



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE
TRASTORNO MIXTO ANSIOSO
DEPRESIVO

TRABAJO DE SUFICIENCIA
PROFESIONAL PARA OPTAR EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

CLARISA THALIA MEZA LORENZO

LIMA – PERÚ

2023

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

por Clarisa Thalia MEZA LORENZO



Elena Martínez Díaz

Fecha de entrega: 10-oct-2023 05:32p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2191823029

Nombre del archivo: INTERVENCION-CLARISA_MEZA-TSP.docx (309.26K)

Total de palabras: 26320

Total de caracteres: 145496

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	www.topdoctors.es Fuente de Internet	1%
3	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. VIVIAN DEL CARMEN LANDÁZURI WURST

Presidente

Mg. DANITSA ALARCÓN PARCO

Vocal

Mg. SUSANA ELIZABETH MAMAMI QUISPE

Secretaria

ASESORA DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Lic. ELENA DEL ROSARIO MARTINEZ DÍAZ

DEDICATORIA

A dios, por guiarme y darme sabiduría.

A mis padres, Clarisa y Fredy, por su inquebrantable amor y apoyo, su continuo aliento, enseñarme el valor de la familia y apoyarme a lo largo de mi carrera.

A mis hermanos, por animarme a seguir adelante y por ser un pilar de soporte en mi vida, especialmente a Jackeline.

Y a todos los que me motivaron a seguir adelante y a no rendirme.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme disfrutar de mi familia, por proporcionarme salud y conocimientos que guiarán mi futuro.

A mis padres, Clarisa, mi madre, por su amor incondicional, entrega y paciencia, y por estar siempre ahí para inspirarme y a mi padre, Fredy, por enseñarme a luchar por mis aspiraciones y por su confianza en mí.

A mis hermanos mayores, Fredy, Dina y Quely, que siempre me animaron y ayudaron con sus consejos. A mi hermana menor Jackeline, que ha sido un pilar de apoyo para mí durante este proceso y me anima continuamente.

A mis amigas, de colegio, Mirian, Margot, Estefany y Zenaida por motivarme, escucharme y no permitir que me rindiera. De universidad, Gabriela, Andrea y Evelyne por apoyarme, preocuparse de mis avances y guiarme en este proceso.

A Mayki, por animarme y ser mi soporte emocional durante este proceso.

A mi asesora, Lic. Elena del Rosario Martínez Díaz por su compromiso y adecuado asesoramiento profesional, corrección y supervisión en la ejecución de mi trabajo.

A mi casa de estudios, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), por permitir convertirme en una profesional, por brindarme las herramientas necesarias para desarrollarme en la vida laboral, asimismo a cada docente que participó en mi formación.

Y finalmente, agradezco a la persona que inspiró este trabajo, por su apertura, confianza y por compartir su vida conmigo.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO	4
Descripción de la empresa	4
<i>Misión</i>	6
<i>Visión</i>	6
<i>Valores</i>	6
Descripción del puesto desempeñado	6
<i>Nombre del puesto</i>	6
<i>Principales funciones a cargo</i>	6
<i>Jefa inmediata a cargo</i>	8
Descripción de la trayectoria profesional.....	8
<i>Experiencia profesional</i>	8
<i>Línea de investigación</i>	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	11
Ansiedad	11
<i>Signos y síntomas de la ansiedad</i>	12

<i>Tipos de ansiedad</i>	13
<i>Epidemiología del trastorno de ansiedad</i>	15
Depresión	15
<i>Signos y síntomas de la depresión</i>	16
<i>Tipos de depresión</i>	18
<i>Epidemiología del trastorno depresivo</i>	19
Trastorno mixto ansioso-depresivo	20
<i>Criterios diagnósticos del trastorno mixto ansioso-depresivo</i>	21
<i>Diagnóstico diferencial</i>	22
<i>Factores relacionados con el trastorno mixto ansioso-depresivo</i>	23
<i>Epidemiología del trastorno mixto ansioso depresivo</i>	23
Psicoterapias cognitivas	24
<i>Terapia racional-emotiva-conductual de Ellis (1995)</i>	25
Modelo A-B-C.	27
Principales técnicas de intervención.	28
<i>Terapia cognitivo-conductual de Beck (1960)</i>	30
Modelo Cognitivo Conductual.	31
Tipos de pensamientos según Beck.	32
Principales técnicas de intervención.	35

Intervención en el trastorno mixto ansioso-depresivo	39
<i>Intervención cognitivo- conductual en la ansiedad</i>	40
<i>Intervención cognitivo conductual en la depresión</i>	42
Antecedentes a nivel nacional e internacional	44
<i>Nacionales</i>	44
<i>Internacionales</i>	46
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	50
Contextualización y justificación del problema	50
<i>Descripción general de la problemática</i>	50
<i>Descripción del problema encontrado</i>	52
<i>Justificación del tema</i>	56
Resultados de los instrumentos empleados.....	57
Intervención.....	59
<i>Objetivos de la intervención e indicadores</i>	61
Objetivo general.	61
Objetivo específico.	62
Indicadores de logro.	62
<i>Público objetivo que participó en la intervención</i>	63
<i>Descripción del procedimiento</i>	64

Plan de intervención.	64
Actividades y sesiones.	65
Metodologías empleadas en caso o programa.	74
<i>Descripción de los instrumentos utilizados.</i>	74
<i>Procedimiento de evaluación.</i>	78
<i>Monitoreo y/o Evaluación</i>	79
Consideraciones éticas.	81
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.	83
Describir los resultados hallados.	83
Discusión de los resultados.	99
CAPÍTULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA.	110
Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.	110
Impacto a nivel profesional.	111
Impacto en la institución/paciente con los resultados hallados.	112
Aporte en el área psicológica y en el contexto.	113
CONCLUSIONES.	114
RECOMENDACIONES.	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	117
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados de la Escala de autoevaluación de Ansiedad (EAA)	57
Tabla 2 Resultados de la Escala de Autoevaluación de depresión (EAD).....	57
Tabla 3 Resultados de las puntuaciones cuantitativas del inventario de Millon.....	58
Tabla 4 Resultados de la escala de autoestima de Rosenberg	59
Tabla 5 Cronograma de trabajo.....	66
Tabla 6 Registro de emociones al inicio del tratamiento.....	85
Tabla 7 Registro de emociones después del tratamiento.....	87
Tabla 8 Ficha de registro de pensamiento al inicio del tratamiento.....	90
Tabla 9 Resultados del registro de pensamiento y su clasificación (distorsión cognitiva).....	92
Tabla 10 Ficha de registro de pensamiento después del tratamiento.	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema del modelo cognitivo de Beck.....	33
Figura 2 Diagrama de intervención.....	79
Figura 3 Resultado de pre-post de la intensidad de las respuestas fisiológicas.....	84
Figura 4 Resultados de las técnicas de relajación utilizadas durante la intervención	86
Figura 5 Resultados del registro del número de actividades realizadas semanalmente	89
Figura 6 Resultados de las unidades subjetivas de malestar (SUD)- ansiedad.....	95
Figura 7 Resultados de la ficha de resolución de problemas sobre las situaciones percibidos como estresantes.....	97
Figura 8 Resultados de las fichas de registros de conductas asertivas y no asertivas	98

RESUMEN

Se desarrolló una intervención cognitivo conductual en una consultante de 22 años diagnosticada de trastorno mixto ansioso-depresivo que presentaba problemas académicos, sociales y familiares. Dicha intervención tuvo como objetivo general, reducir los niveles de ansiedad y depresión a través de una intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno mixto ansioso-depresivo. El procedimiento incluyó 24 sesiones individuales. Ante lo expuesto, se decidió iniciar el proceso de evaluación psicológica a través de entrevistas semiestructuradas, hojas de datos y pruebas psicométricas como la escala de autoevaluación para la depresión y la ansiedad de Zung, encontrando así niveles severos de ansiedad y depresión. Como resultado, se redujeron los síntomas ansiosos-depresivos, lo que se tradujo en una ansiedad mínima y depresión clínica normal, además se adquirió diversas habilidades como regulación emocional, reestructuración de pensamientos distorsionados, afrontamiento de situaciones ansiógenas, resolución de problemas y comunicación asertiva.

Palabras claves: Intervención cognitivo conductual, ansiedad, depresión, reestructuración cognitiva.

ABSTRACT

A cognitive-behavioral intervention was developed in a 22-year-old female patient diagnosed with mixed anxiety-depressive disorder who was having academic, social, and familial issues. The general objective of this intervention was to reduce the levels of anxiety and depression through a cognitive behavioral intervention in a case of mixed anxiety-depressive disorder. The procedure included 24 individual sessions. Given the above, it was decided to initiate the psychological evaluation process through semi-structured interviews, data sheets and psychometric tests such as the Zung self-assessment scale for depression and anxiety, thus finding severe levels of anxiety and depression. As a result, anxious depressive symptoms were reduced, resulting in minimal anxiety and normal clinical depression, and various skills such as emotional regulation, restructuring of distorted thoughts, coping with anxiogenic situations, problem solving and assertive communication were acquired.

Key words: Cognitive behavioral intervention, anxiety, depression, cognitive restructuring.

INTRODUCCIÓN

La depresión y los trastornos de ansiedad, pese a ser condiciones distintas; están comúnmente conectadas entre sí, de modo que pueden coexistir en un mismo paciente. Así lo indica Zaratiegui (2023), quien señala que la ansiedad y la depresión son dos de los motivos más frecuentes de consulta en el tratamiento ambulatorio y con frecuencia aparecen vinculados en el paciente. Por tanto, integran una combinación muy usual, por lo que la separación clínica es, en ocasiones, difícil. Por consiguiente, para facilitar la intervención, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) lo incluye en la categoría de trastorno mixto ansioso-depresivo, que se distingue por la presencia de síntomas de ambas afecciones, pero sin predominio de ninguna de ellas (Gil et al., 2019).

Asimismo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de ansiedad y la depresión está aumentando alrededor del mundo, interfiriendo en la vida de quien las padece y afectando diversos aspectos como el trabajo, la familia y las actividades diarias; constituyendo la principal causa de discapacidad y mortalidad (Ministerio de Salud [MINSA], 2020).

Es por ese motivo que las instituciones están progresivamente más interesadas en encontrar intervenciones eficaces a efecto de mejorar el estado del paciente, contemplando la reducción de los síntomas correspondientes al trastorno mixto ansioso-depresivo. En ese sentido, autores como Cuerda (2020), Suárez (2021) y Rodríguez (2023) mencionan que el enfoque cognitivo conductual es el más exitoso en dichas problemáticas ya que ayuda a reducir los niveles de depresión y ansiedad, así

como también a modificar los pensamientos distorsionados; deviniendo en la optimización del bienestar del paciente.

A raíz de lo precedente, el objetivo general del estudio de caso consiste en reducir los niveles de ansiedad y depresión a través de una intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno mixto ansioso-depresivo. Para este objetivo, se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual, siendo no solo beneficiosa para la remisión de los síntomas, sino que también contribuye con que la consultante adquiera habilidades y estrategias en aras de prevenir una recaída y poder afrontar los numerosos problemas que experimentará en su vida.

Complementario a lo detallado, el primer capítulo ofrece información sobre el centro de intervención, definiendo brevemente su visión, objetivo y valores, así como el puesto desempeñado y sus funciones y, por último, la línea de investigación elegida. Por otro lado, el segundo capítulo, por su parte, explica el marco teórico sobre el que se fundamenta este estudio de caso. En él se ofrece información sobre el enfoque de la terapia cognitivo-conductual y sus principales estrategias de intervención, así como términos como depresión, ansiedad y trastorno mixto ansioso-depresivo. Por último, se presentan investigaciones nacionales e internacionales como antecedentes del trabajo.

El tercer capítulo explica sobre la metodología, la contextualización y la justificación del problema. Del mismo modo, la intervención, además, se exponen los objetivos generales y específicos, los instrumentos empleados y una descripción del procedimiento (cronograma de trabajo).

Por otro lado, el cuarto capítulo respecta a los resultados, donde se describen a profundidad los hallazgos obtenidos de la intervención y el análisis. Asimismo, el quinto capítulo muestra la reflexión de la experiencia, esbozándose las limitaciones, el impacto a nivel profesional e institucional, así como la contribución en los ámbitos psicológico y contextual. Finalmente, se mencionan las conclusiones y algunas recomendaciones del trabajo.

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

Descripción de la empresa

El centro de atención psicológica es una empresa privada peruana que proporciona asistencia y asesoramiento, así como acompañamiento, talleres e intervención psicológica a individuos que experimentan dificultades en todas las fases del desarrollo humano; siendo ofrecidos sus servicios en dos modalidades: presencial y virtual.

La nombrada entidad fue formada en 2016 por tres profesionales de la salud para proteger la salud mental y la integridad de las personas. Comenzó con una sede en el distrito de San Martín de Porres, al norte de Lima, donde se brindaron intervenciones psicoterapéuticas y consultas de nutrición. Con el tiempo, se fundó otra oficina en el distrito de Pueblo Libre, lugar donde se dio apertura el área de psiquiatría y también se ofrecen terapias psicológicas. Se precisa mencionar que ambas sedes funcionan hasta la actualidad.

No obstante, en el 2020, debido al confinamiento por la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), se cerraron los consultorios y se abrió la modalidad de atención online en agosto de 2021. Más adelante, se reabrieron los consultorios, contando con dos modalidades de atención: presencial y digital, las cuales siguen vigentes en la actualidad.

En cuanto a las intervenciones psicológicas, solo se utilizaba el enfoque cognitivo-conductual; sin embargo, a medida que transcurría el tiempo y aumentaba

la demanda de casos, se sumaron los enfoques de la terapia racional-emotiva-conductual y la terapia dialéctico-conductual. También se habilitaron servicios como orientación y consejería psicológica, acompañamiento emocional y talleres grupales; siendo un motivo para considerar incrementar el personal del área de salud mental.

A la fecha, el centro psicológico dispone de un equipo multidisciplinario compuesto por colaboradores distribuidos en tres áreas que son Psicología (tres psicólogos especializados y tres asistentes), Nutrición (una especialista en Nutrición) y Psiquiatría (un psiquiatra). El personal de salud mental atiende casos con problemáticas como trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, estrés, problemas de autoestima, duelo, falta de control de impulsos, trastornos de personalidad dependiente, trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos generalizados del desarrollo, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos del sueño, trastorno límite de la personalidad, trastorno de la personalidad antisocial, trastornos por el consumo de sustancias. Asimismo, abarca diversos grupos etarios como niños, adolescentes, adultos y al adulto mayor.

Por consiguiente, a fin de brindar un trato excepcional a sus pacientes, se realiza psicoeducación continua a las familias de los pacientes, así como también se otorgan actividades de formación y seminarios para sus profesionales. A continuación, se explicitan principios que representan los pilares que sustentan el funcionamiento del centro psicológico:

Misión

Promover la salud mental en la población con una atención de calidad en orientación y consejería psicológica, acompañamiento, talleres e intervención, con métodos terapéuticos eficaces que mejoren la calidad de vida de las personas.

Visión

Ser una organización reconocida a nivel nacional que cuenta con profesionales competentes y comprometidos con favorecer el bienestar integral, contribuyendo a desarrollar una mejora en la salud mental de la comunidad.

Valores

El centro tiene como valores el compromiso, responsabilidad, integridad, equidad, empatía, ética y confidencialidad.

Descripción del puesto desempeñado

Nombre del puesto

Asistente de Psicología. Se desempeña como psicóloga encargada de la evaluación e intervención de los consultantes, bajo la supervisión de un Licenciado en Psicología, habilitado y colegiado.

Principales funciones a cargo

Las funciones que realizan todos los asistentes de psicología se establecieron bajo la supervisión de la directora de la institución, quien es una psicóloga licenciada y colegiada. Estas labores se detallan de la siguiente manera:

- Intervención psicológica individual bajo supervisión, utilizando el enfoque cognitivo-conductual en casos con trastorno de la ansiedad, trastorno de depresión, trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno de la conducta alimentaria y desregulación emocional.
- Intervención psicológica individual, igualmente bajo supervisión, donde se emplea el enfoque dialéctico-conductual en casos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, trastorno por el consumo de sustancias y trastorno de estrés postraumático.
- Evaluación y diagnóstico psicológico: Se realiza una evaluación psicológica a fin de identificar el diagnóstico a través de la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas, así como también de entrevistas individuales y familiares.
- Orientación y consejería sobre el diagnóstico asignado, el régimen de tratamiento y la evolución del paciente.
- Elaboración de informes psicológicos, se revisan los resultados del examen psicológico y se redacta un informe sobre el diagnóstico y la intervención psicológica; a petición del paciente.
- Orientación psicológica a familiares de los pacientes, que consiste en guiar a las familias de los pacientes sobre el diagnóstico, la evolución y las contribuciones que pueden hacer durante el tratamiento de los pacientes.
- Psicoeducación continua para pacientes y familiares en torno a temas como trastorno de la ansiedad, trastorno de la depresión, estrés, problemas de autoestima y otras enfermedades psicológicas, así como el valor de la red de apoyo.

- Talleres grupales con el propósito de que los pacientes conozcan a otros usuarios con problemáticas similares y comprendan de forma más efectiva sus diagnósticos.
- Elaboración de temas para el desarrollo de terapias grupales como relajación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Elaboración de estrategias de tratamiento para los distintos casos expuestos en sesión.
- Diseño de materiales necesarios para talleres, programas y charlas educativas brindadas por la empresa.
- Proporcionar seguimiento a cada paciente.

Jefa inmediata a cargo

La directora general del centro psicológico es una psicoterapeuta colegiada y licenciada cuyo ejercicio profesional está respaldado en más de 7 años de experiencia en la atención a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores con diversos trastornos. Cuenta con dos especialidades en terapia cognitivo-conductual y terapia dialéctico-conductual. Así mismo, supervisa a los asistentes de psicología en las intervenciones terapéuticas.

Descripción de la trayectoria profesional

Experiencia profesional

El presente trabajo de suficiencia profesional se enmarca dentro de la psicología clínica, debido a que consistió en la evaluación e intervención a través de

un plan de tratamiento basado en el enfoque cognitivo conductual en un caso con trastorno mixto ansioso-depresivo, diagnosticado por el área de psiquiatría, y supervisado por una psicóloga especializada. Así, se elaboró un conjunto de acciones que se precisa en la formación.

Plan de trabajo

Actividades generales en el área clínica. Las funciones expuestas en el plan de trabajo son supervisadas y realizadas por la directora general (psicóloga colegiada y habilitada), quien está especializada en terapia cognitivo-conductual y terapia dialectico conductual.

- Evaluación y diagnóstico mediante una entrevista psicológica, en función de las circunstancias, se contempla el uso de pruebas psicométricas y proyectivas.
- Intervención terapéutica bajo los enfoques de la terapia cognitivo-conductual, cognitivo-emotivo-racional y dialéctico-conductual. La estrategia de intervención se diseña de conformidad con el diagnóstico del paciente. También se recurre a la psicoeducación a efecto de aumentar la adherencia al tratamiento, el entrenamiento en habilidades, la reestructuración cognitiva, debates y asignación de tareas.
- Orientación y consejería que se ofrecen tanto a los nuevos pacientes como a sus familiares con el fin de guiar y validar sus emociones; así como facilitar su comunicación.

- Talleres y charlas que se brindan a pacientes y al público en general, con el objetivo de ampliar conocimientos y desarrollar habilidades, respecto a temas como trastorno de depresión, trastorno de la ansiedad, problemas de autoestima u otros casos que se tratan en consulta.
- Contribuciones a la comunidad que se centran en situaciones sociales con medios económicos limitados, realizándose una evaluación y ofreciéndose 15 sesiones de intervención psicológica que se ajusten a las necesidades del paciente.
- Seguimiento e informes puesto que, después de 15 a 20 sesiones, se lleva a cabo una evaluación sobre el progreso del paciente y se replantean las estrategias.

Línea de investigación

El actual trabajo de suficiencia profesional se orienta en la línea del bienestar psicológico y la salud mental ya que analiza variables sobre elementos emocionales y salud mental de los individuos a fin de optimizar la adaptabilidad y la calidad de vida percibida (Universidad Peruana Cayetano Heredia [UPCH], 2023).

Del mismo modo, este trabajo se ciñe al objetivo de desarrollo sostenible 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" puesto que se focaliza en trabajar en la salud y el bienestar de los humanos, ampliando así, la esperanza de vida y disminuyendo las causas de muerte (Organización de las Naciones Unidas, [ONU], 2023).

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Ansiedad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad es una reacción emocional natural ante estímulos considerados como amenazantes; sin embargo, cuando esta sintomatología se vuelve cotidiana y deriva en una alteración clínicamente significativa para el sujeto, tiende a convertirse en una ansiedad patológica (Chacón et al., 2021).

Por otro lado, según la American Psychological Association (APA, 2022), la ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios corporales en los que el individuo anticipa el peligro. Las personas con trastornos de ansiedad tienen pensamientos recurrentes, evitan determinadas situaciones y presentan síntomas como sudoración, temblores, mareos o taquicardia. En este contexto, en la actualidad existen terapias que pueden facilitar la calidad de vida del paciente que sufre tales malestares (Torales et al., 2021).

Por otra parte, para la Oficina de Salud Mental del Estado de New York (OMH, 2018), la ansiedad se produce en la vida cotidiana; no obstante, para los individuos que padecen un cuadro de ansiedad, esta no cesa y, con frecuencia, empeora con el tiempo; de manera que interfiere en sus tareas diarias como el trabajo, la escuela y las interacciones interpersonales. Además, la ansiedad se divide en tipos como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad específica, la agorafobia, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático.

Ante este panorama, los estudios epidemiológicos señalan que la ansiedad es una de las afecciones más habituales en la sociedad, independientemente del sexo o la edad; por lo que puede comportar un malestar tolerable en tanto se mantenga dentro de los límites normativos; sin embargo, el problema surge cuando se manifiesta de forma continua o intensa en situaciones no amenazantes; causando malestar y sufrimiento a la persona que la padece. Como resultado, la ansiedad es un foco que se extiende, suscitando enfermedades adicionales y aumentando el riesgo de comorbilidad o dualidad clínica (Espinosa et al., 2018).

Signos y síntomas de la ansiedad

Existe una gran cantidad de síntomas e indicadores comprendidos en el trastorno de ansiedad; los que pueden ser intensificados a través del uso de drogas, así como el café y algunos medicamentos. Al respecto, Chieng y Medina (2020) postulan lo siguiente:

- Aspecto emocional, incluye sentimientos de peligro o catástrofe, inseguridad, ansiedad excesiva ante la posibilidad de que ocurran eventos aversivos, así como dificultad para manejar problemas, estrés, pérdida de control y pensamientos o visiones catastróficas frecuentes.
- Síntomas físicos que abarcan palpitaciones rápidas, somnolencia, sudoración excesiva, respiración acelerada, dificultad para respirar, mareos, temblores o sacudidas, irritabilidad o ataques de ira, tensión muscular, problemas gastrointestinales, náuseas, dolor estomacal, así como también problemas para conciliar el sueño y de concentración.

- Aspecto social, que engloba cambios en las actividades cotidianas como laborales, académicas, domésticas, etc.; comprometiendo la evitación de entornos sociales, personas o lugares. También supone desconfianza hacia las personas o falta de voluntad para abandonarlas, arrebatos temperamentales ante circunstancias de separación o temor, del mismo modo, la repetición de rutinas.

Tipos de ansiedad

Aquellos síntomas y desencadenantes de ansiedad pueden diferenciarse de acuerdo con la categoría a la cual pertenecen; en concordancia con lo expuesto por la OMH (2018). A continuación, se detallan las siguientes:

- Trastorno de ansiedad generalizada, se distingue por preocupaciones extremas sobre la salud, el dinero, los problemas familiares y otros motivos. Los síntomas integran el preocuparse excesivamente por las cosas cotidianas, tener dificultades para controlar sus preocupaciones, sentirse inquieto, dificultades para la concentración, sobresaltarse rápidamente, complicaciones para comer, sudar en exceso y temblar o realizar movimientos involuntarios.
- El trastorno de pánico, se distingue por ataques breves y recurrentes de miedo que persisten varios minutos o más. Suelen manifestarse como miedo al desastre o a la falta de control, aunque no exista una amenaza real. Los síntomas, frecuentemente, comprometen ataques de pánico repetidos, una sensación de descontrol, temor a la muerte, taquicardia y miedo al lugar donde se ha producido el ataque de pánico.

- Trastorno de ansiedad social, que implica sentir temor frente a situaciones sociales como conocer gente, tener citas, acudir a entrevistas de trabajo, ir al trabajo, asistir a reuniones sociales, comer fuera y beber delante de otras personas; los síntomas encierran las náuseas, sentirse cohibido delante de los demás, tener miedo de los demás y presentar dolencia estomacal.
- Trastorno de fobias específicas, se trata del temor ante un determinado objeto o situación como animales, alturas o tormentas. Los síntomas comprenden un miedo o ansiedad notable ante una circunstancia u objeto concretos, miedo desproporcionado a la amenaza real y evitación de la situación u objeto.
- Agorafobia, que se caracteriza por el miedo a los espacios abiertos, a los lugares pequeños o cerrados y a estar en una multitud. Los síntomas incluyen miedo a salir de casa solo, miedo a estar en un grupo social numeroso, temor a los lugares cerrados y abiertos, rechazo a utilizar el transporte público, miedo desmesurado al peligro real y problemas con interacciones sociales.
- El trastorno obsesivo-compulsivo, se caracteriza por la aparición de pensamientos incontrolables y recurrentes que generan conductas repetitivas, provocando angustia y derivando en comportamientos que interfieren con las tareas cotidianas. Los síntomas abarcan obsesiones como el miedo a los gérmenes o a la contaminación, el temor al olvido, el miedo a la pérdida de autocontrol; y compulsiones como limpiar o lavar en exceso, ordenar objetos, comprobar cosas repetidamente y contar compulsivamente.
- El trastorno de estrés postraumático se ocasiona tras presenciar un incidente desagradable, aterrador o mortal. Los síntomas incluyen flashbacks, pesadillas,

pensamientos temerosos, sobresaltarse con facilidad, tensión, dificultad para dormir y arrebatos de ira.

Epidemiología del trastorno de ansiedad

Según la OMS, en el año 2020 se registraron 260 millones casos de trastornos de ansiedad; siendo los más afectados los adolescentes que experimentaron alrededor del 90%. Mientras tanto, la Organización Panamericana de Salud (OPS), tipificó a la ansiedad como la segunda patología más incapacitante en las Américas, con una incidencia global que oscila entre el 3,8% y el 25%. Además, reporta una prevalencia de hasta el 70% en los cuadros crónicos (Chacón et. al, 2021).

Complementario a lo precedente, Zaratiegui (2023) en los estudios sobre la carga mundial de la enfermedad, se descubrió una prevalencia en ansiedad del 28,8%, frente al 18,1% del año anterior. Asimismo, en 2015, se investigaron 24 naciones y se descubrió una tasa que oscilaba entre el 5,8% y el 8,8%; y en América Latina, se halló una prevalencia que fluctuaba entre el 14,9% y el 16,2%.

Depresión

Según la American Psychiatric Association (APA, 2022), la depresión es un trastorno muy común y grave que altera la forma de pensar, sentir y obrar del individuo. Este desorden afectivo suele generar sentimientos de tristeza y desinterés por actividades que antes suponían disfrute personal; causando problemas a nivel emocional y físico, reduciendo su capacidad en diversos ámbitos como en el trabajo y en el hogar. Vale decir que este impacto multidimensional ha sido reforzado por la OMS (2021), constituyendo un cuadro que amerita la debida atención.

Asimismo, sus síntomas varían de moderados a graves, involucrando inquietudes y temores intensos, desproporcionados y persistentes ante acontecimientos cotidianos. Estos incluyen una falta marcada de interés, cambios en la alimentación, problemas de sueño, cansancio, sentimientos de inutilidad y pensamientos suicidas, (Ospina y Ruiz, 2021).

En consecuencia, la depresión se concibe como un problema de salud pública porque su prevalencia es muy alta en todo el mundo y su origen es muy complejo dado que intervienen diferentes factores: psicosociales, genéticos y biológicos. Además, las personas más propensas a desarrollar un cuadro clínico son aquellas que han vivenciado por circunstancias adversas, así mismo, puede provocar más estrés y disfunciones en la persona afectada (Corea del Cid, 2021).

Signos y síntomas de la depresión

Aunque los síntomas difieren de una persona a otra, es vital que al entrevistar al paciente se busquen signos o síntomas, los cuales, desde la perspectiva de la OMH (2018) son los siguientes:

- Sentimientos de melancolía, preocupación o "vacío" que persisten.
- Emociones de desesperanza o pesimismo.
- Irritación, frustración o inquietud.
- Culpabilidad, inutilidad o sensación de impotencia.
- Falta de deseo o disfrute de sus aficiones y actividades, especialmente del deseo sexual.
- Fatiga, falta de vigor o sensación de lentitud.

- Dificultad para centrarse, retener información y emitir juicios.
- Problemas para dormir o conciliar el sueño; de modo que la persona se despierta temprano por la mañana o duerme en exceso.
- Alteraciones inesperadas del apetito o del peso.
- Dolores y molestias como cefaleas, calambres o problemas digestivos que no tienen una explicación física obvia o que no mejoran a pesar de la terapia.
- Ideación suicida y/o intento de suicidio.
- Baja autoestima en la persona que lo padece.
- Incapacidad para experimentar emociones ante distintas situaciones que provocan emociones como tristeza o alegría.

Por otro lado, de acuerdo con Sarmiento (2021), la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) clasifica los trastornos del estado de ánimo o afectivos (F30-F39), indicando que deben durar al menos dos semanas e incluyen síntomas como bajo estado de ánimo, falta de interés o capacidad de disfrutar y aumento del cansancio, los cuales varían de leve a moderado.

De forma consistente, Madero et al. (2020) menciona que, de conformidad con la CIE-10, los criterios diagnósticos del episodio depresivo son:

- a. El período depresivo que dura al menos dos semanas.
- b. El cuadro no es consecuencia del abuso de sustancias psicoactivas ni de un trastorno mental orgánico.
- c. Presencia de síndrome somático con al menos cuatro o más de los siguientes rasgos:

- Pérdida considerable de interés o incapacidad para disfrutar de aquellas actividades que habitualmente le eran placenteras.
- Falta de manifestaciones emocionales ante sucesos que normalmente provocan una reacción.
- Levantarse por la mañana dos o incluso más horas que de costumbre.
- Empeoramiento matinal del estado de ánimo depresivo.
- Enlentecimiento motor o agitación.
- Falta de apetito.
- Una reducción de peso inferior al 5% en el último mes.
- Disminución significativa del interés sexual.

Tipos de depresión

A continuación, se exponen algunas de las clasificaciones dadas por el National Institute of Mental Health. (NIH, 2021):

- Depresión mayor, que se distingue por síntomas como melancolía, pesimismo, irritabilidad, apatía, embotamiento emocional, empeoramiento matutino, incapacidad para disfrutar, baja autoestima, pensamientos de muerte, ausencia de apetito y la disminución de peso que dura al menos dos semanas. Esto hace que sea imposible trabajar, descansar, aprender o alimentarse.
- Trastorno depresivo persistente (distimia), que suele cursar con menos síntomas graves de depresión que se prolongan considerablemente, por lo general durante al menos 2 años.

- Depresión postparto, que se produce cuando una mujer sufre una depresión después del parto, teniendo como síntomas la falta de sueño y preocupación por su capacidad de ser buena madre.
- Trastorno anímico estacional, que varía con las estaciones y que, habitualmente, comienza a finales de otoño o principios de invierno; desapareciendo en primavera y verano.
- Depresión con síntomas de psicosis, que es un tipo de depresión donde la persona además presenta síntomas psicóticos como tener ideas perturbadoras (delirios) u oír o percibir aspectos que los demás no pueden escuchar ni ver (alucinaciones).

Epidemiología del trastorno depresivo.

Según la OPS (2017), alrededor de 50 millones de personas sufrieron de depresión en América, teniendo un aumento del 17% en los últimos años; no obstante, a pesar de la magnitud del problema, 7 de cada 10 individuos no reciben tratamiento. Además, como menciona la OMS, hay más de 350 millones de personas afectadas, y se calcula que mueren 800.000 (Amador et al., 2021).

Aunado a esto, se sabe que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo, y uno de cada cuatro individuos la padecerá en algún momento de su vida, por lo que tiene un impacto significativo en el bienestar físico. Al respecto, se conoce que el 13% de las enfermedades físicas está relacionado con trastornos de salud mental (Corea Del Cid, 2021).

Agregando a lo anterior, para la OMS (2021), la depresión es una afección muy usual en el mundo entero que se presenta en el 3,8% de la población; afectando al 5% de los jóvenes y al 5,7% de los adultos a partir de los 60 años. De este modo, compromete a aproximadamente 280 millones de personas.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

La depresión coexiste frecuentemente con la ansiedad, por lo que en 1992 se añadió a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con la categoría de trastorno mixto de ansiedad y depresión, que se distingue por contener síntomas de ambas afecciones mas no se identifica una predominancia tal como para ameritar un diagnóstico por separado. Asimismo, las personas que lo padecen evidencian incapacidad y absentismo laborales (Gil et al., 2019). Sin embargo, en caso los síntomas de depresión y ansiedad son lo suficientemente fuertes como para merecer un diagnóstico distinto, no debe utilizarse esta categoría (Shevlin et al., 2021).

Sumado a lo anterior, la CIE-10 menciona que algunos síntomas vegetativos que deben estar presentes durante al menos un mes, de forma esporádica o recurrente, son los siguientes: temblor, palpitaciones, sequedad de boca, dolor epigástrico, dificultad para concentrarse, alteraciones del descanso, agotamiento o pérdida de energía, nerviosismo, llanto frecuente, sentimiento de riesgo inminente, entre otros. Por ende, conlleva complicaciones en áreas como la actividad social, laboral y familiar de la persona. Además, se trata de una categoría muy extendida en la comunidad, y el tratamiento se realiza a través de dos formas: farmacológica y psicoterapia (Hospital General de México, 2020).

Los pacientes con ansiedad y depresión tienen más probabilidades de experimentar dolencias físicas que síntomas mentales; implicando un grado de ansiedad inferior al de los pacientes con ansiedad generalizada y un grado de depresión menor al de los pacientes con depresión severa. Del mismo modo presentan una activación fisiológica inferior a la de los pacientes con trastorno de pánico, así como problemas para concentrarse, trastorno del sueño, baja autoestima y fatiga (Tiller, 2013 citado por Novillo, 2019).

Criterios diagnósticos del trastorno mixto ansioso-depresivo

De acuerdo con las pautas diagnósticas de la CIE-10, algunos criterios que se debe cumplir son los sucesivos:

- Estado de ánimo bajo, pérdida de interés o capacidad de disfrutar y preocupación predominante.
- Síntomas asociados a alteraciones del sueño, fatiga, pérdida de concentración, trastornos del apetito, ideación suicida, pérdida de libido, temblores, palpitaciones, mareos, sequedad en la boca y tensión (Zuluaga, 2018).

Desde la óptica de Gonzales et al. (2008, citado por Chamorro y Rodríguez, 2022), se deben tener en cuenta los siguientes factores al momento de diagnosticar el trastorno mixto ansioso-depresivo:

- Como mínimo deben identificarse cuatro aspectos de este grupo: trastornos del sueño, preocupación constante, pérdida de concentración, obsesión, ira,

desesperanza, hipervigilancia, baja autoestima, cansancio excesivo y propensión al llanto.

- Durante al menos un mes, la persona ha tenido un estado de ánimo disfórico continuo o recurrente.
- La sintomatología debe ser lo bastante grave como para crear una angustia sustancial e interferir en la vida diaria del paciente.

Diagnóstico diferencial

Tomándose en cuenta un diagnóstico diferencial, según la CIE-10 es preciso mencionar que el trastorno mixto ansioso-depresivo no debe contemplarse frente a los siguientes casos, como lo sostiene Novillo (2019):

- La persona ha padecido en el pasado una enfermedad que pudiera producir un trastorno depresivo mayor, un trastorno distímico, un trastorno de pánico o una ansiedad generalizada.
- Los síntomas están causados por las consecuencias fisiológicas de una sustancia o por una enfermedad sistémica.
- Si solo aparecen preocupaciones sobre los síntomas vegetativos.
- Si se cumplen al tiempo los criterios de otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, aunque esté en fase remisión parcial.
- Si los síntomas están asociados a grandes cambios biográficos o acontecimientos vitales estresantes, trastornos de adaptación.
- Otros trastornos psiquiátricos no explican mejor los síntomas.

Factores relacionados con el trastorno mixto ansioso-depresivo

Al respecto, se han asociado variables con las causas biológicas, genéticas, psicológicas y sociales de los trastornos afectivos y de ansiedad, como aduce Zuluaga (2018):

- Factores genéticos: Se han reconocido factores genéticos para cada una de ellas, estando la depresión vinculada a los cromosomas 5 y 11, pero la ansiedad no tiene un gen único.
- Factores químicos: Las variables químicas incluyen cambios en neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, la dopamina y el eje hipotalámico suprarrenal en la depresión; mientras que, la serotonina, la noradrenalina y el GABA tienen un papel en la ansiedad.
- Factores sociodemográficos: la ansiedad y la depresión son más habituales en las mujeres. Asimismo, en términos de temporalidad, la depresión es más común entre la segunda y tercera década y la ansiedad es más frecuente entre las segunda y cuarta década.

Epidemiología del trastorno mixto ansioso depresivo.

La depresión y la ansiedad son patologías frecuentes en lo clínico, y por lo general, aparecen simultáneamente, dando lugar al diagnóstico de síndrome ansioso-depresivo. Al respecto, estudios epidemiológicos sobre atención primaria encontraron una coexistencia del 5% y el 15%; registrándose una prevalencia en la población total de 0,8 y el 25% (Chamorro y Rodríguez, 2022).

Por otro lado, Novillo (2019), menciona que en atención primaria se encuentra con una prevalencia de 1 de cada 10 pacientes, donde los cuadros de ansiedad y depresión subsindrómica, no cumplen con la totalidad del diagnóstico. Asimismo, la prevalencia es de 21,9% y 7,7 % sugiere una fuerte aparición de comorbilidades entre los trastornos de depresión y ansiedad. Además, Clark y Beck en el año 2012 encontraron que el 55% de los pacientes con un trastorno de ansiedad, también presentaban depresión, y este aumentaba al 76 % cuando se consideraban diagnósticos completos; citado por Zuluaga, 2018).

Complementario a lo previo, antes de la pandemia COVID-19, estudios señalaban que las enfermedades mentales representaron el 18% de la carga mundial de morbilidad; asimismo, la OPS informó en 2017 que el 4,4% de la población mundial padecía un trastorno depresivo y el 3,6% un trastorno de ansiedad. Además, tras la pandemia en el 2020, se observó un aumento de trastornos como la depresión (27,6%) y los trastornos de ansiedad (25,6%) a nivel mundial (Goldstein, 2022).

En ese contexto, la OMS (2023) afirmó que la pandemia del COVID-19 contribuyó al aumento de los síntomas de ansiedad y depresión, incrementándolos en un 25% y convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad e incapacidad laboral en todo el mundo, lo que puso en manifiesto las deficiencias de los países en cuanto a salud mental.

Psicoterapias cognitivas

La psicoterapia cognitiva es un modelo de tratamiento, de origen filosófico y psicológico, que presta especial atención a las cogniciones, ideas, construcciones

personales, creencias, imágenes y atribuciones de significado. En cuanto a los antecedentes, tenemos a los estoicos como precursores de la psicoterapia cognitivo. Así, Hume y Spinoza destacan la importancia de los pensamientos sobre las emociones, y Kant reconoce la pérdida del sentido común como característica de las enfermedades mentales (Almendro et al., 2020).

El modelo cognitivo tiene representantes como George Kelly (1995), denominado como el primer teórico cognitivo en abordar al individuo y la terapia desde una perspectiva claramente cognitiva. Asimismo, Albert Ellis y Aron Beck, que se establecieron a finales de los 50 y principios de los 60, dando lugar a tres oleadas, la primera sobre el comportamiento, la segunda en torno a la terapia cognitivo-conductual (TCC) de Beck, y la tercera, suponiendo avances en la TCC, superando sus deficiencias (Caro, 2020).

La terapia cognitiva se fundamenta en el procesamiento de la información, lo que implica que el comportamiento humano está mediado por ella. Se basa en la atención como absorción de estímulos, codificación como representación de la información, almacenamiento como retención y recuperación de la información. Por tanto, no se concibe al sujeto como un simple reactor, sino como un activo constructor de su vivencia con un carácter o finalidad intencional (Ruiz y Cano, 2002).

Terapia racional-emotiva-conductual de Ellis (1995)

En 1955, Albert Ellis propuso este tratamiento con el fin de entrenar a los pacientes a comprender sus tendencias destructivas mediante enfoques cognitivos, emocionales y conductuales. También sostuvo que los problemas emocionales están

causados por un aprendizaje continuo en demandas irracionales, Por lo tanto, la terapia trata de concientizar sobre las ideas irracionales mantenidas (Ruiz y Cano, 2002).

Asimismo, Ellis afirmaba que, si las personas vivían una existencia feliz, tenían menos probabilidades de sufrir enfermedades psiquiátricas. En esa línea, su técnica se basa en el supuesto de que los individuos están vinculados por la emoción; por lo que corresponde destinar esfuerzos a fomentar la autoaceptación y la tolerancia a la frustración. Ello demanda la corrección de los núcleos cognitivos disfuncionales e ideas irracionales, logrando que se piense de forma racional y se tenga un pensamiento más claro, flexible y científico (Cheme y Giniebra, 2022).

La Terapia Racional-Emotiva (TRE) describe conceptos como las creencias racionales, que son cogniciones evaluativas que transmiten "agrado" y "desagrado. Los sentimientos negativos adecuados son sentimientos que se producen cuando se realizan los deseos. Por otro lado, los sentimientos negativos inadecuados son emociones que se forman cuando se frustran los deseos humanos. Las conductas inadecuadas son acciones que interfieren con la meta del individuo y las creencias irracionales, como evaluaciones absolutas y dogmáticas (Palencia, 2019).

Dado que las creencias nacen de las demandas que uno tiene de sí mismo, del mundo y de los demás, Ellis afirmaba que las creencias irracionales generaban emociones insanas y comportamientos inadaptados. Las emociones insanas son las que se asocian al dolor y al malestar extremo, provocando así comportamientos autodestructivos (Fontelles, 2022).

Modelo A-B-C.

Esta terapia detecta e interviene en los pensamientos irracionales, conduciendo al paciente a su modificación. Se afirma que la cognición es el determinante de las creencias irracionales que son la causa de la perturbación emocional, por lo que es necesario cambiarlas, Ellis menciona que las personas son perturbadas por la opinión que formulan acerca de ellas mismas más que por los sucesos. De modo que su principal herramienta es la terapia de diálogo o el debate socrático (Flores, 2021).

La TREC aspira al cambio, no necesariamente la eliminación de los síntomas; se centra en trabajar las ideas o creencias irracionales con el modelo ABC cuyas denominaciones son: A, suceso activador, B, creencia y C, consecuencias (emocionales, conductuales o cognitivas). Se dirige esfuerzos para llegar a D, a través del debate racional-emotivo, con el objetivo de alcanzar un nuevo efecto, que es el punto E, donde se descubren nuevas creencias racionales más saludables y adaptables, y F, donde se identifican nuevas consecuencias afectivas, cognitivas y conductuales (Mendoza, 2020).

Con el modelo ABC se apunta a reconocer los pensamientos o creencias secundarias, dogmáticas, catastróficas, consciente e inconsciente de la persona, buscando así interpretar, analizar y modificar las creencias irracionales que influyen en las emociones y conductas de la persona, lo que ayuda a analizar la conducta problema en aras de la reducción o eliminación de esta (Ospina y Ruiz, 2021).

Principales técnicas de intervención.

Técnicas cognitivas. Se caracteriza por desarrollar un dialogo socrático y aceptando incondicionalmente a sus pacientes. Desde el punto de vista de Olivitos (2019), algunas de estas técnicas son:

- Detección de creencias irracionales como, “debo” “tengo que” “debería” “es mi obligación”. En este caso, se emplea autorregistros para identificar las emociones y conductas irracionales.
- Discusión y debate de creencias: Se basa en sustituir las creencias irracionales por creencias racionales a través del debate.
- Debate socrático: Se entrena al paciente para debatir, descubriendo alternativas más racionales.
- Refutación: Se utiliza una serie de interrogaciones con el propósito de contrastar ideas irracionales.
- Discriminación de ideas: Se enseña al paciente a diferenciar ideas funcionales de aquellas que son irracionales.

Técnicas emocionales. Para Almendro et al. (2020) algunas técnicas son:

- Imaginación Racional Emotiva: En este caso, el paciente imagina una experiencia que le preocupa y, cuando reconoce las emociones que le molestan, las sustituye por otras más adecuadas.
- Proyección en el tiempo: Se insta al paciente a visualizar un suceso desastroso para que vea que la vida sigue después del incidente.

- Autoaceptación incondicional: se insta a los pacientes a utilizar frases como "no soy solo mis actos" aunque actúen de forma desregulada.
- Ejercicios para superar la vergüenza, que buscan estimular este tipo de ideas para discutir las y modificarlas por creencias más razonables.
- Ejercicios de toma de riesgos calculados: Consiste en pedir al paciente que realice alguna acción que evita hacer por el temor.
- Ejercicios de autorrevelación: Se insta al paciente a relatar ciertos sucesos ocultos que duda en compartir por miedo al rechazo por los demás, con el objetivo de advertir las creencias irracionales.
- Dramatización, que es parecida a la técnica de role playing que se orienta a interpretar la situación buscando ideas irracionales y discutir las activamente.
- Autoafirmación violentas y dramáticas: Aquí se anima al paciente a que combata las ideas irracionales.
- Inversión del rol racional: Se influye en el paciente a fin de que construya razones que funcionen como motivación para superar sus ideas erróneas y se recurre a juegos de rol.
- Métodos humorísticos: En este apartado, si el paciente se siente desagradable, se le aconseja que interprete una canción para separarse de esa emoción y reírse de la circunstancia.

Técnicas conductuales. Las estrategias de este rubro, de acuerdo con Andrade y Chacón (2021), son las siguientes:

- Ensayo de conducta: Se centra en autodirigir la conducta, de manera que se sustituya por una conducta más adaptativa.
- Ejercicio de desensibilización: A través de tareas para casa, se anima al paciente a enfrentarse a sucesos temidos.
- Técnicas de autocontrol: A efecto de completar el trabajo, se aplican procedimientos como el autorrefuerzo y el castigo.
- Refuerzo y castigo: Consiste en el modelamiento de la conducta con premios y castigos.
- Entrenamiento en solución de problemas: En este caso se solicita al paciente que replantee sus creencias por unas más adaptativas y se ponga en práctica.
- Entrenamiento en habilidades: Se fundamenta en actividades de juego de rol que están diseñadas para aumentar la capacidad de afrontamiento hacia las cosas.

Terapia cognitivo-conductual de Beck (1960)

De acuerdo con Amador et al. (2021), la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento psicológico que se focaliza en el problema actual del paciente, recalca que los problemas surgen debido a las distorsiones cognitivas (distorsiones de la realidad), siendo estos errores del procesamiento de la información. Por ello, su principal objetivo es ayudar a los pacientes a que elaboren un conjunto de supuestos más realistas.

La TCC se fundamenta en principios y técnicas científicamente contrastados, y como tal, ofrece principios y formas de abordar las expectativas y preocupaciones de

diversos pacientes. En ese sentido, se desarrolló en respuesta a la necesidad de trabajar contra el comportamiento de los pacientes preocupados por ideas disfuncionales o distorsiones cognitivas (Flores, 2021).

Del mismo modo, el uso de la terapia cognitivo-conductual permite que el individuo aprenda y ejecute procedimientos definidos con el propósito de transformar los pensamientos y acciones que no son productivos y se correlacionan con trastornos psicológicos (Karlín et al., 2013; citado por Ponce y Landa, 2021).

Este enfoque combina técnicas, tratamientos y diversos procesos que, al ser implementados, incrementan la calidad de vida del individuo. Es eficaz como tratamiento porque se aplica clínicamente la ciencia de la psicología, pero también proporciona un carácter autoevaluativo en el proceso de intervención (Urbano y Peña, 2019).

Modelo Cognitivo Conductual.

Aron Beck, siendo psiquiatra, desarrolló la terapia cognitiva en la década de 1960 y es considerado uno de los cinco psicoterapeutas más importantes del mundo. Beck se desarrolló a partir de métodos psicoanalíticos y el principal factor que lo impulsó a desarrollar una nueva intervención fue la insatisfacción de los resultados del psicoanálisis en pacientes con depresión. Por tanto, planteó que las distorsiones de la realidad son responsables de la triada cognitiva; incluyendo tener una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Baringoltz, 2020).

La postulación de Beck concierne a que el sujeto elabora de forma activa su realidad a través de la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de información, la cual es transformada por cogniciones que terminan influyendo en las respuestas emocionales y conductuales, dando apertura a una interacción entre cognición, emoción y comportamiento. Para tal motivo, Beck ha introducido conceptos como esquemas (actitudes, supuestos y creencias), creencias nucleares (conceptos sobre el mundo y uno mismo), producto cognitivo (pensamientos automáticos e imágenes involuntarios) y distorsiones cognitivas (fallas del procesamiento de la información) (Almendro et al., 2020).

Asimismo, la TCC menciona al hombre como procesador de información, quien está en constante cambio y, al mismo tiempo, está construyendo activamente su realidad, transformando esa información y teniendo como respuesta a la cognición que repercute en la emoción y conducta. Entonces, la persona ante una situación no responde automáticamente ya que antes de emitir reacciones emocionales y conductuales, estas son influenciadas por las evaluaciones, el diálogo interno o el significado que asignamos a las experiencias de vida o en función de las creencias previas o esquemas cognitivos que tienen (Beck, 2015, citado en Saravia, 2022).

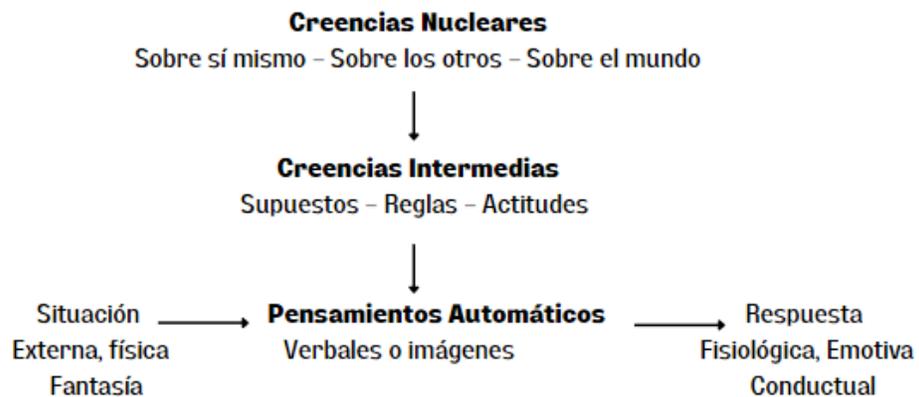
Tipos de pensamientos según Beck.

Los esquemas cognitivos son creaciones vividas basadas en la experiencia. Los pensamientos automáticos se producen instantáneamente y no se es consciente de ello, solo de la emoción que se desarrolla (Agudelo et al., 2021).

De la misma manera, se menciona que los desórdenes psicológicos son consecuencia de un procesamiento inadecuado de la información, lo que se conoce como distorsiones cognitivas. Esto es el resultado de una dinámica entre las creencias centrales, llamadas así porque se forman en la infancia siendo verdades absolutas; las creencias intermedias, conocidas como reglas y actitudes; y los pensamientos automáticos, que son pensamientos involuntarios que surgen rápidamente en respuesta al evento (Obst, 2008; citado por Huertas, 2018).

Figura 1

Esquema del modelo cognitivo de Beck.



Nota: Adaptado de Esquemas del modelo cognitivo de Beck por Obst (2008), citado por Huertas (2018).

Las distorsiones cognitivas son "pensamientos automáticos e involuntarios" que derivan de una reacción emocional, generando malestar, este puede exacerbarse cuando surgen ideas, de ahí que Beck (1967) propuso la presencia de seis distorsiones

cognitivas, que con el tiempo se ampliaron en una lista de 15 tipos de distorsiones cognitivas (Salcedo, 2020).

En consonancia con lo anterior, Alvares et al. (2019), estima que algunas de las distorsiones son las siguientes:

- Filtraje, que se produce cuando solo se ve un aspecto de la situación, se exageran los detalles negativos y se omiten los positivos.
- Pensamiento polarizado, donde se perciben los eventos en extremos, sin términos medios y sin pruebas de ello.
- Sobregeneralización, que comporta realizar una deducción general de un único suceso.
- Interpretación del pensamiento, que implica la elaboración de conclusiones sobre los sentimientos e intenciones de las demás personas, como si fuera uno mismo.
- Visión catastrófica, que sugiere hacer inferencias sobre una realidad en el sujeto, este empieza a cuestionarse si puede ocurrirle poniendo lo peor para uno mismo.
- Personalización, que hace referencia a la atribución o culpabilización de hechos, hacia uno mismo.
- Falacias de control, que se refiere al sobrecontrol ejercido sobre los diversos acontecimientos, así como sobre su percepción vista de manera externa.
- Razonamiento emocional, que implica que los pensamientos están influidos por el estado emotivo afectivo del momento, y se aceptan como verdaderos.

- Falacia de justicia, que son impresiones de injusticia ante sucesos que no corresponden con las expectativas o deseos propios.
- Falacia de cambios, que se basa en esperar a que la gente cambie en la medida de que su felicidad depende de ello.
- Culpabilidad, que atañe a atribuirse responsabilidad de problemas ajenos o cree que los demás son responsables de su sufrimiento.
- Los "deberías", que se definen como normas rigurosas sobre el comportamiento adecuado tanto para sí mismo como para los demás, así como también la forma en que deben suceder las cosas.
- Etiquetas globales, que consiste en un etiquetado incorrecto y generalizado a hechos del entorno. Involucrar hacer el etiquetado en un solo verbo, el cual suele ser muy inflexible.
- Tener razón, que surge cuando existe una tendencia a demostrar o reafirmar los propios puntos de vista en contextos donde uno siente que no es cierto y hará todo lo posible por demostrarlo.
- Falacia de la recompensa divina, donde no se buscan soluciones ya que consiste en la búsqueda de una recompensa a partir de actos considerados correctos y merecedores.

Principales técnicas de intervención.

Técnicas conductuales: Esta técnica ayuda a reducir los pensamientos obsesivos y obtener sentimientos de bienestar, según Beck et al. (2010, citado por Intriago, 2019), algunas de estas técnicas son:

- Asignación de tareas diarias que aumentan y controlan la pasividad del paciente, así como la motivación.
- Asignación de tareas graduadas, que busca visualizar los pensamientos automáticos. En este caso, las tareas asignadas deben ser fáciles y sencillas.
- Programación de actividades, que implica crear una programación compleja, que incluye tiempo, horarios, actividades y alternativas.
- Programación de actividades placenteras, donde el fin es reducir la anhedonia o imposibilidad del paciente de experimentar placer.
- Técnica de dominio y placer, que se basa en trazar las actividades completas, esto es de 0-5 en el grado de placer y dominio.
- Entrenamiento en asertividad, que pretende reconocer circunstancias en las que se tiene una reacción inadecuada y planificar cómo responder eficazmente.
- Resolución de problemas, que ayuda al paciente a liberarse del "estancamiento" cuando se enfrenta a problemas que parecen ser demasiado para él.
- Modelamiento, donde el terapeuta sirve como modelo, así como también personajes de películas o personas a las que admira. Así, se demuestra el comportamiento efectivo y se le pide que lo imite.
- Role playing, que se realiza mediante ensayo de conducta o modelamiento con el terapeuta, buscando probar o refutar hipótesis planteadas.
- Exposición en vivo o imaginaria, que respecta a la exposición progresiva a circunstancias temidas, el control de la respiración, la técnica de hiperventilación y aprender a decir no y a expresar las ideas.

- Relajación progresiva, que se orienta a relajar todos los músculos desde un extremo al otro.

Técnicas cognitivas. Tales estrategias se orientan a descubrir pensamientos automáticos negativos, aprender a debatirlas y sustituirlas por visiones más flexibles. Al respecto, según Zapata (2020), algunas de estas técnicas son:

- Registro de pensamientos automáticos: Aquí se deja como actividad en la primera sesión para que se tome conciencia sobre los pensamientos.
- Reestructura cognitiva. Se emplea un registro diario, teniendo como estructura cuatro columnas que están encabezadas por ciertos elementos y son situación, pensamientos, emociones y conducta, a medida que pasa el tiempo se aprende sobre pensamientos automáticos y respuesta racional. Para ello, se plantean otras alternativas más funcionales, tomando habilidades de reinterpretación y modificación de pensamientos para así obtener una conducta funcional.
- Habilidades de afrontamiento: Se conceptualiza el pensamiento negativo y se contrasta con los hechos, luego se elabora una serie de propuestas para afirmar o desmentir la hipótesis, buscando rebatir las creencias irracionales.
- Resolución al problema: Consiste en buscar activamente estrategias con la finalidad de hacer frente a las dificultades. Así, se identifica el problema e interpretaciones distintas a la que el paciente tenía inicialmente.
- Técnicas basadas en la imaginación: Implican detectar imágenes que están asociadas al malestar. Se le pide al paciente que diga algo fuerte como "stop" cuando imagine el malestar emocional y lo interrumpa; así mismo, se le pide al

sujeto que imagine el malestar en otros periodos, intentando convertir una imaginación en otra más imparcial.

Técnicas emotivas. Se utilizan cuando la emoción es demasiado intensa y es necesario controlarla, lo que es ampliado por Almendro et al. (2020):

- Inducción de la autocompasión: Es utilizada para personas que no pueden llorar, pero necesitan hacerlo.
- Inducción de cólera controlada: Se identifican las áreas de experiencia que pueden causar cierto enfado con la vida y se los expone para regularlas.
- Distracción externa: Involucra hacer otra actividad como ver la televisión, escuchar música o leer un libro; de modo que sirven para aliviar los sentimientos negativos.
- Hablar de forma limitada de los sentimientos: Consiste en evitar hablar de las emociones o en comunicarlas de forma limitada, ya que verbalizarlas contribuye con la persistencia del patrón conductual desadaptado.
- Prevención de verbalizaciones internas catastrofistas como "no puedo soportar tanto sufrimiento" puesto que estas expresiones promueven la impresión de incapacidad y catastrofismo.
- Análisis de la responsabilidad: En este caso, se examinan minuciosamente las razones del paciente para sentirse responsable de la conducta de los demás, así como los patrones arbitrarios que lo motivan a creer que hace las cosas incorrectamente.

- Regulación emocional: Para este aspecto, el especialista direcciona al paciente a reconocer sus emociones, la forma en cómo lo piensan, en cómo lo manifiestan y cómo impacta en su conducta. Siendo estas positivas o negativas, en las diversas situaciones.
- Mindfulness: Esta estrategia terapéutica se encamina a la focalización de la consciencia plena.

Intervención en el trastorno mixto ansioso-depresivo

De conformidad con lo sostenido por Echeburúa et al. (2006, citado por Zuluaga, 2018), el trastorno mixto ansioso-depresivo presenta mayor complejidad en los tratamientos farmacológicos y psicológicos habituales porque lo que, con frecuencia, comporta una intensificación del problema y una excesiva dependencia del recurso asistencial.

En consonancia con lo detallado, los estudios informan que el tratamiento farmacológico se ha enfocado en el empleo de antidepresivos y benzodiazepinas, sin embargo, se requieren cambios en comparación con el tratamiento de cada afección por separado. Pese a lo anterior, en líneas generales, los medicamentos se direccionan a aliviar los síntomas más acentuados (Novillo, 2019).

Como parte de la intervención interdisciplinaria en este ámbito, Cuerda (2020) menciona que, para el tratamiento psicológico, la terapia cognitivo-conductual es el más eficiente ya que ha reportado mejores resultados utilizando una combinación de estrategias para ambas afecciones. Ello es coherente considerando que comparten

tratamientos similares, un ejemplo de las cuales es la reestructuración cognitiva, que se ocupa de las características disfuncionales de ambos.

Otras técnicas destinadas a reducir o tener un mayor control sobre las sintomatologías de la ansiedad y depresión son la respiración y relajación; regularizando la frecuencia, intensidad, así como la reducción de los conflictos familiares, a través de estrategias en habilidades como, por ejemplo, tolerancia y resolución de problemas (Suárez, 2021).

Intervención cognitivo- conductual en la ansiedad

A decir de Cano et al. (2011, citado por Cadena, 2019), el tratamiento está orientado al desarrollo de una serie de actividades estructuradas que se ordenan intencionadamente por etapas a propósito de coadyuvar con el logro de objetivos. Proponen un diseño que incluye una evaluación a través de una entrevista semiestructurada, elaboración de hipótesis, devolución de información, entrega de cuestionarios para profundizar en el problema, exploración del problema, propuesta de objetivos terapéuticos, selección de estrategias, devolución de información, aplicación de técnicas, evaluación de los éxitos, evitación de recaídas y el seguimiento.

La intervención apuesta por la reducción de la frecuencia, intensidad y duración de las interpretaciones, creencias y preocupaciones asociadas a pensamientos intrusivos automáticos, así como en la exposición a las situaciones temidos, la reestructuración cognitiva, el desarrollo de estrategias de superación como la respiración prolongada, las autoinstrucciones positivas, el entrenamiento en resolución de problemas y tolerancia al malestar (Espinosa et al., 2018).

Por otro lado, Fernández et al. (2012, citado en Cuerda, 2020) afirman que se abordan varias estrategias para atenuar la sintomatología de la ansiedad, abarcando diversas manifestaciones y algunas de sus intervenciones son a nivel fisiológico mediante el entrenamiento en relajación que disminuye los niveles de activación en el organismo. Asimismo, a nivel cognitivo a través de la reestructuración cognitiva, que comprende el cambio de creencias y pensamientos por otros más adecuados; y en un plano conductual a través de la exposición conductual o desensibilización sistemática a las situaciones temidas que provocan ansiedad. Así, desprendiéndose de lo indicado, los componentes que contempla Zuluaga (2018) fueron:

- El entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson induce un estado de relajación en los músculos que están tensos.
- El entrenamiento en respiración diafragmática disminuye los niveles de activación en el organismo.
- El entrenamiento en reestructuración cognitiva detecta los pensamientos y preocupaciones basándose en los autorregistros.
- Basándose en la programación de actividades, se opta por la reestructuración cognitiva para sustituir las ideas negativas por otras más adaptativas.
- Inducción de la preocupación de descatastrofización, empleando enfoques de visualización.
- Expresión efectiva de la preocupación con prevención de reacción de medidas ineficaces.
- Procesamiento autodirigido de las señales de seguridad.

- Las sesiones incluyen formación constructiva en resolución de problemas basada en tareas.
- Desensibilización sistemática se utiliza un conjunto de pasos para abordar lo que más se teme.
- Entrenamientos de habilidades sociales.

Intervención cognitivo conductual en la depresión

La TCC pretende optimizar las funciones cognitivas, conductuales, fisiológicas y emocionales. Sostiene que los seres humanos percibimos estímulos internos y externos, lo que a su vez influye en cómo nos sentimos y nos comportamos. Como resultado, diferentes interpretaciones pueden disponer las condiciones para distintas emociones, experiencias corporales y comportamientos (López, 2020).

Desde la óptica de Beck, el objetivo del tratamiento con TCC se orienta a aliviar los síntomas, a evitar que se repitan y lograr la desaparición completa de los síntomas. Para ello se establecen los siguientes objetivos, reducir el pensamiento disfuncional que producen el malestar al paciente, potenciar el autocontrol buscando una regulación, mejorar la habilidad de resolver problemas, optimizar la capacidad de relacionarse interpersonalmente y aumentar los índices de refuerzo positivo (Polo y Díaz, 2011, citado por Cuerda, 2020).

La TCC enseña a identificar y cambiar las distorsiones cognitivas, siendo el objetivo inmediato cambiar la predisposición sistemática del sujeto; mientras que el objetivo final consiste en reestructurar los supuestos cognitivos subyacentes que hacen vulnerable al individuo y prevenir recaídas, así como incluir la psicoeducación sobre

síntomas, fisiopatología, desarrollo y eventuales interacciones con factores psicológicos (Férriz, 2020).

Por otra parte, la TCC sugiere un conglomerado de técnicas como la psicoeducación, que consiste en brindar información o educación. La relajación de los músculos del cuerpo de forma progresiva; así como la revelación emocional mediante diversos medios como la escritura de pensamientos, emociones y conductas anotados en autorregistros, esto para reestructurar los esquemas cognitivos y construir otros mayormente adaptativos. De este modo, reducir síntomas físicos, cognitivos y emocionales (Barbosa, 2020).

Complementario a lo señalado, Navarro (2018) confiere una mirada adicional de las técnicas predominantemente expuestas en el párrafo anterior:

- Psicoeducación, que respecta a brindar información sobre el estado actual y el diagnóstico correspondiente.
- Reestructuración cognitiva; que pretende identificar y modificar ideas negativas, creencias irracionales por otras adaptativas mediante autorregistros.
- Se enseña a los pacientes a concientizarse sobre las distorsiones cognitivas en el pasado y en el presente a fin de detectar el pensamiento automático.
- Desensibilización sistemática, que se lleva a cabo por medio de imágenes visuales en pro de confrontar aquello que se le teme.
- Identificación del problema, donde se pide al paciente que genere una lista de dificultades y las clasifique contemplando su complejidad.

- Listado de actividades, las tareas se clasifican y jerarquizan en función de la percepción de complejidad del paciente.
- El entrenamiento asertivo, se usa con la finalidad de conseguir que los usuarios gestionen con éxito sus problemas interpersonales.
- Entrenamiento en relajación, donde el paciente aprende a desviarse de la sensación de ansiedad.

Antecedentes a nivel nacional e internacional

Concerniente a los antecedentes que son resumidos en esta sección, cabe señalar que las investigaciones nacionales sobre la enfermedad mixta ansioso-depresiva es limitada, y, en ciertos casos, se maneja independientemente como trastorno de ansiedad o como depresión. Por el contrario, en las investigaciones internacionales, son abordados como un constructo integrado: trastorno mixto ansioso-depresivo.

Nacionales

Plasencia (2022) realizó una investigación sobre estrategias de regulación emocional cuyo objetivo fue describir las experiencias de uso de estrategias de regulación emocional en adultos con trastornos depresivos y de ansiedad. Se utilizó el enfoque cualitativo en el diseño fenomenológico. La muestra estuvo conformada por 12 participantes y, para la evaluación, se utilizaron hojas de datos y entrevistas semiestructuradas. Como resultado, se descubrió una amplia gama de estrategias para el uso de la regulación emocional, como la distracción, la concentración con la emoción, la actividad física, la respiración, la pausa alejándose físicamente de la

emoción, la comprobación racional de los hechos, el llanto, la supresión de las emociones frente a determinados contextos, solución de problemas y soporte social, fueron utilizados como medio de regulación a través de factores internos y externa, frente a situaciones intensas, con la finalidad de sentirse mejor y estar más calmados, la investigación reitera que algunas técnicas son más utilizadas que otras, por su sencillez, pero son igual de efectivas.

Del mismo modo, Prieto et al. (2020) investigó sobre la depresión y ansiedad, con el objetivo de describir la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana durante el periodo de aislamiento social ante la pandemia de COVID-19. La investigación fue descriptiva, no experimental y transversal. La muestra consistió en 565 adultos durante el estado de emergencia sanitaria; además, para la evaluación se empleó la escala de Ansiedad de Lima (EAL-20). Los hallazgos revelaron la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, señalándose que los indicadores de ansiedad más frecuentes fueron la agorafobia y, en el caso de la depresión, los problemas de sueño, sentimientos de tristeza y cansancio. Por otro lado, en cuanto a las diferencias por género, se detectaron más síntomas en mujeres; mientras que, por edad, la población joven fue la más afectada. En el caso de la educación, se evidenció que las personas con educación técnica y universitarios incompletas registraron mayores síntomas. También se descubrió que las personas que estudiaban o trabajaban virtualmente presentaban niveles más altos de ansiedad y depresión.

Asimismo, Cruz y Monzón (2021), realizaron una investigación sobre la ansiedad y depresión en policías con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en miembros del departamento de unidad especializadas de la policía nacional del Perú. La muestra estuvo conformada por 388 efectivos policiales. Se realizó un diseño no experimental de nivel descriptivo y, para la evaluación, se utilizó Patient Health Questionnaire (PHQ - 9) y la escala auto aplicada de ansiedad de Zung. Los hallazgos hicieron extensivo que existe una prevalencia de 13,66 % de depresión en mujeres, llegando a ocasionar aislamiento, emociones negativas y desesperanza, y 8,67 % de ansiedad en hombres, mostrando manifestaciones emocionales internas como el miedo a perder la vida. Lo encontrado, es válido añadir, que no solo obedece a la pandemia por la Covid-19 sino también por factores como individuales, laborales y ambientales.

Internacionales

Férriz (2020) ejecutó un estudio sobre intervención en un cuadro ansioso-depresivo con el objetivo de aumentar el bienestar psicológico de un paciente de un hospital de España, proporcionándole herramientas y estrategias de afrontamiento más adaptativas, así como reducir su sintomatología depresiva y ansiosa y tener un mejor manejo del dolor, con un impacto positivo en su autoestima. Para evaluarla, se utilizó la Escala de Rosenberg, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), la escala de bienestar psicológico de Ryff y una escala de dolor. El estudio concluyó que las técnicas usadas en la terapia cognitivo-conductual resultaron efectivas en la reducción de los síntomas y, por su parte, el aprendizaje de habilidades como

estrategias de afrontamiento y otras terapias como la psicología positiva contribuyeron con que el paciente sea más consientes con lo que siente mediante el mindfulness y la atención plena; auspiciando que el paciente también sea capaz de focalizar su atención en lo positivo, disminuyendo sus patologías clínicas (síntomas de ansiedad y depresión). Asimismo, se aumentó su bienestar psicológico y su autoestima.

De la misma manera, Gómez (2021) investigó sobre la psicoterapia de orientación cognitiva, teniendo como objetivo la aplicación psicoterapéutica basada en la corriente cognitivo- conductual a un paciente adolescente con trastorno mixto de ansiedad y depresión, sobreviviente de suicidio que fue tratado en un hospital Ecuador. Se utilizaron entrevistas para la recolección de datos y baterías psicológicas como el inventario de depresión y ansiedad de Beck-II y cuestionario de Salamanca. Se alcanzó como resultado la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, así como la regulación de los síntomas de la tristeza e irritabilidad; además, de la formulación de pensamientos alternativos. Por tanto, el tratamiento cognitivo conductual se perfiló eficaz en la remisión de los síntomas ansioso-depresivos, utilizando la reestructuración cognitiva, así como la educación en emociones, el uso de autorregistros sobre sus pensamientos y distorsiones cognitivas y el debate de los mismos.

De igual forma, Suárez (2021) efectuó una investigación sobre el análisis del impacto generado por la adherencia al tratamiento, cuyo objetivo fue analizar el impacto generado por la adherencia al tratamiento de un paciente ansioso-depresivo sobre los resultados conseguidos de la terapia cognitivo-conductual. Se adoptó una metodología de estudio de caso descriptivo en un paciente de la ciudad colombiana de

Barranquilla. Se emplearon entrevistas semiestructuradas y los inventarios de evaluación de ansiedad y depresión de Beck. Como hallazgo, se expuso que la adherencia puede ser desarrollada y utilizada como herramienta terapéutica ya que gracias a ella se puede informar sobre la problemática y evaluar los propios avances. Asimismo, se visualizó que, si el paciente y sus familiares son conscientes de la importancia del tratamiento, se perciben avances más prometedores ya que el tratamiento cognitivo-conductual ayuda a identificar pensamientos negativos y distorsiones cognitivas con la finalidad de modificarlos por otros más adaptativos, así como también conocer con mayor efectividad las emociones y síntomas propios para, posteriormente, regularlos. Por otro lado, se observó un vacío teórico en la aplicación de la adherencia al tratamiento en el sector psicológico, lo que indica una necesidad urgente de proponer soluciones a fin de acrecentar el grado de adherencia terapéutica.

Del mismo modo, Chamorro y Rodríguez (2022) determinaron la influencia de la pandemia de COVID-19 en pacientes con enfermedad mixta ansioso-depresiva. Con el objetivo de este analizar la prevalencia de COVID-19 en pacientes diagnosticados con Trastorno Mixto de Ansiedad-Depresión en un hospital desde marzo de 2020 hasta febrero de 2021. La muestra estuvo compuesta por cinco profesionales de la salud mental de las áreas de psicología y psiquiatría. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a psicólogos y psiquiatras del hospital y se evaluaron las estadísticas hospitalarias conocidas como PRAS. Como resultado, se concluyó que el trastorno mixto de ansiedad-depresión repercutió considerablemente a la población, principiando por síntomas leves y agravándose con el tiempo, siendo la familia un factor a tomar en

cuenta puesto que puede coadyuvar a que el síntoma se mantenga. Asimismo, la población que fue más diagnosticada estuvo constituida por mujeres jóvenes y adultas. Además, para la intervención se precisó del abordaje a cargo de un equipo multidisciplinario.

Cuerda (2020) llevó a cabo un estudio de caso sobre la intervención cognitivo-conductual en un paciente con síntomas ansioso-depresivo como el objetivo de reducir la sintomatología depresivo-ansiosa en un paciente con trastorno mixto ansioso de un hospital de España. Siendo evaluado a partir de una serie de entrevistas clínicas y de los cuestionarios de ansiedad estado-rasgo (STAI) y el Inventario de depresión de Beck (BDI – 2). Se comprobó la eficacia de algunas técnicas de la terapia cognitivo-conductual como la respiración diafragmática al momento de gestionar la sintomatología fisiológica y disminuir la sobreactivación conductual. Asimismo, el entrenamiento en comunicación asertiva demostró utilidad para solucionar los conflictos en una esfera interpersonal y familiar; mientras que la reestructuración cognitiva reportó eficacia para rectificar las creencias disfuncionales que condicionan la manifestación de la reacción emocional, así como, el realce de elementos terapéuticos como la adherencia al tratamiento, la psicoeducación, la devolución del análisis funcional y la alianza terapéutica.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Contextualización y justificación del problema

Descripción general de la problemática

La incidencia de la ansiedad y la depresión ha alcanzado un notable crecimiento en los últimos años debido, en parte, a la pandemia de COVID-19, que obligó a la gente alterar drásticamente su vida cotidiana y afectó gravemente la salud mental. En esa línea, la OMS (2023) informó que, en el 2022 se produjo un aumento del 25% en las cifras relativas a la prevalencia; percibiéndose efectos con pérdidas de jornadas laborales, siendo perjudicial para la economía mundial.

En congruencia con lo previo, según Corea del Cid (2021), la depresión es padecida por el 5 % de personas en el mundo, reconociéndose, además que vulnera a más del 15% de la población que radica en países como Estados Unidos, Europa y Brasil. Cabe señalar, en ese marco, que desde 1990 y 2013, el porcentaje de personas que padece depresión o ansiedad creció aproximadamente un 50%, situándolo como una de las principales causas de discapacidad y mortalidad, y se prevé que sea la primera causa de muerte en 2030.

En el 2020, se llevó a cabo una valoración panorámica respecto a los tipos más severos de dichos cuadros, subrayándose que, en todo el mundo, la frecuencia de los trastornos depresivos graves aumentó en un 27,6 % y la de los trastornos de ansiedad, en un 25,6% comprometiendo la salud de, particularmente, las mujeres jóvenes y adultas de entre 20 y 24 años (Goldstein, 2022). Asimismo, en el 2022, la ansiedad y la depresión afectó al 4,4% de la población en el mundo, al 15% de la población en

América Latina y al 5,2% de la población en el Perú, alterando las actividades laborales, académicas y cotidianas, siendo más frecuente en adolescentes y adultos de 20 a 30 años (Moreno et al., 2022).

Al respecto, debe señalarse que la depresión y la ansiedad son trastornos comunes que merman la productividad y el rendimiento de los ciudadanos, siendo responsables de la discapacidad que sufren. Así, centrándose en el contexto peruano, las investigaciones epidemiológicas sobre salud mental reportan que el 20% de peruanos padece depresión y trastorno de ansiedad, con una incidencia anual que oscila entre el 4% en Lima rural y el 8,8% en Iquitos (MINSa, 2021). Asimismo, el MINSa (2018) indicó que los nombrados trastornos mentales influyen negativamente al 20,7% de la población; destacándose la incidencia en las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa, mientras que en Lima es del 10,4%.

Ciertamente, la alarma epidemiológica es reforzada por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, revelando que en el 2020 hubo un aumento significativo en la prevalencia de trastornos mentales, afectando al 17,6% de la población, de cuya cifra se desprende que el 13,6% concierne a episodios de depresión y el 4,1%, al trastorno de ansiedad generalizada, lo que aumentó tres veces la prevalencia encontrada en 2012 (Resolución directorial N° 169-2021-DG/INSM "HD-HN", 2021).

Prosiguiendo con el escenario nacional, autores como Zapata (2020), Ponce y Landa (2021) y Yánca (2022), mencionan que la terapia cognitivo-conductual se tipifica como eficaz para la reducción de los niveles de depresión y ansiedad, y en la

modificación de pensamientos distorsionados ya que ha demostrado una mejoría notable y efectiva en los pacientes al instaurar patrones conductuales más adaptativos y funcionales.

En cuanto al centro psicológico del presente estudio, alrededor del 10% de las que acuden al centro padecen de este trastorno. De conformidad con la data del centro, el tratamiento que más se utiliza en estos casos es la terapia cognitivo-conductual y, dependiendo de otros aspectos como la sintomatología y farmacología cambia el enfoque.

Descripción del problema encontrado

Motivo de consulta. La consultante es derivada del área de psiquiatría con el diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2), por lo cual recomienda un abordaje multidisciplinario integrado por el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico. Así, sobre sus datos principales, la paciente tiene 22 años y reside en Lima, aunque es originaria de Puerto Maldonado, Madre de Dios. Su estado civil, soltera y es estudiante de la carrera de negocios internacionales. Vive sola desde hace 4 años y acude a sesión por iniciativa propia. En abril del 2022 asiste al departamento de Psicología por primera vez, presentándose con una indumentaria acorde a la estación del año y expresándose con claridad; aunque a veces se le quiebra la voz cuando expone algún recuerdo.

En la primera sesión refiere que desde hace semanas atrás se siente mal: *“No duermo casi nada, me acuesto muy noche, 1 o 2 de la mañana y me despierto a las 4 o 5, al día siguiente me siento mal cansada como si no tuviera energía”, “me siento triste*

y lloro durante el día”, “me molesto y exploto fácilmente con cualquier persona”, “sobre pienso mucho durante el día, sobre cosas que hice en el día y a veces recuerdos de mi pasado”, “me siento muy ansiosa”, “tengo dolores de cabeza y dolor de estómago”, ha ido al médico pensando que era migraña o que tenía una enfermedad, el médico le recomendó ir a psiquiatría o psicología.

Asimismo, menciona: *“En ocasiones no me conecto a clases porque no me concentro y si ingreso me pongo a dormir”, “como poco durante el día, pero a veces en las noches me da mucha hambre, como muchas golosinas”, “casi no salgo con amigos y no hablo con mi familia porque la mayoría de veces terminamos peleando”.*

La consultante alude que empezó a vivenciar crisis de ansiedad a partir de post pandemia, que antes no lo había sentido, incluso cuando estuvo en la secundaria y atravesó por una época donde le realizaban *“bullying por su aspecto físico”*. Adujo que solo se reía de ello y que no le llegó afectar tanto. Cuando se muda a Lima, estuvo tranquila los primeros años de la universidad y cuando se anunció la pandemia, no le perjudicó. Al contrario, se sintió muy a gusto ya que estaba acostumbrada a vivir sola.

Ella agregó *“desde que todo volvió a la normalidad y tuve que empezar a salir, me empecé a sentir mal”, “la pandemia me aisló y ya casi no tengo amigos”, “un día salí al supermercado y empecé a sentirme mal, me faltaba el aire, me dolía mucho el pecho, mi corazón latía muy rápido y mi cuerpo comenzó a temblar, por un momento sentí que me iba a desmayar”, “con el paso del tiempo, ya no volví a sentirme así, pensé que no volvería a pasarme y lo normalicé”.*

Recuerda que: *“En diciembre del 2021, empecé a buscar trabajo, pero ante las entrevistas me ponía muy nerviosa, y me rechazaban”, “lo asocié a mi físico y a que no soy apta teniendo pensamientos negativos”, “dejé de buscar trabajo y el hecho de recibir una llamada de una entrevista me hacía sentir muy angustiada”.*

En el 2022: “Empecé a tener problemas para dormir, tenía insomnio, pesadillas sobre que me rechazaban y me despertaba a deshoras”, “pasaba horas pensando en que sería de mi vida, sobre si estaba enferma o si hice algo mal”, “a veces sentía que algo malo iba a pasarme y tenía que cuidarme de no salir”, “sentía mucha tristeza y lloraba por cualquier cosa”, “cuando pensaba en el futuro me vía mal, pensaba cosas malas de mí y me dolía la cabeza” y “empecé a verme en el espejo y no reconocirme, ya no me gustaba nada de mí”.

Marzo del 2022: *“No quise pedir ayuda porque pensé que sería una carga”, “pensé que esto iba a pasar como la primera vez, pero todo empeoró”, “me notaba más flaca”, “muy sensible y alerta”, “dormía mucho y ya no prestaba atención a mis clases, teniendo bajas notas”, “no quería salir ni hablar con nadie, incluida mi mamá” “ya no me arreglaba” “ya no quería salir porque cuando lo hacía sentía agitación y temblor, me duele el pecho y mi corazón” y “solo una vez pensé en desaparecer”.*

Delimitación del problema

En base a toda la información recopilada en la primera sesión por parte de la consultante, se determinó necesario intervenir en las siguientes áreas:

Reacciones fisiológicas, manifestándose en problemas para conciliar y mantener el sueño (“*no duermo casi nada, me acuesto muy noche, 1 o 2 de la mañana y me despierto a las 4 o 5 de la mañana*”), dolor de cabeza, problemas gastrointestinales (“*tengo problemas estomacales como nauseas, mareos y estreñimiento*”) y aumento o disminución del apetito (“*como poco durante el día, pero a veces en las noches me da mucha hambre*”) así como agitación y contracción muscular (“*cuando salgo siento agitación y temblor*”, “*me dolía mucho el pecho y mi corazón latía muy rápido*”).

En cuanto al área emocional, la consultante refiere presentar sentimiento de tristeza y labilidad emocional con tendencia al llanto (“*lloro durante el día*”) cólera e ira (“*me molesto muy fácilmente con cualquier persona, la mayoría de veces termino peleando con mi mamá*”), así como preocupación constante (“*porque pienso en todo, en el trabajo, en mi pasado y en el futuro*”) y sentimientos de soledad (“*hay días donde me siento sola*”).

En el área cognitiva, la consultante refiere pensamientos filtrados (“*Es por mi físico, como no soy bonita, los demás no me toman en cuenta*”, “*no soy buena en nada*”); pensamiento de sobregeneralización (“*no puedo hablar bien delante de nadie y no podré nunca*”, “*nadie nunca me va considerar porque no tengo ninguna habilidad*”); pensamiento de debería (“*debería poder hablar mejor*”, “*debería de dejar de intentar buscar algún trabajo*”, “*debería ser más bonita*”) y pensamiento de personalización (“*seguro que es mi culpa que nadie me quiera contratar*”).

Así mismo en el área conductual, la consultante refiere presentar conductas evitativas (“*he dejado de salir y de buscar trabajo por miedo a sentir de nuevo el*

malestar”) y de asilamiento (*“casi no salgo con amigos y ya casi no hablo con mi familia”* *“si alguien me invita a salir busco una excusa porque no tengo ganas de hacerlo”*), así como descuido de su cuidado personal (*“casi no me arreglo”*) y discusiones con su familia (*“si respondo la llamada de mi mamá, hermana o de mi papa termino peleando”*).

Justificación del tema

Como aporte teórico, la intervención proporcionará una comprensión más compleja del trastorno mixto ansioso-depresivo y de su intervención utilizando el enfoque cognitivo-conductual. De acuerdo con Novillo (2019), la TCC se cataloga como la intervención psicológica más efectiva para la remisión de los síntomas del trastorno mixto ansioso-depresivo, a diferencia de otros tratamientos psicológicos habituales. Asimismo, debido a la escasa literatura sobre el trastorno será beneficioso el realizar una investigación empírica para llenar el vacío de conocimiento con respecto a esta terapia, particularmente en el ámbito clínico peruano, y ofrecer conceptos o sugerencias para futuras investigaciones.

A nivel práctico, la presente investigación da a conocer la efectividad de la intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo-conductual a una paciente con trastorno mixto ansioso depresivo y así mejorar su calidad de vida.

A nivel social, por otro lado, se pretende aumentar el conocimiento de la intervención de trastorno mixto ansioso depresivo, de manera que se pueda generar concientización para el desarrollo de un futuro programa o tratamiento.

Resultados de los instrumentos empleados

Escala de autoevaluación de Ansiedad de Zung (EAA)

Tabla 1

Resultados de la Escala de autoevaluación de Ansiedad (EAA).

Puntaje obtenido	Índice EAA	Categoría
59	74	Ansiedad Severa

Análisis cualitativo. Se aplicó la EAA y se obtuvo una puntuación de índice de 74, ubicándolo en la categoría de ansiedad severa. A partir de los resultados podemos identificar síntomas como: preocupación constante, temor sin razón, hipervigilancia, temblor en brazos-piernas, sensación de que algo malo va pasar, debilidad muscular, dolores de cabeza, palpitaciones aceleradas, incapacidad para relajarse, mareos, dificultad para respirar, molestias estomacales y trastornos del sueño, los cuales se relacionan con el trastorno mixto ansioso depresivo.

Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (EAD).

Tabla 2

Resultados de la Escala de Autoevaluación de depresión (EAD).

Puntaje obtenido	Índice EAD	Categoría
56	70	Depresión situacional o severa

Análisis cualitativo. Se aplicó la escala de autoevaluación de depresión (EAD), donde se obtuvo una puntuación de índice de EAD de 70, ubicándolo en la categoría de depresión severa. A partir de los resultados podemos identificar síntomas como

tristeza, propensión al llanto, cansancio excesivo, trastornos del sueño, pérdida o aumento del apetito, pérdida de concentración, cambios de estado de ánimo, irritabilidad, apatía por las cosas, pérdida de peso, palpitaciones aceleradas, aislamiento social, incapacidad para relajarse, desesperanza, dificultad para tomar decisiones, sentimiento de inutilidad y pensamientos suicidas.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI II).

Tabla 3

Resultados de las puntuaciones cuantitativas del inventario de Millon.

Indicadores	Puntaje	Categoría
Patrones clínicos de personalidad		
Autoderrotista	75	Indicador moderado
Evitativo	72	Indicador sugestivo
Pasivo-agresivo	66	Indicador sugestivo
Síndromes Clínicos		
Ansiedad	79	Indicador moderado
Somatomorfo	76	Indicador moderado
Síndromes severos		
Depresión mayor	64	Indicador sugestivo

Análisis cualitativo. Se aplicó el inventario multiaxial de Millon (MCMI II) y según los puntajes obtenidos en la prueba dentro de los patrones clínicos de personalidad se evidencian rasgos moderados en el aspecto autoderrotista, teniendo conductas y pensamientos destructivos hacia ella misma, así como rasgos sugestivos

en evitativo y pasivo-agresivo. En cuanto a patología severas, no se presenta ningún indicador notable.

Los resultados también demuestran rasgos moderados en los síndromes clínicos de ansiedad y somatomorfo, que revelan indicadores de tensión, inquietud, vulnerabilidad a estímulos externos que requieren presión, así como manifestaciones de sudoración y dificultad para respirar. Así mismo, se pudo observar un rasgo sugestivo en depresión mayor.

Escala de autoestima de Rosenberg

Tabla 4

Resultados de la escala de autoestima de Rosenberg.

Puntaje obtenido	Categoría
19	Autoestima baja

Análisis cualitativo. Se aplicó la escala de autoestima de Rosenberg, donde se obtuvo una puntuación de 19, ubicándola en la categoría de autoestima baja. Así, se visualiza un sentimiento de incapacidad, desconocimiento de sus habilidades y cualidades, autocrítica y desesperanza; lo cual le hace percibirse de forma negativa.

Intervención

La intervención consistió en la evaluación del nivel de ansiedad y depresión de la consultante; del mismo modo, se planeó y llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual a la consultante con trastorno mixto ansioso-depresivo.

En virtud de lo anterior, se llevó a cabo una intervención multidisciplinar, donde se estableció un diagnóstico psiquiátrico y se efectuó una evaluación psicológica a fin de conocer los grados de ansiedad y depresión para comenzar el proceso terapéutico. Posteriormente, considerando el conjunto de la información recabada en las entrevistas y test administrados, se abordaron las áreas sucesivas:

- Reacciones fisiológicas es un aspecto que se contempla con el objetivo que la consultante reconozca y disminuya síntomas como el dolor de cabeza, pérdida de peso, tensión muscular y agotamiento excesivo. Para ello, se utilizaron técnicas como el entrenamiento en técnicas de relajación, control de la respiración y el mindfulness.
- Emocional, cuyo objetivo consiste en que la consultante aprenda a identificar y aceptar cuando una emoción es fuerte y abrumadora en la persona, no siendo adaptativa. Así, se pretende reconocer la ansiedad, tristeza y miedo. Ello se consigue mediante el diario de emociones, el termómetro de emociones y el mindfulness.
- Cognitivo, donde se tiene como finalidad que la consultante identifique y modifique los pensamientos automáticos negativos que influyen directamente en su estado de ánimo como: *“Nunca podré ser buena para que los otros lo vean”*, *“Es por mi físico, como no soy bonita, los demás no me toman en cuenta”*, *“Debería dejar de pensar de forma negativa”* y *“Soy ansiosa por eso no puedo hablar bien delante de nadie”* así como las distorsiones cognitivas que subyacen a los pensamientos automáticos como: *“pensamiento*

sobregeneralizado”, “*personalización*” “*debería*” y “*etiqueta global*”. Por ende, se busca que la consultante aprenda a debatirlos y reestructurarlos, para así sustituirlos por puntos de vista más flexibles que componen la tríada cognitiva, uno mismo, el mundo o los demás y el futuro. La consigna se consolidará a través del registro de pensamientos automáticos, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva.

- Conductual, cuyo objetivo es asistir a la consultante a fortalecer la percepción de su autoeficacia en la optimización de sus actividades cotidianas, motivándole a ser más activa para progresar a lo largo de la terapia. De este modo, se inician acciones que contribuyan a la reducción de los pensamientos obsesivos y a la obtención del bienestar, así mismo que aprenda una serie de herramientas como la respiración, el entrenamiento en asertividad y la resolución de problemas. Tal propósito se realiza a través de asignación de tareas graduadas, programación de actividades y dominio y placer, para retomar sus actividades día a día, así como técnicas de afrontamiento como la exposición graduada, el entrenamiento en asertividad y la resolución de problemas.

Objetivos de la intervención e indicadores

Objetivo general.

- Reducir los niveles de ansiedad y depresión a través de una intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo.

Objetivo específico.

- Disminuir la intensidad de las reacciones fisiológicas y emocionales por medio de la regulación emocional en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo.
- Aumentar el desarrollo del número de actividades en su rutina diaria a través de las técnicas conductuales como: programación de actividades, asignación de tareas graduales y técnica de dominio y placer en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo.
- Aumentar la capacidad de identificar y modificar pensamientos distorsionados a pensamientos adaptativos por medio de la reestructuración cognitiva en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo.
- Disminuir sintomatología ansiosa en situaciones temidas mediante la exposición graduada, de manera imaginativa en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo.
- Aumentar la capacidad de resolución de problemas y comunicación asertiva en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo.

Indicadores de logro.

- La consultante logra disminuir la intensidad de sus reacciones fisiológicas y emocionales poniendo en práctica estrategias como: respiración diafragmática, relajación imaginada, relajación muscular progresiva de Jacobson y mindfulness.
- La consultante logra incorporar actividades de recreación y cuidado personal en su día a día.

- La consultante logra identificar y registrar pensamientos distorsionados, reestructurándolos a pensamientos adaptativos.
- La consultante logra disminuir sintomatología ansiosa de situaciones temidas frente a la exposición graduada imaginativa.
- La consultante logra resolver situaciones problemáticas de su vida cotidiana haciendo uso de resolución de problemas y de la comunicación asertiva.

Público objetivo que participó en la intervención

La muestra está conformada por una mujer de 22 años, estudiante de negocios internacionales, soltera y de nacionalidad peruana, diagnosticada en el área de psiquiatría con el trastorno mixto ansioso-depresivo.

Por tal motivo, se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión.

- Tener el diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo y presentar dificultades en diversas áreas de su vida, por lo menos durante 4 semanas.
- Que asista a una institución de salud privada durante el 2022 en la ciudad de Lima Metropolitana.
- Que participe regularmente en la intervención, una vez por semana y haber completado 20 sesiones.
- Que asista a talleres de grupos por lo menos 3 veces en toda la intervención.

Criterios de exclusión.

- Que los síntomas de la consultante sean producidos por problemas de adicción o sustancias psicoactivas.
- Que los síntomas de ansiedad y depresión sean tan graves que justifican sus diagnósticos por separado como: depresión mayor o trastorno de la ansiedad generalizada.

Descripción del procedimiento

Plan de intervención.

En favor de la ejecución de las sesiones, se acordó con la jefa del área de psicología y la paciente, programándose una sesión semanal y se diseñó un plan de intervención con un cronograma de sesiones consistentes en 20 sesiones únicamente de intervención, con una duración de 60 minutos cada una, el cual fue supervisado y aprobado por la licenciada a cargo. Iniciando el cronograma en abril de 2022 y concluyendo en octubre del mismo año. Las primeras sesiones de abril se focalizaron en el reconocimiento y evaluación del caso a tratar. A partir de mayo, se realizaron las 20 sesiones de la intervención de tratamiento basado en la intervención cognitivo-conductual.

La intervención se enfocó primero en reducir la sintomatología ansiosa, dado que la activación ansiosa podía obstaculizar la intervención, luego, en acrecentar la actividad de la consultante y, más adelante, en dominar la técnica reestructuración cognitiva cambiando pensamientos distorsionados por otros más funcionales y, por último, en reforzar la autoestima y las relaciones interpersonales.

Actividades y sesiones.

En la primera sesión, se principió el encuadre terapéutico y se le explicó a la consultante en qué consisten las sesiones; así como también los horarios y tolerancia de espera, los roles y funciones de la terapia. De la misma forma, se recolectó información sobre el motivo de consulta y en explorar sobre sus emociones y pensamientos.

En la segunda y tercera sesión, por otro lado, se llevó a cabo la evaluación psicológica para conocer el diagnóstico a más profundidad. Para ello, se optó por la administración de las siguientes pruebas: Dibujo de la figura Humana de Machover, escala de autoevaluación de ansiedad de Zung y escala de autoevaluación de depresión de Zung, Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y escala de autoestima de Rosenberg.

Posteriormente, se efectuó la calificación de las pruebas psicológicas y el cierre de la sesión empleando un resumen de todo y brindando una psicoeducación. Las sucesivas sesiones son consideradas netamente para la intervención, partiendo de la psicoeducación y técnicas cognitivas, emocionales y conductuales de acuerdo con el avance de la consultante y los feedback dados en consulta.

Tabla 5*Cronograma de trabajo.*

Nº de Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea
Sesión 1 Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar la empatía y relación consultante-terapeuta. - Brindar una psicoeducación sobre el diagnóstico de la consultante. - Explicar sobre la TCC 	<ul style="list-style-type: none"> - Se comienza familiarizando la terapia cognitivo-conductual. - Se presenta fichas sobre síntomas de la ansiedad y depresión (triada cognitiva). - Se explica la diferencia con otras patologías y se presenta un video. - Se habla sobre las expectativas de la terapia - Se resuelven dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas sobre los síntomas de la ansiedad y la depresión. - Video reflexivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorregistro sobre los síntomas que presenta. - Traer un diario psicológico donde se detallarán el pensamiento, la emoción y la conducta.
Sesión 2 Control de la respiración	<ul style="list-style-type: none"> - Resolver las dudas de la sesión pasada. - Describir la importancia de la respiración pausada y profunda. - Orientar a través del modelamiento la respiración profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se evalúa la tarea y se proporcionan comentarios. - Se le enseña sobre ansiedad. - Se aplica la técnica de exposición prolongada a la ansiedad. - Se hace un modelado sobre respirar de forma más pausada; es decir, se le entrega una ficha autoinstructiva. - Se le pide que registre los pensamientos que surge durante la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas autoinstructivas sobre la respiración controlada. - Cuaderno psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar la respiración controlada antes de dormir y al despertar. - Registrar pensamientos automáticos que se presentan durante el ejercicio.

Nº de Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea
Sesión 3 Entrenamiento de relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar la consultante sobre ejercicios de relajación - Disminuir el nivel de tensión muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se evalúa la tarea y se proporcionan comentarios. - Se le enseña la relajación progresiva de Jacobson, a través del modelamiento. - Se le enseña a medir y controlar su activación antes de la relajación y después de realizarla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de registro de activación. - Cuadernillo psicológico - Lapicero 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar la relajación progresiva al día y registrar su activación antes o después.
Sesión 4 Reconocimiento de las emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Definir la importancia y funcionalidad de las emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se evalúa la tarea y se proporcionan comentarios. - Se empieza sobre las emociones que conoce y presenta en su día. - Se valida las emociones a través de técnica de mindfulness. - Se le explica la importancia de las emociones, características, eventos e interpretaciones. - Se le explica la técnica de diario emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas sobre las emociones. - Folletos sobre las emociones y su descripción. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el registro de emociones todos los días. - Colocar en registro de emociones o que experimenta día a día.
Sesión 5 Validación emocional y evaluación mensual	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y reforzar los conocimientos adquiridos. - Aprender a validar sus emociones y a ser más conscientes de ello. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa las tareas y se reevalúa los contenidos. - Retomar el proceso de reconocimiento de las emociones y elaborar un listado. - Se hace una actualización de su estado de ánimo y se le enseña el termómetro del ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de listado de emociones. - Ficha de termómetro del ánimo. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir registrando las emociones que presenta. - Registrar el termómetro del ánimo.

Nº de Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea
Sesión 6 Aplicación de técnicas conductuales	- Disminuir la pasividad de la consultante e identificar pensamientos que interfieren en la ejecución de la tarea.	- Se evalúa la tarea de la sesión pasada y se da comentarios. - Se elabora un listado de actividades donde se clasifican desde algo muy sencillo hasta un poco complejo midiendo su capacidad. - Se programa estas actividades considerando el tiempo y opciones adicionales. - Se identifica los pensamientos que tiene cuando no puede realizar la actividad.	- Ficha sobre la clasificación de actividades. - Ficha de registro de pensamiento. - Lapicero.	- Realizar las actividades programadas. - Rellenar la ficha de registro de pensamientos.
Sesión 7 Aplicación de técnicas conductuales II	- Identificar y reforzar los conocimientos adquiridos. - Aumentar su capacidad para sentir placer y reconocer su dominio de funcionalidad.	- Se reevalúan los síntomas de ansiedad, constatando que haya una disminución de la sintomatología ansiosa. - Se identifica todas las actividades que se realizaron durante las sesiones y se refuerza. - Se le brinda una ficha de programa de actividades agradables y se le indica que marque las que realizó durante el mes, se le enseña a poner al costado, el grado de dominio y placer que obtuvo al realizar esa actividad, y la expectativa y lo real	- Ficha del programa de actividades agradables. - Registro de la expectativa y actividad real sobre las actividades agradables.	- Rellenar la ficha del programa de actividades agradables y colocar placer y dominio antes y después de realizar la actividad.

Nº de Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea
Sesión 8 Registros de pensamiento automáticos	- Descripción de pensamientos automáticos. - Educar a la consultante en relación al proceso de pensar, sentir y actuar.	- Se evalúa la tarea de la sesión pasada y se brinda comentarios. - Se le brinda psicoeducación a la consultante en relación a sus pensamientos y como se originan, se le enseña a distinguir pensamientos irracionales vs racionales. - En una ficha se identifica tipos de pensamientos automáticos. - Se elabora una tabla de registros sobre la influencia del proceso de pensar, sentir y actuar. - Se le enseña el autorregistro.	- Ficha de registro de pensamientos. - Tabla de registro sobre pensar, sentir y actuar. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero.	- Seguir con el registro del termómetro del ánimo. - Realizar autorregistro cada día hasta la próxima sesión. - Realizar listado de pensamientos y sus tipos.
Sesión 9 Clasificar pensamientos	- Orientar sobre las distorsiones cognitivas - Reconocer pensamientos negativos y distorsiones.	- Se evalúa la tarea. - Se le brinda psicoeducación en pensamientos distorsionados. - Se hace una lista de cotejo con los pensamientos negativos que trae a sesión, se los pone en una ficha de registro y se los relaciona con días de la semana (actividad para la semana). - Se hace una lista de cotejo de pensamientos positivos. - A través del modelamiento se realiza la identificación de pensamientos irracionales.	- Ficha de pensamientos distorsionados. - Ficha de listo de cotejo de pensamientos negativos y positivos. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero.	- Seguir con el registro del termómetro del ánimo. - Rellenar las dos fichas de cotejo sobre pensamientos negativo y positivo, día tras día. - Reconocer las distorsiones cognitivas.

Nº de Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea
Sesión 10 Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre la relación entre eventos, creencias irracionales y consecuencias. - Realizar la reestructuración de los pensamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se evalúa la tarea de la sesión pasada y se brinda comentarios. - Se elabora una ficha grafica utilizando la actividad de la sesión 10 (que pienso, siento y como actuó) y se reelabora 4 columnas con los títulos de: situación, pensamiento, emoción, reacciones fisiológicas y conducta. - Se toma una situación de la ficha de registro y se comienza hacer el debate racional con una serie de preguntas socráticas y estratégicas para la reestructuración cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha grafica de las 4 columnas: situación, pensamiento, emoción, y reacciones de conducta. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar el reconocimiento de la situación, pensamiento, emoción y conducta y el debate racional, de una situación al día. - Reconocer las distorsiones cognitivas.
Sesión 11,12 Reestructuración cognitiva II y autoinstrucciones	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar el aprendizaje sobre reestructuración cognitiva. - Promover la acción para el cambio de pensamientos, emociones y conductas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Se refuerza el método socrático y el debate para poner a prueba los pensamientos automáticos, se utiliza la sesión 6 y 9. - Se deja a la consultante realizarlo sola y se corrige las fallas que pueda presentar. - Se revisa la identificación de distorsiones cognitivos y se corrige. - Se identifica el cambio de los pensamientos, emociones y conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha grafica de las 4 columnas: situación, pensamiento, emoción, reacciones fisiológicas y conducta. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir reconociendo la situación, pensamiento, emoción y conducta. - Realizar el debate racional - Reconocer las distorsiones cognitivas.

Nº de Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea
Sesión 13 Reforzar la reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y reforzar los conocimientos adquiridos. - Aumentar la capacidad para la resolución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Se identifica todas las actividades, si hay alguna inconclusa se refuerza explicando de nuevo. - Se refuerza a la consultante el debate o método socrático en un problema específico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha grafica de las 4 columnas. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir reconociendo la situación, pensamiento, emoción y conducta.
Sesión 14 Reconocimiento de las unidades subjetivas del malestar-ansiedad (SUD)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar situaciones temidas. - Entrenar en manejar las unidades subjetivas del malestar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Elaboración de un listado de situaciones temidas utilizando las SUD. - Se le enseña la identificación de las pulsaciones y a registrar las SUD. - Se realiza la imaginación guiada y se le enseña el entrenamiento de relajación. - Se practica la respiración diafragmática y se vuelve a evaluar la SUD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de escala de malestar subjetivo, SUD. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar la respiración diafragmática cuando se intenta o se expone a lo temido. - Registrar la SUD antes y después.
Sesión 15 Relajación imaginada y la SUD II	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar las SUD - Realizar el entrenamiento de la relajación imaginada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Se sigue trabajando con las SUD, se realiza la imaginación guiada y se sigue practicando el entrenamiento de relajación. - Se toma las pulsaciones y la SUD en un inicio y al terminar la práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de SUD y pulsaciones. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar el ejercicio visto en sesión.

N° de Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea
Sesión 16 Autoinstrucción en resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar problemas cotidianos. - Entrenar resolución de problemas. - Minimizar el malestar de los problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Orientación sobre los problemas. - Se describe sobre en qué consiste la técnica y se pone en práctica. - Se elabora un listado de problemas y se categoriza de los más simples a los más complejos. - Se genera “lluvia de soluciones”, no se descarta ninguna idea. - Se toma la mejor solución con la técnica pros y contra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de problemas. - Ficha de resolución del problema. - Ficha de pros y contra. - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar problemas cotidianos y jerarquizarlo. - Elegir la mejor decisión a través de los pros y contra.
Sesión 17 Trabajar en la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar su auto concepto - Reconocer sus cualidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Se identifica las distorsiones sobre su autoconcepto. - Se construye un listado de sus cualidades positivas y negativas. - Se pone en cuestionamientos los esquemas que se tiene sobre sus cualidades negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir reconociendo distorsiones de su auto concepto y practicar los debates.
Sesión 18 Mejorar las relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar y mejorar las habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Se le explica los tipos de personalidades que existen y a través del role playing se practica para comenzar a interactuar. - Se le explica las diferentes técnicas de exposición y reforzamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exponerse a situaciones de relaciones interpersonales.

N° de Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea
Sesión 19 Entrenamiento en asertividad	- Aumentar la capacidad para comunicarse mejor.	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Se identifica su forma de comunicación y las situaciones en la que no fue asertiva. - Psicoeducación en asertividad. - Se hace un listado de situaciones problemáticas, no es asertiva y se califica con el grado de dificultad. - Se utiliza el modelamiento y el role playing para graficar la técnica de asertividad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas sobre tipos de comunicación. - Ficha de asertividad (situación, dificultad y malestar). - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	- Registrar la ficha de asertividad y enfrentarlas poniendo en práctica lo visto en sesión.
Sesión 20 Cierre del proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y reforzar los conocimientos adquiridos. - Reforzar técnicas de prevención de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la tarea. - Se revisa los temas, si hay alguno inconcluso se refuerza. - Se utiliza el ensayo cognitivo-conductual para evitar los desencadenantes de una recaída. - reforzar la importancia del uso continuo de técnicas de auto instrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuadernillo psicológico. - Lapicero. 	- Practicar todo lo aprendido.

Metodologías empleadas en caso o programa

Descripción de los instrumentos utilizados.

Para la evaluación del caso, se utilizaron las siguientes herramientas de recolección de datos:

Observación psicológica. Es una técnica que pretende obtener datos concretos, o registros sobre el comportamiento verbal y no verbal de la interacción del sujeto con su entorno. Se emplea con el fin de controlar la cantidad y la calidad de los comportamientos, recurriendo a datos basados en la frecuencia y la intensidad de conductas positivas como negativas (Feria et al., 2020).

Entrevista clínica individual. Apunta a generar el vínculo psicólogo – consultante. Aquí se encuentra el esclarecimiento y delimitación del motivo de consulta y un listado de preguntas, siendo útil para la recogida de datos, profundizando unos elementos más que otros. Es necesario agregar que la entrevista comprende todos los formatos: estructurado, semiestructurado y abierto. Las entrevistas semiestructuradas comprometen la formulación de interrogantes abiertas o cerradas, lo cual va a depender del curso del entrevistador (Luna, 2020).

A fin de la evaluación del trastorno mixto de la ansiedad depresión, se efectuó una entrevista semiestructurada que consistió en recopilar datos generales como el nombre, edad, ocupación, estado civil, lugar de origen, así como preguntas en torno al diagnóstico, durante cuánto tiempo se ha padecido el malestar, en qué actividades a interferido, los antecedentes de enfermedades y familiares y estrategias utilizadas para

superar el diagnóstico. Ello se produce durante el inicio de la intervención con la finalidad de conseguir la mayor cantidad de información posible sobre la problemática.

Evaluación proyectiva: Se aplica el test proyectivo del dibujo de la figura humana de Machover, creado por Karen Machover en el año 1948. La prueba es aplicada de forma individual o colectiva, no teniendo un tiempo de límite y puede ser administrada tanto a niños como a adultos. Consiste en que el usuario dibuje una figura humana completa en una hoja bond y, cuando termina, se le vuelve a pedir que haga otro dibujo del sexo opuesto. Al finalizar, se le indica algunas preguntas estratégicas. La prueba parte de la teoría psicoanalítica y es utilizada como una herramienta psicológica en cualquier terreno del desempeño. Es preciso mencionar que para la evaluación se debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo de la madurez mental (Pinto y Pérez, 2020).

Evaluación psicométrica: Para esta aplicación, se presentará la batería de pruebas utilizada dentro del centro psicológico.

- a. *Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (EAD)*. Creada por Willian Zung en 1965 para conocer el nivel de depresión de la persona. Su administración es de forma autoaplicada, individual y colectiva, teniendo una duración aproximada de 15 minutos. Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores, los cuales se califican de acuerdo con respuestas dispuestas en escala tipo Likert: 1 (Muy pocas veces); 2 (Algunas veces); 3 (Muchas veces); 4 (Casi siempre) (Jaimes y Tacuchi, 2018).

Entre sus dimensiones se encuentra: *Afectiva*, que busca identificar estímulos que provengan del medio interno o externo y se manifiestan en sentimientos y emociones. Comprende los ítems 1 y 2. *Física*, evalúa procesos biológicos y de la conducta. Está formado por los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10. *Psicomotora*, que identifica factores psicológicos que intervienen en la movilidad, estando conformado por los ítems 12 y 13. Por último, *psicológica*, que evalúa procesos mentales como el pensamiento y la conducta, estando integrada por los ítems 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 (Jaimes y Tacuchi, 2018).

Validez y confiabilidad: en 1965, Zung validó la escala, en un grupo de pacientes de consultorio externo, encontrándose un alfa de Cronbach de consistencia interna tuvo =.7850, asimismo fue validada en pacientes peruanos obteniendo una correlación de Pearson de .75, y una consistencia interna de alfa de Cronbach .90 (Quispe, 2021).

- b. **Escala de autoevaluación de Ansiedad de Zung (EEA)**, fue creada por William Zung y Zung en 1971. En adultos, se aplica de forma individual y colectivo, tiene una duración de aproximadamente 15 minutos y está conformada por 20 ítems, los cuales se miden en escala tipo Likert: 1, nunca o raras veces; 2, buen número de veces; 3, un buen número de veces y 4, la mayoría de veces (Terrones, 2019).

Validez y confiabilidad: se tiene una fiabilidad de .70 - .80 y un índice de Cronbach entre .79 y .92 (Carvajal y Medina, 2022). En el Perú fue validado por Novara, Sotillo y Warthon en 1985, en pacientes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, se halló una confiabilidad

del coeficiente alfa de Cronbach de .75, indicando confiabilidad (Terrones, 2019).

- c. ***Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)***. Fue creado por Theodore Millon, Seth Grossman y Carrie Millon en 1983 y actualizado en 1997. Su aplicación es de forma individual y colectiva, para mayores de 18 años de edad. El tiempo aproximado para la aplicación es de 45 minutos a 50 minutos. La prueba está conformada por 175 ítems y el tipo de respuesta es dicotómica de verdadero o falso, los puntajes se centran en indicadores moderados, sugestivos, indicador bajo e indicador mulo (Sáenz, 2020).

Es un instrumento de evaluación de la personalidad patológica, que permite conocer problemas con la personalidad, divididos en 24 escalas según el grado de funcionamiento de la alteración, este test se encuentra dividido en 11 modelos patológicos, 7 de tipo moderado, 3 trastornos de personalidad graves y 3 de tipo de severo, y 4 índices modificadores (Honores, 2020).

Validez y confiabilidad: la consistencia interna, medida por el alfa de Cronbach, comprendiendo cifras que oscilaron entre su confiabilidad está en .80, y un test-retest fue de .84 y .96 (Álvarez, 2018). En el ámbito peruano, se realizó un estudio y se descubrió una confiabilidad que oscilan entre .90 y .63 en las escalas de los ítems, y se encontró que el alfa de Cronbach es de .77, lo que indica que la prueba es confiable (García y Navarro, 2020).

- d. **Escala de autoestima de Rosenberg**. Fue creado por Morris Rosenberg en 1965, en Estados Unidos, y adaptada al español por Echeburúa en 1995, siendo traducido a más de 28 idiomas y validado interculturalmente en más de 50

países. Su aplicación es de forma individual y colectiva durante 10 minutos. La escala está constituida por 10 ítems que se miden en escala tipo Likert: 1, muy de acuerdo; 2, de acuerdo; 3, en desacuerdo y 4, muy desacuerdo; la puntuación oscila entre 10 y 40 (Aguirre, 2020).

Validez y confiabilidad: En la versión de Echeburúa en 1995, se encontró una fiabilidad de .87 (Aguirre, 2020). En la validación de Swenson en el 2003, se encontró una confiabilidad de alfa de Cronbach de .86 (Pajares y Pozo, 2019). Asimismo, en el Perú, fue validada en castellano por Schmitt y Allik en el 2009, encontrando una validez del .75 (Aguirre, 2020).

Procedimiento de evaluación.

El procedimiento para la evaluación realizado fue el siguiente:

- Se efectuó una entrevista semiestructurada a la consultante, donde se recopiló información como datos generales: nombre, edad, ocupación, estado civil, lugar de procedencia y el motivo de consulta, así como un listado de cotejo sobre los síntomas del diagnóstico como si presenta algún tipo de trastorno del sueño, preocupación constante sin alguna razón, pérdida de concentración, pensamientos repetitivos, irritabilidad, desesperanza en función del futuro, hipervigilancia durante el día, cansancio excesivo y ánimo cambiante en un breve periodo de tiempo, esto durante la primera sesión.
- En la segunda sesión se aplicó una evaluación utilizando test proyectivo como el dibujo de la figura humana de Machover y pruebas psicométricas como la

escala de autoevaluación de ansiedad de Zung y la escala de autoevaluación de depresión de Zung.

- En la tercera sesión se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMII-III), los resultados de esta prueba no arrojaron indicadores significativos, por lo tanto, no son tomados en cuenta durante el post-test, asimismo durante esta también se aplicó la escala de autoestima de Rosenberg.
- Posteriormente, se calificó e interpretó las pruebas para obtener un diagnóstico claro y se planteó el plan de tratamiento.

Figura 2

Diagrama de intervención.



Monitoreo y/o Evaluación

Se utilizaron los siguientes recursos para el monitoreo y la evaluación:

- **Pre-test y post-test.** Se brindan los cuestionarios: Autoevaluación de ansiedad y depresión de Zung y autoestima de Rosenberg, estos fueron aplicados al inicio de la intervención, para establecer una línea base, y al finalizar, para conocer la eficacia de la intervención.

- **Lista de cotejo de síntomas.** Esta herramienta se utilizó para conocer los aspectos cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales del trastorno mixto ansioso-depresivo. Se lleva a cabo manualmente durante la intervención y se evalúa cada 30 días para conocer qué cambios se producen.
- **Registro de diario emocional.** Se emplea esta técnica para conocer el estado emocional de la consultante en su día a día, se le pide que registre en las diversas situaciones, sus emociones diarias, lo que piensa durante el acontecimiento y como esto le impacta en su conducta de forma positiva o negativa.
- **Termómetro del ánimo.** Esta herramienta nos ayuda a saber el estado de ánimo de la consultante, se le presenta una escala de 1 al 5 y se le pide que registre su estado de ánimo diario para hacer un seguimiento de su mejoría con la terapia.
- **Ficha de programación de actividades.** Este instrumento se utiliza para controlar y minimizar la pasividad de la consultante. Se trata de una lista de actividades en la que se especifica la dificultad con que se realiza, así como el nivel de disfrute que proporciona, la expectativa que se tenía y lo real, se realiza de forma semanal.
- **Ficha de registro de pensamiento.** Al inicio de la intervención se le pide a la consultante traer un diario o ficha de registro de pensamientos, se comienza con algo sencillo en las primeras semanas y según el avance es complejo, se registra lo que se piensa sobre situaciones cotidianas, esto por lo menos 3 veces a la semana. Posteriormente se le enseña a identificar sus tipos, por los menos 5 sucesos a la semana y clasificarlas. Finalmente, se le instruye a debatirlas y se

le pide que identifique por lo menos siete sucesos que tengan pensamientos irracionales y que aprenda a debatir, buscando pensamientos alternativos.

- **Ficha de unidades subjetivas del malestar (SUD).** Esta es una herramienta de medida que se utiliza para registrar la unidad de malestar de ansiedad de algo temido, es una escala de 1 al 100, se evalúa al inicio y final de la sesión.
- **Ficha de resolución de problemas.** Esta herramienta se enfoca en registrar las posibles soluciones a los problemas, se identifica los problemas en sesión y se valora las respuestas, además, se elabora pros y los contras para las soluciones.
- **Ficha de registro de cualidades positivas y negativas.** Es un listado que se rellena al inicio de la sesión para conocer sus cualidades positivas y negativas y después de la intervención para saber cómo ha sido su progreso.
- **Ficha de conductas asertivas.** Se centra en registrar los sucesos no asertivos y convertirlos en otros más asertivos, se crea una lista de casos problemáticos y se puntúa el grado de dificultad y malestar.
- **Tareas semanales.** Consiste en asignar tareas en función a la habilidad de la consultante, contribuyendo con el conocimiento de cuánto entendió y domina en la práctica.

Consideraciones éticas

La aplicación sobre las consideraciones éticas de la presente intervención de caso buscó cumplir con los principios éticos como:

- Autonomía. Para cumplir este principio, se respetó la independencia de la consultante para participar en la intervención del presente trabajo. Asimismo, se le proporcionó un consentimiento informado (Barbosa, 2020).
- Beneficencia. El presente trabajo de intervención se orientó a reducir la sintomatología y prevenir recaídas, a través de la intervención cognitivo-conductual, el cual está respaldado por la evidencia científica con el fin mejorar su bienestar psicológico, regulación emocional y sobrellevar mejor las dificultades que podrían surgir (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, 2003; citado por Flores, 2021).
- No maleficencia. En este caso, se direccionó a evitar daño en la participante, desde el principio de la investigación se cuidó no someter a la consultante a situaciones que puedan repercutir en su salud física o psicológica. Asimismo, se emplearon técnicas comprobadas científicamente y constantemente se recibió feedback por parte de la consultante sobre cómo se sentía. Además, se recibió retroalimentación por parte de la supervisora de caso (Ospina y Ruiz, 2021).
- Confidencialidad. Se encaminó a salvaguardar la identidad de la consultante, cuidando que sus datos personales no sean expuestos. En tenor de lo previo, solo se compartirán datos relevantes de la intervención (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007 citado por López et al., 2019).
- Principio de verdad. El presente trabajo se rige por normas de veracidad y honestidad, por lo que se comparten datos relevantes y reales (Olivitos, 2019).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

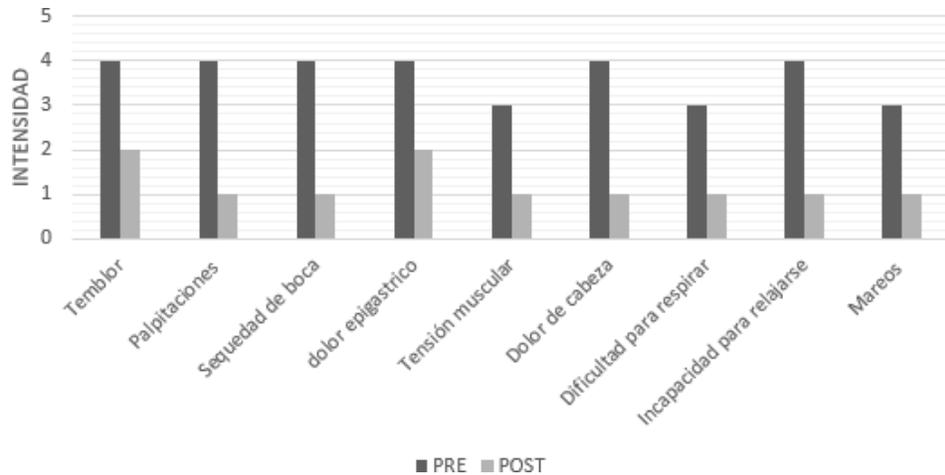
Describir los resultados hallados

El abordaje del caso se llevó a cabo en un total 24 sesiones, de los cuales fueron 3 sesiones de evaluación, 1 de devolución de los resultados y psicoeducación, luego, 20 sesiones de intervención bajo el enfoque cognitivo-conductual. La intervención se realizó en función de la línea base de pensamientos, emociones y conductas, lo cual fue contrastándose con los efectos del programa a través de los post-test.

En cuanto a la descripción de los resultados hallados, estos son detallados de conformidad con los indicadores. Para el primer indicador: “La consultante logra disminuir sus reacciones fisiológicas y emocionales poniendo en práctica estrategias como: respiración diafragmática, relajación imaginada, relajación progresiva y mindfulness”, como herramienta de monitoreo, se utilizó un listado de cotejos, registro de diario emocional y tareas semanales, antes y después de realizar la intervención psicológica. A continuación, se detallan los datos en la siguiente figuras y tablas.

Figura 3

Resultado de pre-post de la intensidad de las respuestas fisiológicas



En la figura 3 se visualiza la intensidad de las respuestas fisiológicas, teniendo en cuenta las puntuaciones de 1 (raras veces), 2 (algunas veces), 3 (buen número de veces) y 4 (muy a menudo). Así, se aprecia según los indicadores: en “temblor”, la consultante logra reducir la intensidad de 4 a 2 tras la intervención; mientras que en “palpitaciones aceleradas”, la consultante logra reducir de 4 a 1. Por otro lado, en “sequedad de boca”, se redujo de 4 a 1; en “dolor epigástrico”, se disminuyó de 4 a 2, en “tensión muscular, se aminoró de 3 a 1, en “dolor de cabeza”, se redujo de 4 a 1; en “dificultad para respirar”, se redujo de 3 a 1, en “incapacidad para relajarse” redujo de 4 a 1 y en “mareos” redujo de 3 a 1. Para la obtención de los resultados, se utilizó psicoeducación en respuestas fisiológicas, la respiración diafragmática y la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Tabla 6*Registro de emociones al inicio del tratamiento.*

Situación	Emoción	Escala	Resp. Emoción	Infl. en el pensamiento
1. Salir a la calle sin mascarilla.	Miedo y ansiedad	10	Sí	Negativa
2. Asistir a una reunión de trabajo.	Miedo y ansiedad	10	Sí	Negativa
3. Hablar con una persona extraña.	Miedo y ansiedad	10	Sí	Negativa
4. Pensar asistir a una fiesta.	Miedo y ansiedad	9	Sí	Negativa
5. Tener que hablar sobre lo que siento.	Ansiedad y tristeza	10	Sí	Negativa
6. Pensar en que no tengo amigos.	Culpa e ira	9	Sí	Negativa
7. Pensar que soy inútil porque no hago nada.	Tristeza	10	Sí	Negativa
8. Recordar que no querían bailar conmigo.	Ira y tristeza	10	Sí	Negativa
9. Tener que ir a comprar.	Ansiedad	10	Sí	Negativa
10. Pensar en que no podré hablar con nadie.	Ansiedad y tristeza	9	Sí	Negativa

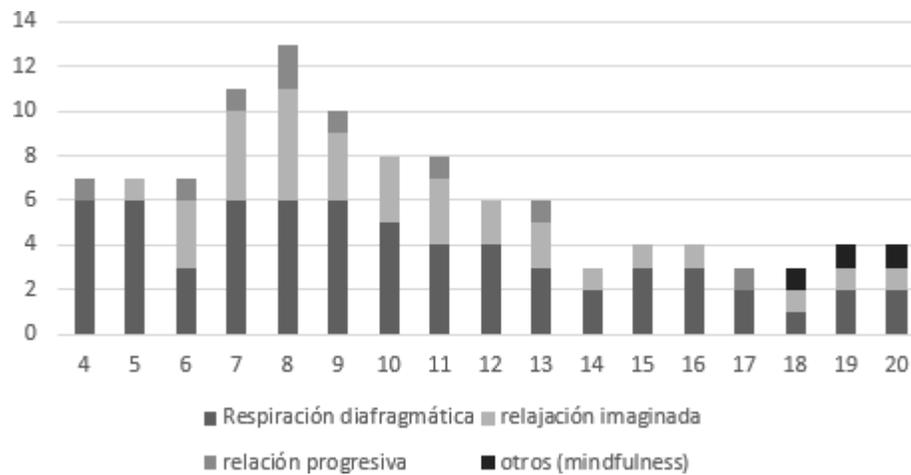
La tabla 6 muestra el registro de las emociones de la consultante al inicio de la intervención, observándose las siguientes situaciones: *“salir a la calle sin mascarilla”*, *“asistir a una reunión de trabajo”*, *“recordar cuando me hacían bullying”*, *“recordar que nunca me sacaban a bailar en las fiestas”*, *“hablar con una persona extraña”* *“tener que hablar sobre lo que siento”*, *“tener que ir a comprar”* y *“pensar que soy inútil, porque no hago nada”*, con una intensidad de 10 y *“pensar asistir a una fiesta”*, *“pensar en que no tengo amigos”*, *“recordar que no querían bailar conmigo”* y *“pensar en que no podré hablar con nadie”* con una intensidad de 9, presentándose emociones como *miedo*, *ansiedad*, *tristeza*, *ira* y *culpa* en niveles altos, los cuales

influyen sobre su conducta y pensamiento de forma negativa, lo que facilita la aparición e instauración de pensamientos poco flexibles y de comportamientos no funcionales.

Para regular las emociones se llevó a cabo la psicoeducación y diferentes técnicas de relajación como respiración diafragmática, la relajación imaginada, relajación progresiva y otros (mindfulness). A continuación, se exponen los resultados en la figura 4.

Figura 4

Resultados de las técnicas de relajación utilizadas durante la intervención



La figura anterior muestra el uso por parte del consultante de varias estrategias de relajación a partir de la semana 4 de intervención, visualizando así la respiración diafragmática 6 días a la semana y relajación muscular progresiva de Jacobson un día. En la semana 5 con respiración diafragmática 6 días a la semana y relajación imaginada un día. En la semana 6, 7, 8 y 9 se vieron; respiración diafragmática de 3 a 6 días a la semana, relajación imaginada de 3 a 5 y la relajación muscular progresiva de Jacobson de 1 a 2, debido a que se estaba trabajando en sesión con las diversas técnicas.

En la semana 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 se mostró la práctica de la respiración diafragmática de 3 a 5 días a la semana, relajación imaginada de 2 a 3 y la relajación muscular progresiva de Jacobson de 0 a 1. En la semana 18, 19 y 20 se mostró la práctica de respiración diafragmática de 1 a 2 días a la semana, relajación imaginada de 1 día a la semana y mindfulness 1 día a la semana. Cabe recalcar que las técnicas fueron aplicadas por la paciente, de acuerdo a su facilidad.

Después de la intervención se volvió a utilizar la técnica del registro del diario emocional a efecto de reevaluar como reconoce, describe y comprende sus emociones con las experiencias de la tabla 6, para reconocer su proceso de mejora. A continuación, se expone los resultados en la tabla 7.

Tabla 7

Registro de emociones después del tratamiento.

Situación	Emoción	Escala	Resp. emoción	Infl. en el pensamiento
1. Salir a la calle sin mascarilla.	Miedo y ansiedad	3	Sí	Positiva
2. Asistir a una reunión de trabajo.	Miedo y ansiedad	2	Sí	Positiva
3. Hablar con una persona extraña.	Miedo y ansiedad	3	No	Positiva
4. Pensar asistir a una fiesta.	Miedo y ansiedad	4	Sí	Negativa
5. Tener que hablar sobre lo que siento.	Ansiedad y tristeza	3	No	Positiva
6. Pensar en que no tengo amigos.	Culpa e ira	2	No	Positiva
7. Pensar que soy inútil, porque no hago nada.	Tristeza	3	No	Positiva

Situación	Emoción	Escala	Resp. emoción	Infl. en el pensamiento
8. Recordar que no querían bailar conmigo.	Ira y tristeza	3	Sí	Positiva
9. Tener que ir a comprar.	Ansiedad	1	No	Positiva
10. Pensar en que no podré hablar con nadie.	Ansiedad y tristeza	2	No	Positiva

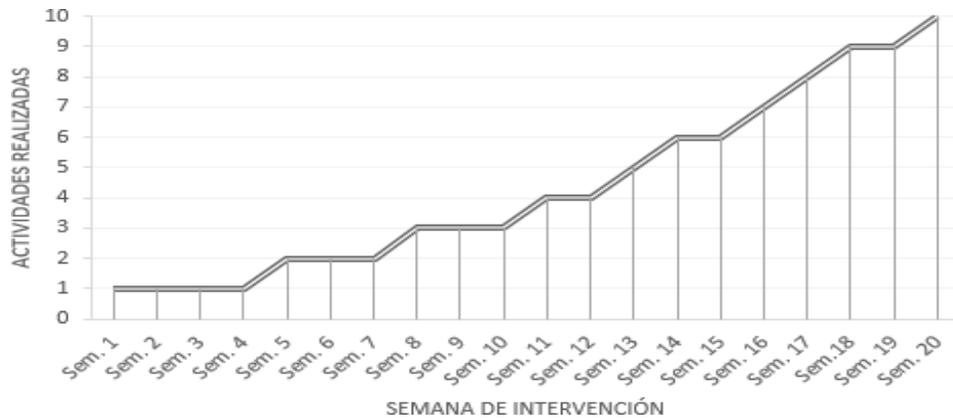
La tabla 7 expone el registro de las emociones de la consultante al finalizar la intervención para corroborar que la perturbación emocional ya no es significativa. Teniendo pensamientos o situaciones como: *“pensar asistir a una fiesta”* migrando de una intensidad de 9 a una intensidad 4; *“salir a la calle sin mascarilla, “hablar con una persona extraña”, “tener que hablar sobre lo que siento”, “pensar que soy inútil, porque no hago nada”* y *“recordar que no querían bailar conmigo”*. Disminuyéndose de una intensidad de 10 y 9 a 3; *“asistir a una reunión de trabajo”, “salir a la calle con mascarilla para ocultarme”,* y *“pensar que soy inútil, porque no hago nada”* y *“pensar en que no podré hablar con nadie”* reduciendo de intensidades de 10 y 9 a 2 y *“tener que ir a comprar”* se desplazó de una intensidad de 10 a 1, presentándose emociones como *tristeza, frustración, ira, miedo, ansiedad y culpa* en niveles bajos y medio, los cuales repercuten sobre el pensamiento positivo, coadyuvando con un comportamiento más adaptativo.

Del mismo modo para determinar el segundo indicador de logro: *“la consultante logra incorporar actividades de recreación y cuidado personal en su día a día.”*, como herramientas de monitoreo, se utilizó ficha de programación de actividades, donde se

registra las actividades placenteras, tareas graduadas, y placer y dominio, el cual fue revisado semana a semana. Los resultados se muestran en la siguiente figura 5.

Figura 5

Resultados del registro del número de actividades realizadas semanalmente



De acuerdo con los resultados de la figura 5, se registró el número de actividades realizadas a lo largo de las semanas de intervención, registrándose así las semanas 1, 2, 3 y 4 con una actividad de cuidado personal; mientras que en las semanas 5, 6 y 7, dos actividades de recreación y cuidado personal, en las semanas 8, 9 y 10 con tres actividades de recreación y cuidado personal, las semanas 11 y 12 con cuatro actividades de recreación y cuidado personal, la semana 13 con cinco actividades de recreación y cuidado personal, las semanas 14 y 15 con seis actividades de recreación y cuidado personal, la semana 16 y 17 con siete y ocho actividades de recreación y cuidado personal, las semanas 18 y 19 con nueve actividades de recreación y cuidado personal y la semana 20 con diez actividades de recreación y cuidado personal, lo que demuestra un desarrollo considerable. Durante las primeras semanas la consultante presentó resistencia a realizar actividades recreativas, pero a partir de las sesiones 6 el

crecimiento fue cada vez mejor, teniendo una mayor motivación por realizar más actividades en su día a día.

Para responder el tercer indicador: “la consultante logra identificar y registrar pensamientos distorsionados reestructurándolos a pensamientos funcionales”. En aras de medir este indicador se utilizó la ficha de registro de pensamiento donde se registró sus pensamientos, emociones y conducta con la finalidad de la consultante logre identificar, analizar y debatirlos. Los resultados se detallan en la tabla 8.

Tabla 8

Ficha de registro de pensamiento al inicio del tratamiento.

Situación	Pensamiento automático	Emoción	Conducta
Estar en mi cuarto sola y no tener con quien hablar.	“Nadie me entiende”, “nunca tendré amigos”, “no puedo hablar con nadie porque seguro piensan que soy una molestia” y “soy difícil de querer”.	Tristeza, frustración, ira y decepción	Quedarme en cama y llorar o quedarme dormida.
Hablar con mi familia y terminar discutiendo.	“Mi mamá nunca me va a entender”, “no puedo soportar hablar con mi familia solo me hacen sentir mal”, “si me quisieran de verdad no me tratarían mal”, “si me siento enojada es porque mi familia es injusta conmigo” y “debería tener otra familia”.	Tristeza, frustración e ira.	Colgar el teléfono o no responder las llamadas de mi familia.
No ingresar a clases o quedarme dormida durante ellas.	“No puedo hacer nada bueno, ni siquiera cumplir mis deberes como estudiante”, “no soy suficiente”, “debería volver hacer como antes” y “no soy capaz de ser buena para algo”.	Tristeza, culpa, frustración y decepción.	Llorar, intentar poner más ganas al estudio y ver que no puedo hacerlo.
Darme cuenta que no realice cosas durante el día.	“Soy una inútil”, “nunca voy a poder mejorar”, “debería de ser más buena”, “no sirvo para nada” y “todo lo hago mal”	Tristeza, culpa, ira y decepción.	Llorar y dormir para no pensar en nada.

Situación	Pensamiento automático	Emoción	Conducta
Salir a la calle sin mascarilla.	“Los demás me van juzgar”, “nadie se me va acercar porque piensan que soy fea”, “no debería salir porque se burlarán de mí”.	Tristeza, frustración, y miedo	No salir a la calle o salir solo con mascarilla.
Tener que hacer nuevos amigos o hablar con un extraño.	“Me da miedo que me rechacen”, “y si se dan cuenta que no soy inteligente”, “Me juzgaran por mi físico”, “soy muy nerviosa, por eso no puedo hablar con los demás” y “si los demás no se interesarían en mi aspecto físico yo sería feliz”.	Tristeza, frustración, miedo y vergüenza.	No salir de casa y solo esperar a que los demás se acerquen a mí para hablar.
Estar en una entrevista de trabajo.	“No puedo hablar bien delante de nadie y no podré nunca”, “nadie nunca me va considerar” “debería poder hablar mejor”, “debería de dejar de intentar buscar algún trabajo”, “no soy buena en nada”; “nunca seré capaz encontrar un trabajo y mucho menos de ser buena para algo”, “seguro que es mi culpa que nadie me quiera contratar”.	Tristeza, miedo, frustración y decepción.	No ir a las entrevistas de trabajo, dejar de buscar trabajo y rechazar las llamadas las empresas que recibieron mi CV.
Asistir a una reunión social	“Nadie me va hablar”, “si voy nadie se me va acercar”, “me que quedará sola sentada como en mi pasado”, “como no soy bonita, me quedare sola” y “nunca encontraré a quien le guste”.	Tristeza, frustración, miedo y vergüenza.	No ir a las reuniones sociales o ir y retirarme lo más rápido.
Verme en el espejo	“Debería ser más bonita”; “es por mi físico, como no soy bonita, los demás no me toman en cuenta”, “por mi imagen los demás me rechazan”, “debería de cambiar para ser más bonita”, y “Si fuera más bonita tendría más amigos”.	Tristeza, frustración, ira y vergüenza.	Llorar y no salir de casa, ni querer verme en el espejo.
Tener que hablar con alguien y decirle lo que pienso	“Y si no me entienden”, “no quiero ser una carga para los demás”, “me da miedo que si digo lo que siento se burlen de mí”, “si no aceptan lo que siento”, y “quizás lo que digo no tenga sentido”.	Tristeza, miedo y vergüenza.	Quedarme callada y no expresar lo que siento.

La tabla 8 muestra el ámbito cognitivo de la consultante al inicio de la intervención, pudiéndose ubicar en la primera columna la situación que es el activador, en la segunda columna, los pensamientos automáticos que surgen sobre la situación; en la tercera, las emociones que presenta a la par de los pensamientos y, por último, la conducta que realiza.

Tabla 9

Resultados del registro de pensamiento y su clasificación (distorsión cognitiva).

Distorsión cognitiva	Pensamientos automáticos
1. Pensamiento polarizado	“Soy una incompetente”, “soy difícil de querer”, “soy una inútil”, no soy capaz de ser buena para algo” “no sirvo para nada”, “todo lo hago mal”.
2. Sobregeneralización	“Nadie me entiende”, “nunca tendré amigos”, “nunca voy a poder mejorar”, “nadie nunca se va acercar a mí porque soy fea”, “los demás nunca me van aceptar”, “nunca podré hablar bien delante de nadie”.
3. Personalización	“No puedo hablar con nadie porque seguro piensan que soy una molestia”, “les hacen más caso a los otros porque son mejores que yo”
4. Culpabilidad	“No puedo hacer nada bueno, ni siquiera cumplir mis deberes”, “seguro que es mi culpa que no me quieran”, “es mi culpa por no aprender bien”.
5. Filtraje	“No soporto hablar con mi familia, solo me hacen sentir mal”, “cuando salgo todos se alejen de mí”.
6. Deberías	“Debería tener otra familia”, “debería de ser más buena”, “debería volver hacer como antes”, “no debería salir porque se burlarán de mí”, “debería poder hablar mejor”.
7. Interpretación del pensamiento	“Sé que no me van a llamar porque piensan mal de mí”, “nadie se me va acercar porque no piensan que soy bonita”, “los demás me van juzgar”.

Distorsión cognitiva	Pensamientos automáticos
8. Falacia de cambio	“Si mi familia cambiaría yo sería feliz”, “si los demás no se interesarían en mi aspecto físico yo sería feliz”.
9. Razonamiento emocional	“Si me siento enojada es porque mi familia es injusta conmigo”
10. Falacia de justicia	“Si me quisieran de verdad no me tratarían mal”
11. Etiqueta global	“Soy muy nerviosa, por eso no puedo hablar con los demás”

La tabla 9 muestra en la primera columna las clasificaciones de las distorsiones cognitivas, registrándose 11 distorsiones más usadas de 15 que existen, en la segunda se identifican los pensamientos en función a cada distorsión; por lo que, para modificarlos por otros más adaptativos, se utilizaron técnicas como la psico-educación, el registro de pensamientos automáticos, clasificación de pensamientos, autoinstrucciones, debate socrático del pensamiento y la reestructuración cognitiva.

Tabla 10

Ficha de registro de pensamiento después del tratamiento.

Situación	Pensamiento racional	Emoción	Conducta
Estar en mi cuarto sola y no tener con nadie con quien hablar.	<i>“A veces siento que nadie me entiende, pero es porque mis amigos están más ocupados y mi familia suele llamarme poco, sin embargo, yo también puedo hablarles o enviar un saludo”.</i>	Tristeza y aprecio	Hablar con mis amigos o hablar con mi familia por teléfono.
Hablar con mi familia y terminar discutiendo.	<i>“Mi familia suele ser complicada, se alteran fácilmente y hay muchas discusiones, pero eso no significa que no me quieran”</i>	Solidaridad	Hablar con mi familia por más horas y ser más comprensiva.

Situación	Pensamiento racional	Emoción	Conducta
No ingresar a clases o quedarme dormida.	<i>“Una acción no me define, puedo dormirme una vez en clases, pero aún puedo repararla o preguntarle a alguien”.</i>	Comprensión y afecto	Organizarme más y tratar de dormir mis horas de sueño.
Darme cuenta que perdí el tiempo y no hice casi nada durante el día.	<i>“Si estoy cansada es normal descansar, perder un día no es malo, descansada mañana poder hacer más cosas”</i>	Comprensión y afecto	Realizar cosas que me agradan.
Tener que hacer nuevos amigos o hablar con un extraño.	<i>“Es normal tener miedo, la otra persona con quien hablo también siente temor, pero puede ser bueno iniciar una conversación”</i>	Inquietud y satisfacción.	Atreverme a hablar con nuevas personas.
Estar en una entrevista de trabajo.	<i>“Es normal estar nervioso en una entrevista que falle una vez, no significa que fallaré siempre y eso no me define”</i>	Miedo y comprensión	Buscar un nuevo trabajo
Asistir a una reunión social.	<i>“Me gustaría ir a una fiesta sin sentirme nerviosa, sin embargo, es normal estarlo, pero no es malo ir e intentar divertirme”.</i>	Tristeza, miedo y seguridad	Ir a reuniones sociales con amigos.
Verme en el espejo.	<i>“No todo de mí me tiene que gustar, sin embargo, hay muchas cosas que me representan y puedo trabajar en las que no me gustan”</i>	Comprensión y afecto	Arreglarme, tomarme fotos o salir a la calle.
Tener que hablar con alguien y decirle lo que pienso.	<i>“No todas las personas me entenderán o aceptarán lo que digo, pero expresar lo que siento me ayuda.”</i>	Comprensión y seguridad	Expresar lo que siento más asertiva

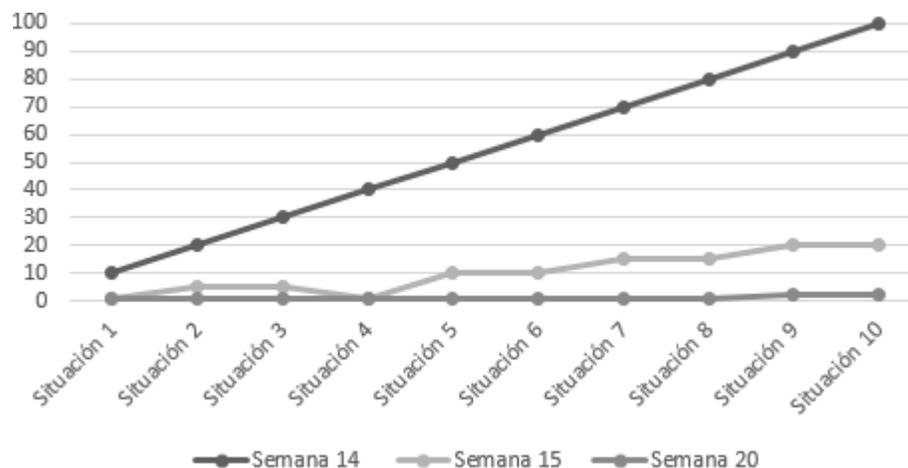
La tabla 10 muestra el registro de pensamiento de la consultante tras la intervención; para corroborar la eficacia de la intervención, se consideró necesario reevaluar las situaciones de la tabla 8, visualizándose que, gracias la psicoeducación

sobre los pensamientos y la reestructuración cognitiva, se logra un cambio de conducta, siendo estos más funcionales.

En cuanto al cuarto indicador: “la consultante logra disminuir sintomatología ansiosa frente a la exposición graduada imaginativa”, como herramienta para medir este indicador se utilizó la ficha de unidades subjetivas de malestar (SUD) al inicio y al final del tratamiento, así mismo se trabajó en base a la desensibilización sistemática y a la relajación imaginada. Los resultados alcanzados se identifican en la figura 6.

Figura 6

Resultados de las unidades subjetivas del malestar (SUD)- ansiedad.



En concordancia con los resultados de la figura 6, se registró 10 situaciones temidas con la escala subjetiva de malestar (SUD), los cuales fueron registrados en la catorceava semana y trabajadas en la catorceava y quinceava semana. Encontrándose así en la situación 1 “*Tener que iniciar una conversación con un conocido*”, para la que se registró un malestar de 10 en la escala de SUD, y que, tras la intervención, se redujo a una escala de 1 en la semana 15, manteniéndose así hasta la semana 20.

Por otro lado, en las situaciones 2 y 3 “*Salir a la calle sin mascarilla*”, “*Tener que quitarme la mascarilla frente alguien nuevo que estoy conociendo*” se registró un malestar de 20 y 30, pero, tras la intervención, se redujo a una escala de 5 en la semana 15 y 1 en la semana 20. Asimismo, en la situación 4 “*Que las personas se queden mirándome*”, se registró un malestar de 40, luego, se contrajo a 1 en la semana 15 y se mantuvo así hasta la semana 20. En las situaciones 5 y 6 “*Tener que iniciar una conversación con una persona nueva*”, “*Que mi profesor me pregunte sobre algo*”, se reportó un malestar de 50 y 60; no obstante, tras la intervención, disminuyó a 15 en la semana 15 y 1 en el seguimiento de la semana 20.

Por otra parte, en la situación 7 y 8 “*Que mis compañero o desconocidos se rían de lo que diga*”, “*Asistir a reuniones sociales*” se registró un malestar de 70 y 80, luego se redujo a 10 en la semana 9 y 1 en la semana 20. En las situaciones 9 y 10 “*Asistir a una entrevista de trabajo*”, “*Estar frente a al entrevistador*”, se registró un malestar de 90 y 100; sin embargo, tras la intervención, decreció a una escala de 20 en la semana 9 y 2 en el seguimiento de la semana 20.

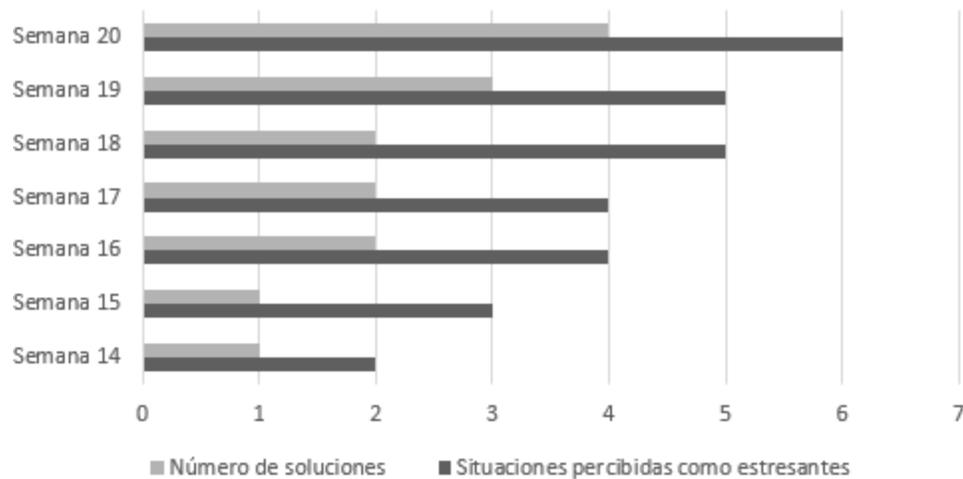
Para obtener los resultados se trabajó con la desensibilización sistemática, la relajación imaginada y la respiración diafragmática y la reestructuración cognitiva, como resultado se redujo la sintomatología fisiológica, desde la semana 14 hasta la 20, viendo así resultados favorables.

En cuanto al quinto indicador: “la consultante logra resolver situaciones problemáticas de su vida cotidiana haciendo uso de la resolución de problemas y de la comunicación asertiva”, como herramienta de monitoreo, se utilizó una ficha de

resolución de problemas y una ficha de conductas asertividad. Los resultados alcanzados se identifican en la figura 7 y 8.

Figura 7

Resultados de la ficha de resolución de problemas sobre las situaciones percibidos como estresantes

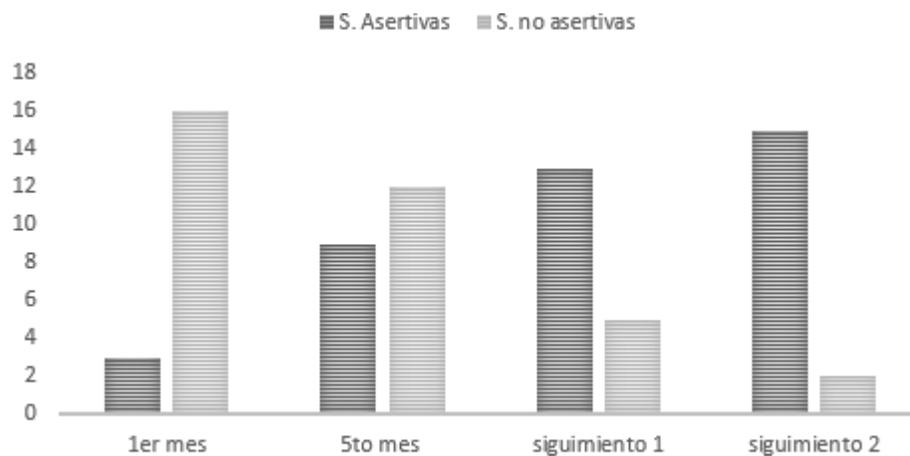


Según los resultados de la figura 7, muestran el número de soluciones y de situaciones percibidas como estresantes durante las semanas de intervención, se observa que durante la semana 14 y 15 la consultante solo logra visualizar 2 y 3 situaciones estresantes y encontrando 1 solución para cada una; mientras que la semana 16 y 17 logra visualizar 4 situaciones estresantes y encontrando 2 soluciones para cada una, en la semana 18 y 19 logra visualizar 5 situaciones estresantes y encontrando 2 y 3 soluciones para cada una, y en la semana 20 logra visualizar 6 situaciones estresantes y encontrando 4 soluciones para cada una.

Para obtener los resultados se trabajó en entrenar a la consultante en la resolución de problemas, se determinó comenzar por elaborar una lista de dificultades, fijar objetivos para los problemas, realizar una lluvia de ideas sobre los problemas establecidos y, a continuación, aplicar una lista de soluciones a cada circunstancia. Para elegir la alternativa más conveniente, se enseñó la técnica de pros y contras, y se lleva a cabo un ensayo cognitivo a través de la imaginación, en el que si se descubren distorsiones cognitivas se realiza la reestructuración cognitiva, para finalmente aplicarlo en la vida real.

Figura 8

Resultados de las fichas de registros de conductas asertivas y no asertivas



Como se visualiza en la figura 8, la consultante registró 3 conductas asertivas y 16 no asertivas durante el primer mes en la evaluación, asimismo se produjo un aumento en las conductas asertivas y una disminución en las situaciones no asertivas, registrándose en el quinto mes 9 situaciones asertivas y 12 no asertivas; mientras que,

en el primer seguimiento, 13 situaciones asertivas y 5 no asertivas; y en el segundo seguimiento, 15 situaciones asertivas y 2 no asertivas.

Para obtener los resultados, se trabajó en entrenar a la paciente en asertividad, se trabajó en el reconocimiento de comportamientos asertivos o no, el aprendizaje de los diferentes tipos de comunicación (asertiva, pasiva y agresiva), la creación de una lista de situaciones problemáticas y jerarquizarlos, modelado de las respuestas conductuales a través del role playing, la reestructuración cognitiva si surgen ideas negativas, para finalmente ponerlo en práctica.

Discusión de los resultados

Con la finalidad de responder el objetivo general: “Reducir los niveles de ansiedad y depresión a través de una intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en un caso con trastorno mixto ansioso-depresivo”, se utilizaron diversas técnicas como la psicoeducación, el diario emocional, entrenamiento en relajación, control de la respiración, mindfulness, termómetro del ánimo, registro de pensamientos automáticos, auto instrucciones, reestructuración cognitiva, programación de actividades de dominio y placer, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas, y role playing, mostrando un decrecimiento considerable de los síntomas de ansiedad y depresión.

Teniendo como resultados, durante el pre-test, síntomas de ansiedad severa (puntuación de 74) y depresión severa (puntuación de 70), los cuales se redujeron durante el post-test, a un nivel de ansiedad mínima (puntuación de 39) y depresión clínica normal (puntuación de 35). Lo anterior indica que la consultante logró mitigar

la sintomatología de ambas afecciones, ayudándola a enfrentar diversos problemas de su vida cotidiana, así como en los siguientes niveles: personal, logrando la concientización y gestión de sus emociones, así como pensamientos más flexibles y realistas; interpersonal, mejorando la comunicación con los miembros de su familia e incrementando su capacidad de resolución de problemas; académico, mejorando su desempeño escolar; y profesional logrando conseguir un puesto de trabajo.

Concordando con autores como López (2022) y Rodríguez (2023), quienes afirman que las intervenciones psicológicas basadas en la terapia cognitivo-conductual han demostrado un mayor éxito en la remisión de los síntomas de ansiedad y depresión mediante la aplicación de técnicas como distracción cognitiva, reestructuración cognitiva, psicoeducación y entrenamiento en asertividad. Del mismo modo, la investigación de Ferriz (2020) indica que no solo contribuye a la remisión de los síntomas de ansiedad y depresión, sino también al aprendizaje de habilidades de afrontamiento, mejorando el bienestar psicológico y la autoestima. Además, Plasencia (2022) añade que se obtiene una amplia gama de estrategias entre las que se incluyen la regulación emocional, la actividad física, la respiración, la pausa mediante el alejamiento físico de la emoción, la comprobación racional de los hechos, la supresión de las emociones en determinados contextos, la resolución de problemas y el apoyo social.

Gómez (2021), por su parte, para el tratamiento del diagnóstico del trastorno mixto ansioso-depresivo, se emplearon enfoques como la reestructuración cognitiva, la psicoeducación en emociones, autorregistros sobre pensamientos y distorsiones

cognitivas, y el debate de los mismos que ayudaron a la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión. De igual forma, Cabrejos (2020) demuestra que técnicas como la psicoeducación, el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas tienen como objetivo promover actitudes, emociones y acciones positivas, así como habilidades de afrontamiento para lograr resultados satisfactorios sobre sus aspectos funcionales, mejorando así la calidad de vida.

Así mismo Cuerda (2020) menciona que para lograr la disminución de los síntomas ansioso-depresivos utilizando el enfoque cognitivo conductual, utilizó técnicas como: la respiración diafragmática para bajar la activación conductual, el entrenamiento en comunicación asertiva y la reestructuración cognitiva para modificar las creencias disfuncionales, de la misma forma Suárez (2021), menciona que después del tratamiento cognitivo conductual también se logró la reducción de los síntomas anteriores a través del proceso de psicoeducación y rapport.

Las investigaciones revisadas coadyuvan con confirmar que la intervención cognitivo-conductual es efectiva en cuanto a la reducción de los síntomas ansiedad y depresión, dado que proporciona numerosos abordajes a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y conductual, mejorando así la calidad de vida de la persona. Así pues, la terapia cognitivo-conductual resultó ser eficaz y eficiente en el tratamiento de un caso de trastorno mixto ansioso depresivo.

De mismo modo, respondiendo al primer objetivo específico: “Disminuir la intensidad de las reacciones fisiológicas y emocionales por medio de la regulación emocional en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo”; se logró que la consultante

pueda reducir la intensidad de sus reacciones fisiológicas y emociones, identificándolas y regulándolas adecuadamente. Empleando estrategias como la detección de sus emociones y respuestas fisiológicas, la respiración diafragmática, relajación imaginada, de relajación muscular progresiva de Jacobson y mindfulness. Ya que inicialmente, la consultante mostraba reacciones fisiológicas y emocionales intensas, frecuentes y de larga duración.

Concordando así con lo que mencionan Beck et al. (1985, citado en Almendro et al., 2020), uno de los problemas en una intervención es la activación del organismo, que permanece en alerta constante ante una amenaza; real o imaginario; por ello, la principal motivación de la TCC es reducir esa activación, para así disminuir la sensación de incapacidad. Esto es reafirmado por Fernández et al. (2012, citado en Cuerda, 2020), quienes afirman que en una intervención de TCC, es fundamental atenuar las manifestaciones fisiológicas, comprendiendo así sus emociones, a través del entrenamiento en relajación, que promueve la adquisición de estrategias cognitivas y conductuales.

Para abordar el tratamiento sobre el trastorno mixto ansioso depresivo, desde la TCC, es importante utilizar técnicas que contribuyen a alcanzar un estado de hipoactivación como la relajación muscular y la respiración (Novillo, 2019). Así como para el control de la activación emocional en la TCC se utiliza técnicas de relajación para reducir el nivel global de activación, enfatizando en técnicas como la psicoeducación sobre los pensamientos automáticos y la importancia de la

diferenciación entre las emociones y su correspondiente influencia en diferentes conductas (Barbosa, 2020).

Según lo señalado, Gonzales (2020), en su intervención desde la TCC encontró como resultado que las emociones tienen una gran importancia, sobre todo los sesgos emocionales y la desregulación emocional, que influyen significativamente para mejorar la calidad de vida de la paciente. Así mismo Yañez (2022) hace hincapié sobre regulación emocional, en la intervención TCC, el cual se consigue mediante el uso de herramientas como la respiración o el mindfulness, al tiempo que subraya que ésta no es la única forma de controlar las emociones porque también es necesario el componente cognitivo

Podemos deducir de los estudios previos que la terapia cognitivo-conductual ayuda a regular las emociones, que son muy significativas a la hora de determinar el comportamiento; sin embargo, también se requiere el campo cognitivo para modificar el comportamiento y convertirlo en uno más funcional.

En cuanto al segundo objetivo: “Aumentar el desarrollo del número de actividades en su rutina diaria a través de las técnicas conductuales como: programación de actividades, asignación de tareas graduales y técnica de dominio y placer en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo”; la consultante logra aumentar su motivación incrementando el número de actividades de recreación y cuidado personal que realizó en su día a día, influyendo su comportamiento y estado del ánimo, a través de la puesta en práctica de técnicas como tareas graduadas, actividades placenteras, y dominio y placer. Así mismo lo sostiene Beck (1983) estas técnicas

ayudan contrarrestar la escasa motivación de los pacientes. Similar a lo encontrado en la investigación de Navarro (2018) quien utilizó tácticas de la TCC como la programación de actividades y cuestionarios de dominio y placer, logrando reducir la inactividad de la paciente y proporcionarle un sentido de competencia y mayor capacidad de disfrute.

Beck et al. (2010, citado en Baringoltz, 2020) sostienen que es fundamental mantener activo al paciente para desafiar el sentimiento de inutilidad que posee sobre ella misma, cambiando su realidad por uno más funcional lo cual influye en su emoción y conducta. Por ello la TCC se centra principalmente en mantener al paciente con interés en actividades constructivas. Así lo reafirma, Intriago (2019) dos de los instrumentos más utilizados para el cambio conductual es la programación de actividades y tareas para casa, confrontando así su percepción sobre su funcionamiento, ya que el paciente se siente incapaz de ejecutar actividades complejas o simples, perdiendo la satisfacción e interés.

De mismo modo, Zuluaga (2018) descubrió que tácticas de la TCC como esbozar actividades potencialmente divertidas, lista de dominio, actividades semanales y asignación de tareas ayudaban a estabilizar adecuadamente el estado de ánimo del paciente antes de pasar a técnicas más abstractas. Concordando con Ferriz (2020) en su investigación aplicó técnicas como activación gratificante y diario de gratitud que le ayudaron a que la paciente más motivada y participara en diversas actividades.

En cuanto al tercer objetivo “Aumentar la capacidad de identificar y modificar pensamientos distorsionados a pensamientos adaptativos por medio de la

reestructuración cognitiva en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo”; se logró que la consultante identifique y registre pensamientos distorsionados reestructurándolos por pensamientos más flexibles y racionales. Para ello, se recurrió a estrategias como el registro del pensamiento para reconocer la situación, el pensamiento, la emoción y la conducta. Asimismo, psicoeducación de pensamientos automáticos negativos y su clasificación según su distorsión, identificando 10 distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones, los cuales modificaron sus pensamientos distorsionados, así como las creencias irracionales que presentaba. Estos hallazgos se apoyan en la propuesta de Beck et al. (2010, citado por Ponce y Landa) dentro de la terapia cognitiva, que se centra en modificar las cogniciones, que son los procesamientos erróneos de la información sobre la realidad influidos por evaluaciones, diálogos internos y basados en nuestras creencias previas, y que influyen en la emoción y la conducta.

Así mismo con las técnicas anteriores se logró que la consultante a través de descubrimientos sobre argumentos y asociaciones fue capaz de cuestionar sus pensamientos distorsionados, donde coincidimos con Cadena (2019), la terapia cognitivo-conductual ofrece dos beneficios referentes a sus componentes, el primero ayuda a flexibilizar los pensamientos y el segundo contribuye con que el individuo reaccione de manera adaptativa.

Las creencias irracionales son modificadas en creencias racionales por medio de estrategias como la psicoeducación, el modelo ABC, los hechos frente a las interpretaciones, las autoinstrucciones, el pensamiento flexible y la reestructuración

cognitiva para producir una evaluación más equilibrada y realista (Saravia, 2022). Así mismo, existe un cambio importante en la creencia de los pensamientos distorsionados ante situaciones sociales tras aplicar intervención cognitivo-conductual, (Ramírez, 2022).

Al igual que mencionaba Barrios (2021), la terapia cognitivo-conductual posibilita la reestructuración de los pensamientos negativos que producen un malestar psicológico, emocional, fisiológico y conductual, reconociendo que las ideas irracionales son interpretaciones erróneas de las situaciones vividas, que se desarrollaron a través de creencias y un mal control de las emociones, y para cambiarlas es necesario trabajar en reestructurar los pensamientos. La terapia cognitiva de Beck mejoró la revalorización cognitiva y erróneos cognitivos, disminuyendo en gran medida los intentos de suicidio y los rasgos depresivos (Armijo y Polo, 2021).

Investigaciones anteriores han confirmado que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en la reestructuración de pensamientos distorsionados por otros más funcionales, mejorando así el bienestar del paciente, como demostró Barbosa (2020), que fue capaz de desarrollar interpretaciones alternativas de pensamientos automáticos negativos, aumentando la valía y el estado emocional del paciente.

Con relación al cuarto objetivo específico: “Disminuir sintomatología ansiosa en situaciones temidas mediante la exposición graduada, de manera imaginativa en un caso de trastorno mixto ansioso-depresivo”. La consultante logra aprender el manejo de las unidades subjetivas de malestar (SUD) y reducir su sintomatología ansiosa frente a la exposición graduada imaginativa, mediante estrategias como la detección de

situaciones ansiógenas y sus respuestas fisiológicas, el control de la respiración, la relajación imaginada y la reestructuración cognitiva, lo que le permitió disminuir su activación fisiológica al afrontar acontecimiento que le generaban ansiedad. Porque según Beck et al. (1985, citado en Huertas, 2018) en la ansiedad existe una fuerte sensación de vulnerabilidad, percibiéndose a sí mismo como incapaz de tener control o seguridad, lo que se suma a una sobreestimación del grado de ansiedad, que conduce a conductas de evitación, y para cambiarlos es necesario tener estrategias que disminuyan el sentimiento de vulnerabilidad.

Lo que coincide con Fajardo (2018), quien al aplicar una intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad con respuesta de evitación utilizó tres modalidades: fisiológico, controlando la respiración y relajación; cognitivo, trabajando en cuanto a las distorsiones cognitivas y conductual con técnicas como la exposición. La intervención cognitiva favorece en la reducción de la activación fisiológica y los sesgos cognitivos a través del área cognitiva, modificando los sesgos e interpretación, y del área conductual trabajando sobre las respuestas fisiológicas con técnicas como la relajación muscular, la respiración y la imaginación, y reajustando así las conductas desadaptativas (Cadena, 2019).

Para disminuir las conductas de evitación, es necesario enseñar al paciente la necesidad de exponerse al objeto temido, así como el propósito de la evitación y la seguridad, además de prácticas que minimicen la activación fisiológica como la respiración y la relajación (Hernández, 2021). Lo que coincide con Zapata (2020), quien en sus resultados de la intervención cognitiva conductual encontró el descenso

en los índices de malestar subjetivos a través de la respiración y la relajación, permitiendo así a controlar efectivamente la sintomatología fisiológica.

Alusivo al quinto objetivo específico, “Aumentar la capacidad de resolución de problemas y comunicación asertiva en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo”; la consultante logra poner en práctica el uso de resolución de problemas y comunicación asertiva al enfrentar situaciones problemáticas, mediante el reconocimiento de la importancia de una buena toma de decisiones y de una comunicación funcional, la detección de problemas y de una comunicación no asertiva, la técnica de los pros y los contras, los autorregistros, el análisis cognitivo, el modelado y el juego de roles, teniendo como resultado que la paciente conozca sobre su problema y tenga claro cómo actuar y comunicarse, lo que le permite mantenerse constante en la búsqueda de alternativas hacia las dificultades.

Concordando con Intriago (2019), quien menciona que la búsqueda de soluciones y el entrenamiento en asertividad ayuda al individuo a explorar dificultades recurrentes y descubrir diferentes respuestas, lo que le facilita la determinación de la solución más idónea en su investigación, después de la intervención cognitivo-conductual.

Para Beck (1985) las técnicas conductuales como el entrenamiento en asertividad y la resolución de problemas están diseñadas para ayudar al paciente a adoptar nuevas estrategias de afrontamiento más realistas y positivas, permitiéndole comprender sus emociones, pensamientos y comportamientos con el fin de desarrollar un plan dirigido a reducir el malestar psicológico y mejorar su sensación de bienestar

(Henández, 2018). Así también lo corrobora Cabrejos (2020) en su intervención en TCC, donde la resolución de problemas es uno de las estrategias que ayudan en la búsqueda de soluciones alternativas para reducir la ansiedad y la tristeza, así como enfrentar problemáticas de su día a día.

La efectividad de la terapia cognitivo-conductual se debe a que no solamente se abordan estrategias como como la exposición, la reestructuración cognitiva y relajación para disminuir el malestar psicológico, sino que también se brindan técnicas como la resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad sirven como herramientas para prevenir recaídas (Chávez, 2020).

CAPÍTULO V. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA

Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

Algunas de las limitaciones encontradas durante el estudio de caso fueron los cambios de horario por parte de la consultante. Al inicio de las sesiones se coordinó un horario establecido y un día a la vez por semana; sin embargo, algunas tuvieron que ser modificadas debido a imprevistos que tuvo la consultante.

De igual forma, debido a que a la consultante tuvo algunas complicaciones para llegar al consultorio, se optó por realizarlas de forma virtual, presentando así algunas complicaciones como conexión a internet y tener un espacio correctamente acondicionado, adecuada iluminación y sin ruidos fuertes para la consecución de la sesión.

Otra limitación que se encontró fue el tiempo de intervención. Debido a que todas las sesiones tienen una permanencia de una hora, en algunas ocasiones, ante la presencia de factores como la puntualidad o el contar un suceso importante en la vida de la consultante, retrasaban el tema de la intervención, afectando el periodo para lograr la familiarización del tema.

Por otro lado, durante la intervención se visualizó la limitación de la ausencia de apoyo de algunos miembros de su familia. Si bien es cierto que la consultante logró comunicarse mejor y sentirse parte de su familia, cuando se quiso coordinar una sesión con la familia para proporcionarle estrategias o pautas a fin de optimizar su comunicación o su relación familiar, fue complicada realizarlo ya que los miembros de estos no se ponían de acuerdo y al final solo se sostuvo diálogo con la madre.

Impacto a nivel profesional

Para la intervención del estudio de caso anterior fue importante desarrollar diversas habilidades terapéuticas y competencias técnicas para así ejercer una gestión más eficaz. Por ello, en las competencias técnicas fue necesario mejorar los conocimientos en el área clínico, así como en el trastorno mixto ansioso-depresivo y la terapia cognitivo-conductual. Se tuvo participación en diversos cursos especializados relacionados con mindfulness, regulación emocional y algunos cursos de terapia cognitivo-conductual. Así como la necesidad de realizar una búsqueda de revisiones bibliográficas; cada curso y revisión bibliográfica me proporcionó un panorama más claro de cómo lograr una intervención más eficaz en el caso.

Con respecto a las habilidades o destrezas profesionales, se pudo desarrollar una mayor capacidad de análisis y síntesis, necesaria para identificar y contextualizar el problema, así como para reconocer e intervenir en el estudio de caso planteado. Por otra parte, la capacidad de pensamiento analítico ayudó a identificar la información necesaria y los componentes cruciales del problema.

Así como, la adaptación a nuevas situaciones porque durante la intervención surgieron diversos eventos como cambiar de la atención presencial a la atención virtual, lo cual ayudó a no perder el foco de atención y brindar la atención necesaria. De la misma manera, el sentido del humor para potenciar la conexión terapéutica, el debate de los pensamientos y la búsqueda de respuestas. Por último, la creatividad para operar de forma más didáctica.

De la misma forma, se potenciaron habilidades como empatía, comunicación asertiva y validación emocional, presentes durante toda la intervención, y la capacidad de autonomía a fin de proponer la intervención y tomar decisiones con respecto a la forma, secuencia y contenido de las actividades.

Impacto en la institución/paciente con los resultados hallados

Como resultado de la intervención se observaron mejorías en la calidad de vida de la consultante con remisión completa de los síntomas de ansiedad y depresión ya que hubo una toma de conciencia de su diagnóstico, ayudándola a aprender diversos recursos psicológicos que utiliza para resolver cualquier posible problema que surjan. Por otra parte, ofreciendo asistencia para clarificar sus objetivos personales y profesionales.

Asimismo, logró adquirir estrategias a nivel cognitivo para cuestionarse los pensamientos irracionales que pudiera tener a nivel emocional, siendo capaz de regular sus emociones, y a nivel conductual, logrando una mayor activación conductual; evidenciándose a través de la reducción de conductas desadaptativas o disfuncionales.

En lo que respecta a la institución, se percibió un impacto positivo porque el estudio de caso tuvo una favorable eficacia que servirá de registro para la intervención de futuros casos con el mismo diagnóstico; del mismo modo, existen ciertos aspectos que mejorar y que, según el estudio, se podrá tener en cuenta en futuros tratamientos. Por otra parte, se adaptaron diversos materiales como fichas de registro sobre los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, lista de cotejos y folletos, los cuales facilitan las nuevas intervenciones.

Aporte en el área psicológica y en el contexto

Este trabajo representa un aporte a las investigaciones que se efectúan en el campo de la psicología clínica. Su desarrollo contribuye a los esfuerzos de varios estudios sobre la intervención cognitivo-conductual y su eficacia a la hora de proporcionar a la consultante un conjunto de herramientas cognitivas, emocionales y conductuales para hacer frente a los diferentes retos de la vida diaria, así como para optimizar su salud mental e instaurar un repertorio conductual más adaptativo.

Del mismo modo, pretende conferir evidencias sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, específicamente en el trastorno mixto ansioso-depresivo, visualizando efectividad en materia de la remisión de los síntomas de ansiedad y depresión; y proporcionando diversas estrategias en pro de la prevención de recaídas y la búsqueda de una mayor autonomía mediante diversas técnicas cognitivo-conductuales, aumentando así la satisfacción de la consultante.

Con respecto al aporte enfocado al contexto de la consultante, la intervención generó un impacto positivo en una variedad de ámbitos; a nivel familiar, adquiriendo una mayor concientización sobre la comunicación asertiva y la escucha activa; a nivel social, teniendo un pensamiento más flexible y mejorar sus habilidades sociales, logrando así realizar nuevos vínculos sociales; a nivel académico mostrando más apertura y mejorando su rendimiento académico, y a nivel profesional, logrando poder asistir a entrevista de trabajo y consiguiendo un trabajo.

CONCLUSIONES

- Se vio cumplido el objetivo general reduciendo los síntomas de ansiedad y depresión, ya que, de comenzar con un nivel de ansiedad y depresión en categoría severa; culminó con un nivel de ansiedad en la categoría mínima y depresión en la categoría clínica normal, mostrando así la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en un caso con trastorno mixto ansioso depresivo.
- La consultante pudo disminuir la intensidad de sus respuestas fisiológicas y emocionales mediante estrategias como respiración diafragmática, relajación imaginada, relajación muscular progresiva de Jacobson y mindfulness, lo cual le ayudó a afrontar mejor los problemas de su vida cotidiana.
- La consultante logró incrementar gradualmente sus actividades de recreación y cuidado personal diarias, proporcionándole así satisfacción y ayudándole a contrarrestar pensamientos distorsionados sobre su funcionalidad.
- La consultante logró incrementar su capacidad de identificar y registrar pensamientos distorsionados, reconociendo 11 distorsiones cognitivas y reestructurándolos a pensamientos más adaptativos con afirmaciones positivas de sí misma, de los demás y el futuro.
- La consultante pudo reducir su sintomatología ansiosa en situaciones temidas mediante la exposición graduada imaginativa y el buen manejo de las unidades

subjetivas del malestar, el cual le ayudó a exponerse a situaciones reales como asistir a una entrevista de trabajo, ir a reuniones sociales y salir de casa.

- La consultante logró poner en práctica el uso de resolución de problemas y comunicación asertiva al enfrentar situaciones problemáticas, los cuales le permitieron adoptar estrategias de afrontamiento más realistas y positivas, aumentando su sensación de bienestar.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda emplear pruebas contemporáneas que hayan sido adaptadas al entorno peruano y cumplan los criterios de validez y confiabilidad requeridos, esto a fin de tener un mejor diagnóstico e intervención.
- Aumentar el número de sesiones e incluir a la familia, a fin de tener una intervención más integral.
- Profundizar más sobre las técnicas de regulación emocional y mindfulness, a fin de brindar a la consultante una mejor intervención.
- Aumentar más técnicas de intervención en el debate de los pensamientos distorsionados, a fin de que sea más lúdico para la consultante.
- Implementar talleres sobre el desarrollo y mantenimiento de habilidades sociales como la asertividad y resolución de problemas, para reafirmar la seguridad de la consultante y mejorar la confianza en sí misma.
- Implementar un plan de recaídas, lo cual permitirá que los logros obtenidos con la intervención se mantengan a corto y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, L., Gómez, O., Ojeda, Y. y Rueda, K. (2021). *Distorsiones Cognitivas en jóvenes y adultos de la ciudad de Barrancabermeja*. [Artículo de investigación para pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio institucional de Universidad Cooperativa de Colombia. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/36051>
- Aguirre, Y. (2020). *Evidencias psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg en personal de serenazgo de una Municipalidad de Lima Norte, 2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/71212>
- Almendro, M., Gómez, A., Erdocia, A., Díaz, M. y Jiménez, G. (2020). *Psicoterapias*. (5° ed.). CENTRO DOCUMENTACIÓN DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES. <https://www.pir.es/muestra6edipir/06psicoterapias.pdf>
- Alvares, L., Ayala, N. y Bascuñan, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22 (41), 200-221. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
- Amador, O., Trejos, C., Castro, H. y Angulo, E. (2021). Psicoterapia online e tiempos de pandemia. Intervención cognitivo-conductual en pacientes colombianos con depresión. *Revista de ciencias sociales*, 27 (Extra 4), 49-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145508>

American Psychiatric Association. (APA, 2022). *¿Qué es la depresión?* APA.
<https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/depresion/que-es-la-depresion>

American Psychological Association. (APA, 2022). *Anxiety*. APA.
<https://www.apa.org/topics/anxiety>

Andrade, G. y Chacón, G. (2021). *Propuesta de intervención cognitiva centrada en la TREC dirigida a adolescente y jóvenes adultos que asisten a fundaciones y han sufrido violencia intrafamiliar presentado alteraciones en su funcionamiento cognitivo, conductual y emocional*. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio institucional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16006>

Armijo, T. y Polo E. (2021). Terapia cognitivo conductual en el pensamiento dicotómico del trastorno límite de la personalidad. *Centros: Revista Científica Universitaria*, *11*(1), 189–208.
<https://revistas.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/2540>

Barbosa, S. (2020). *Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo en un caso de depresión mayor*. [Tesis de licenciatura, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional de Universidad Pontificia Bolivariana.
<http://hdl.handle.net/20.500.11912/9078>

- Baringoltz, S. (2020). *Terapia Cognitiva y Depresión*. Asociación de Psicoterapia de la República Argentina. <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-Cognitiva-y-Depresion.pdf>
- Barrios, M. (2021). *Terapia cognitiva conductual e ideas irracionales en adolescentes: Una revisión de la literatura sistemática*. [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio institucional de Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2021/05/22/Barrios-Maresa.pdf>
- Cabrejos, S. (2020). *Estrategia cognitiva conductual para mejorar la calidad de vida en las pacientes con migraña. Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo*. [Tesis de maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional de la Universidad Señor de Sipán. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6899>
- Cadena, E. (2019). *Manejo terapéutico de la ansiedad en adultos desde el enfoque cognitivo conductual*. [Tesis de pregrado, Universidad del Área Andina]. Repositorio Institucional Areandina. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4302>
- Caro, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: una comparación desde la diferencia. *Revista de psicoterapia*, 31 (116), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410>
- Carvajal, L. y Medina, E. (2022). *Proceso de aplicación escala de ansiedad de Zung al personal médico del centro de salud de la policía de Ibarra*. [Tesis de

- licenciatura, Universidad de Guayaquil]. Repositorio institucional de Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/60461>
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernandez, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula* 35, (1) 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Chamorro, A. y Rodríguez, R. (2022). *Impacto de la pandemia COVID-19 en pacientes diagnosticado con trastorno mixto de ansiedad-depresión pertenecientes al hospital “Julio Endara” en el periodo comprendido marzo 2020 – febrero 2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio Institucional de la Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/21630/1/TTQ542.pdf>
- Chávez, A. (2020). *Depresión: Intervenciones innovadoras*. [Trabajo de investigación para licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8129>
- Cheme, M. y Giniebra, R. (2022). Eficacia y eficiencia de la terapia racional emotiva para afrontamiento de riesgos psicosociales por teletrabajo. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*, 5(9 Ed. esp.), 20-37. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespmar.0052>

- Chieng, A. y Medina, G. (2020). *Evaluación de trastornos mentales de ansiedad y depresión vía chatbot*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio institucional ULima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/13253>
- Corea Del Cid, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *REV MÉD HONDUR*, 89 (Supl. No. 1), 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Cruz, J. y Monzón, R. (2021). *Depresión y ansiedad en policías del departamento de unidad especializadas del frente policial Cajamarca durante pandemia de covid-19 2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio institucional de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1568>
- Cuerda, E. (2020) *Intervención cognitivo conductual en un caso clínico con sintomatología ansiosa y depresiva*. [Tesis de master, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio institucional de la Universidad Europea de Madrid. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2261>
- De los Santos, D. (2022). Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 48(177), 35-72. <https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467>

- Espinosa, L., García, L. y Muela J. (2018). Una mirada hacia los jóvenes con trastorno de ansiedad. *Revista de Estudios de Juventud*, (121), 11-24.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161799>
- Fajardo, N. (2018). *Intervención cognitiva conductual en un paciente con Fobia social de 15 años: estudio de caso*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio institucional de la Universidad del Norte.
<http://hdl.handle.net/10584/10346>
- Feria, H., Mantilla, M. y Mantecón S., (2020). La entrevista y la encuesta: ¿Métodos o técnicas de indagación empírica?. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 11 (3), 62-79. <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didasca/article/view/992>
- Férriz, Y. (2020). *Intervención Psicológica en un cuadro Ansioso-depresivo: Un estudio de caso*. [Tesis de máster, Universidad Miguel Hernández de Elche]. RediUMH. <https://hdl.handle.net/11000/27483>
- Flores, R. (2021). *Programa cognitivo conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo*. [Tesis de maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional de Universidad Señor de Sipán.
<https://hdl.handle.net/20.500.12802/8303>
- Fontelles, J. (2022). *Efectividad de la terapia racional emotiva conductual en un caso de alto rendimiento en pádel: estudio de caso único con monitorización*

mediante app. [Tesis de máster, Universitat Jaume I]. Repositorio Universitat Jaume I. <http://hdl.handle.net/10234/200585>

García, J. y Navarro, S. (2020). *Tipología del paciente agresor de pareja en un hospital general de Lima*. [Tesis de bachiller, Universidad Científica del Sur]. Repositorio institucional de la Universidad Científica del Sur. <https://doi.org/10.21142/tb.2020.1293>

Gil, Y., Haro, M., Hernández, C. y Quiñones, K. (2019). Caracterización sociodemográfica de pacientes con invalidez laboral por depresión y trastorno ansioso depresivo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20(2), 52-56. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2019/cst192h.pdf>

Goldstein, E. (2022). *Carga mundial de los trastornos de salud mental evolución pre-pandemia y efectos de la aparición de COVID – 19*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33592/2/B_CN_Carga_mundial_de_Salud_Mental_FINAL_repos.pdf

Gómez, 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 Ed. esp.), 300-314. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0048>

Hernández, A. (2018). *Intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual*. Universidad Autónoma de Coahuila.

<http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/site/wp-content/uploads/2020/04/Libro-TCC-2018.pdf>

Hernández, P. (2021). *Propuesta del programa de intervención para el trastorno de ansiedad generalizada en mujeres*. [Tesis de máster, Universidad de La Laguna]. RIULL. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23625>

Honores, M. (2020). *Evaluación psicodiagnóstica del trastorno de personalidad histriónico*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Digital de la UTMACH. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/16064>

Hospital General de México (2020). *Guías Diagnósticas de Salud Mental*. Gobierno de México. https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/salud/2trastorno_mixto.pdf

Huertas, L. (2018). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso clínico de fobia social*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repertorio institucional de la universidad San Martín de Porres. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/4532>

Intriago, C. (2019). *Plan de intervención para el tratamiento del trastorno de depresión mayor desde el enfoque cognitivo conductual*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Digital de la UTMACH. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14542>

- Jaimes, J. y Tacuchi, K. (2018). *Depresión y Clima social familiar en adolescentes de la institución educativa imperio del Tahuantinsuyo; Independencia – 2016*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Ciencias y Humanidades]. Repositorio Institucional de la Universidad de Ciencias y Humanidades. <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/191>
- Lopez, A. (2020). *Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria*. [Tesis de doctorado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio institucional de la Universidad de Zaragoza. <http://dx.doi.org/10.6035/14109.2020.261277>
- López, A. (2022). Intervención cognitivo conductual en pacientes asistentes a psicoterapia: ansiedad, depresión, autoestima, satisfacción con la vida y relaciones familiares. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 208-230. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i23.18056>
- López, E., Valdés K. y Reyna M. (2019). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastorno depresivo persistente con inicio en el periparto*. [Tesis de posgrado, Universidad Autónoma de Coahuila]. Repositorio institucional de la Universidad Autónoma de Coahuila. <http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/publicacion/tratamiento-cognitivo-conductual-para-trastorno-depresivo-persistente-con-inicio-en-el-periparto/>

- Luna, C. (2020). *La entrevista psicológica*. U San Marcos.
[http://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/bitstream/handle/11506/1571/LEC%20PSI
C%200021%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/bitstream/handle/11506/1571/LEC%20PSI%20C%200021%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Madero, M., Suárez, J., Mayancela, M. y Villegas, E. (2020). Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*, 5(1), 32-41.
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.32-41](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.32-41)
- Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitiva Conductual: Actualidad, Tecnología*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia.
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/8907>
- Ministerio de Salud. (Minsa, 2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental, Perú 2018*. Minsa. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud. (Minsa, 2020). *Plan de Salud mental Perú, 2020-2021*. Minsa. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Ministerio de Salud. (Minsa, 2021). *Plan de salud mental Perú, 2020-2021*. Minsa. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- National Institute of Mental Health. (NIH, 2021). *Depresión*. NIH. [https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-
02/depresi%C3%B3n.pdf](https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-02/depresi%C3%B3n.pdf)
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso*. [Tesis de maestría, Universidad

del Norte]. Repositorio institucional de la Universidad del Norte.
<http://hdl.handle.net/10584/8271>

Novillo, M. (2019). *Trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes de los centros de atención privada del cantón Loja*. [Tesis de titulación, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Loja.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/22069>

Oficina de Salud Mental de Estado de New York. (2018). *Depresión*. Oficina de Salud Mental del Estado de New York.
<https://omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/docs/depression-spanish.pdf>

Oficina de Salud Mental del Estado de New York. (2018). *Trastorno de ansiedad*. Oficina de Salud Mental del Estado de New York.
<https://omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/docs/anxiety-spanish.pdf>

Olivitos, S. (2019). *Programa cognitivo conductual sobre dependencia emocional en víctimas de violencia en un centro de atención público de Nuevo Chimbote, 2018*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/36563>

Organización de las Naciones Unidas. (ONU, 2023). *Objetivos de desarrollo sostenible*. ONU. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2021). *Depresión*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2023). *Alocución de apertura del director general de la OMS sobre salud mental*. OMS. [https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mental-health-at-work-panel--world-economic-forum --- 18-january-2023](https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mental-health-at-work-panel--world-economic-forum---18-january-2023)
- Ospina, V. y Ruiz, D. (2021). *Aplicación el ABC del comportamiento*. [Trabajo de segunda especialidad, Universidad CES]. Repositorio institucional de la Universidad CES. <https://hdl.handle.net/10946/5743>
- Pajares, E. y Pozo, C. (2019). *Autoestima y violencia en la etapa del enamoramiento en estudiantes de una universidad privada en Cajamarca*. [Tesis de licenciatura, Universidad Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio institucional de la Universidad Antonio Guillermo Urrelo. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1183>
- Palencia, D. (2019). *Intervención psicológica desde la terapia racional emotiva conductual en un caso de sustancias psicoactivas*. [Tesis de licenciatura, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional de Universidad Pontificia Bolivariana. <http://hdl.handle.net/20.500.11912/8715>
- Pinto, A. y Pérez, S. (2020). La Confiabilidad de las Técnicas Proyectivas Gráficas en la Pericia Psicológica del Abuso Sexual. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24 (1), 42-68. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7621148>

- Plasencia, C. (2022). *Experiencias de uso de estrategias de regulación emocional en adultos con trastorno depresivos y de ansiedad de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio institucional ULima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/16849>
- Ponce, J. y Landa, M. (2021). *La influencia entre la terapia cognitiva conductual y la depresión en pacientes adultos de la ciudad de Pisco – Ica, 2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio institucional Universidad Autónoma de Ica. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/1235>
- Prieto, D., Aguirre, G., Piérola, I., Merea, L., Lazarte, C. Uribe, K. y Zegarra, A. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2). <https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>
- Quispe, C. (2021). *Factores de riesgo asociados a depresión en estudiantes de enfermería de una universidad pública de Lima, 2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/16651>
- Ramírez, O. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con Ansiedad social*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional

Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://hdl.handle.net/20.500.13084/6631>

Resolución directorial N° 169-2021-DG/INSM "HD-HN". (2021). *Documento técnico plan anual de gestión de la investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi"*.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3418228/RD%20N%C2%BA%2089-2022-DG.pdf.pdf>

Rodríguez (2023). *Un estudio de caso: Intervención en paciente con sintomatología ansiosa-depresiva*. [Trabajo Fin de Estudios, Universidad Europea de Madrid].

Repositorio de Trabajos Fin de Estudios TITULA.

<https://hdl.handle.net/20.500.12880/4954>

Ruiz, J. y Cano, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. R&C Editores.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=233170>

Sáenz, J. (2020). La deseabilidad social en las evaluaciones psicológicas online. *Social Innova Sciences*, 1(4), 53-61. <https://doi.org/10.58720/sis.v1i4.38>

Salcedo, I. (2020). *Pensamientos distorsionados y su incidencia en la depresión de un adulto mayor en tiempos de pandemia*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio institucional de la Universidad Técnica de Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/9018>

Saravia, N. (2022). *Intervención cognitiva conductual en una usuaria con diagnóstico de neoplasia trastorno mixto ansioso depresivo en un instituto de salud*

especializado de Lima. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/12519>

Sarmiento, K. (2021). *Funcionamiento en usuarios con Depresión y Ansiedad atendidos en un centro de salud mental comunitario Lima – 2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/19011>

Shevlin, M., Hyland, P., Nolan, E., Owczarek, M., Ben-Ezra, M. & Karatzias, T. (2021). ICD-11 ‘mixed depressive and anxiety disorder’ is clinical rather than sub-clinical and more common than anxiety and depression in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 61 (1), 18-36. <https://doi.org/10.1111/bjc.12321>

Suarez, S. (2021). *Análisis del impacto que genera la adherencia al tratamiento de un paciente depresivo ansioso en los resultados obtenidos desde la terapia TCC*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio institucional de la Universidad del Norte. <http://hdl.handle.net/10584/10006>

Terrones, F. (2019). *Ansiedad y Estilos de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia del distrito de Matará, 2019*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <http://hdl.handle.net/11537/21084>

Torales, J., Insaurralde, A. Rios, C., Higgins, M., Navarro, R, Ayala, N., Almiron, J., Aquino, A., Balbuena, H., Guerra, F., Castaldelli, J., Ventriglio, A. y Ruiz, N. (2021). Ansiedad en pandemia: características epidemiológicas de los trastornos de ansiedad atendidos a través de tele psiquiatría en un hospital universitario. *Rev. Nac.*, *13(2)*, 18-28.
<http://dx.doi.org/10.18004/rdn2021.dic.02.018.028>

Universidad Peruana Cayetano Heredia. (UPCH, 2023). *Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología de FAPSI. UPCH.*
<http://fapsi.cayetano.edu.pe/facultad/coordinacion-de-investigacion-ciencias-y-tecnologia.html>

Urbano, D. y Peña, L. (2019). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual para disminuir los síntomas del trastorno de estrés postraumático en los pacientes de niños y adolescentes.* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio institucional Universidad Privada Norbert Wiener. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/3350>

Yáñac, E. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer joven con síntomas depresivos.* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/6003>

Yañez, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada.* [Tesis de licenciatura, Universidad

Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11577>

Zapata, A. (2020). *Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULima. <http://doi.org/10.26439/ulima.tesis/11325>

Zaratiegui, R. (2023). *Comorbilidad, depresión – ansiedad*. RAFFO. https://www.revistavertex.com.ar/ebooks/e-book%20Raffo%202_Zaratiegui.pdf

Zuluaga, D. (2018). *Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio institucional de la Universidad del Norte. <http://hdl.handle.net/10584/8288>

ANEXOS

Anexo 1. Anamnesis (Historial psicológico)

HISTORIA PSICOLÓGICA

H. C.:

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos :

Fecha de Nacimiento :

Lugar de Nacimiento :

Edad :

Estado Civil :

Grado de Instrucción :

Ocupación :

Distrito de domicilio :

Teléfono/ de referencia :

Referido por :

Evaluado por :

Fecha de Evaluación :

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. OBSERVACION DE CONDUCTA

IV. ENFERMEDAD ACTUAL

- 1. Tipo de enfermedad**
- 2. Forma de inicio**
- 3. Síntomas**
- 4. Como afecta en su vida**

V. ANTECEDENTES PERSONALES

- 1. Adolescencia**
- 2. Constelación familiar/ composición y dinámica familiar**
- 3. Historia educacional/ técnico- superior**
- 4. Vida afectiva y sexual**
- 5. Hábitos o pasatiempos**
- 6. Funciones vitales (Animo, apetito, sueño, libido)**
- 7. Asistencia a psicología antes (motivo/ fue dada de alta)**
- 8. Asistencia a psiquiatría antes (motivo/ que medicación tomaba)**
- 9. Consumo de sustancias psicoactivas**
- 10. Antecedentes de enfermedades familiares y personal**

Anexo 2. Escala de autoevaluación de ansiedad de Zung (EAA)

Test de ZUNG (EAA)

No Historia Clínica: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nivel de Instrucción: _____ Fecha de Evaluación ___ / ___ / ___ Examinador (a): _____

	Nunca o raras veces	Alguna s veces	Buen número de veces	La mayoría de las veces	Puntaje
1. Me siento más nervioso (a) y ansioso (a) que de costumbre.					
2. Me siento con temor sin razón.					
3. Despierto con facilidad o siento pánico.					
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos					
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme.					
6. Me tiembla los brazos y las piernas.					
7. Me mortifican los dolores de cabeza, cuello o cintura.					
8. Me siento débil y me canso fácilmente.					
9. Me siento tranquilo (a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10. Puedo sentir que late muy rápido el corazón.					
11. Sufro de mareos.					
12. Sufro de desmayo o siento que me voy a desmayar					
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente.					
14. Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16. Orino con mucha frecuencia.					
17. Generalmente mis manos están secas y calientes.					
18. Siento bochornos.					
19. Me quedo dormido (a) con facilidad y descanso bien durante la noche.					
20. Tengo pesadilla.					
TOTAL					

INDICE EAA =

DIAGNÓSTICO = _____

Anexo 3. Escala de autoevaluación de depresión de Zung (EAMD)

Test de ZUNG (EAMD)

No Historia Clínica: _____
 Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Nivel de Instrucción: _____ Fecha de Evaluación ____/____/____ Examinador (a): _____

	Muy Pocas Veces	Alguna Veces.	La Mayor Parte Del Tiempo	Continuamente	Puntaje
1. Me siento abatido y melancólico.					
2. En la mañana me siento mejor					
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.					
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche					
5. Como igual que antes solía hacerlo.					
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.					
7. Noto que estoy perdiendo peso.					
8. Tengo molestias de constipación.					
9. El corazón me late mas aprisa que de costumbre..					
10. Me canso sin hacer nada.					
11. Tengo la mente tan clara como antes.					
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.					
13. Me siento intranquilo y no puedo mantener quieto.					
14. Tengo esperanza en el futuro.					
15. Estoy mas irritable de lo usual.					
16. Me resulta fácil tomar decisiones.					
17. Siento que soy útil y necesario.					
18. Mi vida tiene bastante interés.					
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.					
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.					
				TOTAL	

INDICE AMD = DIAGNOSTICO = _____

Anexo 4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (II)

M-II	INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)
	MCMI - II
	Th. MILLON

INSTRUCCIONES

Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.

Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LAPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.

Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarte a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MAS SINCERO POSIBLE.

No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.

A continuación, tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. SI ESTA DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de letra "F" (Falso). Así:

1. "Soy un ser humano"
Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado
Completamente el espacio de la letra V (Verdadero)
2. "Mido más de tres metros"
esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado
completamente el espacio de la letra F (Falso)

Hoja de Respuestas

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V	F
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Procure responder a todas las frases, aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso)

Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.

No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso y egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente crítico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extrovertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.

16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi mal carácter.
44. No tengo inconvenientes en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.

46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posibles muchas veces entorpece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. Ha tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he tomado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.

75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta en seguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesitaba hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los últimos dos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionalmente mal.

105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y del mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder liberarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra í.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico mas de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego, inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO
NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

Anexo 5. Escala de autoestima de Rosenberg (RSE)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

No Historia Clínica: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nivel de Instrucción: _____ Fecha de Evaluación ____/____/____

Examinador (a): _____

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

	Muy en desacuer do	En desacuer do	De acuer do	Muy de acuerdo	Puntaje
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras					
2. Casi siempre pienso que soy un fracaso					
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas					
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás					
5. Pienso que no tengo mucho de lo que estar orgulloso					
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo					
7. Casi siempre me siento bien conmigo mismo					
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo					
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones					
10. A veces pienso que no sirvo para nada					
TOTAL					

*ítems inversos

Clave de corrección: Se invierten las puntuaciones de los ítems inversos (Muy en desacuerdo = 4, En desacuerdo = 3, De acuerdo = 2, Muy de acuerdo = 1) y se suman las puntuaciones de los 9 ítems para obtener una puntuación total (rango: 9-36).

Anexo 6. Listo de cotejo de para medir la evolución del paciente

LISTA DE COTEJO DEL PROGRESO DE SÍNTOMAS

Instrucción: Coloque el número de malestar que siente respecto a la existencia de los síntomas del cuadro, al final del mes.

Rara veces	Algunas veces	Buen número de veces	Casi siempre
1	2	3	4

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Trastorno del sueño						
Preocupación						
Temblores en brazos-piernas						
Tristeza						
Hipervigilancia						
Desesperanza						
Dificultad para tomar decisiones						
Autoestima						
Dolores de cabeza						
Aislamiento social						
Perdida de concentración						
Apatía por las cosas						
Mareos o aturdimiento						
Dificultad para respirar						
Molestias estomacales						
Propensión al llanto						
Cansancio excesivo						
Palpitaciones aceleradas						
Irritabilidad						
Pensamientos suicidas						

Anexo 7. Folleto sobre la respiración abdominal

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA O ABDOMINAL

1. Ponte cómodo, de pie o sentado. También puedes tumbarte, doblando las rodillas y separando los pies unos 20 cm, dirigiéndolos suavemente hacia fuera. *Asegúrate de mantener la columna vertebral recta.*

Inhalación



2. Coloca una mano sobre el abdomen y otra sobre el pecho (luego se puede obviar), para estar seguro de que llevas el aire a la parte de debajo de los pulmones, sin mover el pecho.

diafragma

3. Respira por la nariz; toma el aire, lentamente, lo llevas hacia abajo, hinchando un poco el estómago y barriga, sin mover el pecho.

4. Mantén la respiración unos pocos segundos.

5. Al espirar lentamente, forma un pequeño orificio con tus labios y expulsa por él un poco de aire; hazlo con un poco fuerza, como si estuvieras soplando paja, al hacerlo mete el abdomen ligeramente hacia dentro y levántalo suavemente a medida que tus pulmones se vayan vaciando.

Exhalación



diafragma

Anexo 8. Fichas sobre el registro de las emociones

LISTA DE EMOCIONES PRESENTADAS

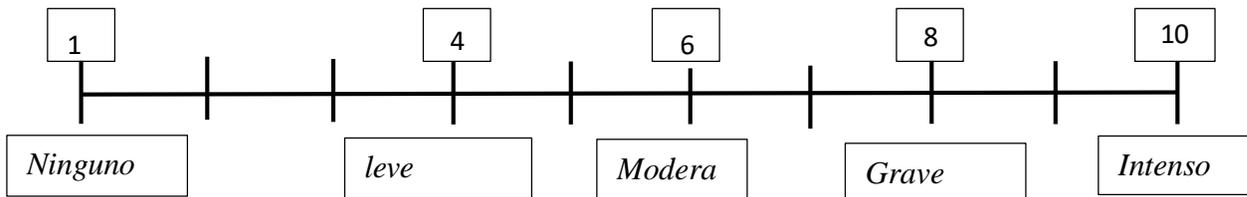
Instrucción: Coloque situaciones cotidianas y registre las emociones que siente, intensidad, si actúa en función de la emoción y como influencia al pensamiento

<i>Fecha y hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Emoción</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Respuesta emocional</i>	<i>Influencia en pensamiento</i>	
					<i>Positiva</i>	<i>negativa</i>

***Teniendo en cuenta:**

<i>LAS EMOCIONES BÁSICA Y SUS DERIVADOS</i>						
Tristeza	Miedo	Alegría	Amor	Ira	Sorpresa	Aversión

ESCALA DE INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES

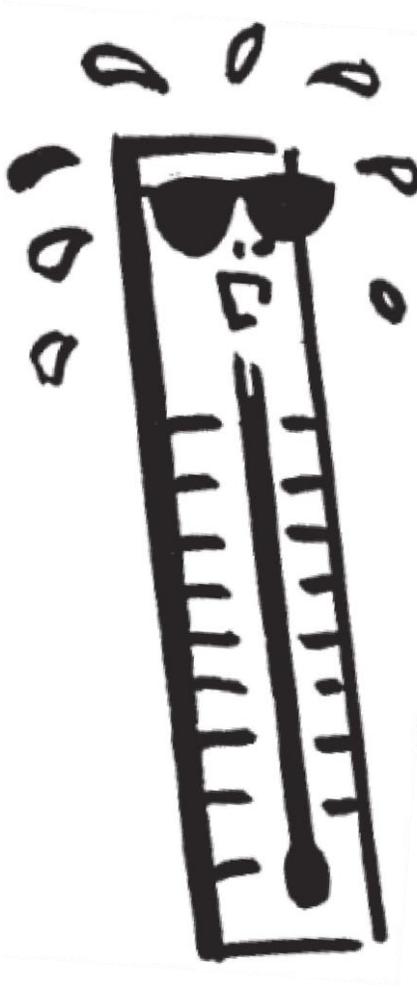


Anexo 9. Ficha de termómetro del ánimo

TERMÓMETRO DEL ÁNIMO

Instrucción: Coloque el número de acuerdo a cómo te estas sintiendo al terminar el día, recuerda que los debes hacer todos los días, así como las semanas, esto te ayudará a darte un panorama más claro sobre tu estado de animo a lo largo de la terapia.

1	2	3	4	5
El peor	Peor que regular	Regular	Bastante mejor	El mejor



TARJETA DE REGISTRO DIARIO			<i>¿Cuán a menudo lo rellenaste? A diario ____ 2-3x ____ 4-5x ____ Una</i>				
<i>Fecha (semanas)</i>	<i>Lun</i>	<i>Mar</i>	<i>Mier</i>	<i>Jue</i>	<i>Vier</i>	<i>Sab</i>	<i>Dom</i>
1er semana mes ____							
2da semana mes ____							
3ra semana mes ____							
4ta semana mes ____							
5ta semana mes ____							
1er semana mes ____							
2da semana mes ____							
3ra semana mes ____							
4ta semana mes ____							
1er semana mes ____							
2da semana mes ____							

Anexo 10. Ficha de registro de pensamiento.

REGISTRO DEL PENSAMIENTO (INICIO -A)

Instrucción: Registre situaciones que surgen en su día a día e identifique las emociones que siente, los pensamientos automáticos y la conducta que realiza

<i>Fecha y hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Emoción</i>	<i>Pensamiento automático</i>	<i>Conducta</i>

Anexo 11. Ficha de registro de pensamiento después de la reestructuración cognitiva.

REGISTRO DEL PENSAMIENTO (FINAL -B)

Instrucción: Registre situaciones que surgen en su día a día e identifique las emociones que siente, los pensamientos automáticos y los pensamientos racionales que tiene (recuerde realizar el debate) y finalmente su conducta.

<i>Fecha y hora</i>	<i>Situación</i>	<i>Emoción</i>	<i>Pensamiento automático</i>	<i>Pensamiento racional</i>	<i>Conducta</i>

Anexo 12. Ficha de pensamientos distorsionados

CLASIFICACIÓN DEL PENSAMIENTO (DISTORSIÓN)

Instrucción: Utilizando la tabla de registro de pensamiento (A), clasifique sus pensamientos en el tipo de distorsión que identifique.

TARJETA DE REGISTRO DIARIO		¿Cuán a menudo lo rellenaste?				Mes
N°	Distorsión cognitiva	A diario	2-3x	4-5x	Una	Total
		Pensamiento automáticos				
1	Filtraje					
2	Pensamiento polarizado					
3	Interpretación del pensamiento					
4	Sobre generalización					
5	Visión catastrófica					
6	Personalización					
7	Falacia de control externo					
8	Debería					
9	Tener razón					
10	Falacia de justicia					
11	Razonamiento emocional					
12	Etiqueta global					
13	Culpabilidad					
14	Falacia de cambio					
15	Falacia de recompensa divina					

Anexo 13. Ficha de actividades agradables para adultos

PROGRAMA DE ACTIVIDADES AGRADABLES PARA ADULTOS

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sumergirse en la bañera | <input type="checkbox"/> Reparar cosas de la casa | <input type="checkbox"/> Bordar, tejer en telar, etc. |
| <input type="checkbox"/> Planear mi carrera | <input type="checkbox"/> Arreglar mi auto (bicicleta) | <input type="checkbox"/> Dormir |
| <input type="checkbox"/> Pagar las deudas y liberarse completamente de ellas | <input type="checkbox"/> Recordar las palabras y acciones de gente amable | <input type="checkbox"/> Conducir |
| <input type="checkbox"/> Coleccionar cosas | <input type="checkbox"/> Usar ropa sexy | <input type="checkbox"/> Organizar entretenimiento |
| <input type="checkbox"/> Irse de vacaciones | <input type="checkbox"/> Tener una tarde tranquila | <input type="checkbox"/> Ir a clubes |
| <input type="checkbox"/> Pensar cómo será cuando termine de estudiar | <input type="checkbox"/> Cuidar mis plantas | <input type="checkbox"/> Cantar con algún grupo |
| <input type="checkbox"/> Reciclar cosas viejas | <input type="checkbox"/> Comprar algo que me guste | <input type="checkbox"/> Tocar instrumentos musicales |
| <input type="checkbox"/> Tener una cita | <input type="checkbox"/> Nadar | <input type="checkbox"/> Hacer artesanía |
| <input type="checkbox"/> Relajarse | <input type="checkbox"/> Ganibotear | <input type="checkbox"/> Hacer un obsequio para alguien |
| <input type="checkbox"/> Ir al cine durante la semana | <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Comprar discos |
| <input type="checkbox"/> Correr, caminar | <input type="checkbox"/> Ir a una fiesta | <input type="checkbox"/> Mirar deporte |
| <input type="checkbox"/> Pensar que realicé la tarea de todo el día | <input type="checkbox"/> Pensar en comprar cosas | <input type="checkbox"/> Planear fiestas |
| <input type="checkbox"/> Escuchar música | <input type="checkbox"/> Jugar algún deporte | <input type="checkbox"/> Cocinar |
| <input type="checkbox"/> Recordar fiestas pasadas | <input type="checkbox"/> Remontar bariletes | <input type="checkbox"/> Irse de mochilero |
| <input type="checkbox"/> Comprar cosas para el hogar | <input type="checkbox"/> Tener reuniones familiares | <input type="checkbox"/> Escribir libros (poemas, artículos) |
| <input type="checkbox"/> Descansar al sol | <input type="checkbox"/> Andar en moto | <input type="checkbox"/> Coser |
| <input type="checkbox"/> Planear un cambio de carrera | <input type="checkbox"/> Ir de campamento | <input type="checkbox"/> Comprar ropa |
| <input type="checkbox"/> Reír | <input type="checkbox"/> Cantar por la casa | <input type="checkbox"/> Salir a cenar |
| <input type="checkbox"/> Pensar en viajes pasados | <input type="checkbox"/> Arreglar flores | <input type="checkbox"/> Trabajar] |
| <input type="checkbox"/> Escuchar a otros | <input type="checkbox"/> Ir al parque | <input type="checkbox"/> Discutir libros |
| <input type="checkbox"/> Leer revistas o diarios | <input type="checkbox"/> Pensar que soy una buena persona | <input type="checkbox"/> Mirar el paisaje |
| <input type="checkbox"/> Hobbies | <input type="checkbox"/> Un día sin nada que hacer | <input type="checkbox"/> Jardinería |
| <input type="checkbox"/> Pasar una tarde con buenos amigos | <input type="checkbox"/> Tener reuniones con compañeros de clase. | <input type="checkbox"/> Ver NETFLIX |
| <input type="checkbox"/> Planear las actividades de un día | <input type="checkbox"/> Patinar | <input type="checkbox"/> Tomar el café y leer el diario temprano |
| <input type="checkbox"/> Conocer gente nueva | <input type="checkbox"/> Practicar la religión (ir a la iglesia, oración grupal, etc.) | <input type="checkbox"/> Jugar al tenis |
| <input type="checkbox"/> Recordar un paisaje hermoso | <input type="checkbox"/> Navegar | <input type="checkbox"/> Besar |
| <input type="checkbox"/> Aborrar dinero | <input type="checkbox"/> Viajar a otro país o en el propio país. | <input type="checkbox"/> Mirar a niños jugar |
| <input type="checkbox"/> Regresar a casa del trabajo | <input type="checkbox"/> Pintar (máscaras, objetos) | <input type="checkbox"/> Soñar despierto |
| <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Hacer algo espontáneo | |
| <input type="checkbox"/> Practicar artes marciales | | |

- Pensar que tengo mucho más que la mayoría de la gente
- Ir al teatro o a conciertos
- Planear ir a la escuela
- Salir a pasear en auto
- Escuchar música
- Dar terminación a los muebles
- Mirar televisión
- Hacer listas de tareas
- Andar en bicicleta
- Caminar en la arboleda (o frente al agua)
- Completar una tarea
- Ir a un deporte de expectativa (carreras de autos, de caballos)
- Tomar un helado
- Escuchar algo
- Fotografía
- Pescar
- Pensar en sucesos agradables
- Jugar con animales
- Leer literatura de ficción
- Actuar
- Estar solo
- Escribir un diario o cartas
- Limpiar
- Leer literatura que no sea ficción
- Bailar ir de picnic
- Pensar "Lo hice bastante bien" luego de hacer algo
- Meditar

- Almorzar con un amigo
- Ir a las sierras
- Pensar en formar una familia
- Pensar en momentos felices de mi infancia
- Jugar a las cartas
- Resolver adivinanzas o enigmas mentalmente
- Discutir de política
- Jugar a las cartas
- Ver y/o mostrar fotos
- Tocar la guitarra
- Tejer
- Hacer palabras cruzadas
- Jugar al pool
- Vestirse bien y verse agradable
- Reflexionar acerca de cómo te mejorado
- Comprar cosas para mí (perfil - me, ropa etc.)
- Hablar por teléfono Ir a museos
- Pensar en ideas religiosas
- Encender velas
- Escuchar la radio
- Que me hagan masajes
- Decir "Te quiero"
- Pensar en mis buenas cualidades
- Comprar libros
- Tomar un baño de vapor o ir a Un baño sauna
- Esquiar
- Jugar al bowling

- Hacer trabajo de ebanistería
- Fantasear acerca del futuro
- Debatir
- Sentarse en un café a la calle
- Erotismo (libros de sexo, películas)
- Cabalgar
- Jugar en las redes sociales
- Hacer algo nuevo
- Armar rompecabezas
- Pensar que soy una persona que puede soñar
- Hacer cosas con plastilina o porcelana
- Explorar lugares de subastas
- Tomar una siesta
- Identificar tu aroma favorito
- Hacer una tarjeta y dársela a alguien que te importe
- Mandar un mensaje de texto
- Jugar a un viejo juego (Monopolio, etc.)
- Ponerte tu ropa favorita
- Hacer un licuado y tomarlo despacio
- Maquillarse
- Pensar en las buenas cualidades de algún amigo
- Terminar algo que te guste
- Sorprender a alguien con un favor o mail
- Navegar en internet
- Jugar a los video juegos
- Cortarse el pelo
- Cuidar a tus mascotas

Anexo 16. Ficha de pros y contras de las soluciones

LISTADO DE PROS Y CONTRAS

Instrucción: Utiliza la tabla de resolución de problemas y transcribe las soluciones planteadas, así mismo identifica las ventajas y desventajas de cada uno, *recuerda realizarlo después de llenar la tabla de resolución de problemas.*

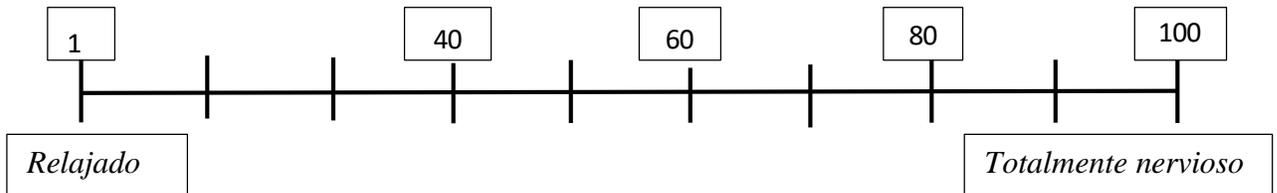
<i>N°</i>	<i>Posibles soluciones</i>	<i>Pros (ventajas)</i>	<i>Contra (desventajas)</i>
1			
2			
3			
4			
5			

Anexo 17. Ficha de escala de unidad subjetiva de la ansiedad, USAs

LISTA DE LA UNIDAD SUBJETIVA DEL MALESTAR

Instrucción: Registre un listado de situaciones a lo que se le teme o que le produce ansiedad.

ESCALA DE INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD



<i>Ítem</i>	<i>USA de 1 al 100</i>	<i>Describe la situación</i>	<i>Describe la respuesta que tienes</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Anexo 19. Registro de cualidades positivas y negativas

LISTA DE CUALIDADES POSITIVAS Y NEGATIVAS

Instrucción: Escribe todas tus cualidades positivas o negativas, si no te acuerdas puedes dejarlo en blanco.

<i>TARJETA DE REGISTRO</i>		<i>¿Qué cualidades positivas o negativas tienes?</i>	<i>Mes</i> ____
<i>Cualidades positivas</i>		<i>Cualidades negativas</i>	
TOTAL			

Anexo 20. Ficha sobre el asertividad

LISTA DE SITUACIONES ASERTIVAS O NO

Instrucción: Escribe situaciones de tu día a día e identifica como es tu conducta, justifica él porque respondes de esa forma.

TARJETA DE REGISTRO DIARIO	<i>¿Cuán a menudo lo rellenaste?</i>				Mes:
	<i>A diario</i>	<i>2-3x</i>	<i>4-5x</i>	<i>Una</i>	
<i>Situación</i>	<i>Conducta</i>				
	<i>Asertivo</i>	<i>Pasivo</i>	<i>Agresivo</i>		
Total					

Anexo 21. Consentimiento informado

Consentimiento informado para el uso de información personal

He sido informada sobre el reporte de caso sobre mi enfermedad y tratamiento, desarrollado por la investigadora: Clarisa Thalia Meza Lorenzo.

La investigadora me informó que será necesario el uso de algunos datos clínicos, para ser usado solamente con fines académicos y de investigación; en él no aparecerá mi nombre ni algún otro dato de identificación personal.

Asimismo, he sido informado que mi participación es VOLUNTARIA y que no afectara el cuidado de mi salud de forma alguna.

Por lo antes expuesto y luego de aclarar mis dudas, declaro:

Yo T. P. H. identificado con DNI N° 8100167, PACIENTE (X) / familiar responsable () del paciente/participante:

AUTORIZO el uso y difusión sin identificadores personales de:

TIPO DE DATOS A COMPARTIR	SI	NO
1) Información de mi historia clínica	X	

Queda constancia de mi autorización mediante la firma de este documento.

Lima, Abril 14 2023


PARTICIPANTES/FAMILIAR RESPONSABLE