



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Estudio de caso en una mujer de 40 años con diagnóstico
de trastorno mixto ansioso-depresivo bajo el modelo
integrativo**

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

LICENCIADA EN PSICOLÓGIA CLÍNICA

Autora: Bastidas Herrera, Camila Fernanda

Directora: 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, 23 de septiembre del 2024

Magíster

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 en una mujer de 40 años con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo bajo el modelo integrativo, realizado por Camila Fernanda Bastidas Herrera ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Evelin Astrid Calva Camacho, Mgtr.

C.I.: 1104792666

Correo electrónico: eacalva1@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Camila Fernanda Bastidas Herrera, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso en una mujer de 40 años con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo bajo el modelo integrativo, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno marco teórico, capítulo dos metodología, capítulo tres resultados, discusión, y finalmente 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.

.....

Autora: Camila Fernanda Bastidas Herrera

C.I.: 1105668915

Correo electrónico: cfbastidas@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Con todo mi amor y gratitud, le dedico este trabajo a mi mamá, gracias por tu cariño incondicional, por creer en mí y por ser mi mayor soporte en cada paso de mi carrera y mi vida. Tu fe, oraciones y constante apoyo han sido fundamentales para este logro, que es tan tuyo como mío.

Ningún desafío es insuperable si te tengo a ti.

Te amo y te agradezco por quien soy y quien llegaré a ser.

Agradecimiento

Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte de la realización de esta tesis. A mi mamá Micaela y a mi papá Alberto, quienes me han acompañado, apoyado y cuidado durante toda mi carrera, ustedes han hecho posible que hoy pueda alcanzar este logro.

A mi hermano Jeremías, quien con sus abrazos, ocurrencias, preguntas, ideas y datos curiosos sobre el mágico mundo que lo rodea ha sido fuente de inspiración para este trabajo.

A mi David, por su amor, cuidado, ánimo y orientación, gracias por acompañarme, apoyarme y celebrar cada paso por pequeño que haya sido. Agradezco sinceramente como tu amor ha cambiado mi vida.

A mi tutora de tesis, Mgtr. Astrid Calva, por su acompañamiento, paciencia y dedicación. Sus consejos y retroalimentación fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, a mi paciente M.M, por su valentía, confianza y disposición para participar en este estudio de caso. Su colaboración resultó invaluable y ha enriquecido mi experiencia como profesional.

A todos y cada uno de ustedes, les agradezco profundamente su apoyo. Este logro no habría sido posible sin ustedes.

Con todo mi cariño,

Cami.

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido.....	VII
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	7
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	8
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de sintomatología</i>	9
1.2 Proceso de Evaluación.....	12
1.2.1 <i>Entrevista con la paciente</i>	12
1.2.2 <i>Observación clínica</i>	14
1.2.3 <i>Instrumentos psicológicos aplicados</i>	15
1.3 Proceso Diagnóstico	19
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	19
1.3.2 <i>Diagnóstico Diferencial</i>	20

1.3.3	<i>Diagnostico Final</i>	23
Capítulo dos		25
Metodología.....		25
2.1	Tratamiento/Intervención	25
2.1.1	<i>Objetivos terapéuticos</i>	25
2.1.2	<i>Plan de tratamiento/intervención</i>	26
2.1.3	<i>Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.</i>	31
Capítulo tres		47
Resultados		47
3.1	Análisis de resultados cuantitativos	47
3.2	Análisis de resultados cualitativos	48
Discusión.....		52
Conclusiones		58
Recomendaciones.....		59
Referencias		60

Índice de Tablas

Tabla 1	Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).....	15
Tabla 2	Ficha Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	16
Tabla 3	Cuestionario de Personalidad Salamanca.....	17
Tabla 4	Examen Cognoscitivo MINIMENTAL.....	18
Tabla 5	Ficha de resultados en las evaluaciones aplicadas	19
Tabla 6	Pautas Diagnósticas del Episodio Depresivo Moderado	20
Tabla 7	Pautas Diagnósticas del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	21
Tabla 8	Pautas Diagnósticas del Trastorno de Adaptación	22

Tabla 9 Plan de Intervención Aplicado a M.M	26
Tabla 10 Comparación de Resultados BDI-II.....	47
Tabla 11 Comparación de resultados BAI	47
Tabla 12 Comparación de Conductas Presentadas Antes y Después de la Intervención	48

Índice de Figuras

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

Resumen

En el presente trabajo se describe el caso de una mujer de 40 años con trastorno mixto ansioso-depresivo, quien presentaba síntomas de estado de ánimo deprimido, llanto fácil, problemas del sueño como despertares nocturnos y pesadillas, problemas para relajarse, mareos y palpitaciones, distorsiones cognitivas, irritabilidad, dificultad para realizar actividades cotidianas, uso excesivo del celular, anhedonia y abulia. Para el proceso de evaluación se hizo uso de la entrevista psicológica, la observación clínica y la aplicación de evaluaciones como Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, Cuestionario de Personalidad de Salamanca y Examen Cognoscitivo Minimental. Con respecto a la intervención se aplicó el modelo de intervención integrativo, que incluyó técnicas de los modelos cognitivo conductual, Gestalt y aceptación y compromiso. Los resultados post-intervención mostraron una reducción significativa de la sintomatología ansioso-depresiva, una mejora en la calidad de vida y una mayor capacidad de afrontamiento ante la adversidad. Al finalizar el tratamiento, la paciente pudo retomar sus actividades cotidianas, desarrollar características de adaptación y resiliencia, mejorar su relación con su familia y generar sentimientos de perdón y compasión hacia sí misma.

Palabras clave: ansiedad, depresión, mujer adulta.

Abstract

This study describes the case of a 40-year-old woman with mixed anxiety-depressive disorder, who presented symptoms of depressed mood, easy crying, sleep problems such as nocturnal awakenings and nightmares, problems to relax, dizziness and palpitations, cognitive distortions, irritability, difficulty in performing daily activities, excessive use of cellular phones, anhedonia and abulia. For the evaluation process, the psychological interview, clinical observation and the application of evaluations such as Beck Anxiety and Depression Inventory, Salamanca Personality Questionnaire and Minimental Cognitive Examination were used. Regarding the intervention, the integrative intervention model was applied, which included techniques from the cognitive-behavioral, gestalt and acceptance and commitment models. The post-intervention results showed a significant reduction of the anxious-depressive symptomatology, an improvement in the quality of life and a greater ability to cope with adversity. At the end of the treatment, the patient was able to resume her daily activities, develop adaptive and resilient characteristics, improve her relationship with her family and generate feelings of forgiveness and compassion towards herself.

Keywords: anxiety, depression, adult woman.

Introducción

El Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo se diagnostica en pacientes que experimentan simultáneamente síntomas de ansiedad y depresión, sin que uno prevalezca sobre el otro (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Su origen se asocia a factores físicos, psicológicos y sociales, incluyendo desequilibrios químicos cerebrales y predisposición genética. Además, se relaciona con eventos estresantes como la muerte de un ser querido, relaciones negativas, pérdidas, vivencias familiares difíciles o una percepción negativa de la vida (Arredondo et al., 2021).

En cuanto a su prevalencia, no existen datos del grado en el que este trastorno ha afectado a una población, sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud [PAHO], (2017) estima que un 4,4% de la población sufre un trastorno depresivo, siendo más común en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%), por otro lado, la prevalencia de los trastornos ansiosos corresponde a un 3,6% los cuales son más comunes en mujeres (4,6%) en contraste con hombres (2,6%) a nivel mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS](2023); estas estimaciones generales de prevalencia se registran de distintas formas de intensidad, al menos un tercio de los casos presentan síntomas moderados a severos.

Entre los síntomas para identificar el trastorno mixto ansioso-depresivo, especificados en el CIE-10 se encuentran el llanto fácil, sentimientos de desesperanza, pesimismo, hipervigilancia, preocupación extrema ante peligros venideros, irritabilidad, inestabilidad en el estado de ánimo, dificultad en la concentración, trastornos del sueño, fatiga, abulia, anhedonia y falta de energía (OMS, 2015).

Por otro lado, existen ciertos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir de este trastorno los cuales corresponden a la edad, específicamente personas menores a 45 años, antecedente de haber padecido trastornos depresivos o ansiosos, convivir con personas con alto riesgo de muerte, tener familiares que sean personal de salud y cambios frecuentes de entorno (Bedoya et al., 2021).

Cabe destacar que si no se llegara a brindar un tratamiento oportuno a este o a cualquier otro trastorno mental, el paciente podría experimentar una discapacidad severa en el funcionamiento laboral, social y familiar, además pueden recaer en el abuso de sustancias, problemas dentro del área laboral provocando desempleo, problemas de estigmatización, discriminación y suicidio; es así que el tratamiento de trastornos mentales es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas y prevenir complicaciones graves (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Siendo así, que la importancia de la intervención mediante un proceso terapéutico recae en que a partir de un diagnóstico se puede trabajar con el paciente con el objetivo de desarrollar estrategias de afrontamiento, promover la reducción de síntomas y la mejora en el funcionamiento del paciente, reduciendo los síntomas de ansiedad y depresión, mejorando la calidad de vida, ayudándolos a manejar de mejor manera sus actividades diarias, relaciones interpersonales y responsabilidades, además de que mediante la intervención terapéutica se desarrollan las habilidades sociales que son esenciales para el paciente que padece de este trastorno (Soriano et al., 2019).

Con base a lo expuesto, la Guía para el Tratamiento de los Trastornos Depresivos o Ansiosos de Cervera et al. (2011) menciona que el tratamiento para este trastorno puede ser abordado bajo el modelo cognitivo-conductual, debido a que es una terapia estructurada y de corta duración que está enfocada en identificar y modificar pensamientos y conductas negativas y desadaptativas, a la vez que aumenta la capacidad de afrontar situaciones que provoquen ansiedad e incrementar el bienestar emocional (Hernández- Brussolo et al., 2017).

Así mismo puede ser tratado bajo el modelo integral, ya que este busca abordar aspectos emocionales, cognitivos y conductuales del trastorno ansioso-depresivo para lograr una mejoría significativa en el bienestar psicológico del paciente (Mingote Adán et al., 2009); de igual manera, la terapia de aceptación y compromiso es aplicada para el tratamiento de este trastorno ya que está centrada en la aceptación de la enfermedad y del

malestar emocional, así como en la recuperación de las áreas vitales del paciente con base a sus propios valores (Pérez -River & Uribe -Rodríguez, 2016).

Por otro lado, el modelo gestáltico, a pesar de no ser ampliamente aceptado por la comunidad científica, ha demostrado que es eficaz para tratar la ansiedad y la depresión, ya que se centra en acompañar al paciente en su proceso de autodescubrimiento y crecimiento personal, considerando sentimientos, emociones y pensamientos para una mejor comprensión de ellos (Montoya & Calderón, 2022); adicionalmente el tratamiento farmacológico puede ser utilizado ya que particularmente los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, son los fármacos más utilizados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluido el trastorno ansioso depresivo, este tipo de medicamentos actúan incrementando la transmisión serotoninérgica, mejorando el estado de ánimo y reduciendo la sintomatología (García Navia & Rosete Gamboa, 2002).

De manera que el presente trabajo de titulación se encuentre dividido en 3 capítulos, el primero, permitirá al lector conocer los datos básicos de este caso, como es la identificación del paciente, motivo de consulta, sintomatología y la historia del problema, así como el proceso de evaluación, que constó de entrevista, observación clínica y evaluación, además de que se provee información acerca de los instrumentos psicológicos aplicados; los cuales fueron clave para el proceso diagnóstico. En el capítulo dos, encontrará la metodología, la cual explica los objetivos terapéuticos, el plan de intervención y la descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico. Por último, en el capítulo tres, encontrará el análisis de los resultados obtenidos en este trabajo, así como conclusiones y recomendaciones.

En conclusión, este trabajo destaca la importancia de estudiar el trastorno ansioso-depresivo debido a su alta prevalencia y comorbilidad, así como su impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen. Además, su complejidad diagnóstica y la necesidad de estudios científicos actualizados sobre sus características refuerzan la relevancia de este trabajo, pues el estudio de este trastorno no solo puede mejorar la atención y el tratamiento,

sino que también contribuye al avance de la investigación en salud mental, favoreciendo la comprensión y desestigmatización de los trastornos mentales.

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

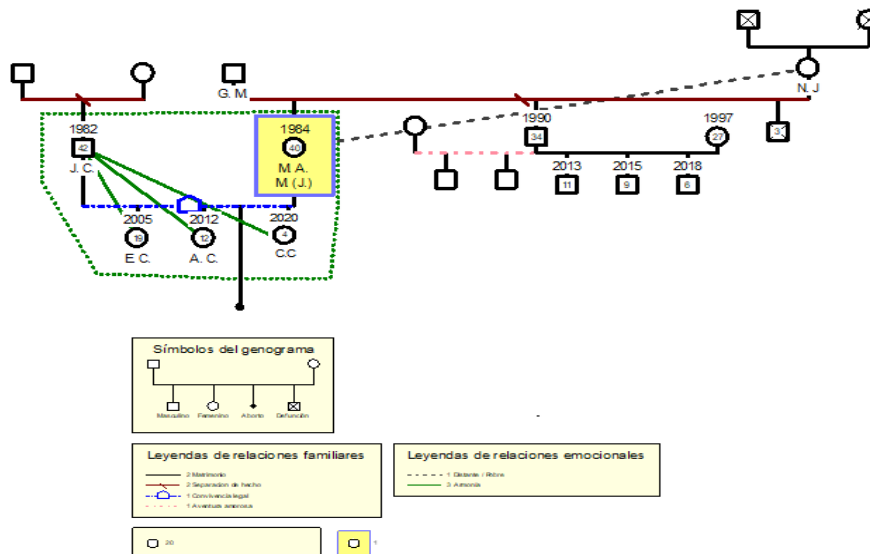
Paciente M.M. de 40 años de edad, sexo femenino, nacida en la ciudad de Loja en el año 1984. De nivel socioeconómico medio-bajo, religión católica y etnia mestiza, estado civil unión libre, nivel de estudios superior y de ocupación ama de casa y comerciante ocasional de productos de belleza.

Proviene de una familia monoparental, conformada por madre y hermano menor, fue criada y cuidada por sus abuelos maternos a partir de los 3 años de edad, procede de una niñez y adolescencia marcada por episodios de negligencia, violencia intrafamiliar, abusos y carencia de recursos económicos, dentro del círculo familiar no se reportan antecedentes de consumo de sustancias o historial de discapacidad.

Actualmente, la unidad familiar de la paciente está conformada por su pareja y sus 3 hijas, se encuentra en estado de gestación, indicando finalmente que no ha recibido atención psicológica o psiquiátrica previa. A continuación, se muestra el genograma de la paciente.

Figura 1

Genograma de la paciente



Nota. Genograma familiar de la paciente.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude de manera voluntaria al servicio de psicología de la institución de Salud Pública. Explicando que el motivo de su visita se debe a que aproximadamente 8 meses su hermano menor migró a Estados Unidos de forma ilegal, y desde que dejó el país no se sabe nada acerca de él, a partir de este suceso ha presentado estado de ánimo deprimido, llanto fácil, problemas del sueño como despertares nocturnos y pesadillas, problemas para relajarse, mareos y palpitaciones; durante la primera entrevista M.M se muestra muy colaborativa, sin embargo se observa mediante el dialogo que mantiene distorsiones cognitivas, las cuales son globalización, catastrofismo y falacias de justicia.

Paralelamente menciona que desde la partida de su hermano se encuentra irritable y se siente imposibilitada para desarrollar las actividades que previamente realizaba sin que se sintiera abrumada o fatigada, admite que su carácter se ha vuelto mucho más susceptible lo cual ha afectado principalmente la relación con sus hijas y pareja y se ha vuelto más apegada a su teléfono, explica que cuando lo utiliza ella siente que los problemas que la

acosan desaparecen por lo tanto su uso se ha vuelto excesivo, limitando así su desempeño en sus actividades diarias y en el cuidado en la relación con su familia.

Finalmente, reconoce que requiere ayuda y que dentro de este proceso psicológico espera mejorar su estado emocional, para de esta manera hacer que sus relaciones intrafamiliares se fortalezcan y el ambiente dentro de casa sea más acogedor y amoroso para sus hijas, además requiere aprender a lidiar con la pérdida de su hermano y lograr desarrollar sentimientos de autosuperación y perdón a sí misma.

1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología

Aunque la paciente inicialmente atribuyó el inicio de su sintomatología a la desaparición de su hermano durante la primera consulta, un análisis más profundo de su historia de vida revela que el entorno en el que se desarrolló no facilitó un adecuado desarrollo psicológico ni emocional.

Desde los 3 años, la paciente experimentó varios episodios de violencia y negligencia por parte de su progenitora, quien, al no tener quién cuidara de sus hijos, los encerraba en el cuarto donde vivían mientras ella asistía a sus clases nocturnas, debido a que para ese momento aún no había concluido su educación secundaria. Al descubrir esta situación, los abuelos maternos intervinieron y solicitaron que los niños quedaran bajo su cuidado, a lo cual la madre accedió. Aunque los abuelos atendían de manera responsable las necesidades fisiológicas básicas de los niños, no ofrecían el afecto o el apoyo emocional necesarios.

Por otro lado, la paciente comenta que a partir de los 6 años se le empezaron a otorgar responsabilidades respecto al hogar, como la limpieza de la casa y labores de cocina, en esta etapa se empezó a manifestar su sintomatología ansiosa, relata que cuando se sentía abrumada ella se hiperventilaba y sentía palpitaciones, como cuando no podía completar sus tareas domésticas o cuando sucedía algún accidente, ella explotaba en llanto ya que sentía que sus abuelos la iban a castigar o a golpear; así mismo, manifiesta que tenía conflictos para manejar su ira, además que continuamente se peleaba con su hermano menor y hasta hubo episodios de violencia física entre ambos, lo cual era fuertemente

reprendido por sus abuelos, quienes mayoritariamente optaban por golpes como forma de castigo.

No obstante, menciona que cuando cumplió 16 años, ya había terminado la escuela primaria, y deseaba continuar con sus estudios, para lo cual decidió buscar el apoyo de su padre quien se negó a ayudarla, presuntamente por creencias machistas y misóginas. Por lo cual su madre decidió inscribirla en un colegio nocturno, para lo cual, debió trasladarse a vivir con sus tíos en el cantón Catamayo, comenta que en esta casa únicamente le proporcionaban hospedaje y comida, pero no recibía más cuidados, lo cual desató sentimientos de abandono y desprecio en la paciente, ya que empezó a sentirse como una carga o como alguien que no merecía ser cuidada, es por ello que por las tardes decidió comenzar a trabajar en una almacén donde recibía un salario injusto para todas las labores que debía desempeñar, pero era suficiente para poder adquirir lo que necesitaba. Al mismo tiempo, dentro de la institución educativa ella sentía que no encajaba, debido a que sentía que no se veía igual a sus compañeras, explica que se notaba que ella pertenecía a una clase social más baja que sus compañeras, lo cual fomentó los sentimientos de malestar y tristeza, siendo así que optó por el consumo de alcohol y la asistencia a lugares en los que, a pesar de sentirse cómoda, sentía que pertenecía a un grupo.

Cuando cumplió 18 años, ocurrió el fallecimiento del más joven de sus dos hermanos, producto de un accidente de tránsito, en el que fue atropellado, este suceso afectó de sobremanera a la paciente, quien comenta que tenía sentimientos de culpa a pesar de que ella no estaba presente al momento del accidente, todo esto derivó a que se presentaran ataques de pánico, terrores nocturnos y pensamientos suicidas, tenía planeado suicidarse por sobredosis de pastillas, además, como forma de autocastigo y para controlar su ansiedad, comenzó a consumir restos de cigarrillo. Desconoce cómo o cuando esos síntomas desaparecieron, ya que nunca había tenido asistencia psicológica o apoyo emocional por parte de alguna persona, así mismo comenta que para esta misma edad su tío empieza a hacerle insinuaciones sexuales llegando a temerizarla con que podía abusar sexualmente de ella y que no podría hacer nada al respecto, lo que le generaba culpa debido

a que pensaba que el desarrollo normal de su cuerpo y su forma de vestir habían incitado esos deseos en su tío. Al terminar el colegio empezó a trabajar en diversos lugares como tiendas o restaurantes para así poder solventar sus gastos y ahorrar para asistir a la universidad.

A los 22 años, la paciente logró ingresar a la universidad. Pocos meses después de comenzar sus estudios, conoció a quien es actualmente su pareja, con quien decidió vivir tras solo unos meses de relación. Tras poco tiempo de convivencia, específicamente cuando cumplió 23 años quedó embarazada, a lo cual se sintió muy triste y desesperada debido a que no se sentía lista para tener hijos, comenta que ni siquiera estaba segura de que deseaba ser madre en algún momento de su vida, a pesar de su embarazo continuó con sus estudios, pero, se sentía profundamente avergonzada y solía esconderse de sus compañeros al caminar por los pasillos o se sentaba al final del aula cuando asistía a clases, para que así nadie la viera.

Durante su tiempo en la universidad, la paciente trabajaba ocasionalmente como empleada doméstica para contribuir con los gastos del hogar y ahorrar en preparación para la llegada de su primera hija. Terminó sus estudios a los 28 años, además, para este momento ya era madre de dos hijas. A consecuencia de esto, decidió no ejercer su carrera profesional y dedicarse completamente al cuidado de su familia y su hogar, refiere que actualmente, se siente arrepentida por esta decisión, dado que su hermano constantemente la criticaba por no haber ejercido su carrera, lo cual la hacía sentir culpable y triste, además, debido a que ahora tiene una familia, fue alejándose paulatinamente de su vida social, la cual en este momento se encuentra reducida únicamente a sus familiares más cercanos, como son su madre, su cuñada, su pareja y sus hijas.

A los 31 años queda embarazada nuevamente, y debido a diferentes sucesos estresantes de índole personal, familiar y laboral sufrió un aborto espontáneo, este suceso fue bastante doloroso en su vida, sin embargo, apoyada por su esposo logró superarlo efectivamente, refiere que después de cinco años, cuando tenía 36 años, quedó

nuevamente embarazada, tenía mucho miedo de volver a abortar por lo tanto tomó más precauciones y el embarazo llegó a término exitosamente.

Actualmente, a sus 40 años, se encuentra gestando su cuarto hijo, al enterarse se sintió feliz y animada, dado a que parecía que finalmente su vida se encontraba en orden, sin embargo relata que esto cambió drásticamente por la migración y desaparición de su hermano en julio del año pasado, a raíz de ello ha desarrollado pensamientos catastróficos, estado de ánimo deprimido, llanto fácil, problemas de sueño, sentimientos de culpabilidad, incapacidad para relajarse, mareos, palpitaciones y miedo constante, debido a que se desconoce del paradero o estado de su hermano, manifiesta un estado de malestar constante de pensamientos catastróficos relacionados a la muerte o maltrato que puede estar sufriendo.

Entre los factores protectores de la paciente pueden ser destacados tanto el apoyo de su pareja y la motivación que tiene para cambiar de forma positiva la relación y el trato con sus hijas; como factor desencadenante se presenta la migración de su hermano; finalmente, se señala como factor de riesgo a su madre, quien la responsabiliza por no haber retenido o ayudado a su hermano a viajar de forma segura.

1.2 Proceso de Evaluación

El proceso de evaluación de la paciente se llevó a cabo en 4 sesiones bajo la modalidad presencial, con una duración de 1 hora, este proceso se llevó a cabo mediante la entrevista psicológica, observación clínica y evaluación psicológica mediante la aplicación de reactivos, todo esto con la finalidad de recolectar la información necesaria para llegar a un diagnóstico acertado.

1.2.1 Entrevista con la paciente

Fernández-Ballesteros (2013), define la entrevista psicológica como un instrumento utilizado para recoger datos mediante el autoinforme de la persona que está siendo evaluada, cumple con otros objetivos además de la recolección de información, como por ejemplo la identificación de rasgos de la personalidad, estrategias de afrontamiento,

conductas desadaptativas o pensamientos de esta misma índole, incidentes relevantes y datos biográficos.

Razón por la cual, dentro del presente caso clínico, se trabajó con la entrevista como método de recolección de información, esto con la finalidad de conocer datos de la paciente, como motivo de consulta y también determinar los objetivos a trabajar durante el proceso terapéutico.

Este método se llevó a cabo durante 3 sesiones, las cuáles serán detalladas a continuación; durante la primera sesión fue necesaria la recolección de datos de identificación de la paciente, tales como nombre, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación, estado civil, nivel de escolaridad, religión y estructura de la unidad familiar. Al mencionar la estructura familiar la paciente tomó iniciativa en hablar acerca de su motivo de consulta, donde al hablar de su hermano comenzó a llorar y a hiperventilarse, es por ello que oportunamente se tuvo que hacer uso de una técnica de respiración para que así la paciente pudiera continuar con su relato. En esta primera sesión se pudo identificar la sintomatología que aquejaba a la paciente, así como ciertas distorsiones del pensamiento.

La segunda sesión fue destinada a la recolección de información, centrada en la psicoanamnesis personal, normal y patológica, obteniendo así información acerca de las diferentes etapas de por las que ha pasado, identificando sucesos importantes que han marcado la vida y desarrollo de la paciente. Finalmente, en la tercera sesión de entrevista, se recolectó información acerca de la historia social, escolar, laboral y psicosexual de la paciente. Durante las últimas dos sesiones, mientras se desarrollaban las entrevistas la paciente se mostró colaboradora, respondía todas las preguntas de forma acertada, sin embargo, cada vez que se hacía mención a su hermano la paciente presentaba malestar emocional, desatando episodios de llanto y malestar que debía ser contenido, guiando a la paciente a desahogarse a la vez que se hacía uso de técnicas de respiración.

1.2.2 Observación clínica

Paralelamente a la entrevista psicológica, se llevó a cabo también la observación clínica, un proceso activo y organizado que implica la descomposición y recomposición de la información percibida por el profesional. Este método se enfoca en captar los aspectos más relevantes y considerar aquellos fenómenos dignos de análisis. Según López Palma et al. (2019), en la observación clínica, el profesional dirige su atención hacia situaciones que, bajo su juicio, están relacionadas con los síntomas o signos que presenta el paciente. A través de este enfoque, fue posible identificar cierta sintomatología que la paciente no había reconocido, incluyendo pensamientos catastróficos y distorsiones cognitivas como la globalización, el catastrofismo y las falacias de justicia.

Siendo así, podemos decir que el proceso de observación resultó exitoso, dado a que, con la ayuda de esta técnica se pudo determinar que la paciente se encontraba en un estado de conciencia lúcido, acompañado de orientación autopsíquica y alopsíquica sin alteraciones, fue capaz de mantener su atención de forma normal y constante; mientras se encontraba relatando su historia de vida no se evidenciaron anomalías en la memoria o en la sensopercepción, en cuanto a su lenguaje, en el que a pesar de tener un tono de voz bajo no se presentaron alteraciones en la fluidez, pensamiento sin anomalías en cuanto al curso, contenido o velocidad, inteligencia conservada y normal, así como su juicio y razonamiento, no obstante, en cuanto a la afectividad, era notorio un estado de anhedonia, con afecto superficial e insuficiente; a lo que respecta a la voluntad, no se presentaron dificultades, la paciente se mostró colaboradora en las actividades y preguntas que se le presentaron, se evidenció motricidad fina y gruesa sin alteraciones; no muestra dificultad al expresar sentimientos, emociones o pensamientos, en cuanto a los instintos reportó que su ciclo del sueño estaba alterado, pues indica sentirse cansada en las mañanas aun cuando logra dormir 8 horas, además menciona que en varias ocasiones presentó terrores nocturnos relacionados con su hermano desaparecido; por otro lado, indica que no mantiene consumo de alcohol, cigarros y otros estupefacientes, sin embargo, presenta uso excesivo de su

celular. Finalmente, en cuanto a la descripción de la apariencia, se evidenció falta en el cuidado físico como en el aseo personal.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Para el presente caso clínico, dentro de la cuarta sesión se procedió con la aplicación de los siguientes reactivos psicológicos Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Cuestionario de personalidad de Salamanca para el Screening de Trastornos de la Personalidad y Examen Mini-Mental de Folstein. Durante el desarrollo de esta sesión de evaluación la paciente fue muy colaboradora y se mostró predispuesta a desarrollar los reactivos propuestos, durante la aplicación se notó muy comprometida a responder las preguntas, constantemente presentaba las dudas que tenía para de esa manera señalar la respuesta con la que más se identificaba; en el siguiente apartado se proporcionará información relevante acerca de cada uno de las evaluaciones aplicadas a la paciente.

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

El inventario de depresión de Beck, segunda versión, es un autoinforme destinado a evaluar y detectar los niveles de depresión y su gravedad. En la tabla 1 se proporciona información detallada de las características del mismo.

Tabla 1

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer & Gregory K. Brown (1996).
Aplicación	Individual y Grupal.
Tiempo	5 y 10 minutos.
Objetivo	Detectar y evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva.
Tipo	Cuantitativa.
Número de preguntas	21 ítems.
Población	13 años en adelante.

Escala	Escala de 4 puntos tipo Likert, las cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 a 3.
Calificación	La puntuación es la suma de los valores asignados a los 21 ítems. Puntuación máxima: 63
Puntuación	Puntuación mínima: 0 A mayor puntuación más intensos son los síntomas.
Dimensiones	Síntomas depresivos.
Confiabilidad y validez	Coefficiente alfa de Cronbach de 0,92, alta confiabilidad y validez de 0.89.

Nota. Melipillán et al. (2008)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El inventario de Ansiedad de Beck, es una escala dirigida a evaluar sintomatología ansiosa. A continuación, en la tabla 2, se puede observar detalladamente las características de este instrumento.

Tabla 2

Ficha Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Autor	Aaron T. Beck y Robert A. Steer (1988).
Aplicación	Individual y Grupal.
Tiempo	5 y 10 minutos.
Objetivo	Evaluar la presencia de síntomas de ansiedad, discriminándolos de la sintomatología depresiva.
Tipo	Cuantitativa.
Número de preguntas	21 ítems.
Población	13 años en adelante.
Escala	Escala de 4 puntos tipo Likert, en donde 0 corresponde a “nada”, 1 a “levemente”, 2 a “moderadamente” y 3 a “Severamente” de acuerdo a la intensidad de la sintomatología.
Calificación	La puntuación es la suma de los valores asignados a los 21 ítems.

	Puntuación máxima: 63
Puntuación	Puntuación mínima: 0
	A mayor puntuación más intensos son los síntomas.
Dimensiones	Síntomas físicos de la ansiedad.
Confiabilidad y validez	Su confiabilidad es 0,90 y su validez 0.58

Nota. Padrós y Montoya (2020).

Cuestionario de Personalidad de Salamanca para el Screening de Trastornos de la Personalidad

Es una evaluación destinada a identificar rasgos y trastornos de la personalidad. En la tabla 3, se proporcionan las características detalladas de este instrumento.

Tabla 3

Cuestionario de Personalidad Salamanca.

Autor	Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa & María Esperanza Gómez Gazol (2007).
Aplicación	Individual.
Tiempo	5 y 10 minutos.
Objetivo	Evaluar rasgos y trastornos de la personalidad.
Tipo	Cuantitativa.
Número de preguntas	22 ítems.
Población	18 años en adelante.
Escala	Escala de 4 puntos tipo Likert, las cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 a 3. Se debe sumar el total de los puntos obtenidos en las respuestas
Calificación	verdaderas por cada trastorno, las puntuaciones deben ser colocadas en la tabla que provee el test,
Puntuación	Puntuación máxima: 6 Puntuación mínima: 0

El trastorno que tenga la mayor puntuación es el que es considerado como resultado.

Dimensiones Trastornos de personalidad

Confiabilidad y validez Confiabilidad de 0,84 y validez de contenido y de Spearman de 0,6.

Nota. Giner-Zaragoza et al. (2015).

Examen Cognoscitivo MINIMENTAL

El examen cognoscitivo MINIMENTAL es una evaluación dirigida a evaluar el estado mental y cognitivo del paciente. En la tabla 4 se puede observar a detalle las características de este reactivo.

Tabla 4

Examen Cognoscitivo MINIMENTAL

Autor	Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein & Pauk R. McHugh (1975)
Aplicación	Individual.
Tiempo	Entre 5 a 10 minutos.
Objetivo	Detectar problemas cognitivos durante la valoración del estado mental en la entrevista clínica.
Tipo	Cuantitativa.
Número de preguntas	30 ítems.
Población	Cualquier persona con sospecha de déficit cognitivo.
Escala	En función del número de aciertos.
Calificación	Puntuaciones altas indican mejor funcionamiento cognitivo Normal: 27-30 puntos
Puntuación	Daño cognitivo medio: 21-26 puntos Daño cognitivo moderado: 11-20 puntos Daño cognitivo severo: 0-10 puntos
Dimensiones	Funcionamiento cognitivo
Confiabilidad y validez	Confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.93 y validez del 0.77

Nota. Muñoz -López y Pérez-Santos (2013)

Para finalizar, en la tabla 5, se muestran los resultados obtenidos por la paciente en los diferentes reactivos.

Tabla 5

Ficha de resultados en las evaluaciones aplicadas

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).	30 puntos	Depresión grave.
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	29 puntos	Ansiedad moderada.
Cuestionario de Personalidad de Salamanca	6 puntos	Personalidad Esquizoide
Examen Mini-Mental de Folstein	30 puntos	No existe deterioro cognitivo

Nota. Resultados de las pruebas obtenidas inicialmente.

En base a los resultados expuestos en la tabla 5, se puede determinar que, de los 4 reactivos aplicados, los de mayor afectación corresponden al Inventario de Depresión y ansiedad de Beck-II (BDI-II), estos resultados demuestran el nivel de malestar emocional de M.M. lo cual fue de suma importancia para llegar a su diagnóstico clínico.

1.3 Proceso Diagnóstico

El diagnóstico del presente caso clínico fue realizado en base a la décima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10), el cuál facilita las pautas para el diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento dentro de la salud.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Según Díaz Novas et al. (2006), el diagnóstico presuntivo es aquel formulado por un profesional de la salud, basándose en el historial médico del paciente, la sintomatología observada y la evaluación clínica. Este diagnóstico inicial requiere verificación mediante pruebas adicionales, exámenes o consultas de seguimiento para confirmar su exactitud. En base a esta definición se ha llegado a los siguientes diagnósticos presuntivos:

- **F32.1 Episodio depresivo moderado**
- **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada**
- **F43.2 Trastorno de adaptación (reacción de duelo)**
- **F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo**

1.3.2 *Diagnóstico Diferencial*

El diagnóstico diferencial, según Álvarez Álvarez et al. (2023), es el proceso mediante el cual se identifican y distinguen diversas condiciones potenciales que podrían explicar los síntomas y signos observados en un paciente. Este paso es crucial en el proceso diagnóstico, ya que permite reducir las posibles causas de la sintomatología y orienta en la elección del diagnóstico y tratamiento más adecuados. Por lo cual dentro de este caso se descartaron los siguientes trastornos:

F32.1. Episodio Depresivo Moderado:

Tabla 6

Pautas Diagnósticas del Episodio Depresivo Moderado

Pautas que cumple	Pautas que no cumple
<p>a. Se cumplen los criterios generales del episodio depresivo (Duración de al menos dos semanas, no hay síntomas maníacos o hipomaniacos, episodio no atribuible a consumo de sustancias)</p> <p>b. Presencia de al menos dos síntomas del criterio B del F32.0 (Humor depresivo claramente anormal, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar actividades placenteras, aumento de la fatigabilidad).</p>	<p>c. Presencia de al menos seis síntomas del criterio C del F32.0, la paciente presenta disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, agitación motriz, alteraciones en el sueño. Sin embargo, ha expresado que sufre de disminución de la atención y concentración, perspectiva sombría del futuro, pensamientos, actos suicidas o autoagresiones, pérdida de apetito y dificultades para desarrollar actividades laborales o domésticas</p>

Nota. Adaptado de CIE-10 (OMS, 1992)

De acuerdo a la **tabla 6**, se indica que se consideró inicialmente este trastorno debido a que la paciente presentaba la sintomatología desde hace 8 meses sin antecedentes de consumo de sustancias, ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas que antes le causan felicidad o placer, aumento de fatigabilidad, cansancio dado que no creía que lograría finalizar su día; ideas de culpabilidad, relacionadas principalmente a la migración de su hermano; trastornos del sueño como despertares y terrores nocturnos; sin embargo, fue descartado debido a que no existió disminución en la atención o en la concentración, no presentó perspectivas sombrías respecto al futuro, pensamientos, actos suicidas o autoagresiones, no presentó pérdida de apetito ni hubo dificultades para desarrollar las actividades diarias, además de la fatigabilidad, que a pesar de estar presente no afectaba la finalización de las diligencias que debía desarrollar diariamente. Es importante destacar que otra razón por la que se descartó este diagnóstico es porque no contempla sintomatología ansiosa y, en el caso de la paciente, existe una presencia significativa de síntomas ansiosos.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Tabla 7

Pautas Diagnósticas del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Pautas que cumple	Pautas que no cumple
<p>a. Presencia de tensión prominente, preocupación y aprensión sobre acontecimientos de la vida diaria por al menos 6 meses.</p> <p>b. Presencia de 4 o más síntomas listados en el manual (palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, tensión o molestias musculares, incapacidad para relajarse e irritabilidad).</p>	

- c. No cumple criterios para los trastornos de pánico, ansiedad fóbica, obsesivo compulsivo o hipocondriaco.
- d. No se debe a un trastorno hipocondriaco o relacionado con el consumo de sustancias

Nota. Adaptado de CIE-10 (OMS, 1992)

Tomando en cuenta la **tabla 7** se puede indicar que inicialmente se consideró este trastorno debido a que la paciente presentaba preocupaciones acerca de calamidades venideras, principalmente relacionadas a la desaparición de su hermano, además exteriorizaba síntomas somáticos como tensión muscular, agitación e inquietud psicomotriz, cefaleas e incapacidad para relajarse, mareos, taquicardia y molestias gastrointestinales, durante la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas. Sin embargo, fue descartado debido a que no se trata de una ansiedad global; más bien, los síntomas se generan a partir del hecho de no saber cómo reaccionar cuando se presenta la sintomatología relacionada al estado emocional.

F43.2 Trastorno de adaptación (Reacción de duelo)

Tabla 8

Pautas Diagnósticas del Trastorno de Adaptación

Pautas que cumple	Pautas que no cumple
a. La sintomatología comenzó el mes posterior al acontecimiento estresante.	c. Los síntomas no persisten más de 6 meses, en este caso se han mantenido más de 8 meses.
b. El paciente manifiesta síntomas o alteraciones del comportamiento, del tipo de trastornos del humor o neuróticos secundarios a situaciones estresantes.	

Nota. Adaptado de CIE-10 (OMS, 1992)

Según la descripción en **la tabla 8**, inicialmente se consideró este diagnóstico ya que la sintomatología de la usuaria comenzó el mes después del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas ha excedido los seis meses. Durante este tiempo, ha experimentado episodios de malestar subjetivo acompañados por alteraciones emocionales típicas de un periodo de adaptación al cambio. Por otro lado, el agente estresante, identificado como la desaparición de su hermano, ha impactado significativamente la integridad de la trama social de la paciente, así como al individuo y su grupo social. Además, la paciente ha mostrado otros síntomas como humor depresivo, ansiedad, preocupación y deterioro en su rutina diaria. Sin embargo, se descarta este diagnóstico porque la evaluada no muestra sentimientos de incapacidad para enfrentarse al futuro ni deseo de no continuar en el presente. Asimismo, al revisar la historia personal de la paciente, se identificó que su vida ha estado marcada por diversos hechos estresantes que nunca enfrentó, lo que sugiere que la migración de su hermano ha desencadenado la manifestación actual de la sintomatología, determinando así que el caso de la paciente no puede ser tratado como un trastorno adaptativo.

1.3.3 Diagnóstico final

El diagnóstico final o diagnóstico definitivo es la confirmación del diagnóstico presuntivo, en si es la determinación definitiva de la condición del paciente (BIDISS, 2017). Es así que, con base a los criterios analizados, se pudo establecer el *Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (F41.2)* como diagnóstico definitivo para el presente caso, dado que esta categoría se utiliza cuando existe presencia de síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión, sin que uno predomine claramente ni tenga la intensidad suficiente para que sea diagnosticado por separado.

Siendo así, que la paciente ha presentado durante los últimos ocho meses ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad, preocupación excesiva sobre calamidades futuras, sentimientos de culpabilidad, y síntomas somáticos como tensión muscular, agitación, inquietud psicomotriz, cefaleas e incapacidad

tanto para desarrollar actividades como para relajarse, Finalmente su cuadro sintomatológico no corresponde a una ansiedad globalizada.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

El presente plan psicoterapéutico, está basado en un enfoque integrativo, específicamente, con técnicas de los modelos cognitivo conductual, de aceptación y compromiso y Gestalt; consta de 10 sesiones, con una duración de una hora cada una, mismas que se llevaron a cabo en una modalidad presencial.

El objetivo principal de este plan terapéutico fue mejorar el estado emocional de la paciente mediante la dotación de técnicas y estrategias terapéuticas adecuadas para mejorar su desarrollo personal y sus relaciones familiares y sociales. Durante el transcurso de las sesiones se pretende trabajar junto a la paciente, técnicas de intervención que promueven la adquisición de habilidades de manejo y gestión de emociones, técnicas de relajación y control para mejorar la capacidad fisiológica en situaciones estresantes, habilidades sociales, comunicación asertiva y gestión emocional.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

1. Enseñar al paciente técnicas que permitan identificar y manejar las emociones, promoviendo así la autorregulación emocional.
2. Mejorar la capacidad fisiológica ante situaciones estresantes, a través del entrenamiento en técnicas de respiración que promuevan la relajación y el control de la ansiedad.
3. Brindar al paciente estrategias de afrontamiento asertivo que permitan gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto.
4. Evaluar la evolución de la paciente mediante sesiones de seguimiento, post-test y cierre terapéutico.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 9

Plan de Intervención Aplicado a M.M

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	Enseñar al paciente técnicas que permitan identificar y manejar las emociones, promoviendo así la autorregulación emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a la paciente cómo la gestión de pensamientos y emociones influye en el bienestar emocional. - Identificar y aprender a regular las emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación en identificación de pensamientos y emociones. - Técnica del semáforo. 	Realizar un registro de pensamientos y progreso utilizando la técnica del semáforo en casa
2	Enseñar al paciente técnicas que permitan identificar y manejar las emociones, promoviendo así	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al consultante a cuestionar los pensamientos automáticos y a determinar la racionalidad de los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo Socrático. 	Practicar la técnica de detención de pensamientos en casa

	la autorregulación emocional.	- Modificar aquellos pensamientos que producen malestar y sustituirlos por otros más adaptativos.	- Detención de pensamientos.
3	Brindar al paciente estrategias de afrontamiento asertivo que permitan gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto.	- Dotar a la paciente de herramientas que le permitan desarrollar habilidades sociales para afrontar situaciones estresantes y resolver conflictos de manera asertiva. Aumentar la capacidad para resolver conflictos que generen malestar a la paciente.	- Psicoeducación en habilidades sociales. - Entrenamiento en asertividad mediante ensayo conductual - Técnica de respiración cuadrática

4	<p>Brindar al paciente estrategias de afrontamiento asertivo que permitan gestionar de manera saludable sus respuestas y expresar sus necesidades y opiniones de manera asertiva en situaciones de conflicto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la gestión del tiempo libre, mediante la adquisición de habilidades efectivas de planificación y priorización de actividades. - Integrar prácticas de atención plena en la vida diaria del paciente para cultivar una mayor conciencia del momento presente, reducir el estrés y promover un estado de bienestar emocional y mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de entrenamiento en resolución de problemas. - Técnica de autoinstrucciones. - Programación de actividades placenteras 	<p>Llevar a cabo la programación de actividades placenteras.</p>
5	<p>Mejorar la capacidad fisiológica ante situaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la expresión emocional a fin 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del asno y la familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un sistema de fichas

	estresantes, a través del entrenamiento en técnicas de respiración que promuevan la relajación y el control de la ansiedad.	de generar sentimientos de perdón hacia la propia persona y hacia eventos que hayan provocado malestar.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de atención en el presente. - Técnica de respiración cuadrática 	para que sus hijas y esposo colaboren de forma más activa en las tareas domésticas.
6	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente técnicas que permitan identificar y manejar las emociones, promoviendo así la autorregulación emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la aplicación de una técnica segura y efectiva para enfrentar situaciones generen ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Silla vacía 	
		Elaborar un plan de vida como estrategia de afrontamiento asertivo, con el fin de fomentar metas alcanzables que mejoren el estado	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación "Abrazo de Mariposa" 	

		emocional de la	
		paciente y le	
		permitan	
		gestionar sus	
		respuestas de	
		manera	
		saludable.	
7	Brindar al	- Analizar el	- Plan de vida
	paciente	progreso y la	
	estrategias de	eficacia del	
	afrontamiento	tratamiento	
	asertivo que	psicoterapéutico	
	permitan	a través de la re-	
	gestionar de	aplicación de	
	manera saludable	reactivos	
	sus respuestas y	psicológicos.	
	expresar sus	-	
	necesidades y		
	opiniones de		
	manera asertiva		
	en situaciones de		
	conflicto.		
8	Evaluar la	- Reflexionar y	- Aplicación de re-
	evolución de la	reconocer el	test: Inventario de
	paciente	progreso en el	Ansiedad de Beck
	mediante	estado	(BAI), Inventario
	sesiones de	emocional del	de Depresión de
	seguimiento,	paciente durante	Beck-II (BDI-II)
	post-test y cierre	el tratamiento.	
	terapéutico.		

		- Facilitar el proceso de cierre y la integración del tratamiento terapéutico.	
9	Evaluar la evolución de la paciente mediante sesiones de seguimiento, post-test y cierre terapéutico.	Valorar el estado de ánimo de la paciente una vez finalizado el proceso psicoterapéutico.	- Entrevista psicológica - Carta de despedida
10	Seguimiento. Evaluar la evolución de la paciente mediante sesiones de seguimiento, post-test y cierre terapéutico.	-	- Entrevista Psicológica

Nota. En la presente tabla se refleja el plan terapéutico trabajado durante el proceso terapéutico de la paciente.

2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1:**

Diseñada con el objetivo de enseñar a la paciente la importancia de la gestión de pensamientos emociones, y en como esto puede influir en el bienestar propio, además de identificar y aprender a regular sus estados emocionales. Para ello, se inició la consulta con

una *psicoeducación* la cuál es una técnica centrada en educar al paciente, básicamente es un proceso en el que el profesional detalla y resume información científica actual y relevante para responder a la necesidad de información del paciente (Loterio-Osorio y Arias-Azuleta, 2016). En este caso, la psicoeducación se centró en emociones y pensamientos. Para desarrollar esta técnica se siguió el procedimiento recomendado por Tena Hernández (2020), comenzando con brindar información detallada sobre el funcionamiento de estos procesos, alentando al paciente a observar y registrar sus creencias y reacciones emocionales en situaciones específicas, identificando patrones y creencias recurrentes, finalmente trabajando en estrategias para manejarlas de forma adaptativa.

Posterior a ello, se aplicó la técnica del semáforo, la cual está basada en un enfoque educativo que tiene como objetivo ayudar al paciente a identificar y regular sus emociones (García Mingrone, 2022). Por su parte, Lozano (2023), explica que su aplicación más eficiente se realiza iniciando por reconocer emociones intensas, asociándolas con los colores rojo para detenerse, amarillo para reflexionar y verde para actuar, fomentando la autoobservación de emociones, haciendo que la paciente identifique cuando sienta una emoción intensa, finalmente se debe practicar el uso del semáforo en situaciones cotidianas, identificando comportamientos alternativos y soluciones para manejar pensamientos y emociones de manera más constructiva.

Con lo mencionado anteriormente, se desarrolló la sesión de M.M en donde se valoró primeramente el estado emocional de la paciente con el objetivo de identificar nuevos patrones de comportamiento o nuevas dificultades que se le hayan presentado. No obstante, para comenzar con la intervención se aplicó la técnica de psicoeducación a la usuaria la cual se mostró interesada, participó activamente en este proceso y hasta compartió sus dificultades al manejar ciertos pensamientos intrusivos y emociones que la llevan a actuar de manera negativa con su familia, se profundizó en las emociones de tristeza, ansiedad y enojo, identificando que cuando ella se siente de esa manera recurre a gritar o a maltratar a quien esté cerca o a aislarse.

A partir de lo expresado por la paciente en la psicoeducación, se realizó la técnica del semáforo, explicando detalladamente el paso a paso que debe realizar para llevar a cabo la técnica exitosamente, se le pidió que realizara una lista de las situaciones que le causan malestar y a partir de ella se realizó un ensayo de cómo utilizar la técnica del semáforo para afrontar esas situaciones, por ejemplo, la paciente propuso la situación en la que su hija más pequeña tenía un berrinche, antes de la intervención estaba acostumbrada a enojarse, sin embargo, mediante el semáforo se resolvió que debía parar, respirar, recordar que es una niña pequeña que aún no puede comunicarse y finalmente ver lo que le molesta a la niña y ayudarla.

Tras los ensayos realizados, la paciente pareció comprender la técnica y se mostró aliviada al aprender a gestionar sus emociones y pensamientos, lo que anticipa una mejora en su relación familiar. Al solicitarle retroalimentación sobre lo explicado en relación con la gestión de pensamientos y emociones, ella proporcionó conceptos y explicaciones lógicas. Esto demostró que logró entender la psicoeducación impartida al inicio de la sesión. Se solicitó a la paciente llevar un registro escrito de pensamientos y emociones, además se pidió registrar cuándo y en qué situaciones había hecho uso de la técnica del semáforo y relatar su experiencia. Obteniendo así una intervención exitosa.

- **Sesión 2:**

Planificada con el objetivo de enseñar a la consultante a cuestionar los pensamientos automáticos, a determinar la racionalidad de los mismos y modificar aquellos pensamientos que producen malestar y sustituirlos por otros más adaptativos. Es por ello que se comenzó con la técnica de *diálogo socrático*, la cuál es descrita por Rodríguez Biglieri & Vetere (2011), como un método de indagación que permite tanto explorar la interpretación que el paciente otorga a sus propias experiencias como para examinar la flexibilidad cognitiva del paciente.

Por otra parte, Jaramillo-Moreno (2010) explica que esta técnica implica la realización de preguntas para cuestionar pensamientos y emociones, sin proporcionar respuestas directas, fomentando la reflexión y el autoconocimiento, la exploración de creencias y pensamientos, desafiando a llegar a nuevas conclusiones y perspectivas, fomentando la

curiosidad y la búsqueda de razones a su propio malestar, seguidamente, se debe permitir al paciente reflexionar sobre sus pensamientos considerando diferentes puntos de vista, para finalmente guiar al paciente a resignificar todas las experiencias que provocaron malestar emocional.

Paralelamente se trabajó con la técnica de *detención de pensamientos*, la cual se centra en interrumpir y modificar pensamientos no deseados o disfuncionales que pueden contribuir al malestar emocional (Fagoaga -Jaurena et al., 2018). El proceso de ejecución bajo la concepción de Álvarez Velásquez (2014), consta en identificar los pensamientos negativos, que interfieren en la cotidianidad, preparar una lista de pensamientos positivos que generen tranquilidad y bienestar, elegir un estímulo de parada, puede ser una palabra como por ejemplo “alto”, o una acción, como un aplauso, redirigir la atención a otro estímulo una vez que el pensamiento haya sido parado, y contrarrestar las cogniciones negativas con positivas.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, a continuación se detalla la intervención terapéutica de la usuaria, primeramente, se comenzó con una entrevista que tenía el objetivo de averiguar el estado de la paciente tras la última sesión, siguiendo con la revisión de tareas, para luego continuar con las actividades propuestas en el plan de tratamiento, iniciando con la técnica de diálogo socrático, con la finalidad de que la paciente pueda cuestionar los pensamientos catastróficos que la acechan, se trabajó en determinar la racionalidad de los mismos, para desarrollar el proceso de manera ordenada, se propuso realizar una lista donde se enlistaron los pensamientos que la evaluada consideraba como “molestos”, para posteriormente, junto a ella, analizarlos y cuestionarlos, lo cual fue una experiencia nueva para la paciente debido a que ella nunca había intentado enfrentar sus pensamientos y sus miedos, a pesar de que al inició fue complicado y necesitó ayuda y guía constante, al final logró enfrentarse sola al pensamiento de culpabilidad que le causaba la partida de su hermano, lo cual desató un leve llanto, sin embargo, pudo llegar exitosamente a reestructurarlo sola. Al finalizar con esta técnica la paciente manifestó sorpresa debido a

que ella no creía que alguna vez lograría decirse que no tuvo la culpa de situaciones que la han estado acechando desde la infancia hasta la adultez.

Seguidamente, se prosiguió a aplicar la técnica de detención del pensamiento, como herramienta preventiva para cuando se vuelvan a presentar ideas que provocan malestar fuera de consulta, se le indicó a la usuaria el funcionamiento de esta técnica, se le pidió que cuando se le presenten ideas catastrofistas o de culpa chasqueara los dedos para parar la idea. Además, se sugirió que cuando se presenten pensamientos disruptivos no solo los detenga, más bien, que intente utilizar la técnica de diálogo socrático para analizarlos, entenderlos y modificarlos.

Para finalizar la sesión se solicitó a la paciente una retroalimentación de lo aprendido y se la alentó a aplicar las técnicas en casa y de llevar un registro.

- **Sesión 3**

Programada para mejorar la capacidad de resolución de conflictos, mediante la implementación de estrategias de solución efectiva y potenciar la gestión del tiempo libre, mediante la adquisición de habilidades efectivas de planificación y priorización de actividades. Para ello se utilizó la *técnica de entrenamiento en resolución de problemas*, cuyo método se encuentra centrado en analizar y entender el problema para llegar a conclusiones eficaces previas a realizar acciones (Bados-López y García-Grau, 2014).

La aplicación de esta técnica, de acuerdo a lo que establece Vázquez González (2002) se desarrolla de la siguiente manera; se debe comenzar reconociendo que los problemas son una parte normal de la vida y que requieren soluciones efectivas y eficientes, seguidamente se procede a identificar y describir el problema de forma clara y específica, considerando el contexto y las posibles causas que lo rodean, a continuación se debe pensar en diferentes soluciones, considerando su factibilidad y las consecuencias que podrían acarrear, se debe evaluar las alternativas de las que se dispone y elegir la mejor, basándose en criterios como la efectividad y la eficiencia, seguidamente se debe implementar la solución que fue elegida, finalmente, se recomienda al paciente evaluar cuan eficaz fue la

solución elegida, para así realizar una retroalimentación y revisar si se necesita ajustes o posibles mejoras.

Posteriormente se utilizó la *técnica de autoinstrucciones*, que consiste en que el paciente se dé a sí mismo una serie de órdenes o instrucciones para regular su propio comportamiento de manera autónoma (Pinos- Sigcha & Álvarez -Saquinaula, 2022), para la aplicación de esta técnica el terapeuta debe ejemplificar cómo es proporcionarse autoinstrucciones, así mismo, debe proveer retroalimentación y ser guía para ayudar al usuario a aprender a realizar la técnica, es importante realizar ensayos conductuales utilizando ejemplos cotidianos para asegurar que el paciente haya entendido cómo realizar la técnica cuando se encuentre solo (Minici et al., 2008).

Finalmente, se utilizó la técnica de *programación de actividades placenteras*, la cual consiste en que el paciente planifique y realice actividades que le proporcionen placer o satisfacción, esto con el objetivo de mejorar su estado de ánimo e incrementar los niveles de activación (Navarro de Palencia, 2018). Para llevar a cabo esta técnica se utilizó la versión recomendada por la University College London (2018), que consiste en identificar las actividades que el consultante considera agradables, seguidamente planearlas y colocarlas en la rutina diaria del paciente, incentivando al paciente a llevarlas cabo, y finalmente, monitorear y evaluar el progreso y la efectividad de esta técnica. Basándose en el proceso de evaluación se debe considerar si se necesita ajustar o modificar este plan en función de las necesidades del paciente.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, a continuación, se detalla la intervención terapéutica de la usuaria, misma que comenzó con una pequeña entrevista para indagar el estado emocional de la usuaria después de las últimas sesiones, así como la efectividad de las técnicas aplicadas, a lo cual la paciente manifestó ya ver mejoría en sí misma. Una vez realizada la socialización se comenzó la intervención con la aplicación de la técnica de entrenamiento en resolución de problemas, para lo que se facilitó a la paciente una nota que tenía escrito los pasos para desarrollar esta técnica, a continuación se solicitó a la paciente que mencione las situaciones domésticas o sociales que causen malestar,

incomodidad o estrés, y con cada una de ella se practicó la técnica mediante ensayo conductual, donde se le pidió que imagine una de las situaciones que mencionó con anterioridad e intente resolverlas con los pasos que se le explicaron en el entrenamiento en solución de conflictos, finalmente se le pidió que compare como se sentía al resolver problemas con la técnica proporcionada y sin la técnica, concluyendo que lo aprendido en la sesión podría ser de gran utilidad en su vida diaria. A continuación, se psicoeducó en la técnica de autoinstrucciones adaptada a la resolución de conflictos como herramienta adicional para resolver problemáticas en casa, en donde M.M deseó adaptar esta técnica para su problema de uso excesivo del celular, poniéndose a ella misma una serie de tareas que debe realizar para disminuir este uso.

Para finalizar la sesión se realizó la programación de actividades placenteras, iniciando por hacer que la paciente escriba una lista de cosas que le gustaba hacer en el pasado y que ha dejado de realizar actualmente, ella escribió actividades como salir a caminar, repartir catálogos, hacer postres, etc., cuando la lista estuvo completa se solicitó que se hable acerca de su rutina diaria y en los espacios en los que usa su celular los llene con las actividades que propuso; M.M. manifestó que sabe que se le hará difícil, no obstante, lo iba a intentar, se finalizó la sesión alentando a la consultante a realizar las actividades, asegurándole que a pesar de que no será sencillo, la ayudará a sentirse mejor. Como tarea se solicitó un registro de uso de la técnica de autoinstrucciones para disminuir el uso del celular y un registro de cumplimiento de actividades placenteras.

Cabe destacar finalmente, que en esta sesión se logró que M.M adquiriera herramientas para resolver conflictos de manera adaptativa, además que ella mismo proponga una herramienta para aproximarse a la solución del uso excesivo del celular. Finalmente se destaca que la paciente tomó un paso más para retomar actividades que anterior a la migración de su hermano, ella disfrutaba.

- **Sesión 4**

Desarrollada con el objetivo de integrar prácticas de atención plena en la vida diaria del paciente para cultivar una mayor conciencia del momento presente, reducir el estrés y

promover un estado de bienestar emocional y mental. Para ello, se realizó la *metáfora del burro y la familia*, la cual es una historia que tiene como moraleja que las personas deben vivir su vida en base a sus propias opiniones y deseos para sentirse satisfechos con ellos mismos, sin darle relevancia a opiniones ajenas. Al hacer uso de metáforas dentro del contexto terapéutico es importante que el terapeuta brinde un espacio para que el paciente pueda reflexionar acerca de la historia que le fue contada y así pueda proporcionar una conclusión que pueda ser usada con él mismo (Beltrán García et al., 2020).

Así mismo, se llevó a cabo la *técnica de mindfulness de atención en el presente*, que se refiere a un proceso de meditación que busca entrenar la mente para centrar la atención y redireccionar los pensamientos, generalmente se utiliza para reducir el estrés, mejorar la concentración y equilibrar los niveles de bienestar emocional (Vásquez-Dextre, 2016).

Por su parte, Burch (2008) indica que su procedimiento se desarrolla de la siguiente manera:

1. Familiarizarse con lo que ocurre en cada momento.
2. Acercarse a los aspectos que pueden resultar desagradables, el enfrentarse al estímulo estresor significa quitarle el poder del miedo.
3. Sensibilizarse para encontrar los elementos que podrían resultar placenteros, es decir, tratar de encontrar seguridad en lo que solía suponer malestar.
4. Establecer un estado de conciencia donde se mezclan tantos los aspectos positivos como negativos del factor estresor.
5. Por último, se debe aprender a responder en lugar de reaccionar, es decir, enfrentar las situaciones de manera reflexiva, a tal punto de que cada situación pueda dejarnos una nueva experiencia.

De manera que de acuerdo al sustento teórico mencionado anteriormente, la intervención de M.M inicio con la entrevista rutinaria donde la paciente manifestó que ha intentado llevar a cabo las técnicas trabajadas, seguidamente se proporcionó una pequeña retroalimentación de las técnicas de la sesión anterior y un ensayo conductual con las

nuevas problemáticas que fueron presentadas, paralelamente se procedió con la revisión de tareas, en donde la evaluada no cumplió por completo con los registros requeridos.

Seguidamente, se realizó la metáfora del asno y la familia (Recaredo, 2021), dónde, al finalizar, la paciente proporcionó una pequeña reflexión acerca de la moraleja de la historia, dónde compartió como el preocuparse por la opinión de otras personas siempre le ha resultado alarmante y le ha traído malestar emocional o le han impedido realizar actividades que ella deseaba hacer. Con ello, se dio paso al entrenamiento en mindfulness, específicamente en el ejercicio de atención plena, dónde se dio una psicoeducación acerca de la importancia de mantenerse presente, tomar el control de las situaciones que deba enfrentar y cómo hacerlo conscientemente ante situaciones adversas. Como resultado de la sesión se destaca que la paciente pudo reflexionar y proponerse a cambiar la forma en que la opinión de personas externas a su círculo cercano controla su autopercepción y de alguna forma en sus acciones y deseos. Así mismo, se considera como logro que la usuaria se haya comprometido a mejorar su relación con ella misma para que su autopercepción sea la única que cuente en su vida.

- **Sesión 5**

Esta intervención fue diseñada para dotar de herramientas que le permitan a la usuaria desarrollar habilidades sociales para afrontar situaciones estresantes y resolver conflictos de manera asertiva.

Para ello se propuso la *técnica de psicoeducación en habilidades sociales*, la cual se refiere al proceso educacional y de entrenamiento para enseñar al paciente habilidades sociales, su importancia y estrategias para desarrollarlas, con el objetivo de que pueda establecer relaciones interpersonales funcionales y sanas (Estrada Araoz et al., 2022). En palabras de Estrada Araoz & Gallegos Ramos (2021), la psicoeducación en habilidades sociales debe iniciar con una evaluación para identificar las fortalezas y déficits en habilidades sociales del paciente, seguidamente se debe brindar información, sobre todo en conceptos clave como la comunicación verbal y no verbal, asertividad, empatía y resolución de conflictos, para esto se pueden utilizar técnicas como el modelado, role-playing y la

retroalimentación para que el paciente pueda observar, practicar y recibir las sugerencias pertinentes, es importante reforzar constantemente las conductas deseadas que han sido aprendidas y trabajar en la generalización de las mismas en diferentes contextos y relaciones.

A continuación, se trabajó en el *entrenamiento en asertividad mediante ensayo conductual*, que también es conocido como role-playing, que consiste en exponer a los participantes a situaciones específicas donde es necesario practicar habilidades sociales (Ortega Otero et al., 2015). Para desarrollar esta técnica Zaldívar Pérez (1994) propone el siguiente procedimiento, primeramente el terapeuta debe mostrar ejemplos de conductas asertivas adecuadas ante una situación determinada, seguidamente el paciente deberá realizar ensayos de conducta, con el apoyo del terapeuta, ambos interpretando diferentes roles, reforzando positivamente las conductas asertivas que muestre el usuario durante los ensayos y finalmente, alentar a la persona atendida aplicar las habilidades adquiridas en consulta en su cotidianidad.

Finalmente se trabajó la *técnica de respiración cuadrática*, la cuál es utilizada para reducir los niveles de ansiedad, estrés y mejorar la concentración mediante un patrón de respiración armonioso y equilibrado (Family Service Center, 2022). Cabe destacar que la misma consiste en 4 pasos, iniciando por cerrar los ojos e inhalar por la nariz mientras se cuenta mentalmente hasta 4, seguidamente, se debe retener la respiración durante 4 segundos, exhalar lentamente durante 4 segundos, finalmente, repetir esto durante al menos tres veces o hasta volver a un estado de calma (Legg & Stinson, 2021).

De manera que de acuerdo al sustento teórico mencionado anteriormente, la intervención de M.M inicio con la entrevista rutinaria, donde la paciente manifestó que desde la última sesión los conflictos en casa han aumentado, por lo tanto, se comenzó la intervención solicitando una lista de situaciones cotidianas negativas que afecten al hogar, seguidamente se realizó la psicoeducación pertinente en habilidades sociales, enfatizando en la importancia de un ambiente de armonía para el desarrollo personal y emocional de sus hijas. A continuación se procedió a realizar un ensayo conductual utilizando la lista de

situaciones que la paciente proporcionó, a esta actividad se recibió una respuesta positiva de parte de la paciente, manifestando que era algo que ella necesitaba; mediante el ensayo conductual se recibieron varias resoluciones, entre ellas el compromiso de mejorar la comunicación en casa y resolver los problemas de forma más pacífica, además se resolvió establecer un sistema de fichas para que sus hijas y esposo colaboren de forma más activa en las tareas domésticas.

Se finalizó la intervención psicoeducando acerca de la respiración cuadrática como técnica de relajación para afrontar situaciones estresantes, para lo cual se indicó que esta herramienta consiste en respirar siguiendo un patrón consciente y pausado, se le pidió a la paciente cerrar los ojos y seguir las instrucciones que se le iban proporcionando cada 4 segundos, como son *“inhalar suavemente, retener el aire, exhalar suavemente y contener la respiración”*, por lo tanto, los resultados de esta sesión son favorables dado que la evaluada mencionó que la aproximación en la adquisición de habilidades sociales como la comunicación asertiva y el compromiso de ser una agente activa en la restauración de la armonía en el hogar, dando así por finalizada la intervención.

- **Sesión 6**

Diseñada para facilitar la expresión emocional a fin de generar sentimientos de perdón hacia la propia persona y hacia eventos que hayan provocado malestar y fomentar la aplicación de una técnica segura y efectiva para enfrentar situaciones que generan ansiedad.

Para ello se realizó la técnica de la *silla vacía*, la cuál es una herramienta en el modelo gestáltico en la que el paciente establece diálogos entre aspectos rechazados de la personalidad, a fin de trabajar situaciones concretas o abordar aspectos inconclusos con personas ausentes, esta técnica proyectiva, expresiva e integradora facilita la conexión con el mundo emocional y corporal (Poza- Rodríguez et al., 2023).

Para realizar esta técnica se inicia identificando lo que desea abordarse, ya sea una persona, situación, faceta de la personalidad o pensamiento que está provocando el malestar emocional, se coloca una silla vacía en el consultorio, representando simbólicamente a

la persona, situación o aspecto a tratar, el paciente se sienta frente a la silla vacía y debe iniciar un diálogo como si la persona o situación estuviera presente, expresando pensamientos, emociones y deseos; durante el diálogo, se profundiza en las emociones, conflictos internos y aspectos no resueltos que surjan, junto con el terapeuta, la interacción con la silla vacía permite al paciente externalizar y explorar los aspectos tratados, facilitando la comprensión, expresión y resolución de conflictos internos (García Arias et al., 2020).

Así mismo se aplicó la *técnica de relajación “abrazo de mariposa”*, esta es una herramienta sencilla y efectiva para calmar la ansiedad y reducir la tensión emocional, se basa en la estimulación cerebral bilateral, activa el hemisferio cerebral izquierdo y derecho, lo que provoca una respuesta de relajación y liberación de la tensión (Jarero & Artigas, 2024). Para desarrollar esta técnica se debe colocar la mano izquierda sobre el pecho, con el pulgar en el centro, y la mano derecha se coloca sobre la izquierda, con el pulgar en el centro formando la figura de una mariposa, se realizan pequeños golpes alternando con la mano izquierda y derecha sobre el pecho, simulando el aleteo de la mariposa, hay que respirar lenta y profundamente desde el abdomen, lo cual ayuda a calmar el sistema nervioso, debe repetirse el proceso de tapping y respiración, manteniendo la posición inicial, hasta que se sienta una sensación de relajación y calma (González et al., 2009).

De manera que, de acuerdo al sustento teórico mencionado anteriormente, la intervención de M.M inicio con la entrevista rutinaria y la revisión de tareas. Para comenzar la sesión, se le enseñó a la paciente el método de relajación “Abrazo de Mariposa” para lo cual se le solicitó a la paciente colocar sus manos en el pecho y realizar el tapping que simula el aleteo de una mariposa, a continuación se impartió la estrategia de la silla vacía, antes de comenzar se realizó la psicoeducación pertinente acerca de esta estrategia terapéutica, de lo que podría experimentar, y del objetivo que se deseaba alcanzar; al iniciar con la visualización guiada la paciente comenzó a llorar, por lo cual se le solicitó que no olvidara hacer uso de las técnicas de relajación que se le habían enseñado, al continuar fue evidente su incomodidad y tristeza al usar el recuerdo de su hermano, no obstante en el desarrollo de la técnica y haciendo uso del abrazo de mariposa se notó más relajada y

tranquila, a partir de esto se continuó con la técnica, en la cual fue guiada mediante preguntas a expresar sus sentimientos y a intentar despojarse de la carga emocional que le ha traído su desaparición.

Al finalizar la sesión se solicitó retroalimentación de su experiencia en esta técnica la cuál fue positiva, a pesar de lo difícil que fue para ella este proceso, sin embargo expresó que no pudo despedirse definitivamente de su hermano, y no estaba lista para hacerlo hasta que obtuviera una respuesta acerca de su paradero, por lo tanto, se decidió continuar con el proceso psicoterapéutico respetando su proceso de duelo. Como resultados se puede mencionar que la usuaria logró aproximarse a iniciar un proceso de duelo respecto a la desaparición de su hermano y aprendió una nueva técnica de relajación para el control de impulsos.

- **Sesión 7**

Planificada con el objetivo de realizar un plan de vida con el fin de fomentar metas alcanzables que alienten a la paciente a mejorar su estado emocional. Para ello se realizó el *plan de vida*, esta técnica implica una reflexión profunda sobre la historia de vida, incluye la identificación de recursos disponibles, necesidades presentes y proyectos futuros, con esta técnica, el paciente puede comprender e integrar su historia personal, proyectar metas y objetivos a futuro (Suárez-Barros et al., 2018). Con respecto a su procedimiento, primeramente, se debe iniciar por evaluar la situación actual de la persona en tratamiento, incluyendo fortalezas, debilidades, recursos y desafíos, seguidamente se debe establecer metas realistas y alcanzables, a continuación, se crea un plan con los pasos específicos que se necesitan para lograr cada meta, finalmente, el terapeuta debe motivar al paciente a intentar llevar a cabo este plan, resaltando la importancia de hacerlo (Astorga & Yáber, 2019).

De manera que, de acuerdo al sustento teórico mencionado anteriormente, la intervención de M.M inicio con la entrevista rutinaria, por lo tanto, se comenzó con la elaboración del plan de vida, en el que se solicitó visualizar cómo le gustaría estar en el futuro, en lo que deseaba hacer y en las metas que le gustaría alcanzar, se le pidió que

recordara como era cuando era niña y en las cosas que deseaba hacer cuando creciera. A continuación, se le pidió escribir todos los objetivos que le gustaría alcanzar.

Todo eso fue plasmado en una cartulina de forma ordenada, determinando prioridades y metas, y estableciendo los pasos para lograr todo lo que se propuso, finalmente se solicitó reconocer el propósito de cada meta. Esta actividad fue desarrollada felizmente por la usuaria, se notó satisfecha y motivada para cuando se finalizó la consulta. En esta sesión se logró que M.M pudiera crear expectativa por el futuro, y se propusiera metas que la motiven a superar las adversidades que deba enfrentar.

- **Sesión 8**

El objetivo fue evaluar el progreso y la eficacia del tratamiento psicoterapéutico a través de la re-aplicación de reactivos psicológicos. Para ello se realizó una evaluación psicológica que se refiere al proceso de medir y analizar los avances del paciente en el proceso psicoterapéutico mediante una evaluación post-tratamiento, esto con el objetivo de comparar resultados iniciales y finales (Jorge, 2018). El procedimiento de esta técnica es sencillo, el profesional debe aplicar los test psicológicos que haya aplicado al inicio del proceso terapéutico del paciente siguiendo las mismas directrices y requisitos que solicita individualmente cada test, al finalizar se puede calificar y devolver los resultados, realizando una comparación en los resultados anteriores y actuales (Fernández Ballesteros, 2007).

De manera que, de acuerdo al sustento teórico mencionado anteriormente, la intervención de M.M inicio con la entrevista rutinaria, en esta sesión se repitieron los test que se aplicaron al inicio del proceso terapéutico siendo estos: Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck-II. No obstante, gracias a la brevedad de las evaluaciones y que el proceso de calificación es sencillo, en la misma intervención se pudo los devolver resultados, con el objetivo de comparar las calificaciones obtenidas con los del inicio, siendo evidente la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos.

- **Sesión 9**

El objetivo de esta intervención fue reflexionar y reconocer el progreso en el estado emocional del paciente durante el tratamiento. Para ello se realizó la *entrevista de cierre*, la

cual consiste en una entrevista en la que se recopilan los logros obtenidos durante el proceso y se cierra adecuadamente la relación terapéutica, se busca que el paciente se sienta empoderado y reconozca sus logros y avances (Espinosa et al., 2021). Para desarrollar la entrevista de cierre, se recomienda iniciar por establecer una comunicación abierta y empática con él, invitarlo a reflexionar y a reconocer su progreso, los desafíos que superó y los aprendizajes que adquirió, es crucial establecer límites claros y realistas, comunicando la finalización de la relación terapéutica dejando la posibilidad de contacto futuro de ser necesario, brindando seguridad y confianza al consultante (Vélez Gómez & Restrepo Ochoa, 2008).

Finalmente, se realizó la *carta de despedida*, que en el contexto de cierre terapéutico es un método de intervención que permite expresar emociones, pensamientos y agradecimientos al finalizar la terapia, el objetivo es que el consultante reconozca sus logros y méritos, facilitando la transición a una vida sin asistir a terapia, en sí, esta herramienta busca que exista un cierre organizado y planificado, cuidando la relación paciente y terapeuta (Rosado & González, 2012).

Para desarrollar esta técnica el profesional debe proporcionar al participante los materiales necesarios para escribir una carta, siendo estos hoja y lápiz, a continuación se solicitará al paciente escribir una carta a su yo del primer día en el que asistió a terapia, se le indica que debe contarle a la persona del pasado todo lo que ha aprendido en terapia, como ha avanzado, como ha sido su progreso, agradeciendo a sí mismo por haber tenido el valor de pedir ayuda y también reconociendo las falencias que tuvo durante este proceso, finalmente, se solicita que escriba un pequeño mensaje, motivando a él mismo a seguir con su proceso terapéutico y con su vida (Barbero et al., 2014).

De manera que de acuerdo al sustento teórico mencionado anteriormente, la intervención de M.M inicio con la entrevista rutinaria, cabe destacar que para la sesión de cierre la paciente se notaba con una evidente mejoría en el estado de ánimo, razón por la cual se realizó la carta de despedida, en la que se solicitó que se escribiera una carta a su “yo” del pasado, en la que se le pidió que le contara cómo había sido su proceso terapéutico,

las cosas que ha aprendido, cómo ha sido su progreso, reconociendo sus falencias, los retos y las adversidades que ha tenido que enfrentar y superar, finalmente, se le solicitó que se agradeciera a ella misma y se motivará a continuar con su proceso terapéutico. Una vez terminada la carta, se realizó el cierre terapéutico, realizando la finalización de la relación terapéutica y agradeciendo a la paciente por su tiempo, colaboración y voluntariedad, finalmente ella también agradeció y dijo que continuará utilizando lo aprendido en terapia. Agregando que volverá cuando esté lista para enfrentar la desaparición de su hermano.

Dentro de los logros de la sesión se consiguió que la paciente reconociera el progreso que ha hecho en terapia y como su estado emocional ha cambiado positivamente, finalmente se logró realizar el cierre del proceso psicológico y la terminación de la relación terapéutica.

- **Sesión 10**

Para esta última consulta se tenía como objetivo valorar el estado de ánimo del paciente una vez finalizado el proceso psicoterapéutico. Cabe destacar que estas son sesiones que se llevan a cabo cuando el tratamiento psicológico finaliza, cuyo objetivo es indagar la evolución del usuario fuera de terapia, permitiendo monitorear mejoría o identificar recaídas (Campo, 2000).

De manera que, de acuerdo al sustento teórico mencionado anteriormente, la intervención de M.M inicio con una entrevista donde la paciente denotaba un estado de ánimo estable y un aspecto mejorado a comparación a todas las consultas anteriores, manifestando que a pesar de que ya no está asistiendo a terapia se siente mejor, razón por la cual se mantuvo un diálogo dónde se habló acerca de cómo ha estado su vida sin apoyo psicológico. Se realizaron diferentes preguntas para verificar su estado actual, en donde al concluir la consulta la paciente se veía feliz y agradecida por los avances que ha logrado, por lo tanto, se dio cierre al proceso terapéutico, logrando constatar la mejoría de la paciente.

Capítulo tres

Resultados

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en el presente caso clínico relacionado con el trastorno mixto ansioso-depresivo, para lo cual se realizó el análisis respectivo del progreso del paciente mediante los métodos cuantitativo y cualitativo.

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

El análisis cuantitativo se realizó mediante la aplicación de un re-test en la sesión 8, a continuación, se presentan los resultados:

Tabla 10

Comparación de Resultados BDI-II

Instrumentos	Resultado	Resultado
	Pre-Intervención	Post-Intervención
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).	30 puntos	17 puntos
	Depresión Grave	Depresión Leve

Nota. En la presente tabla se reflejan los resultados obtenidos antes y después del proceso terapéutico.

De acuerdo con la tabla 10, los resultados obtenidos demuestran que inicialmente la paciente obtuvo la puntuación de 30 puntos, que se interpreta como depresión grave, y al haber finalizado el proceso psicoterapéutico obtuvo una puntuación de 17 puntos que indica depresión leve. En base a ello, se puede identificar una mejora significativa en cuanto a la sintomatología depresiva.

Tabla 11

Comparación de resultados BAI

Instrumentos	Resultado	Resultado
	Pre-Intervención	Post-Intervención
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	29 puntos	15 puntos
	Ansiedad Moderada	Ansiedad muy baja

Nota. En la presente tabla se muestran los resultados obtenidos por la paciente en cuanto a sintomatología ansiosa, antes y después del proceso terapéutico.

De acuerdo con los resultados mostrados en la tabla 11, se determina que la paciente efectivamente ha experimentado una reducción en su sintomatología ansiosa, debido a que inicialmente presentó una puntuación de 29 puntos, que se traduce en el BAI como Ansiedad Moderada, y al finalizar obtuvo 15 puntos, que se interpretan como ansiedad muy baja. Es así, que se comprueba la efectividad del tratamiento bajo el modelo integrativo.

3.2. Análisis de resultados cualitativos

Para complementar la efectividad de resultados se realizó una ficha de observación con el objetivo de establecer la comparación entre las conductas que la paciente presentaba antes de la intervención, comparadas con las que tiene una vez finalizado el proceso, en la siguiente tabla se puede apreciar detalladamente lo antes mencionado.

Tabla 12

Comparación de Conductas Presentadas Antes y Después de la Intervención

Conductas y aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación
	Se mantuvo, no hubo cambios	Cambió Parcialmente	Se extinguió o se modificó	
Despertares y Terrores Nocturnos			X	Inicialmente la paciente la paciente comentó que se despertaba de 2 a 3 veces por las noches debido a los terrores nocturnos, no obstante, después del tratamiento la paciente presentó normalidad en cuanto a su ciclo del sueño.

<p>Dificultad para relajarse y reaccionar agresivo frente a situaciones estresantes</p>	X	<p>Antes de la intervención la usuaria refirió que reaccionaba muy impulsivamente lo cual le impedía relajarse, no obstante, después de haber proporcionado técnicas en terapia, M.M mantiene un estado de tranquilidad frente a diferentes situaciones adversas.</p>
<p>Distorsiones cognitivas (Globalización y Catastrofismo) e Ideas de culpabilidad</p>	X	<p>Dentro de las primeras sesiones, M.M mantenía un discurso en el que se acusaba a sí misma por las cosas negativas que ha tenido que atravesar, incluyendo la desaparición de su hermano, sin embargo, al culminar el proceso terapéutico estas distorsiones, así como las ideas de culpabilidad han desaparecido.</p>
<p>Estado de ánimo deprimido y llanto fácil</p>	X	<p>Dentro de las primeras sesiones M.M se presentaba en consulta con ánimo deprimido y tendencia a llanto especialmente cuando se mencionaba a su hermano, sin embargo, tras finalizar el proceso terapéutico el nivel de depresión se redujo</p>

Incapacidad para comunicarse	X	<p>significativamente, además, que la paciente ya podía entablar un diálogo que engloba temas difíciles para ella sin provocar llanto.</p> <p>Antes de ir a terapia, la paciente no contaba con las herramientas para comunicarse asertivamente con las personas que la rodeaban provocando tensión y daño en la relación con sus seres queridos, no obstante, la intervención la ayudo en la adquisición de esta habilidad, con la cuál pudo mejorar sus relaciones con su grupo de apoyo.</p> <p>Anterior a recibir apoyo psicológico, la paciente se encontraba frecuentemente en un estado psicomotor alterado, presentando temblores, palpitaciones y agitación, no obstante, actualmente se encuentra en un estado de serenidad.</p>
Tensión y agitación Psicomotriz	X	<p>Inicialmente, la paciente usaba desmedidamente su celular</p>
Uso excesivo del teléfono	X	<p>Inicialmente, la paciente usaba desmedidamente su celular</p>

durante el día, lo cual dificultaba que sus actividades como madre y ama de casa no se llevaran a cabo exitosamente, no obstante, esta conducta cambió parcialmente dado que el tiempo de uso de este dispositivo disminuyó en comparación con el principio pues ahora ya se prioriza en gran parte las actividades cotidianas a realizar.

Nota. En esta tabla se presenta el cambio conductual de la paciente después de la intervención psicológica

De acuerdo a la descripción de la tabla 12, los cambios más significativos en la paciente incluyen: mejoría en el estado de ánimo, una mayor capacidad para comunicarse de manera asertiva, cambios en la respuesta a estímulos estresantes y una reducción en el uso excesivo del teléfono. También se observa la desaparición de problemas como los despertares y terrores nocturnos, la dificultad para relajarse, las distorsiones cognitivas y los sentimientos de culpabilidad. Siendo así que actualmente, la paciente muestra conductas más adaptativas ante situaciones adversas, presenta mejoría en los hábitos de sueño, posee estrategias de afrontamiento más efectivas, identifica con facilidad los pensamientos intrusivos que causan malestar, ha mejorado su comunicación asertiva lo que ha contribuido en el entorno familiar, demostrando así la efectividad del tratamiento en función de los objetivos que fueron propuestos inicialmente.

Discusión

El trastorno mixto ansioso depresivo es una psicopatología en la que los síntomas de ansiedad y depresión coexisten y no hay mayor prevalencia de síntomas de uno sobre otro, la persona que padece este trastorno presenta síntomas como preocupación excesiva, inquietud, nerviosismo, tristeza, abulia, anhedonia, trastornos del sueño, entre otros, (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). En cuanto a su tratamiento, se suele utilizar la terapia cognitivo-conductual como enfoque principal, ya que este se encuentra orientado a brindar apoyo emocional y estrategias para el manejo de síntomas ansiosos y depresivos, también es común el tratamiento farmacológico que puede variar según las necesidades del paciente (Simpson-Fallas & Torres-Artavia, 2023).

Con base en los antecedentes teóricos mencionados, en el presente caso se trabajó con una paciente de 40 años que presentaba ánimo depresivo, pérdida de interés, incapacidad para disfrutar, aumento de la fatiga, preocupación excesiva por supuestas calamidades, tensión muscular, inquietud psicomotriz e incapacidad para relajarse, entre otros síntomas. No obstante, después del tratamiento se obtuvieron los siguientes resultados cuantitativos: una disminución en las puntuaciones de las escalas de ansiedad y depresión de Beck. Al inicio, se evidenciaron resultados de depresión grave y ansiedad moderada, y al finalizar la intervención, las puntuaciones indicaron depresión leve y ansiedad muy baja.

Por su parte, en cuanto a los resultados cualitativos, se logró una reducción significativa de los síntomas relacionados con su problemática. Actualmente, la paciente muestra conductas adaptativas frente a la adversidad, mejora en la calidad del sueño, uso efectivo de estrategias de afrontamiento, capacidad para reestructurar pensamientos que generan malestar, comunicación asertiva y una mayor conciencia acerca de la importancia de la salud mental.

Dentro del proceso de evaluación se utilizó técnicas como la entrevista, observación y aplicación de reactivos tales como: *Cuestionario de Personalidad de Salamanca*, debido a que los rasgos de personalidad de la paciente influyen en cómo percibe y responde al

tratamiento, permitiendo al terapeuta adaptar las intervenciones y técnicas terapéuticas a las características del paciente, lo cual se puede corroborar con el estudio de Díaz Contreras & Valdés García (2023) quienes aplicaron la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II) en una paciente de 22 años que padecía de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno de Ansiedad Generalizada, en donde encontraron que esta evaluación puede ayudar a identificar patrones de pensamiento, emociones y comportamientos que pueden estar contribuyendo en la sintomatología de los trastornos. Además, concluyeron que la evaluación de la personalidad puede proporcionar información adicional sobre la forma en que los pacientes perciben y manejan el estrés, la ansiedad y las situaciones desencadenantes, lo que puede ser crucial para el éxito del tratamiento. En base a este estudio, se considera que el estudio de la personalidad en el proceso terapéutico de trastornos mentales es crucial para determinar un plan de tratamiento.

Así mismo se aplicó el *Examen Mini-Mental de Folstein*, dado que de acuerdo con Rojas et al. (2017) se menciona que el conocimiento de las funciones mentales del paciente permite al profesional obtener una visión completa del estado mental, siendo esto crucial para realizar un diagnóstico preciso y para el diseño de un plan de tratamiento adecuado, con ello, se resolvió que sería oportuno evaluar las funciones mentales de la paciente, y así proponer un plan de tratamiento adaptado a ellas.

Finalmente, se hizo uso de los *Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck*, los cuales de forma semejante fueron utilizados en el estudio de Mera-Posligua et al. (2021), en un paciente masculino de 25 años de edad que presentaba sintomatología ansiosa; la aplicación de estas evaluaciones resultó útil al momento de medir de forma cuantitativa la sintomatología, logrando guiar a los profesionales a un diagnóstico diferencial, gracias a las propiedades de ambos reactivos. Con ese antecedente se consideró que el uso de estas evaluaciones para el presente caso resultarían efectivas debido a que la paciente presentaba características similares a las del estudio.

Por su parte dentro de la intervención se utilizó el enfoque integrativo el cual permite tomar técnicas de distintos modelos que, según el criterio del profesional, puedan ser

beneficiosas en el tratamiento del paciente que está siendo tratado (Korman & Sarudiansky, 2011). En esta ocasión se incluyó los modelos cognitivo-conductual, Gestalt, aceptación y compromiso.

Con base a lo expuesto, según la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en Adultos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2017), la terapia cognitivo-conductual ha demostrado tener eficacia. Además, se establece que este modelo de terapia presenta menores riesgos de abandono precoz del tratamiento y una menor tasa de recaídas, pues la misma está diseñada para que el paciente aprenda a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen a la persistencia de la sintomatología ansioso-depresiva. Así como en el estudio de Lacomba-Trejo et al. (2021), en el que con la aplicación de este modelo reportó resultados positivos en la intervención con mujeres adultas que padecían trastorno depresivo persistente. Es por las características de este modelo y sus antecedentes de eficacia que se consideró el uso de técnicas cognitivas conductuales en el tratamiento de la paciente M.M, quien tiene características similares a los de los pacientes del estudio mencionado anteriormente.

El siguiente modelo utilizado fue el Gestalt, que considera el duelo como un proceso para equilibrar la relación entre la persona y su entorno después de una pérdida significativa. Este enfoque reconoce que el duelo es un evento por el que todas las personas deben pasar en algún momento de su vida. De manera que las técnicas gestálticas han demostrado ser efectivas en el proceso terapéutico para hombres y mujeres adultos que enfrentan el duelo como en el estudio de Pérez Uribe & Atehortúa Vélez (2016), así como la paciente M.M quien está enfrentando un proceso de duelo tras la desaparición de su hermano.

Finalmente, se utilizó el modelo de aceptación y compromiso (ACT) con el objetivo de que la paciente dejara de evitar su realidad y enfrentara adaptativamente las adversidades, especialmente después de la desaparición de su hermano. Pues según León Wong et al. (2022), la ACT se basa en el contextualismo funcional y aborda la depresión

desde un modelo transdiagnóstico, promoviendo la aceptación de la experiencia y la participación en modelos conductuales.

En cuanto a su eficacia en el tratamiento de la ansiedad, un estudio realizado por Pérez Rivero y Uribe Rodríguez (2016) mostró resultados positivos en una mujer adulta diagnosticada con cáncer de mama, la misma que a consecuencia desarrollo un trastorno relacionado con la ansiedad y depresión, en donde el modelo ACT le permitió aceptar su realidad y buscar nuevos objetivos. Tomando este estudio como ejemplo de efectividad se consideró que el uso de técnicas ACT serían apropiadas en el tratamiento de la paciente.

En la intervención de la paciente se establecieron objetivos claros y se seleccionaron técnicas adecuadas para el plan psicoterapéutico. La primera meta fue enseñar al paciente técnicas para identificar y manejar las emociones, promoviendo la autorregulación emocional. Para ello, se utilizó la psicoeducación, recomendada por Godoy et al. (2020), quienes destacan que intervenciones psicoeducativas disminuyen significativamente las recaídas a corto plazo y ayudan a combatir el estigma y la exclusión asociados a las patologías de salud mental, como resultado de su estudio se resalta que los pacientes incrementaron su participación en los tratamientos, y así mismo disminuyó la tasa de abandono de los mismos, demostrando así su efectividad.

Además, se empleó la técnica del semáforo para fomentar la regulación y la inteligencia emocional, permitiendo que el paciente comprendiera sus emociones, expresara sus sentimientos y se autorregulara. Esta técnica fue utilizada con éxito en niños por Aguaded Gómez y Valencia (2017), en este estudio se propuso enseñar a los niños a controlar sus emociones y no tener reacciones impulsivas, lo cuál también quería lograrse con la paciente. También se utilizaron técnicas como el diálogo socrático, la detención de pensamientos y las autoinstrucciones, basadas en el estudio de Gómez Reyna (2021), quien obtuvo resultados positivos en el tratamiento de un paciente con trastorno mixto ansioso-depresivo, como en el caso de M.M. a quien le sirvieron estas técnicas para manejar comportamientos y conductas desadaptativas que influían negativamente en su desenvolvimiento y desarrollo de relaciones familiares y sociales.

Además, se utilizó la técnica de la silla vacía, la cual fue empleada por Aulet et al. (2019) en el tratamiento del duelo complicado de una paciente adulta. A través de esta técnica, la usuaria logró sentir alivio y generar sentimientos de perdón hacia sí misma mientras se despedía del recuerdo de su madre. Así mismo dentro del artículo también menciona el uso de metáforas, que ayudan a captar la información de manera más sencilla y personal. Razón por la cual, en el presente caso, se aplicaron ambas técnicas y demostraron ser efectivas, facilitando el proceso terapéutico y mejorando el bienestar emocional del paciente.

El segundo objetivo fue mejorar la capacidad fisiológica del paciente ante situaciones estresantes mediante técnicas de respiración que promuevan la relajación y el control de la ansiedad. Para ello, se utilizaron técnicas de mindfulness, respiración cuadrática y el abrazo de mariposa. Esto se corrobora con el estudio de Rueda (2022), en el que se trabajó las mismas técnicas con mujeres adultas que presentaban sintomatología ansiosa-depresiva, logrando que se sintieran reconfortadas y aliviadas tras la inclusión de estas técnicas en sus sesiones.

Como tercer objetivo, se estableció brindar estrategias de afrontamiento asertivo que permitieran gestionar de manera saludable las respuestas y expresar necesidades y opiniones asertivamente en situaciones de conflicto. Para ello, se utilizó el entrenamiento en solución de problemas, una técnica comprobada como efectiva en el estudio de Cavero & Cornejo (2023), donde una mujer adulta de 25 años con sintomatología ansiosa aprendió a resolver conflictos internos y externos, similar a lo que sucedió en este caso, donde la paciente pudo aprender a gestionar y resolver conflictos cotidianos mediante herramientas como la escucha activa y comunicación asertiva.

Además, se aplicó la programación de actividades placenteras, una técnica favorable en diversos casos de trastornos del estado de ánimo. Por ejemplo, en el estudio de Sibaja-Molina (2024), esta técnica ayudó a una paciente a superar su episodio depresivo mediante la programación de momentos de vinculación y autocuidado, así como sucedió en el presente caso, en el que la paciente resolvió proponerse actividades de autocuidado que la

iban a ayudar a mejorar su relación consigo misma. Finalmente, se elaboró un plan de vida con el objetivo de alentar a la paciente a retomar planes que tenía antes de ser madre y que no había podido realizar, sintiéndose culpable por ello, lo cual se asemeja con el estudio de Romero et al. (2024) dado que trabajo esta misma técnica en el caso de una mujer adulta de 50 años diagnosticada con depresión grave sin síntomas psicóticos, logrando cambios positivos en su estado emocional ante el hecho de cambiar la perspectiva de su vida, lo que pudo obtenerse en el caso de la paciente M.M quien se propuso en su plan actividades que había abandonado producto de la sintomatología ansiosa depresiva por ejemplo sus actividades comerciales, políticas y familiares.

En conclusión, la aplicación de estas técnicas permitió activar conductualmente a la paciente y dotarla de objetivos inspiradores para afrontar asertivamente las adversidades de su entorno. Además, se logró una reducción significativa de la sintomatología depresiva, el desánimo, los sentimientos de culpa, la falta de motivación para enfrentar el futuro y la desesperanza, así como la sintomatología ansiosa como la sensación de nerviosismo, preocupación por sensación de peligro o catástrofe y el constante estado de tensión psicomotora.

No obstante, en cuanto a las limitaciones una de las más importantes fue la carencia de información respecto al tratamiento de este trastorno específico, al investigar lo más práctico fue buscar los tratamientos de trastornos depresivos y ansiosos por separado. En definitiva, la escases de trabajos acerca del trastorno mixto ansioso-depresivo han hecho de este trabajo un reto, lo cual, desde otra perspectiva puede suponer una inspiración para que tanto instituciones como profesionales decidan estudiarlo y a proponer estrategias para su tratamiento que contribuyan al futuro bienestar de los pacientes que se vean aquejados por este trastorno.

Conclusiones

Se concluye que, dentro del proceso de evaluación, las técnicas como entrevista, observación aplicación de reactivos como Cuestionario de Personalidad de Salamanca, Examen Cognoscitivo MINIMENTAL e Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck fueron favorables y válidos dado que permitieron identificar la sintomatología de la paciente en cuanto a la ansiedad y depresión para posterior a ello poder llegar a un diagnóstico correcto basado en los síntomas más prevalentes.

En cuanto al diagnóstico, se considera que el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) es válido y confiable para diagnosticar el trastorno mixto ansioso-depresivo, ya que establece pautas claras, tales como: presencia persistente de síntomas ansioso y depresivos, presencia de la sintomatología por varias semanas o mínimo por 6 meses, afectación en la capacidad para funcionar en las áreas laboral, social, familiar o personal y los síntomas no pueden ser explicados por la presencia de otro trastorno mental.

Además, se agrega que la aceptación de eventos negativos, la mejora de las habilidades de comunicación y el tratar de traumas de la niñez y adolescencia son cruciales para promover el bienestar emocional y mitigar la sintomatología depresiva y ansiosa, así mismo, que incentiva al paciente a mejorar sus relaciones familiares, iniciándolo en la búsqueda de herramientas que le ayuden a mejorar estas interacciones y no repetir patrones.

Finalmente, dentro del proceso de intervención se concluye que el modelo integrativo, resultó eficaz puesto que a lo largo de 10 intervenciones con sesiones semanales se obtuvieron los siguientes cambios: reducción de síntomas con respecto al estado de ánimo deprimido y llanto fácil, sentimientos de culpa, tensión y agitación, ideas catastróficas, respuestas agresivas e inapropiadas antes situaciones estresantes, así mismo, dotó a la paciente de herramientas y estrategias para manejar futuras situaciones estresantes o que provoquen malestar.

Recomendaciones

Se recomienda que se continúen aplicando los instrumentos como el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck, Examen cognoscitivo Mini-Mental y el cuestionario de personalidad de Salamanca debido a sus niveles de validez y confiabilidad.

En cuanto al diagnóstico se recomienda que se siga utilizando el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10), debido a que es el único manual que contempla este diagnóstico, además de que provee pautas diagnósticas claras, lo cual permite un diagnóstico preciso y uniforme.

Finalmente, se recomienda continuar el tratamiento psicológico pero esta vez enfocado en el duelo por la desaparición, con el objetivo de ayudar a la paciente a procesar su pérdida, mejorar su bienestar emocional y facilitar su recuperación.

Referencias

- Aguaded Gómez, M., & Valencia, J. (2017). Estrategias para potenciar la inteligencia emocional en educación infantil: aplicación del modelo de Mayer y Salovey. *Tendencias Pedagógicas*, 30, 175-190. [10.15366/tp2017.30.010](https://doi.org/10.15366/tp2017.30.010)
- Álvarez Álvares, G., Armas Prado, J., Luna Febles, O., & Hernández García, N. (2023). Diagnóstico diferencial: ¿Qué es, ¿cómo se hace, ¿dónde lo enseñan? *Revista Científica Villa Clara*, 27(3). <https://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v27n3/1029-3043-mdc-27-03-e3247.pdf>
- Álvarez Velásquez, J. (2014). *Técnica de Detención de Pensamiento*. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/2048>
- Arredondo, K., Mera, M., & Alexander, J. (2021). Trastorno Depresivo Persistente y Trastornos de Ansiedad Generalizada Proveniente de un Estrés Post Traumático Crónico: Presentación de un Caso Clínico. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*, 4(8). <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0027>
- Astorga, C., & Yáber, G. (2019). Proyecto de vida en estudiantes de pregrado de psicología. *Revista Digital del Doctorado en Educación de la Universidad Central de Venezuela*, 5(9), 125-143. [Dialnet-ProyectoDeVidaEnEstudiantesDePregradoDePsicologia-7049136%20\(1\).pdf](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7049136)
- Aulet, A., Herrero, O., & Neimeyer, R. (2019). Uso de la técnica de la silla vacía en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 155-170. <https://dau.url.edu/bitstream/handle/20.500.14342/1759/document%20%282%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Bados López, A., & García Grau, E. (2014). *Resolución de Problemas*. Repositorio Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/54764>

- Barbero, J., Alameda, A., Díaz, L., Jiménez, M., & García, H. (2014). Las cartas de condolencia: marco conceptual y protocolo. *Medicina Paliativa*, 21(4), 160-172. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.006>
- Bedoya, J., Pulido, J., García, J., Aguirre, D., & Cardeño, C. (2021). Factores asociados con la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos en personal de salud de dos centros de referencia para la atención de pacientes con COVID-19 de Antioquia, Colombia. Un análisis de clases latentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 10.1016/j.rcp.2021.09.002
- Beltran Garcia, P., González Pando, D., & Tubio Arcos, E. (2020). "El uso de metáforas como instrumento de cambio terapéutico en salud mental". *Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*, 23https://www.researchgate.net/publication/341293544_El_uso_de_metaforas_como_instrumento_de_cambio_en_salud_mental
- Biblioteca Digital de Seguridad Social. (2017). *Diagnóstico Definitivo*. Glosario de Términos en Seguridad Social. <https://biblioteca.ciess.org/glosario/content/diagn%C3%B3stico-definitivo>
- Burch, V. (2008). Vivir bien con el dolor y la enfermedad: Mindfulness para liberarte del sufrimiento. Kairós.
- Campo, V. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia y seguimiento. <https://www.seypna.com/revista-seypna/articulos/psicoanalisis-psicoterapia-seguimiento/>
- Cavero, R., & Cornejo, M. (2023). Ansiedad en la adultez: Tratamiento Estratégico Cognitivo Conductual en una paciente de 24 años. *PsiqueMag: Revista Científica Digital de Psicología*, 12(2). <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v12i2.2414>
- Cervera, G., Haro, G., Martínez, J., Fuente, M., Bolinches, F., Calero, A., Moreno, J., Portillo, M., Fornes, T., & Querol, T. (2011). Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos. Segunda edición. https://clinica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf

- Díaz Contreras, A., & Valdés García, K. (2023). Intervención en un Caso Clínico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo Y De Ansiedad Generalizada desde la Terapia Racional Emotiva Conductual. *Políticas Sociales Sectoriales*, 1(1), 524-547. <https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/31/28>
- Díaz Novas, J., Gallego Machado, B., & León González, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n1/mgi07106.pdf>
- Espinosa, D., Ibarra, D., Ocampo, D., Montoya, L., Hoyos, A., Medina, L., Tamayo, S., & Zapata, J. (2021). Terminación de la psicoterapia desde la perspectiva de los pacientes. *CES Psicología*, 13(3), 201-221. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802020000300201&script=sci_arttext
- Estrada Araoz, E., & Gallegos Ramos, N. (2021). Sobre la eficacia de los programas psicoeducativos para desarrollar las habilidades sociales en estudiantes de educación básica. *Revista de Investigación: Apuntes Universitarios*, 11(3), 414-418. <https://doi.org/10.17162/au.v11i3.754>
- Estrada Araoz, E., Mamani Uchasara, H., & Mamani Roque, M. (2022). Eficacia de un programa psicoeducativo para desarrollar las habilidades sociales en adolescentes peruanos. *Conrado*, 18(86), 32-38. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442022000300032
- F., Rodríguez Biglieri, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad* (1st ed.). Polemos.
- Fagoaga Jaurena, M., Calleja González, V., & Arrosamena Elieche, R. (2018). *Modelo de entrenamiento en técnica de detención de pensamiento desde enfermería de salud mental*. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2017-6-pos11%5B1%5D.pdf>

- Family Service Center Aside. (2022). La Respiración para tu Salud Mental. *Family Service Center*. <https://wellness4us.org/wp-content/uploads/2022/09/CHS-Self-Care-Breathing.Mindfulness-Span-Eversion.pdf>
- Fernández Ballesteros, R. (2007). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos* (C. Vizcarro Guarch, Ed.). Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (R. Fernández-Ballesteros, Ed.). Ediciones Pirámide.
- García Arias, N., Coral Palacios, T., & Paronyan, H. (2020). La Silla Vacía: Su Utilización por los Jóvenes en la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 462-467. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n6/2218-3620-rus-12-06-462.pdf>
- García Mingrone, A. (2022). *Técnica del semáforo de las emociones: qué es, cómo funciona y cómo trabajarla*. *Psicología-Online*. <https://www.psicologia-online.com/tecnica-del-semaforo-de-las-emociones-que-es-como-funciona-y-como-trabajarla-6626.html>
- García Navia, J., & Rosete Gamboa, E. (2002). Tratamiento farmacológico de la depresión mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(3), 213-219. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300009
- Giner Zaragoza, F., Lera Calatayud, G., Vidal Sánchez, M. L., Puchades Muñoz, M. P., Rodenes Pérez, A., Ciscar Pons, S., Chiclana Actis, C., Martín Vivar, M., Garulo Ibáñez, T., Tapia Alcañiz, J., Díaz Esteban, E., & Ferrer Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (1), 789-799. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400007>

- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez Reyna, R. (2021). Psicoterapia a superviviente de suicidio con trastorno mixto de ansiedad - depresión mediante orientación cognitiva. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*, 4(8), 300-314. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0048>
- González, R., Reyna, M., y Cano, C. (2009). "Los colores que hay en mí": Una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 77-93. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29214106.pdf>
- Hernández Brussolo, R., Romero Reyes, D., Alcázar Zapata, D., Voguel García, N., & Reyes Hernández, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 15-28. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Jaramillo-Moreno, R. (2010). El diálogo socrático en la terapia centrada en el sentido. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(3), 498-500. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80515851013.pdf>
- Jarero, I., & Artigas, L. (2024). El Abrazo de la Mariposa Método de Terapia EMDR para la Autoadministración de Estimulación Bilateral. https://researchgate.net/publication/340385520_El_Abrazo_de_la_Mariposa_Metodo_de_Terapia_EMDR_para_la_Autoadministracion_de_Estimulacion_Bilateral
- Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 113-122. <https://www.redalyc.org/journal/4835/483555971010/html/>

- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. Subjetividad y procesos cognitivos, 15(1), 119-145.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100005
- Lacomba-Trejo, L., García Cuenca, I., & Sanz-Cruces, J. (2021). Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(1), 1-16.
https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_12_1_e3.pdf
- Legg, T., & Stinson, A. (2021). ¿Qué es la respiración del cuadrilátero? *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/respiracion-del-cuadrilatero>
- León Wong, V., Heras Benavides, D., & Polo-Martínez, M. (2022). Terapia breve centrada en soluciones y terapia de aceptación y compromiso para la depresión. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 7(1), 516-618.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8552209>
- López Palma, A., Benítez Hurtado, X., León Ron, M., Maji Mozo, P., Moninguez Montoya, D., y Baez Quiñónez, D. (2019). La Observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 12(2).
<https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/730>
- Lotero Osorio, H. D., & Arias Zuleta, A. M. (2016). Psicología basada en la evidencia y trastorno de estrés postraumático Un análisis de caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(1), 59-78.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912901>
- Lozano, C. (2023). *La Técnica del Semáforo*. <https://carolinalozano.es/la-tecnica-del-semaforo/>

- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Ricón González, P., y Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26, 59-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Mera-Posligua, M., Arredondo-Aldana, K., & Ponce Alencastro, J. (2021). Trastorno de Ansiedad Generalizada Abordado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso: Caso Clínico. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*, 4(8), 73-85. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0032>
- Mingote Adán, J., Gálvez, M., Del Pino, P., & Gutiérrez, M. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(21), 41-63. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2009000100004&script=sci_arttext
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2008). Entrenamiento en Autoinstrucciones: Palabras que Apuntalan las Acciones. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 15, 1-5. <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/entrenamiento-en-autoinstrucciones.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y de los trastornos depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf
- Moix Queraltó, J. (2006). Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 116-122. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1343.pdf>
- Montaño Fidalgo, M., Frojá Parga, M., Ruiz Sáncho, E., y Virués Ortega, F. (2011). El Proceso Terapéutico "Momento a Momento" desde una Perspectiva Analítico-Funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101-119. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180621194002.pdf>

- Montoya, A., & Calderón, F. (2022). Psicoterapia Gestalt: una intervención para la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4), 1436-1461. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi224k.pdf>
- Muñoz López, M., & Pérez-Santos, E. (2013). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2nd ed.). Pirámide.
- Navarro de Palencia, E. (2018). *Importancia de las actividades agradables en el tratamiento de la depresión*. <https://www.psicologaemmanavarrodepalencia.com/importancia-de-las-actividades-agradables-en-el-tratamiento-de-la-depresion/>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ª ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Trastornos de Ansiedad*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Se%20calcula%20que%20un%204,los%20trastornos%20mentales%20\(1\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Se%20calcula%20que%20un%204,los%20trastornos%20mentales%20(1).)
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Ortega Otero, M., Rubio, M. E., y Kendzierski, M. (2015). Dificultades en la relación maternofilial: un caso tratado mediante entrenamiento en asertividad y otras técnicas complementarias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163-164), 41-57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405216>
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K., Bravo Calderón, M., & Martínez Medina, M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI,

- Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Elsevier*, (26), 181-187.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Pérez Rivero, P., y Uribe Rodríguez, A. (2016). Terapia de Aceptación y compromiso en un caso de Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión en una Paciente con Cáncer. *Psicooncología*, 13(1), 101-111.
<https://pdfs.semanticscholar.org/61f2/6651f35e9de0c2672903b06f12b4c981e103.pdf>
- Pérez Uribe, D., & Atehortua Vélez, M. (2016). La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista. *Revista electrónica Psyconex*, 8(12), 1-9.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/326982>
- Pinos Sigcha, M., & Álvarez Saquinaula, D. (2022). Descripción de la técnica de autoinstrucciones en profesionales sanitarios ante situaciones de emergencia y desastre sanitario (covid-19). *Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(42), 323-336. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp323-336>
- Poza Rodríguez, I., Cales, J., & Escarabajal Arrieta, M. (2023). Silla Vacía: La realidad Proyectada. *Revista de Psicoterapia*. 34(124), 165-174.
<https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.35689>
- Recaredo, J. (2021). *Reflexión: La familia y el burro*.
<https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/2021/reflexion-la-familia-y-el-burro.html>
- Rojas, D., Segura, A., Cardona, D., Segura, Á., y Osley, M. (2017). Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. *Revista CES Psicología*. 10(2), 17-27.
<https://www.redalyc.org/pdf/4235/423553242002.pdf>
- Romero, E., Bautista, Y., y Celi, E. (2024). Propuesta de tratamiento conductual cognitivo para un caso clínico de depresión grave sin síntomas psicóticos en un adulto.

- Acta Psicológica Peruana*, 9(1), 126-142.
<http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/425>
- Rosado, A., y González, J. (2012). Carta de Despedida. *Index de Enfermería*, 21(4), 239-240. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300013>
- Rueda, P. (2022). Mindfulness en consulta: la práctica de la respiración y de la amabilidad con uno mismo. *Escritos de Psicología*, 15(1), 50-58. doi.org/10.24310/espsiescpsi.v15i1.13971
- Sibaja-Molina, J. (2024). Trastorno depresivo persistente: Evaluación clínica y abordaje psicoterapéutico desde la terapia cognitivo conductual. Estudio de caso único. *Revista Clínica Contemporánea*. 15(1), 1-14. https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_15_1_e2.pdf
- Simpson - Fallas, D., y Torres - Artavia, G. (2023). Trastorno mixto ansioso-depresivo en funcionarios de la salud, durante la pandemia del SARS-CoV-2. *Acta Médica Costarricense*, 66(3), 1-5. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v65n3/0001-6002-amc-65-03-124.pdf>
- Soriano, J., Pérez, M., Molero, M., Tortosa, B., y González, A. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *European Journal of Education and Psychology*, 12(2), 191-206. <https://www.redalyc.org/journal/1293/129365934007/html/>
- Suárez-Barros, A., Alarcón Vásquez, Y., & Reyes Ruiz, L. (2018). Proyecto de vida: ¿proceso, fin o medio en la terapia psicológica y en la intervención psicosocial? *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5), 505-511. <https://www.redalyc.org/journal/559/55963207012/html/>
- Tena Hernández, F. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM. Revista Científica-Sanitaria*, 4(3), 36-45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

- University College London. (2018). Actividades agradables: ¿cómo influyen en mi estado de ánimo? In *START: Estrategias para Familiares*. https://www.ucl.ac.uk/psychiatry/sites/psychiatry/files/7._start_actividades_agradables_familiar_enero2020_compressed.pdf
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de NeuroPsiquiatría*, 79(1), 42-51. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- Vázquez González, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7978>
- Vélez Gómez, P., y Restrepo Ochoa, D. (2008). El Proceso de Terminación en Psicoterapia de Tiempo Limitado: Aspectos Clínicos y Técnicos. *Revista CES Psicología*, 1(2), 58-68. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423540422006.pdf>
- Zaldívar Pérez, D. (1994). Entrenamiento asertivo, aprendizaje social y entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Cubana de Psicología*, 12(2-3), 99-107. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v11n2-3/01.pdf>