20SANUDO%20Alicia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, M. (2023). *Estudio de caso: Intervención en paciente con sintomatología ansioso-depresiva [Universidad Europea de Madrid]*. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4954/tfm_MariaRodriguezVazquez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, N. S., Padilla, A., Jarro, I. G., Suárez, B. I., & Robles, M. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-Cov-2). *Journal of American Health*, 4(1), 63–71. <https://doi.org/10.37958/jah.v4i1.64>.
- Ruiz, Á., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer, S.A.
- Sánchez, M., Puertas, A., & Larriva, A. (2022). Ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de medicina previo al ingreso alinternado rotativo. *CEDAMAZ*, 12(1), 54–58.
- Torrades, S. (2004). Ansiedad y depresión. Evidencias genéticas. *Offarm*, 23(3), 126-129 .
- White, M., & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Zuluaga, D. (2018). *Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente [Universidad del Norte]*. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8288/133804.pdf?sequence=1>

