



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ESTUDIANTE UNIVERSITARIO CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

**Línea de investigación:
Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora

Cuti Ruiz, Tatiana

Asesor

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado

Salcedo Angulo, Elena

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima - Perú

2025



TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ESTUDIANTE UNIVERSITARIO CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unicach.mx Fuente de Internet	1%
5	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Ana G. Méndez University Trabajo del estudiante	<1%
7	www.iris.unict.it Fuente de Internet	<1%
8	titula.universidadeuropea.es Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ESTUDIANTE UNIVERSITARIO CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO- DEPRESIVO

Línea de investigación:
Salud mental

Trabajo Académico para optar por el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Cuti Ruiz, Tatiana

Asesor:

Campana Cruzado, Frey Antonio

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado:

Salcedo Angulo, Elena

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima – Perú

2025

Pensamientos

La felicidad y la libertad comienzan con la clara comprensión de un principio: algunas cosas están bajo nuestro control y otras no.”

Epícteto

Dedicatoria

Dedicado a mi hermano,
Robert.

Agradecimiento

Mis más sinceros agradecimientos a los docentes de la Segunda Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual.

ÍNDICE

RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Descripción del problema.....	13
1.2. Antecedentes	15
<i>1.2.1. Antecedentes Nacionales</i>	15
<i>1.2.2. Antecedentes Internacionales</i>	17
1.2.3. Fundamentación Teórica	19
1.3. Objetivos	27
1.4. Justificación.....	28
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	28
II. METODOLOGÍA	30
2.1. Tipo y diseño de Investigación.....	30
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	30
2.3. Sujeto.....	30
2.4. Variables de Investigación	30
2.5. Técnicas e instrumentos	31
<i>2.5.1. Técnicas</i>	31
<i>2.5.2. Instrumentos</i>	32
<i>2.5.3. Evaluación psicológica</i>	34

2.5.4. <i>Evaluación Psicométrica</i>	37
2.5.5. <i>Informe psicológico integrador</i>	37
2.6. <i>Intervención</i>	57
2.6.1. <i>Plan de intervención y calendarización</i>	57
2.6.2. <i>Programa de intervención</i>	58
2.7. <i>Procedimiento</i>	61
2.8. <i>Consideraciones éticas</i>	86
III. <i>RESULTADOS</i>	87
3.1. <i>Análisis de Resultados</i>	87
3.2. <i>Discusión de resultados</i>	90
IV. <i>CONCLUSIONES</i>	95
V. <i>RECOMENDACIONES</i>	96
VI. <i>REFERENCIAS</i>	97
VII. <i>ANEXOS</i>	109

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis funcional de la conducta.....	49
Tabla 2. Análisis funcional.....	50
Tabla 3. Criterios según el CIE-11 para el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (F41.2).....	51
Tabla 4. Criterios según el DSM 5 TR para otros trastornos de ansiedad no especificado” (F41.8).....	52
Tabla 5. Fase de Evaluación.....	54
Tabla 6. Fase de Intervención.....	55
Tabla 7. Fase de Seguimiento.....	56
Tabla 8. Fase de evaluación (sesión 01).....	57
Tabla 9. Fase de evaluación (sesión 02).....	58
Tabla 10. Fase de evaluación (sesión 03).....	59
Tabla 11. Fase de intervención (sesión 04).....	60
Tabla 12. Fase de intervención (sesión 05).....	61
Tabla 13. Fase de intervención (sesión 06).....	62
Tabla 14. Fase de intervención (sesión 07).....	63
Tabla 15. Fase de intervención (sesión 08).....	64
Tabla 16. Fase de intervención (sesión 09).....	65
Tabla 17. Fase de intervención (sesión 10).....	66
Tabla 18. Fase de intervención (sesión 11).....	67

Tabla 19. Fase de intervención (sesión 12).....	68
Tabla 20. Fase de intervención (sesión 13).....	69
Tabla 21. Fase de intervención (sesión 14).....	70
Tabla 22. Fase de intervención (sesión 15).....	71
Tabla 23. Fase de intervención (sesión 16).....	72
Tabla 24. Fase de intervención (sesión 17).....	73
Tabla 25. Fase de intervención (sesión 18).....	74
Tabla 26. Fase de intervención (sesión 19).....	75
Tabla 27. Fase de intervención (sesión 20).....	76
Tabla 28. Fase de intervención (sesión 21).....	77
Tabla 29. Fase de intervención (sesión 22).....	78
Tabla 30. Fase de seguimiento (sesión 23).....	79
Tabla 31. Fase de seguimiento (sesión 24).....	80
Tabla 32. Fase de seguimiento (sesión 25).....	81
Tabla 33. Resultados pre y post test del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo	83
Tabla 34. Resultados pre y post test del Inventario de Depresión de Beck-II.....	83
Tabla 35. Sintomatología pre y post intervención	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultados del registro de emociones.....	85
Figura 2. Resultados del registro fisiológico	85
Figura 3. Resultados del registro cognitivo	86

RESUMEN

El trabajo académico realizó el estudio de caso clínico de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Inventario de Personalidad de Eysenck para Adultos, el Test de Creencias Irracionales, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Inventario de Depresión de Beck II. Las técnicas que se emplearon fueron la reestructuración cognitiva, el diálogo socrático, la imaginería, la relajación muscular progresiva de Jacobson, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en autoinstrucciones, la activación conductual, entre otras técnicas. Los resultados demostraron cambios significativos en el posrests en los tres niveles de medición: fisiológica, emocional y cognitivo. Finalmente, se logró como resultado la disminución de la sintomatología ansiosa depresiva del paciente.

Palabras clave: ansiedad, depresión, reestructuración cognitiva, diálogo socrático, relajación muscular.

ABSTRACT

The academic work carried out the clinical case study of Mixed Anxiety Depressive Disorder. The instruments that were applied were the Eysenck Personality Inventory for Adults, the Irrational Beliefs Test, the State-Trait Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory II. The techniques that were used were cognitive restructuring, Socratic dialogue, imagery, Jacobson's progressive muscle relaxation, systematic desensitization, self-instruction training, behavioral activation, among other techniques. The results showed significant changes in the posttests at the three levels of measurement: physiological, emotional and cognitive. Finally, the patient's anxious depressive symptoms decreased as a result.

Keywords: anxiety, depression, cognitive restructuring, socratic dialogue, muscle relaxation.

I.INTRODUCCIÓN

Actualmente vemos un incremento de diversos trastornos psicológicos en nuestra sociedad, lo cual implica realizar un esfuerzo para prevenir y promocionar alternativas de solución frente a ellos, desde las políticas públicas hasta el ámbito privado. Dentro de los trastornos psicológicos que más afectan a la población se encuentran la ansiedad y la depresión, los cuales afectan diversas áreas de la vida de una persona, como la personal, familiar, académica, social o laboral; razón por la cual, al ser tan predominantes ambos trastornos en la sociedad, se genera el Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, donde la sintomatología de ambos trastornos termina afectando por igual al individuo. Es por ello por lo que se pretende estudiar un caso de Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo en el presente trabajo académico.

La estructura del presente trabajo académico parte desde la descripción de la realidad problemática, la búsqueda y redacción de los antecedentes nacionales e internacionales del problema; posterior a ello, se redacta la fundamentación teórica, se plantean los objetivos (general y específicos), la justificación y los impactos que se esperan del trabajo académico.

En la segunda parte del presente trabajo académico, se aborda la metodología del presente estudio, donde se abarca el tipo y diseño de investigación, el ámbito temporal y espacial del estudio, la descripción de las variables de la investigación, las técnicas e instrumentos que se van a emplear, la evaluación psicológica consistente en historia psicológica, evaluación psicométrica y el informe psicológico integrador. Posteriormente, se plantea el proceso de intervención (plan, calendarización y programa), el procedimiento y las consideraciones éticas.

En la parte final del trabajo, se plantean los resultados, tanto los análisis como su discusión y el proceso de seguimiento. Finalmente, se redactan las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

1.1. Descripción del problema

Según los profesionales de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023) refieren que la ansiedad y la depresión son dos trastornos que representan una problemática compleja para la salud mental global, debido a sus altas tasas epidemiológicas, que crecen año tras año, en el caso de la ansiedad, se estima que afecta a casi 301 millones de personas y que su primera aparición se da en la adolescencia; en el caso de la depresión el 5% de casi 8 mil millones de personas presentan dicho cuadro sintomatológico, es decir, alrededor de 400 millones de personas.

En ese sentido, a nivel internacional, la incidencia de los trastornos de ansiedad en Estados Unidos ha evidenciado que el 43% presenta dicho cuadro, las edades donde se hace más recurrente son entre los 18 a 34 años, las personas informan que dicho trastorno se debe a problemas de carácter económico, violencia y acontecimientos cotidianos (American Psychiatric Association [APA], 2024). En relación con la depresión, la prevalencia de este trastorno abarca entre un total de 21 millones de personas solo en los Estados Unidos, es decir, el 8.3%, donde las féminas son las que más presentan los síntomas (10.3%), en comparación con los hombres (6.2%) (National Institute of Mental Health [NIMH], 2023).

En América Latina (Brasil, Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, etc.) se estima que, mediante el reporte de 62 investigaciones que equivaler a una muestra de 200 mil personas el 35% presentaba ansiedad, en comparación con América central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, etc.) que alcanzaron un 28%, aquí también se cumple la regla en general que las mujeres son las más afectadas en base a dos trastornos (Mejía et al., 2024).

A nivel nacional, según la investigación de Oblitas y Sempertegui (2020), la ansiedad alcanza un porcentaje del 43.3%, de los cuales un 20.9% presenta ansiedad leve, un 13.4% presenta ansiedad moderada y un 9% presenta ansiedad severa. Por su lado, en relación con la

depresión, los estudios del Ministerio de Salud (MINSA, 2024) informaron que, se reportaron un total de 280917 casos de depresión, sobre todo en mujeres a un 75.5%.

En base a todo lo argumentado, el actual manual de diagnóstico (CIE 11) define al trastorno mixto ansioso-depresivo como la constante presencia de disforia en el estado anímico, donde se relacionan los síntomas de la ansiedad y la depresión, y se presentan síntomas como baja concentración o dificultad para concentrarse, fatiga constante, problemas con el sueño, preocupación, irritabilidad, llanto constante, autoestima baja, sensación de peligro, hipervigilancia, desesperanza y sentimientos de inutilidad (Shevlin et al., 2022). Asimismo, de acuerdo con Hopwood (2023) existen dificultades para identificar este diagnóstico debido a su similitud con otros diagnósticos, sin embargo, hay bastante evidencia sobre la comorbilidad entre ansiedad y depresión.

Por esta razón es que se considera al Trastorno mixto ansioso-depresivo como uno de los trastornos psicológicos con mayor índice de frecuencia (Kara et al., 2000), ya que, la comorbilidad entre los dos trastornos es alta, debido a que el 45% de los pacientes que tenían ansiedad, también presentaban comorbilidades con la depresión comórbida (Brattmyr et al., 2023). Por otro lado, en el caso de los estudiantes el estudio de Liu et al. (2024) reportó que bajo una muestra de 2818 estudiantes de 8 regios evidenciaron niveles moderados de ansiedad.

Por otra parte, cabe precisar que la comorbilidad entre los trastornos depresivos y los trastornos ansiosos varían entre el 81% y el 75% respectivamente (Groen et al., 2020). Por lo tanto, se hace necesario tener un esquema de tratamiento específico para este tipo de trastorno desde la Terapia Cognitiva-Conductual.

El caso clínico que se emplea en este trabajo académico es un joven de 22 años, estudiante de Matemáticas, quien presenta una sintomatología ansiosa depresiva acentuada desde la ruptura sentimental con su enamorada hace 3 meses (con quien llevaba 5 años de

relación), lo cual lo ha conllevado a tener un intento de suicidio una semana después de la ruptura a través de la ingesta excesiva de pastillas.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

En Lima Metropolitana, Meza (2023) estableció una investigación teniendo como participante una estudiante de 22 años que exterioriza una serie de síntomas debido al trastorno mixto ansioso depresivo. Debido a ello, para el reclutamiento de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) y Escala de Autoevaluación de depresión (EAD) e Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI II). En base a ello, el propósito central de la investigación fue reducir la sintomatología de la ansiedad y depresión por medio de técnicas cognitivas conductuales, además, la metodología fue en base a un estudio de caso único con un pretest y postest como estrategia. Por lo tanto, los resultados evidenciaron la reducción de un nivel severo a un nivel mínimo de ansiedad y de depresión, además, el paciente logró el incremento de habilidades en base a la identificación de los pensamientos distorsionados, asimismo, la exposición gradual mediante imaginación y conductas adecuadas de resolución de problemas, todo ello en base a 24 sesiones donde se utilizaron la técnica regulación emocional, mindfulness, debate de pensamientos irracionales y técnicas de resolución de problemas.

En Lima Metropolitana, Saravia (2022) realizó un estudio que tuvo como participante una adulta de 40 años de edad que manifestaba una serie de síntomas debido al trastorno mixto ansioso depresivo. Para el recojo de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de ansiedad de Beck (BAI), Termómetro de distrés (TD), Cuestionario de ansiedad ante la muerte (DAQ) y la Escala de angustia psicología (K10). Por lo tanto, el eje central del estudio fue disminuir los niveles de ansiedad y estructurar las ideas irracionales, además, la metodología fue en base a un estudio de caso único con un pretest y postest. En consecuencia,

los resultados evidenciaron una reestructuración adecuada de los pensamientos que atraían otros tipos de problemática que también se redujeron como el sentirse intranquilo, asimismo, se logró que la paciente presente un adecuado autocontrol y la disminución de conductas desadaptativas; estas mejoras se basaron en 18 sesiones donde se utilizaron la reestructuración cognitiva, registro conductual, registro de autoconciencia, respiración abdominal y relajación de Jacobson.

En Ucayali, Sánchez (2022) realizó un trabajo académico sobre el trastorno mixto ansioso depresivo en una adolescente víctima de violencia sexual, quien fue evaluada por el área de psicología forense de la división médico legal de Ucayali. Los instrumentos que se aplicaron fueron: la entrevista forense del protocolo SATAC, la técnica de observación conductual, el TAMAI Nivel III, el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) y el Inventario de Desajuste del Comportamiento Psicosocial. Se aplicaron un total de 14 sesiones, empleando las siguientes técnicas: reestructuración cognitiva, manejo de las emociones y técnicas de relajación

En Huancayo, Rojas (2022) desarrolló una investigación teniendo como participante a un adulto de 44 años de edad que presentaba sintomatología, dado que estaba diagnosticado con el trastorno mixto ansioso depresivo. Entonces, para el reclutamiento de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos: Test de retención de Benton, Test de matrices de Raven, Inventario de Eysenck forma B e Inventario Clínico Multiaxial de Millón II (MCMI II). En base a ello, el propósito central de la investigación fue reducir la sintomatología de la ansiedad y depresión por medio de técnicas cognitivas conductuales, además, la metodología que se propone fue en base a un estudio de caso único con un pretest y postest. Por lo tanto, los resultados que la participante evidencia es que no presenta organicidad y síntomas altos de depresión y de ansiedad, todo ello en base a 10 sesiones donde se utilizaron la técnica reestructuración cognitiva, mindfulness y habilidades de regulación emocional.

En el distrito de San Juan de Lurigancho, Asto (2021) ejecutó un estudio en base a una estudiante de 20 años, el cual presentaba una serie de síntomas debido al trastorno de ansiedad generalizada. En ese sentido, para poder recabar los datos se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de ansiedad de Zung, inventario de ansiedad de Beck, Inventario de personalidad de Eysenck-forma B y test de creencias irracionales. En base a ello, el objetivo principal del estudio fue reducir la sintomatología producida por la ansiedad mediante técnicas cognitivas conductuales. La metodología fue en base a un estudio de caso único con un pretest y postest como estrategia. Por lo tanto, los resultados evidenciaron la reducción de la activación psicofisiológica, asimismo, el logro de racionalizar las preocupaciones y de esa forma reduciéndose, además, el paciente se volvió más tolerantes a la frustración mediante las técnicas de control, todo ello fue en 11 sesiones, que evidenció la disminución de la ansiedad de un nivel alto a moderado, bajo las técnicas de escucha activa, retroalimentación y prevención de recaídas.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

En España, Marín (2023) instauró una investigación teniendo como participante a un paciente de 25 años con ansiedad generalizada y síntomas depresivos. Entonces, para el reclutamiento de la información se usaron los siguientes instrumentos: Inventario de depresión de Beck II, Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, escala de autoestima de Rosemberg y el cuestionario de apego adulto. En base a ello, el objetivo del estudio fue diseñar un programa cognitivo conductual para la disminución de los síntomas mixtos de ansiedad y depresión, donde la metodología por medio de caso único con una propuesta de pretest y postest. Por lo tanto, los resultados mostraron una reducción de los síntomas, ya que, el paciente ya no sentía el malestar intenso producido por los síntomas, asimismo, un mayor control emocional. La propuesta está basada en 20 sesiones donde se utilizarán las metáforas, psicoeducación, cuestionamiento socrático y reestructuración cognitiva.

En Colombia, Ramos (2023) desarrolló un estudio en base a un participante adolescente de 16 años que presentaba sintomatología mixta de ansiedad-depresión. Por lo tanto, para el reclutamiento de los datos se manejaron los siguientes instrumentos: El inventario de depresión infantil (CDI), el Inventario de ansiedad (BAI) y la Escala de desesperanza de Beck. En base a ello, el eje principal del estudio fue analizar la repercusión de las técnicas cognitivas conductuales para la reducción de los síntomas. Asimismo, la metodología que se propone fue en base a un estudio de caso único con un pretest y postest. Por lo tanto, el paciente logró la identificación de los pensamientos disruptivos, además, de presentar un adecuado autoconcepto el cual incrementa sus habilidades hacia la vida por medio de la resolución de problemas. Estos cambios se debieron a un programa de 12 sesiones donde se utilizaron la técnica de reestructuración cognitiva, psicoeducación y técnicas de autocontrol.

En Ecuador, Gómez-Reyna (2022) establecieron un estudio teniendo como participante a un adolescente de 14 años que manifestaba una serie de síntomas de trastorno mixto ansioso-depresivo. Entonces, para el reclutamiento de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de depresión de Beck (BDI II), Inventario de ansiedad de Beck y el cuestionario de Salamanca. En base a ello, el objetivo del estudio fue plantear la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos. Todo ello, en base a una metodología de caso único con una propuesta de pretest y postest como propuesta. Por lo tanto, los resultados evidenciaron una reducción de los síntomas de fatiga muscular, asimismo, síntomas relacionados a la depresión como no querer vincularse socialmente y cefaleas. La propuesta está basada en 10 sesiones donde se utilizarán la psicoeducación, habilidades sociales, técnicas de relajación y reevaluación cognitiva.

En España, Rodríguez (2023) realizó un estudio de caso en una mujer de 22 años con síntomas de ansiedad y depresión. Los instrumentos de evaluación que se aplicaron fueron: la entrevista semiestructurada, la línea de vida, el genograma, el Cuestionario de Ansiedad

Estado-Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. En el caso, se aplicaron un total de 17 sesiones desde las corrientes cognitivo conductual y sistémica, en un rango de una vez por mes. Los objetivos del tratamiento fueron: aprender a gestionar de forma adaptativa los síntomas de la ansiedad, mejorar el estado de ánimo y establecer un estilo de comunicación asertiva. Se aplicaron las siguientes técnicas: técnica de distracción cognitiva, técnica de parada de pensamiento, psicoeducación en ansiedad, autorregistro, análisis del pensamiento (ABC), reestructuración cognitiva, diálogo socrático, técnica de la ventana de Johari, psicoeducación en comunicación asertiva y estilos de habilidades asertivas, y técnica del disco rayado. Finalmente, se pudo erradicar la sintomatología ansiosa-depresiva en la paciente.

En Colombia, Castañeda (2020) desarrolló un estudio teniendo como participante a una mujer de 52 años con sintomatología depresiva. Entonces, para el reclutamiento de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la escala de satisfacción al tratamiento. En base a ello, el propósito central de la investigación fue analizar la disminución significativamente de la sintomatología depresiva por medio de técnicas cognitivas conductuales, además, la metodología que se propone fue en base a un estudio de caso único con un pretest y postest. Por lo tanto, los resultados que la participante evidenciaron una disminución significativa de los pensamientos distorsionados, asimismo, una mejor estrategia de autocontrol, además, poseer conductas más asertivas hacia los demás y hacia ella misma., todo ello en base a 16 sesiones donde se utilizaron la técnica reestructuración cognitiva, resolución de problemas, incremento de las habilidades sociales y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Ansiedad. De acuerdo con Goncalves (2003), la ansiedad es una sensación desagradable y vaga que implica un temor acompañado de diferentes sensaciones corporales,

siendo a su vez, una emoción compleja que asocia respuestas fisiológicas, cognitivas, comportamentales y experienciales y mantiene al individuo en un estado hiperactivo y alerta.

Una teoría de la ansiedad es la teoría interactiva de la ansiedad estado-rasgo (Spielberger et al., 1958), donde describen a la ansiedad rasgo como la reacción ansiosa que poco a poco va formando parte de la personalidad del individuo; y, por otra parte, definen a la ansiedad estado como la reacción ansiosa que cambia según la dirección, intensidad y situación específica.

En la actualidad, el diagnóstico es dirigido por dos importantes organizaciones, la primera es la OMS, que en el 2019 aprobó la adaptación de la CIE-11 para el sistema de salud, el cual se utiliza como clasificación oficial para la exposición de pesquisa sanitaria en 194 países miembros (Rebello et al., 2019), en ese sentido, la ansiedad en la actualidad está clasificada en la categoría de ansiedad y trastornos relacionado con el miedo, el cual la definen como una alteración del comportamiento provocado por una angustia significativa que deteriora el normal funcionamiento de la persona que lo padece, dada al miedo y amenaza constante del futuro (OMS, 2024).

Por otro lado, la APA (2024) realizó una revisión de su último manual publicado en el 2013 (DSM 5), el cual conlleva a un manual revisado (DSM 5 TR), que conceptualiza a la ansiedad como un miedo excesivo que ocasiona alteraciones conductuales, dado que el miedo es una respuesta a lo que podría pasar en un futuro con visión negativa, ocasionando síntomas somáticos, fisiológicos y emocionales.

1.2.3.2. Depresión. Retamal (1999) propone que la depresión consiste en un grado significativo de pérdida del estado de ánimo, interés y complicación para experimentar placer en las actividades, acompañado de síntomas como tristeza, dificultad para concentrarse, problemas con la memoria, reducción de la libido, etc.

Por su parte, Seligman y Miller (1975) señalan que la depresión se genera cuando el

individuo es incapaz de diferenciar entre su conducta y las consecuencias de ella, por lo que se produciría una indefensión aprendida.

El modelo de depresión de Beck (2010) implica tres aspectos: la triada cognitiva (visión negativa de uno mismo, visión negativa del mundo y visión negativa del futuro), los esquemas y los errores cognitivos (la forma cómo se procesa la información).

En relación con lo anterior, para el actual sistema diagnóstico CIE 11 la depresión está catalogada bajo la presencia de una disminución del estado del ánimo que origina el decaimiento de sus intereses por sus actividades diarias y creencias distorsionadas que afectan globalmente su salud mental y física (OMS, 2024).

Por otro lado, de acuerdo con el DSM 5 TR se conceptualiza a la depresión como un estado del ánimo caracterizado por la presencia de sentirse vacío, emocionalidad recurrente de tristeza, actitud irritable, constantes cambios cognitivos y somáticos que afectan el desarrollo y desenvolvimiento de la persona en cualquier área (APA, 2022).

1.2.3.3. Trastorno Mixto Ansioso Depresivo. Los indicadores del Trastorno Mixto Ansioso Depresivo, de acuerdo con Vanegas et al. (2013), en esta categoría diagnóstica se presentan síntomas de ansiedad y depresión, sin embargo, ninguna de esas categorías predomina sobre la otra con la intensidad suficiente para que se justifique un único diagnóstico por separado. Es decir, el conjunto de síntomas de ambas categorías (depresión y ansiedad) son tan graves y perjudiciales para el individuo que se debe optar por un diagnóstico mixto.

Siguiendo la misma línea, De la Torre et al. (2010), al ser un conjunto de trastornos afectivos y de ansiedad, se consideran patologías multifactoriales, ya que intervienen aspectos psíquicos como la percepción del pensamiento hacia las dificultades que experimenta la persona, asimismo, aspectos genéticos que está categorizado como un rasgo personal que vuelve vulnerable al individuo hacia el trastorno; además, de aspectos biológicos como los factores hormonales y/o del sistema nervioso que repercuten en la aparición y perpetuación del

trastorno; finalmente, los aspectos sociales son los más significativos en la adquisición y perpetración del trastorno, ya que en base a las interacciones que la persona experimenta los síntomas se van acentuando o reduciendo, es decir, si la persona vive en un entorno de violencia, los síntomas del trastorno se incrementarán; como también se pueden dar alteraciones neuroquímicas y son más frecuentes en mujeres.

A. Características del cuadro clínico. Entre otras características del cuadro clínico, se presenta un estado de ánimo disfórico superior a un mes de duración, con síntomas como dificultades de concentración, problemas del sueño, fatiga constante, irritabilidad, preocupación irracional, hipervigilancia, llanto constante, autoestima baja, desesperanza y sentimientos de inutilidad; lo cual puede llevar a que el individuo descuide diferentes áreas de su vida (social, laboral, personal o familiar) (Goncalves et.al., 2008).

Es necesario añadir que la depresión ansiosa se incluye dentro del trastorno mixto de ansiedad y depresión, sea ésta leve o no persistente; sin embargo, excluye a la depresión ansiosa persistente (APA, 2002).

En ese sentido, la adquisición del trastorno representa dificultades a nivel global en la persona (Shevlin et al., 2022), una de esas consecuencias se da en lo social, porque la persona afectada por ella se ve involucrada en interacciones sociales de contenido negativo, de esa forma las personas reaccionan de forma más intensa a las posibles dificultades que puedan suscitarse en su medio y con las personas, conllevando a que se aislen o a que presenten amistades que incrementan la sintomatología (Kupferberg y Hasler, 2023).

B. Consecuencias del Trastorno Mixto Ansioso Depresivo. De la misma forma, las consecuencias laborales están orientadas a que la persona presente una alta probabilidad de no conseguir trabajo, debido a su disminución del estado del ánimo, asimismo, se ha evidenciado que el trastorno puede repercutir en la reducción de horas laborales, lo que conlleva a menos ingresos económicos y ello repercute en la interacción familiar (Jones et al., 2021).

Por otro lado, las consecuencias a nivel personal están en relación al plano interno de la persona, es decir, dificultades a nivel cognitivo, ya que la persona presenta pensamientos distorsionados acerca de su realidad, asimismo, presenta una alteración somática, dado que existe un incremento de los dolores de cabeza, palpitations aceleradas del corazón, falta de sueño, etc. (Tundo et al., 2023).

Además, las consecuencias a nivel familiar están orientadas a una inadecuada interacción entre todos los miembros, lo cual repercute en la calidad de vida de cada uno de ellos, teniendo como consecuencias externa divorcios, violencia, adicciones y la adquisición a largo plazo de trastornos de personalidad (van Sprang et al., 2022).

C. Intervención basada en Terapia Cognitivo Conductual. Para este tipo de caso, existen diferentes ejemplos de modelos de intervención basada en terapia cognitiva conductual (TCC), sin embargo, en líneas generales se puede trabajar bajo este modelo, pero la aplicación va a depender de las características idiosincráticas de cada persona. Para el estudio se utilizaron las siguientes técnicas que radican en:

- Relajación muscular progresiva de Jacobson es la condición del sujeto es que pueda realizar ejercicios, para que cierto agrupamiento de músculos seleccionados se pueda contraer y luego se expandan respectivamente para lograr un estado de relajación profunda; en ese sentido, la rutina se tiene que repetir hasta que los sujetos logren progresivamente una relajación completa (Keptner et al., 2020).
- Detección de pensamientos irracionales es el sujeto realiza una evaluación un descubrimiento de la su área cognitiva, con el fin de poder evaluar y comparar dichas ideas en la realidad que se encuentra. De ese modo, encontrar nuevas alternativas de pensamiento a una situación específica, con el fin de que pueda adaptarse adecuadamente a su contexto (Chadha et al., 2019).

- Diálogo socrático es un conjunto de habilidades dialógicas, que son esenciales para una mejor competencia interpersonal; ya que suministra las condiciones para experimentar el aprendizaje en diálogo con y desde los demás, por lo tanto, la captación de nuevas habilidades dialógicas como es el escuchar, formular y reformular, pedir aclaraciones, verificar la comprensión, seguir adelante, investigar suposiciones y explicarlas, abstraer y concretizar; ayudan considerablemente a que el sujeto centre una mayor atención a su capacidad crítica y reflexiva hacia la comunicación que tiene con otras personas (Knezic et al., 2010; Mahoney et al., 2023).
- Imaginería es darle al paciente guiado mediante una imagen mental, que se encuentra esquematizada para el reto de una creencia desadaptativa o recordar un estado emocional deseado; de esa forma, la técnica involucra a que el paciente imagine vívidamente un contexto que teme, con el fin de reducir la ansiedad y el comportamiento evitativo (Saulsman et al., 2019).

A este paquete de técnicas TCC, también se incluyeron técnicas complementarias de terapias de tercera generación o también llamado terapias contextuales, estas técnicas son fundamentales para la recuperación de los problemas ansiosos y depresivos (Potsch y Rief, 2024; Takagaki et al., 2020), estas técnicas son las siguientes:

- Mindfulness capta una serie de habilidades en la atención plena; como la conciencia, el cual lo coloca en una mayor sintonía con sus aspectos positivos y negativos, tanto a nivel conductual, emocional y cognitiva; asimismo, la aceptación de sus actos, sin tratar de prejuiciarlos de la propia experiencia. Ello conlleva a formas más eficaces de enfrentar la angustia, rumia, ansiedad, preocupación, miedo, ira, etc., ya que, estas experiencias desadaptativas llevan a que el paciente evite, suprima o se involucre excesivamente con los pensamientos y emociones angustiantes (Bunjak et al., 2022).

- Activación conductual se le suministra conductualmente el aumento significativo de su participación en actividades placenteras y con significado en sus valores propios; de esa forma el paciente en contacto con refuerzos positivos en su entorno, lo que lleva a opciones más adaptativas a las conductas retraídas y/o de evitación; ya que, estos dos tipos de conductas causan deterioro funcional en las problemáticas psicológicas. Los elementos de intervención son una programación de actividades y la autosupervisión; además, del entrenamiento de habilidades, los valores personales, la evaluación de objetivos y el análisis funcional; para que de ese modo el paciente se refuerza positivamente (Uphoff et al., 2019).

Por otro lado, existen diferentes modelos para abordar la problemática, este es un modelo general según Bentley et al. (2021) refiere que el modelo está estructurado sistemáticamente de la siguiente manera:

- La psicoeducación y el automonitoreo se da mediante la inserción de literatura basada en el conocimiento del trastorno por medio del reconocimiento de las emociones, lo cual conlleva a un alivio situacional, para la no generalización de la problemática, asimismo, la automonitoreo será en base a cuantificar las conductas de la persona, con el fin de que el paciente se dé cuenta de lo que realizar y de lo que deja de hacer; y el cómo y cuándo (Biagiante et al., 2023).
- La consciencia se encuentra en relación con la adquisición de habilidades como el centrarse en el aquí y en el ahora mediante técnicas de atención plena (Mindfulness), de esa forma, la persona no presenta una percepción juiciosa acerca de lo que haga o deja de hacer (Pruessner et al., 2024).
- Reestructuración cognitiva es la discusión del contenido del pensamiento como primer paso, el segundo iría en base a la búsqueda de una alternativa más adecuada

que posibilite que el individuo pueda adaptarse a su contexto, con el fin de que pueda desarrollarse de mejor manera (Curtiss et al., 2021).

- Cambios en la conducta se podría darse en base a la aplicación de técnicas mediante la activación conductual, que ayudará a la identificación de patrones de comportamiento que se han ido extinguiendo por la presencia de reforzadores negativo, de esa forma, se evalúa y se hace un plan de activación bajo el objetivo de incrementar los reforzadores positivos (Soleimani et al., 2015).
- Prevención de recaídas que está orientada hacia la revisión esporádica de las habilidades y consolidación de las técnicas en la conducta de la persona, de esa manera, se colocan objetivos cortos con el fin de medir la problemática y prevenir recaídas (Chen et al., 2022).

D. Beneficios de la Terapia Cognitivo Conductual. Los beneficios que se obtienen de ello son de forma global, ya que posibilitará la adecuada interacción a nivel familiar, social y personal, asimismo, la adquisición de habilidades y la efectividad de las técnicas llevadas a las situaciones problemáticas originarán un adecuado manejo en el campo laboral, de esa forma disminuyendo paulatinamente la sintomatología y llevando hacia una vida que merece la pena ser vivida (Bentley et al., 2021; Ramírez y Parra, 2024).

Asimismo, en cuestión a los beneficios de temporalidad de la terapia, se puede afirmar que, en comparación con otros métodos terapéuticos como el psicoanálisis, gestálticos y humanistas; el enfoque terapéutico cognitivo-conductual posee una intervención breve (Nakao et al., 2021), sin embargo, el tiempo es relativo, no existe un tiempo estándar para todo tipo de problemática (Fordham et al., 2021). De ese modo, algunos pacientes se sienten mejor después de un reducido número de sesiones, otros se sienten mejor después de un paquete completo de sesiones; ello va a depender de factores idiosincráticos como la edad, el sexo, la capacidad económica, la afectación psicológica, etc. No obstante, a pesar de ello, es la terapia con mayor

eficiencia al momento de tratar los problemas psicológicos (Cuijpers et al., 2023). Además, la terapia debido a los procesos psicológicos que posee es una terapia eficaz hacia diferentes problemas psicológicos, ya que existe abundante evidencia científica que lo certifica, lo que ha conlleva a que sea una terapia altamente eficaz en diferentes tipos y grupos de personas (Nakao et al., 2021).

Por otro lado, también la terapia TCC presenta cuestionamientos, uno de ellos son los argumentos que las técnicas son mecanicistas, descuidando las verdaderas preocupaciones del paciente, asimismo otro argumento es que solo aborda técnicas conductuales y otras solo técnicas cognitivas (AlHadi et al., 2021), además, se especula que teóricamente la TCC no está conectada con la neurociencia, dejando de lado los avances más esenciales del cerebro humano (Fordham et al., 2021). Por último, la base teórica de la terapia cognitiva conductual no ha podido no ha podido fundamentar las relaciones causales predichas entre las actitudes disfuncionales y los resultados del tratamiento; no obstante, a pesar de ello, la terapia sigue en constante crecimiento (Cuijpers et al., 2023).

1.3. Objetivo general

- Reducir la sintomatología ansiosa-depresiva mediante la intervención cognitivo conductual en un estudiante universitario.

1.3.1. Objetivos específicos

- Determinar los niveles de sintomatología asociada al trastorno mixto ansioso depresivo estableciendo su línea base en un estudiante universitario.
- Aplicar técnicas de relajación fisiológica para la reducción de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo.
- Utilizar técnicas cognitivas para la disminución de la sintomatología asociada al trastorno mixto ansioso depresivo.
- Aplicar técnicas de terapias de tercera generación para la reducción conductual

inadecuada de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo.

- Determinar los niveles postratamiento de la sintomatología conductual, cognitiva y fisiológica de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo.

1.4. Justificación

El estudio de este caso clínico permite la elaboración de una estrategia específica desde el enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento del Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo; de la misma manera, se especifica algunas técnicas de utilidad para reducir la sintomatología ansiosa-depresiva. Por otro lado, la eficacia de los antecedentes nacionales e internacionales se toma en cuenta para la elaboración del plan de tratamiento. Es por ello que, a nivel teórico-práctico, el enfoque cognitivo-conductual incentiva a nuevos estudios para conocer la eficacia en el tratamiento del Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Al finalizar el tratamiento, se espera que puedan reducirse los síntomas depresivos y ansiosos, generando mayor sensación de bienestar en el sujeto a través de la modificación de los pensamientos irracionales y el entrenamiento de sus habilidades sociales, y con ello pueda mejorar en las diferentes áreas de su vida como en lo laboral, debido a que, poco a poco van retomando los objetivos en el campo del trabajo, volviéndose de esa manera, más productivos, ya que, van experimentando mayor gratificación, debido a que son reforzados positivamente y ello va alineado con los valores que hace que se comprometa más con su trabajo y con lo que desea a corto y largo plazo (Xu et al., 2024).

Asimismo, a nivel familiar, la persona que lleva una terapia TCC, puede comunicarse de una forma más adecuada con sus familiares, haciendo que se establezca una sinergia, respeto, admiración y amor por cada una de las personas que componen la familia, de igual manera, ello conlleva a que la persona se vuelva más expresiva y tolerante a los problemas familiares (Reuman et al., 2021).

Además, a nivel social, la persona deja el contexto que solía reforzar negativamente (como la cama), para salir a conocer, enfrentar y experimentar la realidad circundante; de esa forma cumpliendo objetivo a corto plazo, el cual generan el nacimiento de más objetivo, todo ello debido a que conoce y se relaciona mejor con personas que no eran de su entorno (Nakao et al., 2021).

Por último, a nivel personal, el paciente podrá desempeñarse de manera óptima y funcional hacia sus labores cotidianas, ya que, no poseerá ese desánimo por realizar las cosas pendientes o nuevas por hacer, ello hace que se adapte mejor a cualquier contexto, haciendo que posea conductas adecuadas y más funcionales para él o ella misma (Minjie et al., 2023).

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

La investigación es de tipo aplicada, debido a que su finalidad es práctica y se aplican los conocimientos básicos de la investigación, con el objetivo de generar una mejora en el fenómeno que se estudia (Hernández, 2018).

Por otra parte, el diseño de la investigación es experimental (preexperimental), debido a que el comportamiento del sujeto es observado y se van a aplicar instrumentos antes de realizar el plan de tratamiento, el cual va a tener como finalidad la mejora del bienestar psicológico del sujeto (Kerlinger, 1975).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio del caso se va a llevar a cabo dentro de un consultorio psicológico, con sesiones individualizadas de una hora de duración con una frecuencia de una sesión por semana y un total de 25 sesiones.

2.3. Sujeto

El paciente es un joven de género masculino que tiene 22 años de edad, de contextura delgada y de talla promedio. En la actualidad es estudiante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde estudia Matemática Pura. Por otro lado, su condición civil es soltero y convive con sus abuelos en el distrito de Villa María del Triunfo, debido al deceso de su padre y al viaje que su madre realizó a Estados Unidos cuando el paciente tenía 5 años.

En la actualidad, la problemática que presenta el paciente es que se siente constantemente ansioso, refiere que es debido a cosas del pasado, lo cual repercute en el presente, ya que se encuentra experimentando actualmente un proceso de duelo debido a una ruptura sentimental de una relación de cinco años, ello ha generado conductas de querer suicidarse mediante la ingesta de pastillas.

2.4. Variables de Investigación

Variable independiente: Plan de tratamiento desde el enfoque cognitivo-conductual, el cual se va a dar con un total de 25 sesiones con duración de una hora y con frecuencia de una vez por semana.

Variable dependiente: Paciente con trastorno mixto ansioso depresivo, quien presenta los siguientes síntomas: sudoración excesiva en las manos y cuerpo, dolor de cabeza, movimiento excesivo de las piernas, llanto fácil, insomnio, dificultad para la concentración, sentimientos de desesperanza y sentimientos de inutilidad.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

- **Observación de conducta:** Es un proceso de observación consciente, con el fin de poder evidenciar como el evaluado se comporta en su entorno, asimismo que objetos externos influyen en su comportamiento.
- **Entrevista:** Es un proceso sistemático que está basado en un listado de preguntas, el cual busca conocer a profundidad los antecedentes personales, familiares, biológicos y personales del paciente.
- **Pruebas psicológicas:** Son instrumentos de medición, que se encargan de poder evaluar variables psicológicas, con el fin de poder determinar una presunción diagnóstica del problema del paciente.
- **Autorregistros:** Protocolos sistematizados, que permiten que el propio paciente pueda registrar sus conductas de forma secuencial, ya que día por día va anotando que es lo que hace, siente y piensa.
- **Línea base:** Es un punto de referencia al inicio de cualquier estudio donde se va a manipular la variable independiente, de ese modo, se sabrá a posteriori si la variable aumentó o disminuyó.

2.5.2. Instrumentos

Instrumento 1: Depresión

Ficha técnica

Nombre:	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
Autores:	Rodríguez y Farfán
Año:	2015
Ítems:	21
Objetivo:	Es la evaluación profunda de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes.
Aplicación:	Desde los 13 años en adelante, de forma individual y colectiva entre 5 a 10 minutos.
Confiabilidad:	0.83

Instrumento 2: Ansiedad Estado – Rasgo

Ficha técnica

Nombre:	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo
Autores:	Gorsuch, Lushene y Spielberger
Año:	1970
Ítems:	40
Objetivo:	Es la examinación de la totalidad de ansiedad que presenta el paciente, pero clasificándolo si es una ansiedad del momento o es característico de él o ella, todo ello en base a un evento altamente estresante.
Aplicación:	Desde los 16 años en adelante, de forma individual y colectiva.

Confiabilidad: 0.83

Instrumento 3: Creencias irracionales

Ficha técnica

Nombre: Test de Creencias Irracionales

Autores: Calvete y Cardeñoso

Año: 1999

Ítems: 46

Objetivo: Es la examinación de los pensamientos que son autolimitantes y que se encuentran sesgados por un evento que transformó la realidad y que aqueja al individuo constantemente.

Aplicación: Desde los 18 años en adelante, de forma individual y colectiva entre 15 a 20 minutos.

Confiabilidad: 0.77

Validez: 0.70

Instrumento 4: Personalidad

Ficha técnica

Nombre: Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B Adultos

Autores: Hans Eysenck y Sybil Eysenck

Año: 1991

Ítems: 57

Objetivo:	Es la evaluación a profundidad de la personalidad mediante sus factores de introversión, extroversión y neuroticismo; en base a ello se termina una personalidad para el evaluado.
Aplicación:	Desde los 16 años en adelante, de forma individual y colectiva con una duración de 15 minutos.
Confiabilidad:	0.74

2.5.3. Evaluación psicológica

Historia psicológica

Problema Actual: J.P. es un joven de 22 años, estudiante de Matemáticas, quien presenta una sintomatología ansiosa depresiva acentuada desde la ruptura sentimental con su enamorada hace 3 meses (con quien llevaba 5 años de relación), lo cual lo ha conllevado a tener un intento de suicidio una semana después de la ruptura a través de la ingesta excesiva de pastillas.

Desarrollo cronológico del problema: El paciente recuerda sentirse ansioso y que constantemente le sudaban las manos desde los 5 años. Desde esa edad, ha presentado muchos miedos como, por ejemplo, a la oscuridad y a quedarse solo en un espacio de su casa; así mismo, tenía constantes pesadillas (soñaba que sus padres fallecían y que sus abuelos lo abandonaban en la calle), de las cuales se despertaba llorando, según recuerda. En el colegio se aislaba de los demás porque sentía que sus compañeros no lo entendían, llegó a sufrir de bullying en diversas ocasiones porque era muy callado y tenía dificultades en el curso de Educación Física. En una ocasión, un compañero de clase le tiró un zapatazo en el ojo, razón por la cual fue llevado a una clínica; el paciente manifiesta que luego de esa experiencia comenzó a “sentir pánico y terror” por ir al colegio, “era una tortura” citando sus propias palabras. Su abuela lo llevó al psicólogo en 2 ocasiones, sin embargo, tuvo que dejarlo por

motivos económicos. En secundaria, cambió su comportamiento, se volvió más agresivo y comenzó a hacer bastante ejercicio físico para “ser más fuerte”, manifiesta que se agarraba a golpes cada vez que lo molestaban, lo que ocasionó que fuera expulsado en 2 ocasiones del colegio.

Cuando estaba en 5to de Secundaria tuvo su primera enamorada, con quien tuvo un año de relación, sin embargo, en una ocasión vio que ella se sentó en las piernas de su mejor amigo porque “estaban jugando” y eso lo enojó tanto que se lo manifestó con gritos y llantos, ocasión en la que terminó clavándose a sí mismo un tenedor de plástico en la mano izquierda y su enamorada terminó con la relación. Posterior a ello, conoció a una chica en su academia con la que comenzó a salir y empezaron una relación que duró 5 años, a lo que, según sus palabras, es la “relación más bonita y tóxica” a la vez que ha podido tener, debido a que ella le fue infiel en innumerables ocasiones, pero él no se enteró hasta que revisó su Whatsapp, momento en que él le dijo que “era una perra, una zorra” mientras gritaba y lloraba, incluso intentó ahorcarla y le dio dos cachetadas. Posterior a ello, la chica le puso una denuncia en la comisaría hace 2 meses, a la cual hasta ahora no responde al llamado de las autoridades policiales.

Han pasado 3 meses desde que terminó su relación y se siente muy ansioso y triste, no quiere salir a la calle ni asistir a sus clases de la universidad, según sus palabras se siente “muerto en vida” y que “se pone ansioso por todo”, incluso ha comenzado a tartamudear cuando quiere hablar. Hace 2 semanas tuvo un intento de suicidio intoxicándose con sobredosis de pastillas, sin embargo, su abuelo lo ayudó a tiempo y lo llevó a la clínica para que lo desintoxicaran.

Historia personal: El paciente J.P. nació en el Hospital Almenara el 14 de febrero del 2001 en el seno de una familia de clase media. Ha vivido en el distrito de Villa María del Triunfo desde que nació. Sus padres siempre han estado ausentes por motivos de trabajo, su

mamá no le brindó lactancia materna porque no producía leche y tenía que trabajar como secretaria; y su papá era un policía.

A una edad muy temprana del evaluado su padre falleció, debido a una emboscada de narcoterroristas en Apurímac, cumpliendo sus labores de policía en esa zona. La muerte de su padre dejó con serios problemas económicos a la familia, por lo que la madre se puso a trabajar todo el día como secretaria y en un negocio de ventas con una de sus amigas. Debido a ello, su madre decide viajar a Estados Unidos en búsqueda de nuevas oportunidades laborales y para poder mantener económicamente a su familia, desde ese momento él se quedó a vivir con sus abuelos maternos.

Cuando tenía 10 años, él y sus abuelos se enteraron de que tenía una media hermana mayor por parte de su padre, por lo que reaccionaron sorprendidos. Desde ese momento siempre ha llevado una relación distante con su hermana, a pesar de que ella ha intentado acercarse a él en varias ocasiones. En el colegio, siempre ha rendido bien en los cursos de matemáticas y ciencias, según sus palabras, “las matemáticas son como un juego”, sin embargo, ha tenido dificultades en los cursos de letras y educación física.

Cuando terminó el colegio, quería estudiar Ingeniería Civil, incluso intentó 3 años postulando a la UNI y no pudo ingresar, por lo que decidió estudiar Matemática Pura en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde ya pudo ingresar y viene estudiando esa carrera hace 2 años y medio. Considera que le va bien en la universidad. Tiene como expectativa terminar su carrera y luego viajar a Estados Unidos para estar con su mamá.

Historia familiar: La actual relación que guarda con su madre es distante y solo platican mediante videollamada por temas puntuales, lo cual hace que su comunicación no sea profunda, sino solo superficial. Asimismo, tiene una media hermana de 28 años, con quien lleva una relación distante. Dado ello, su madre mantiene económicamente a sus abuelos y a él. Tiene el apoyo incondicional de sus abuelos maternos. Sus abuelos paternos fallecieron antes de su

nacimiento. Tiene poca relación con su familia paterna.

2.5.4. Evaluación Psicométrica

Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo: El paciente presenta una puntuación alta en Ansiedad Estado (78), por lo que manifiesta sentimientos de tensión y aprensión constantes en su día a día. Por otra parte, presenta una puntuación alta en Ansiedad Rasgo (81), por lo que su propensión ansiosa ha sido estable a lo largo de su experiencia de vida.

Inventario de Personal de Eysenck para Adultos: El paciente presenta un nivel muy alto en Neuroticismo (74), por lo que presenta rasgos de tristeza, depresión, timidez, ansiedad, tensión, miedo, culpa, irracionalidad, vergüenza, mal humor, emotividad y preocupación. Por otro lado, presenta un nivel alto en Psicoticismo (61), presentando algunos rasgos como impulsividad, agresividad, hostilidad y egocentrismo. Por último, presenta un nivel muy bajo en Extraversión (32).

Inventario de Depresión de Beck-II: El paciente presenta un nivel severo de Depresión (40), por lo que presenta una visión negativa de sí mismo, de los demás y de su propio futuro.

Test de Creencias Irracionales: El paciente obtuvo puntuaciones altas en los siguientes factores: necesidad de aprobación, culpabilización, indefensión acerca del cambio, dependencia e influencia del pasado.

2.5.5. Informe psicológico integrador

Historia Clínica Psicológica

Datos de filiación

Nombres y Apellidos: Juan Pablo

Edad: 22

Lugar y fecha de nacimiento: La Victoria, 14 de febrero del 2001

Lugar de residencia: Villa María del Triunfo

Dirección: Av. Pachacútec-Villa María del Triunfo

Grado de instrucción: Superior incompleta

Ocupación: Estudiante de Matemática Pura

Estado civil: Soltero

Lugar de entrevista: Consultorio Psicoterapéutico Humanitas

Fecha de entrevista: Agosto del 2023

Motivo de consulta

El paciente acude a consulta psicológica por presentar sintomatología ansiosa y sentirse muy triste por la ruptura de su última relación sentimental, lo cual lo ha conllevado a tener un intento de suicidio a través de la ingesta excesiva de pastillas.

Informe del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Datos de filiación

Nombre: J. P. G. A.

Edad: 22 años

Lugar y fecha de nacimiento: La Victoria (Lima), 14 de febrero del 2001

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior incompleta

Domicilio: Av. Pachacútec-Villa María del Triunfo

Ocupación: Estudiante de Matemática Pura

Religión: católica

Idioma: español

Informante: Usuario

Lugar y fecha de evaluación: Consultorio Psicoterapéutico Humanitas (Lima), agosto del 2023

Observación de conducta

El paciente presenta tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada. Su postura es encorvada, evita la mirada, mueve constantemente las piernas, lenguaje entrecortado pero comprensible. Su vestimenta está acorde a la estación. Durante la entrevista, se muestra dispuesto a responder con sinceridad a pesar de que habla poco.

Motivo de evaluación

Evaluar los niveles de sintomatología ansiosa como rasgo y estado.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica.
- Observación psicológica.
- Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.

Resultados

El paciente presenta una puntuación alta en Ansiedad Estado (78), por lo que manifiesta sentimientos de tensión y aprensión constantes en su día a día. Por otra parte, presenta una puntuación alta en Ansiedad Rasgo (81), por lo que su propensión ansiosa ha sido estable a lo largo de su experiencia de vida.

Conclusiones

El paciente presenta niveles altos en ansiedad como estado y ansiedad como rasgo, entre los síntomas de ritmo cardíaco acelerado, sudoración corporal excesiva, temblores constantes, sensación de ahogo, dolor en el pecho, dolor abdominal, sensación de mareo, tensión muscular,

dificultad para concentrarse e irritabilidad.

Recomendaciones

- Terapia cognitivo-conductual.
- Entrenamiento en ejercicios de relajación.

Informe del Inventario de Personalidad de Eysenck para Adultos

Datos de filiación

Nombre: J. P. G. A.

Edad: 22 años

Lugar y fecha de nacimiento: La Victoria (Lima), 14 de febrero del 2001

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior incompleta

Domicilio: Av. Pachacútec-Villa María del Triunfo

Ocupación: Estudiante de Matemática Pura

Religión: católica

Idioma: español

Informante: Usuaría

Lugar y fecha de evaluación: Consultorio Psicoterapéutico Humanitas (Lima), agosto del 2023

Observación de conducta

El paciente presenta tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada. Su postura es encorvada, evita la mirada, mueve constantemente las piernas, lenguaje entrecortado pero comprensible. Su vestimenta está acorde a la estación. Durante la entrevista, se muestra dispuesto a responder con sinceridad a pesar de que habla poco.

Motivo de evaluación

Evaluar las características de personalidad del paciente.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica.
- Observación psicológica.
- Inventario de Personalidad de Eysenck para Adultos.

Resultados

El paciente presenta un nivel muy alto en Neuroticismo (74), por lo que presenta rasgos de tristeza, depresión, timidez, ansiedad, tensión, miedo, culpa, irracionalidad, vergüenza, mal humor, emotividad y preocupación. Por otro lado, presenta un nivel alto en Psicoticismo (61), presentando algunos rasgos como impulsividad, agresividad, hostilidad y egocentrismo. Por último, presenta un nivel muy bajo en Extraversión (32).

Conclusiones

El paciente presenta rasgos marcados de neuroticismo y psicoticismo, por lo que hay presencia de síntomas como ansiedad, depresión, miedo, culpa, vergüenza, impulsividad y agresividad.

Recomendaciones

- Terapia cognitivo-conductual.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Supervisión por parte de sus tutores.

Informe del Inventario de Depresión de Beck II**Datos de filiación**

Nombre: J. P. G. A.

Edad: 22 años

Lugar y fecha de nacimiento: La Victoria (Lima), 14 de febrero del 2001

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior incompleta

Domicilio: Av. Pachacútec-Villa María del Triunfo

Ocupación: Estudiante de Matemática Pura

Religión: católica

Idioma: español

Informante: Usuaría

Lugar y fecha de evaluación: Consultorio Psicoterapéutico Humanitas (Lima), agosto del 2023

Observación de conducta

El paciente presenta tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada. Su postura es encorvada, evita la mirada, mueve constantemente las piernas, lenguaje entrecortado pero comprensible. Su vestimenta está acorde a la estación. Durante la entrevista, se muestra dispuesto a responder con sinceridad a pesar de que habla poco.

Motivo de evaluación

Evaluar la sintomatología depresiva del paciente, así como los niveles de depresión.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica.
- Observación psicológica.
- Inventario de Depresión de Beck-II.

Resultados

El paciente presenta un nivel severo de depresión (40), por lo que presenta una

visión negativa de sí mismo, de los demás y de su propio futuro.

Conclusiones

El paciente presenta niveles muy altos de sintomatología depresiva.

Recomendaciones

- Terapia cognitivo-conductual.
- Entrenamiento en activación conductual.
- Terapia grupal.
- Supervisión por parte de sus tutores.

Informe del Test de Creencias Irracionales

Datos de filiación

Nombre: J. P. G. A.

Edad: 22 años

Lugar y fecha de nacimiento: La Victoria (Lima), 14 de febrero del 2001

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior incompleta

Domicilio: Av. Pachacútec-Villa María del Triunfo

Ocupación: Estudiante de Matemática Pura

Religión: católica

Idioma: español

Informante: Usuaria

Lugar y fecha de evaluación: Consultorio Psicoterapéutico Humanitas (Lima), agosto del 2023

Observación de conducta

El paciente presenta tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada. Su

postura es encorvada, evita la mirada, mueve constantemente las piernas, lenguaje entrecortado pero comprensible. Su vestimenta está acorde a la estación. Durante la entrevista, se muestra dispuesto a responder con sinceridad a pesar de que habla poco.

Motivo de evaluación

Evaluar los tipos de creencias irracionales que presenta la paciente.

Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista psicológica.
- Observación psicológica.
- Test de creencias irracionales.

Resultados

El paciente obtuvo puntuaciones altas en los siguientes factores: necesidad de aprobación, culpabilización, indefensión acerca del cambio, dependencia e influencia del pasado.

Conclusiones

El paciente presenta creencias irracionales relacionadas a la necesidad de aprobación, culpabilización, indefensión acerca del cambio, dependencia e influencia del pasado.

Recomendaciones

- Terapia cognitivo-conductual.
- Reestructuración cognitiva.
- Terapia grupal.

Presunción diagnóstica:

Juan Pablo presenta síntomas tanto de depresión como de ansiedad, donde ninguno de los síntomas diferenciados predomina sobre el otro, por lo tanto, se realiza una presunción

diagnóstica con Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (F41.2), según el CIE-11, asimismo, en base al DSM V TR, la nueva clasificación no guarda una etiqueta específica de ello, pero si lo ha denominado dentro de “Otros trastornos de ansiedad no especificado” (F41.8).

ANÁLISIS FUNCIONAL

Tabla 1

Análisis funcional de la conducta

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Llora constantemente cuando solo y/o acompañado. Sentimientos de inferioridad y desvalía. Sudoración corporal y en las manos. Miedo. Pensamientos negativos sobre sí mismo y el mundo. Vergüenza por la situación que pasa. Preocupación por el futuro. Sentimientos de culpa por haber golpeado a su ex enamorada. Daño físico hacia su persona.	Bajo control de impulsos. Baja autoestima. Escasas habilidades sociales. Escasa tolerancia a la frustración.	Falta de estrategias para afrontar las situaciones cotidianas de la vida. Falta de recursos para el manejo de la ansiedad.

Tabla 2*Análisis funcional*

Estímulo discriminatorio	Conducta	Estímulo reforzador/ Estímulos consecuentes
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> . La ruptura de su relación sentimental. . La ausencia de las figuras paterna y materna. . Escasos círculos de amistad. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ideación suicida. . Pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro. . Pensar en la infidelidad de su ex enamorada. . Culpa por haber golpeado a su ex enamorada. 	<p>Motor: Insomnio, Somnolencia diurna, Ausencia o bajo apetito, No disfruta de otras actividades, Enlentecimiento en sus deberes universitarios, Llanto constante, Aislamiento, Intento de suicidio.</p> <p>Emocional: Culpa, Tristeza, Vergüenza, Miedo, Enojo.</p> <p>Fisiológico: Llanto, Dolor de cabeza, Sudoración excesiva, Disminución del apetito, Insomnio, Cansancio excesivo, Falta de concentración y Anhedonia.</p> <p>Cognitivo: “No sirvo para nada”, “Nadie me quiere”, “Soy feo, por eso las chicas con las que estoy son infieles”.</p>	<p>Refuerzo externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> . No comunicarse con otras personas genera que mantenga sus preocupaciones. . Aislarse genera que sus pensamientos negativos se incrementen. . No realizar ejercicios físicos genera que mantenga o aumente sus niveles de ansiedad. <p>Refuerzo interno (pensamientos):</p> <ul style="list-style-type: none"> . “Pensar en que mi ex enamorada tiene relaciones sexuales con otra persona me duele y me enoja”. . “Todas las mujeres son unas promiscuas”. . “No voy a poder encontrar a una mujer que me quiera de verdad”.

CRITERIOS DEL DIAGNÓSTICO TRADICIONAL DEL CIE-11

Tabla 3

Criterios según el CIE-11 para el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (F41.2)

CRITERIOS CIE-11	Presentes en el paciente
<p>El trastorno mixto de ansiedad y depresión se caracteriza por síntomas de ansiedad y depresión la mayor parte de los días durante un período de dos semanas o más. Ningún conjunto de síntomas, considerados por separado, es lo suficientemente grave, numeroso o persistente para justificar el diagnóstico de un trastorno de episodio depresivo, distimia o relacionado con ansiedad y miedo. El estado de ánimo depresivo o el interés disminuido en las actividades debe estar presente, acompañado por síntomas depresivos adicionales, así como síntomas múltiples de ansiedad. Los síntomas causan una angustia o un deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Nunca ha habido ningún episodio anterior de tipo maníaco, hipomaníaco, o mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Ritmo cardíaco acelerado. . Sudoración corporal excesiva. . Temblores. . Sensación de ahogo. . Dolor en el pecho. . Sensación de mareo. . Miedo a volverse loco. . Sensaciones de hormigueo. . Tensión muscular. . Sensación de nudo en la garganta. . Dificultad para concentrarse. . Irritabilidad persistente. . Dificultad para conciliar el sueño. . Pérdida de interés o capacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras. . Humor depresivo.

Tabla 4

Criterios según el DSM 5 TR para otros trastornos de ansiedad no especificado” (F41.8)

CRITERIOS DSM 5 TR	Presentes en el paciente
Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con todos los criterios de ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de ansiedad y no cumplen con los criterios de trastorno de adaptación con ansiedad o trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo depresivo.	<ul style="list-style-type: none"> . Ataques de síntomas ansiosos. . Sudoración. . Baja autoestima. . Pensamientos negativos. . Pérdida de peso. . Enlentecimiento psicomotor. . Ataques de ansiedad generalizada, pero con menos frecuencia. . Confusión debido a un ataque de nervios. . Humor depresivo y ansioso. . Pérdida de apetito. . Pérdida de confianza.

Recomendaciones:

Iniciar un proceso de psicoterapia desde el enfoque cognitivo-conductual, con el apoyo de sus abuelos maternos, para poder reducir la sintomatología ansiosa depresiva, y, así mismo, adquirir estrategias para afrontar situaciones adversas.

2.6. Intervención**2.6.1. *Plan de intervención y calendarización***

La intervención psicoterapéutica se realizará en 25 sesiones, durante las fechas de agosto del 2023 hasta marzo del 2024, con una duración de una hora por sesión y frecuencia de una vez por semana. Dentro de los participantes en la intervención se encuentran el terapeuta y el paciente Juan Pablo.

Las técnicas que se van a emplear son: reestructuración cognitiva, diálogo socrático, relajación muscular progresiva de Jacobson y la respiración abdominal.

2.6.2. Programa de intervención

Tabla 5

Fase de Evaluación

Objetivos	Sesiones terapéuticas	Función de las sesiones de evaluación	Técnicas	Tiempo
Determinar los niveles de sintomatología asociada al trastorno mixto ansioso depresivo estableciendo su línea base en un estudiante universitario.	Sesión 1	En esta sesión, nos enfocamos en construir una relación de confianza, esencial para el proceso terapéutico; así mismo, comenzamos con la entrevista clínica para conocer la historia personal y las preocupaciones actuales del paciente acompañado del análisis funcional de la conducta (AFC) para entender las causas y efectos de la sintomatología tanto cognitivas como conductuales. Finalmente, establecimos el contrato terapéutico.	Rapport. Entrevista clínica y análisis funcional de la conducta (AFC). Contrato terapéutico.	60 minutos
	Sesión 2	En esta sesión se aplica el cuestionario de Depresión de Beck II y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para obtener una evaluación más detallada de los niveles de malestar, esto nos ayuda a evaluar la intensidad y el impacto de los síntomas depresivos y de ansiedad estado-rasgo, mismo que nos permite distinguir entre la ansiedad transitoria y la tendencia general hacia la ansiedad.	Aplicación de los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck II y Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.	60 minutos
	Sesión 3	En esta sesión se aplica el Inventario de Personalidad de Eysenck y el Test de Creencias Irracionales para evaluar rasgos de personalidad y cómo estos pueden influir en el bienestar, y para identificar creencias y pensamientos disfuncionales que podrían estar afectando su comportamiento y emociones.	Aplicación de los instrumentos: Inventario de Personalidad de Eysenck Para Adultos y Test de Creencias Irracionales.	60 minutos

Tabla 6
Fase de Intervención

Objetivos	Sesiones terapéuticas	Técnicas	Tiempo
Aplicar técnicas de relajación fisiológica para la reducción de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo.	Sesión 4	Psicoeducación sobre los síntomas de la ansiedad y depresión, así mismo, de su diagnóstico. Entrega del informe de resultados.	60 minutos
	Sesión 5	Psicoeducación sobre la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Relajación muscular progresiva de Jacobson I.	60 minutos
	Sesión 6 y 7	Relajación muscular progresiva de Jacobson II y III.	60 minutos
	Sesión 8	Psicoeducación sobre la Desensibilización sistemática. Desensibilización sistemática I.	60 minutos
	Sesión 9 y 10	Desensibilización sistemática II y III.	60 minutos
Utilizar técnicas cognitivas para la disminución de la sintomatología asociada al trastorno mixto ansioso depresivo.	Sesión 11 y 12	Identificación de pensamientos irracionales I y II.	60 minutos
	Sesión 13 y 14	Reestructuración cognitiva I y II.	60 minutos
	Sesión 15 y 16	Diálogo socrático I y II.	60 minutos
Aplicar técnicas de terapias de tercera generación para la reducción conductual inadecuada de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo	Sesión 17	Psicoeducación sobre Mindfulness y técnicas de imaginería. Aplicación de Mindfulness y técnicas de imaginería.	60 minutos
	Sesión 18 y 19	Técnicas de activación conductual I y II.	60 minutos
	Sesión 20	Psicoeducación en situaciones de alto riesgo.	60 minutos
	Sesión 21	Técnica de imaginería para fomentar la autoestima.	60 minutos
	Sesión 22	Técnica de imaginería para el desarrollo de proyecto de vida. Entrenamiento en técnica de solución de problemas de Thomas D'zurilla y Marvin Goldfried.	60 minutos

Tabla 7
Fase de Seguimiento

Objetivos	Sesiones terapéuticas	Técnicas	Tiempo
Determinar los niveles postratamiento de la sintomatología conductual, cognitiva y fisiológica de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo.	Sesión 23	Retroalimentación de las sesiones anteriores. Aplicación post intervención del Inventario de Depresión de Beck II.	60 minutos
	Sesión 24	¿Cómo llegué? ¿Cómo me voy? de Bunge. Aplicación post intervención del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Aplicación post intervención del Test de Creencias Irracionales.	60 minutos
	Sesión 25	Ejercicio de autoafirmación de Mahoney. Retroalimentación de los resultados de los pre y post test.	60 minutos

2.7. Procedimiento

SESIÓN 01:

Objetivo: Evaluar la personalidad, creencias irracionales, sintomatología ansiosa y depresiva del paciente a través de la historia de vida y la aplicación de autorregistros (físico, emocional y cognitivo).

Tabla 8

Fase de evaluación (sesión 01)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Explorar motivo de consulta.	el de En el primer momento, se procede a realizar el rapport para establecer un ambiente de confianza. Posterior a ello, se indaga en el motivo de consulta.	Hoja bond y lapicero.	20 minutos	Rapport. Entrevista psicológica.
Desarrollo	Explorar la historia de vida.	Se realiza la anamnesis con AFC o entrevista clínica sobre la historia de vida del paciente en las diferentes áreas (social, familiar, personal, laboral, académica, sexual, entre otros). Seguido de ello se explica sobre el llenado que hará el paciente en su casa, que serán los pre-autorregistros emocional, fisiológico y cognitivo en los próximos siete días de la semana.	Formato de historia clínica.	30 minutos	Entrevista psicológica clínica o anamnesis con AFC.
Cierre	Realización del contrato terapéutico.	Se encuadra al paciente sobre el número de sesiones, la duración de las sesiones, la frecuencia de las sesiones y la metodología y enfoque de la terapia. Así mismo, se resuelven las dudas y consultas del paciente. Finalmente, se realiza la firma del contrato terapéutico.	Formato de contrato terapéutico.	10 minutos	Encuadre. Contrato terapéutico.

SESIÓN 02:

Objetivo: Examinar la sintomatología ansiosa y depresiva del paciente a través de la aplicación de instrumentos psicológicos.

Tabla 9*Fase de evaluación (sesión 02)*

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación del Inventario de Depresión de Beck II y del Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.	Se explica el contenido y las pautas del Inventario de Depresión de Beck II y se aplica dicho inventario. Se explica el contenido y las pautas del Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo y se aplica dicho cuestionario.	Formato del Inventario de Depresión de Beck II. Formato del Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Lápiz, lapicero y borrador.	40 minutos.	Evaluación de los niveles de depresión. Evaluación de los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo.
Cierre	Se aclaran dudas sobre los cuestionarios aplicados.	Finalmente, el paciente entrega los pre-autorregistros a nivel físico, emocional y cognitivo que llenó en su casa durante la semana pasada. Se responden las dudas del paciente sobre lo realizado en la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 03:

Objetivo: Evaluar la personalidad y creencias irracionales del paciente a través de la aplicación de instrumentos psicológicos.

Tabla 10*Fase de evaluación (sesión 03)*

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándole a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación del Inventario de Personalidad de Eysenck Para Adultos y el Test de Creencias Irracionales.	Se explica el contenido y las pautas del Inventario de Personalidad de Eysenck Para Adultos y se aplica dicho inventario. Asimismo, se explica el contenido y las pautas del Test de Creencias Irracionales y se aplica dicho test.	Formato del Inventario de Personalidad de Eysenck Para Adultos. Formato del Test de Creencias Irracionales. Lápiz, lapicero y borrador.	40 minutos.	Evaluación de la personalidad. Evaluación de las creencias irracionales.
Cierre	Se aclaran dudas.	Se responden las dudas del paciente sobre lo realizado en la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 04:

Objetivo: Realizar psicoeducación al paciente sobre su problemática y/o diagnóstico.

Tabla 11

Fase de intervención (sesión 04)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión; asimismo, se le indica que, al comentar sobre sus experiencias en este espacio no habrá argumento de crítica, ser interrumpido o juzgado mientras habla y que todo se mantendrá en estricta confidencialidad.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Psicoeducación sobre su diagnóstico.	Se le entrega los resultados de sus evaluaciones, de todos los instrumentos psicológicos aplicados. Asimismo, se le proporciona información sobre su diagnóstico, síntomas y el método de tratamiento a utilizar, de esa forma se comparte información de un modo estructurado que proporciona conocimiento al paciente sobre cuáles son los síntomas de la ansiedad y la depresión para que aprenda a identificarlos; además, se le recalca la importancia de reducir estos síntomas.	Plumones Pizarra. Imágenes impresas.	40 minutos.	Psicoeducación.
Cierre	Conclusiones del tema abordado.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la misma y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Asimismo, se le recuerda las actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retire de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 05:

Objetivo: Reducir la sintomatología ansiosa del paciente mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Tabla 12

Fase de intervención (sesión 05)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos	Rapport.
Desarrollo	Psicoeducación sobre la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson I.	Se explica al paciente la importancia de la técnica de relajación progresiva de Jacobson y sus beneficios en el bienestar psicológico y físico. De esa forma, al paciente se le indica que esta técnica se basa en tensar y relajar grupos musculares específicos en secuencia. De esa forma, el paciente se concentra en las áreas específicas, hasta tensarlas y luego relajarlas, lo que conlleva a que el paciente pueda volverse más consciente de su cuerpo y sus sensaciones físicas. Por lo tanto, se aplica la primera parte de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Cabe mencionar, que se le explica también al paciente la importancia de respirar conscientemente antes de empezar a relajar los grupos musculares.	Plumones. Pizarra. Música relajante.	40 minutos	Psicoeducación. Relajación muscular progresiva de Jacobson.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 06:

Objetivo: Reducir la sintomatología ansiosa del paciente mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Tabla 13

Fase de intervención (sesión 06)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson II.	Se aplica la segunda parte de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. De esa forma, al paciente se le indica que esta técnica se basa en tensar y relajar grupos musculares específicos en secuencia. Por lo tanto, el paciente se concentra en las áreas específicas, hasta tensarlas y luego relajarlas, lo que conlleva a que el paciente pueda volverse más consciente de su cuerpo y sus sensaciones físicas. Además, se le indica que esta técnica lo realice en su casa cuando se sienta tenso.	Música relajante.	40 minutos.	Relajación muscular progresiva de Jacobson.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 07:

Objetivo: Reducir la sintomatología ansiosa del paciente mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Tabla 14

Fase de intervención (sesión 07)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson III.	Se aplica la última parte de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. De esa forma, el paciente por sí solo aplica la técnica frente al recuerdo de un evento estresante, donde el paciente por sí solo indica la tensión y relajación de grupos musculares específicos en secuencia. De esa forma, el paciente por sí solo se concentra en las áreas específicas, hasta tensarlas y luego relajarlas, lo que conlleva a que se vuelva más consciente de su cuerpo y sus sensaciones físicas. Además, se indica que siga practicando con esta técnica hasta volverla un hábito.	Música relajante.	40 minutos.	Relajación muscular progresiva de Jacobson.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 08:

Objetivo: Reducir la sintomatología ansiosa del paciente mediante la técnica de desensibilización sistemática.

Tabla 15

Fase de intervención (sesión 08)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Psicoeducación de la Desensibilización Sistemática. Aplicación de la Desensibilización Sistemática I.	Se le explica al paciente que esta vez utilizaremos la técnica llamada desensibilización sistemática, la cual es una técnica conductual mediante la cual se expone gradualmente a un objeto, evento o lugar que le produce ansiedad mientras realiza algún tipo de relajación al mismo tiempo, para reducir los síntomas ansiosos. De esa forma, se aborda la importancia del aprendizaje de la técnica de desensibilización sistemática, así como sus beneficios y el modo y proceso en que debe realizarse. Posterior a ello, se procede a aplicar la primera parte de la técnica.	Música relajante.	40 minutos.	Psicoeducación. Desensibilización Sistemática
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Asimismo, se le recuerda las actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 09:

Objetivo: Reducir la sintomatología ansiosa del paciente mediante la técnica de desensibilización sistemática.

Tabla 16

Fase de intervención (sesión 09)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación de la Desensibilización Sistemática II.	Se le indica al paciente que los primeros pasos que siguen es identificar el miedo que tiene en el presente, el cual causa el problema de ansiedad; segundo, es abordar la técnica de relajación, donde se le indica al paciente que se coloque en una posición cómoda y que relaje sus músculos, de esa forma concentrándose en su respiración, se irá relajando. De este modo, se trabaja las emociones haciendo énfasis en los diferentes tipos de emociones y como son evocadas en el presente, además, se le indica su forma súbita de presentarse en él.	Música relajante.	40 minutos.	Desensibilización Sistemática.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la técnica de la desensibilización sistemática y respecto a las emociones y conductas ansiosas. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 10:

Objetivo: Reducir la sintomatología ansiosa del paciente mediante la técnica de desensibilización sistemática.

Tabla 17

Fase de intervención (sesión 10)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación de Desensibilización Sistemática III.	Al paciente se le instruye en base a los diferentes síntomas que existen en relación con la ansiedad, asimismo, sus causas y consecuencias a nivel general y a nivel individual. Por otro lado, al paciente se le explica el tercer paso a trabajar en base a la desensibilización sistemática, entonces, se le indica que coloque en jerarquía los miedos que presenta, para que de ese modo los ordene de menor a mayor. De este modo, se aplica la tercera parte de la técnica de la desensibilización sistemática.	Música relajante. Hoja bond. Formato: Registrando lo que sienten emociones y conductas ansiosas.	40 minutos.	Desensibilización Sistemática.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la técnica de la desensibilización sistemática y respecto a las emociones y conductas ansiosas. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 11:

Objetivo: Identificar los pensamientos irracionales del paciente.

Tabla 18*Fase de intervención (sesión 11)*

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Identificación de pensamientos irracionales.	Se aplica la técnica de identificación de pensamientos irracionales al paciente (situación, pensamiento y consecuencias), donde adicionalmente se le indica al paciente que, para cambiar su manera de pensar, primero se tiene que reconocer dichos pensamientos, de esa manera, cuando descubra que presenta un pensamiento irracional, se etiqueta: diciéndose a si mismo que este es un pensamiento irracional. Por lo tanto, en base a ello, se recuerda que no es una mala persona por tener estos pensamientos, solo que no puede controlar los pensamientos irracionales que aparecen en su cabeza. Entonces, simplemente observa el pensamiento y acepta que está presente, dado que, si intenta resistir al pensamiento, le das más poder. Es así que no deja que sus pensamientos irracionales interrumpan lo que está haciendo. En ese sentido, el paciente se permite sentir su ansiedad, pero intenta observar sus sentimientos en lugar de reaccionar a ellos de inmediato.	Pizarra. Plumones. Hoja bond Lápiz.	40 minutos.	Identificación de pensamientos irracionales.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la técnica de identificación de sus pensamientos irracionales. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Retroalimentación.

SESIÓN 12:

Objetivo: Identificar los pensamientos irracionales del paciente.

Tabla 19

Fase de intervención (sesión 12)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Identificación de pensamientos irracionales.	Se aplica la segunda parte de la técnica de identificación de pensamientos irracionales. Se le pregunta al paciente qué pensamientos ha logrado identificar, ya que, en base a ello se trabajará en la sesión. Se le pide que a lo largo del día, anote todos los pensamientos irracionales y dañinos que note, para que al final del día, anote la cantidad de veces que tuvo un pensamiento irracional. En ese sentido, cuando los tiene identificados en el cuaderno, se da un tiempo para escribir una declaración más constructiva. De esa forma, reemplaza ese pensamiento negativo con una afirmación positiva.	Pizarra. Cuaderno. Plumones.	40 minutos.	Identificación de pensamientos irracionales.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que queda 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o las preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la técnica de identificación de sus pensamientos irracionales. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 13:

Objetivo: Modificar los pensamientos irracionales del paciente a través de la técnica de reestructuración cognitiva.

Tabla 20

Fase de intervención (sesión 13)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos	Rapport.
Desarrollo	Modificación de pensamientos irracionales mediante la reestructuración cognitiva I.	Se aplica la técnica del autorregistro de pensamientos irracionales para la reestructuración cognitiva, la cual tiene como objetivo el cambio de pensamientos por unos más adaptativos. Por lo tanto, al paciente se le pregunta el cómo registró la situación, los pensamientos y los sentimientos en su registro de pensamientos de reestructuración cognitiva, de esa forma, el paciente opta por una situación que haya desencadenado pensamientos y sentimientos negativos y divide en sus partes componentes; de esa forma el paciente identifica tantos pensamientos asociados con las emociones negativas como sea posible. El segundo paso consiste en elegir un pensamiento automático de la lista que haya creado, de esa forma elige uno, el cual se percibe que es el más responsable de sus emociones negativas. Asimismo, el paciente puede identificar la emoción más fuerte y luego averiguar qué pensamiento provoca la mayor parte de esa emoción. Finalmente, se le indica que ello genera una disminución de los síntomas ansiosos y de depresión.	Pizarra. Plumones. Hojas bond. Lapicero.	40 minutos	Reestructuración cognitiva.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la modificación de los pensamientos irracionales y reestructuración cognitiva. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 14:

Objetivo: Modificar los pensamientos irracionales del paciente a través de la técnica de reestructuración cognitiva.

Tabla 21

Fase de intervención (sesión 14)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Modificación de pensamientos irracionales mediante la reestructuración cognitiva II.	Se aplica la técnica del autorregistro de pensamientos irracionales para la reestructuración cognitiva, de esa forma, se le explica al paciente que el tercer paso consiste en desarrollar diferentes puntos de vista sobre una situación desencadenante producida por algún pensamiento automático. Y donde se cuestiona al pensamiento con preguntas como: ¿Qué sucedería si creo en ese pensamiento? ¿Existe algún antecedente que afirme que ese pensamiento sea real? Después de ello se generan pensamiento alternativo bajo las siguientes preguntas: ¿Existen pensamientos que pueden ser más reales que ese pensamiento? ¿Si existiera un pensamiento más adecuado, qué es lo peor que podría pasar? Por otro lado, se le indica al paciente que elabore una respuesta alternativa a ello. Ello sirve para disminuir los síntomas ansiosos y de depresión.	Pizarra. Plumones. Hojas bond. Lapicero.	40 minutos.	Reestructuración cognitiva.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la modificación de los pensamientos irracionales y reestructuración cognitiva. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Retroalimentación.

SESIÓN 15:

Objetivo: Modificar los pensamientos irracionales del paciente a través de la técnica del diálogo socrático.

Tabla 22

Fase de intervención (sesión 15)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación del diálogo socrático I.	Se aplica la primera parte diálogo socrático para modificar los pensamientos irracionales del paciente, reconociendo el origen de éstos y se le enseña a cambiar por un pensamiento positivo. De esa manera, se le explica al paciente que, para aplicar el diálogo socrático, el primer paso inicia con que el psicólogo pide al paciente que cierren los ojos, para que puedan imaginarse que se está desarrollando una experiencia problemática real, posterior a ello, el terapeuta le pide al paciente los detalles específicos sobre la situación que imagina, incluido lo que sucede y los pensamientos y sentimientos que experimenta el paciente. Por otro lado, el segundo paso es escuchar a detalle la descripción de la experiencia problemática del paciente. Estos detalles omitidos son a menudo los detalles que provocan sentimientos negativos en él.	Pizarra. Plumones. Lápiz. Hoja boom.	40 minutos.	Diálogo socrático.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia generando diálogos adecuados. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 16:

Objetivo: Modificar los pensamientos irracionales del paciente a través de la técnica del diálogo socrático.

Tabla 23

Fase de intervención (sesión 16)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación del diálogo socrático II.	Se aplica la segunda parte de la técnica del diálogo socrático para modificar los pensamientos irracionales del paciente, profundizando en la experiencia de vida del paciente. En ese sentido, al paciente se le explica que el tercer paso son los resúmenes escritos en lugar de orales de lo que los pacientes aprenden durante la sesión, ya que puede suceder que se olviden fácilmente si no se plasman por escrito. Aquí se le explica que es importante que lo escriba manualmente, ya que, de ese modo el aprendizaje es más significativo, todo ello en base a sus propias palabras, de esa forma puede reconocer y entender sus propias conclusiones. Por otro lado, en el cuarto paso se le pide que revise con rigurosidad sus conclusiones, y que en base a ello se formulen preguntas que van a contradecir los pensamientos del paciente. Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta.	Pizarra. Plumones. Cuaderno.	40 minutos.	Diálogo socrático.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la reestructuración. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 17:

Objetivo: Realizar la psicoeducación y reducción de los síntomas depresivos mediante la técnica mindfulness y de imaginación en el paciente.

Tabla 24

Fase de intervención (sesión 17)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Psicoeducación aplicación de Mindfulness y técnicas de imaginación.	Se explica la importancia de las técnicas mindfulness y atención plena para mantener el momento presente, posterior a ello se aplica la técnica de atención plena. De esa forma, se le explica al paciente que los pasos para hacer mindfulness, es primero sentarse o colocarse en un lugar cómodo, después bajar los brazos y cerrar los ojos, seguido de poder escuchar todos los sonidos que existen en el ambiente, para finalmente, contar su experiencia.	Pizarra. Plumones. Hoja bond.	40 minutos.	Psicoeducación. Mindfulness e imaginación.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con el mindfulness. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 18:

Objetivo: Reducir sintomatología depresiva mediante la activación conductual para el mejoramiento de las conductas del paciente.

Tabla 25

Fase de intervención (sesión 18)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación de la técnica de Activación Conductual I.	Se aplica la técnica de activación conductual sobre actividades gratificantes. Se le explica al paciente que el primer paso para la activación conductual es la revisión de actividades diarias; asimismo, la identificación de objetivos en terapia; el tercer paso es crear un plan por escrito. Finalmente, se le indica que registre un listado de actividades que realiza en la semana.	Hojas de registro.	40 minutos.	Activación conductual.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la activación conductual. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 19:

Objetivo: Reducir sintomatología depresiva mediante la activación conductual para el mejoramiento de las conductas del paciente.

Tabla 26*Fase de intervención (sesión 19)*

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación de la técnica de Activación Conductual II.	Se explica al paciente la importancia de la Activación Conductual. Por lo tanto, al paciente se le brinda el siguiente paso que es desarrollar las habilidades necesarias para poder llevar a cabo las actividades dentro de sesión y fuera. Por último, se identifican las motivaciones que siente el paciente para poder realizar y replicar ello en su vida diaria. Finalmente, para proseguir con la técnica, al paciente se le elabora una lista de actividades agradables que pueda fortalecer su estado de ánimo.	Registro de actividades	40 minutos.	Activación conductual.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la activación conductual. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 20:

Objetivo: Prevenir recaídas del paciente mediante la psicoeducación de situaciones de alto riesgo.

Tabla 27

Fase de intervención (sesión 20)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	05 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Identificación de situaciones de alto riesgo y elaboración de un plan de acción para dichas situaciones.	Se explica al paciente la importancia de la prevención de situaciones de alto riesgo, se le brinda información del autorregistro que tiene que llenar cuando está en riesgo y realizar las técnicas aprendidas en las situaciones. Entonces, al paciente se le indica los pasos que se tienen que seguir para ello, como el revisar los antecedentes más cotidianos; asimismo, conocer los desencadenantes personales, además, desarrollar las habilidades para afrontar los posibles problemas a futuro, finalmente, crear un plan de recaídas de forma personal.	Formato de autorregistro en situaciones de alto riesgo.	45 minutos.	Psicoeducación.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la prevención de recaídas. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 21:

Objetivo: Prevenir las recaídas del paciente mediante el aumento de la autoestima a través de técnicas de imaginería.

Tabla 28

Fase de intervención (sesión 21)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Ampliación de la técnica de imaginería para mejorar la autoestima, autoconocimiento y autocompasión.	Se aplica la técnica de imaginería relacionada a la autoestima, con una imagen mental de sí mismo señalando cualidades y defectos, así mismo se le indica realizarlo en casa como una actividad para la semana. Así también, se le explica que la imaginería implica aplicar una guía a través de una imagen mental trazada para retar una creencia desadaptativa o recordar un estado emocional deseado. De esa manera, la técnica implica que el paciente imagine vívidamente una situación, en este caso, la imagen mental es la de sí mismo. Finalmente, se le indica que vuelva a llenar los registros emocionales, fisiológicos y cognitivos que se le pidió en las primeras sesiones para tener una comparación post intervención.	Hojas bond. Lapicero. Pizarra. Plumones.	40 minutos.	Imaginería.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o las preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la imaginería. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport u retroalimentación.

SESIÓN 22:

Objetivo: Prevenir las recaídas del paciente mediante el desarrollo de proyecto de vida y entrenamiento en resolución de problemas.

Tabla 29*Fase de intervención (sesión 22)*

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se inicia la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Ampliación de la técnica de imaginiería para desarrollar un proyecto de vida. Entrenamiento en solución de problemas de Thomas D'zurilla y Marvin Goldfried.	Se aplica la segunda parte de la técnica de imaginiería esta vez relacionada a desarrollar un proyecto de vida, se trabaja con la visualización del paciente en las diferentes esferas de su vida, tanto profesional, académica, laboral, social, familiar, etc. Asimismo, se trabaja la técnica de Thomas D'zurilla y Marvin Goldfried para la solución de problemas, y se le indica realizarlo en casa.	Hojas bond. Lapicero.	40 minutos.	Imaginiería. Técnica en solución de problemas de Thomas D'zurilla y Marvin Goldfried.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia con la imaginiería. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión. Se le menciona que la frecuencia de las sesiones cambiará a ser cada 2 semanas.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 23

Objetivo: Supervisar el avance a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Tabla 30

Fase de seguimiento (sesión 23)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Retroalimentación de las sesiones anteriores. Aplicación post intervención del Inventario de Depresión de Beck II.	Se brinda una breve charla sobre todas las técnicas que se pusieron en práctica durante las sesiones anteriores. Y se fomenta a que las técnicas y habilidades que se han desarrollado se realicen en la vida cotidiana, de esa manera, el paciente tendrá más recursos con que afrontar las problemáticas que sucedan en un futuro próximo. Por otro lado, se aplica nuevamente el Inventario de Depresión de Beck II.	Formato del Inventario de Depresión de Beck II.	40 minutos.	Retroalimentación. Aplicación post intervención del Inventario de Depresión de Beck II.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o las preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión. Además, se le pregunta al paciente por algunas dudas o inquietudes que presente.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 24

Objetivo: Supervisar el avance a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Tabla 31

Fase de seguimiento (sesión 24)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que le gustaría discutir. De esa forma, escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Aplicación del ejercicio ¿Cómo llegué? de Bunge. Aplicación post intervención del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Aplicación post intervención del Test de Creencias Irracionales.	Se aplica el ejercicio vivencial de Bunge para identificar los cambios y logros durante las sesiones psicoterapéuticas. De esa manera, el paciente puede conocer sus logros y las conductas que faltan mejorar, con el fin de que el paciente se trace nuevos objetivos con el fin de seguir mejorando en su vida cotidiana. Asimismo, se aplican nuevamente el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Test de Creencias Irracionales.	Formato del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Formato del Test de Creencias Irracionales.	40 minutos.	Ejercicio vivencial de Bunge. Aplicación post intervención del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Aplicación post intervención del Test.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión. Además, se le pregunta al paciente por algunas dudas o inquietudes que presente.	No se utilizan recursos ni materiales.	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

SESIÓN 25

Objetivo: Supervisar el avance a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Tabla 32

Fase de seguimiento (sesión 25)

Etapas	Actividad	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la sesión.	Se le invita al paciente a poder compartir lo que ha estado sucediendo en su vida, lo que tiene en mente, lo que le preocupa o si hay algún objetivo que te gustaría discutir. De esa forma escuchándolo e invitándolo a hablar abiertamente, se da inicio a la sesión.	Hoja bond y lapicero.	10 minutos.	Rapport.
Desarrollo	Ejercicio de autoafirmación de Mahoney. Retroalimentación de los resultados de los pre y post test.	Se aplica el ejercicio de autoafirmación de Mahoney para ser consciente de los cambios logrados en la terapia. Se brindan los nuevos resultados pre y post de todos los instrumentos psicológicos aplicados; así como los autorregistros emocionales, fisiológicos y cognitivos. Eso implica una reducción de sus síntomas de ansiedad de estado, el cual obtuvo un puntaje de 35 puntos, por otro lado, para la ansiedad de rasgo también hubo una baja significativa en la sintomatología con una puntuación de 40 puntos.	Hojas bond. Lapiceros. Informe psicológico.	40 minutos.	Ejercicio de autoafirmación de Mahoney. Retroalimentación.
Cierre	Feedback.	Se le avisa al paciente que quedan 10 minutos para cerrar la sesión, de esa forma se le ayuda a prepararse para el cierre de la sesión y no queden cabos sueltos o las preguntas sin respuesta. Además, se le pregunta al paciente por su experiencia. Asimismo, se le recuerda actividades que tiene que realizar para seguir trabajando en pro de sus objetivos; incentivando y validando la información, de esa forma reforzando positivamente cuando el cliente se retira de la sesión.	-	10 minutos.	Rapport y retroalimentación.

2.8. Consideraciones éticas

Se realiza un consentimiento informado de carácter voluntario en relación con la intervención, por lo que se respeta la información brindada por el consultante y se protege su privacidad durante la publicación de la investigación. Todo ello cumpliendo con el código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados

A continuación, se visualiza el análisis de los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, diagnóstico y análisis funcionales de la conducta sobre los síntomas ansiosos y depresivos de JP.

En la Tabla 1, se observa que existe diferencia entre los puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, siendo el puntaje del pretest para Ansiedad Estado de 78 y para Ansiedad Rasgo de 81; en cambio, el puntaje del postest para Ansiedad Estado fue de 35 y para Ansiedad Rasgo de 40.

Tabla 33

Resultados pre y post test del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo

Evaluación	Pretest	Postest
Ansiedad Estado	78	35
Ansiedad Rasgo	81	40

En la Tabla 1, se observa la diferencia entre los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck-II, siendo el puntaje del pretest de 40 y el puntaje del postest de 17.

Tabla 34

Resultados pre y post test del Inventario de Depresión de Beck-II

Evaluación	Pretest	Postest
Depresión	40	17

En la Tabla 2, se observa el análisis funcional de la conducta previo a la intervención psicoterapéutica comparado al análisis funcional de la conducta post-intervención psicoterapéutica.

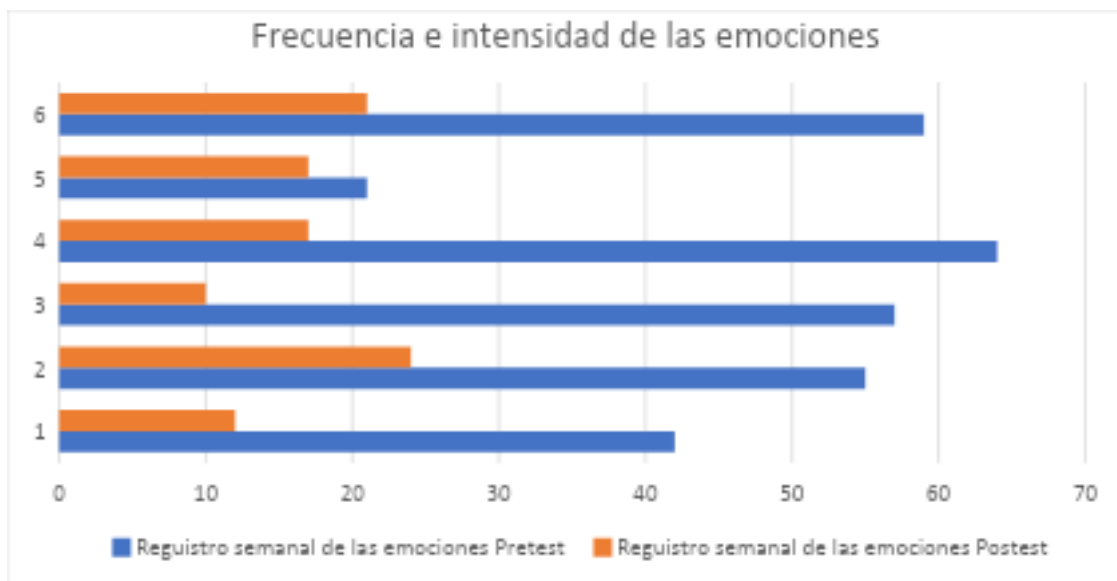
Tabla 35*Sintomatología pre y post intervención*

Sintomatología pre-intervención	Sintomatología post-intervención
Llora constantemente cuando está solo y/o acompañado.	Llora con muy poca frecuencia.
Sentimientos de inferioridad y desvalía.	Se siente con las mismas capacidades que los demás y más útil.
Sudoración corporal y en las manos.	Disminución de la sudoración corporal.
Miedo.	Siente menos miedo.
Pensamientos negativos sobre sí mismo y el mundo.	Aún presenta algunos pensamientos negativos, sin embargo, ello no lo afecta personalmente.
Vergüenza por la situación que pasa.	Ya no siente vergüenza por su situación.
Preocupación por el futuro.	Aún se mantiene preocupado por el futuro, sin embargo, ello no lo afecta por mucho tiempo.
Sentimientos de culpa por haber golpeado a su ex enamorada.	Aún hay sentimientos de culpa, sin embargo, ello no le afecta en su día a día.
Daño físico hacia su persona.	Ya no se autolesiona.
Bajo control de impulsos.	Moderado control de impulsos.
Baja autoestima.	Autoestima media.
Escasas habilidades sociales.	Mayor capacidad para desarrollar habilidades sociales.
Escasa tolerancia a la frustración.	Mayor tolerancia a la frustración.
Falta de estrategias para afrontar las situaciones cotidianas de la vida.	Adquisición de estrategias para afrontar situaciones cotidianas.
Falta de recursos para el manejo de la ansiedad.	Manejo de la ansiedad a través de ejercicios de relajación progresiva.

En la siguiente figura 1, se evidencia los valores comparativos, donde se observa que los valores del postest sufrieron una baja significativa en comparación de los valores del pretest en base a las emociones.

Figura 1

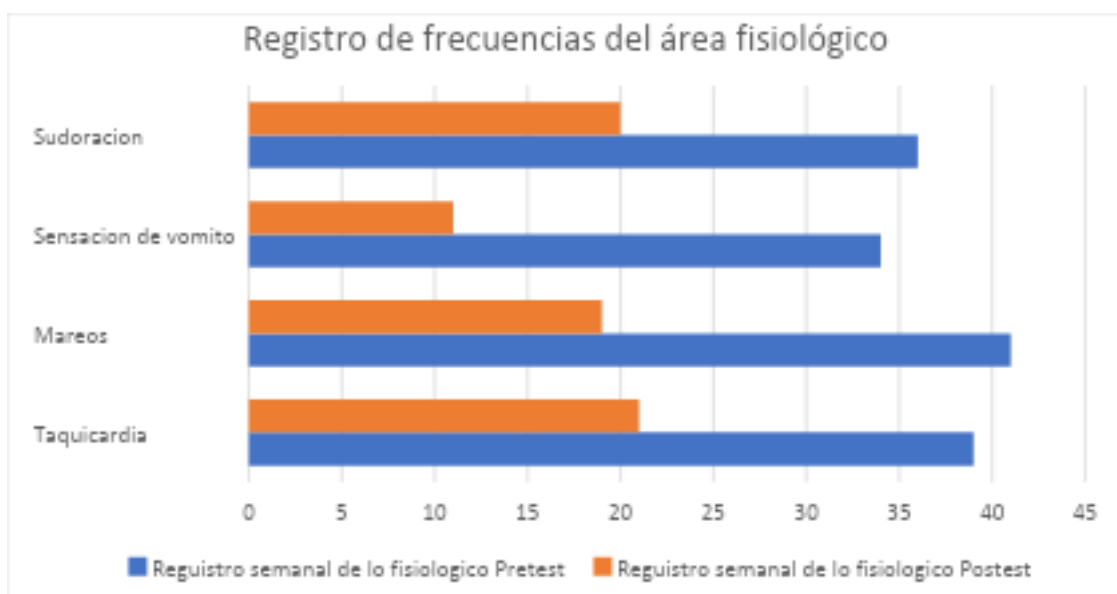
Resultados del registro de emociones



En la figura 2, se evidencia los valores comparativos, donde se observa que los valores del postest sufrieron una baja significativa en comparación de los valores del pretest en base a lo fisiológico.

Figura 2

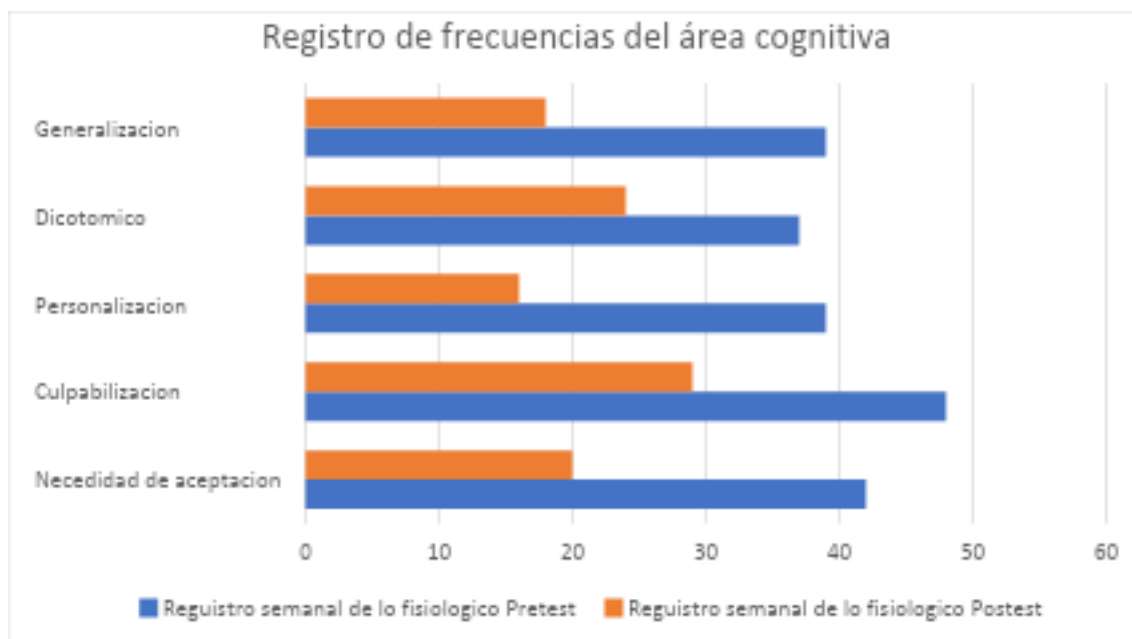
Resultados del registro fisiológico



En la figura 3, se evidencia los valores comparativos, donde se observa que los valores del posttest sufrieron una baja significativa en comparación de los valores del pretest en base a lo cognitivo.

Figura 3

Resultados del registro cognitivo



3.2 Discusión de resultados

La investigación tuvo como objetivo general la reducción de la sintomatología ansiosa-depresiva mediante la intervención cognitivo conductual en un estudiante universitario. De acuerdo con ello, los resultados evidenciaron una disminución significativa de la sintomatología ansiosa depresiva. Estos resultados coinciden con el estudio de Meza (2023) debido a que, en ambas investigaciones, se pudo reducir la sintomatología ansiosa y depresiva, dado que se adquirió nuevas habilidades para manejar los pensamientos y sentimientos, así como el desarrollo de técnicas para aminorar la sintomatología depresiva y ansiedad, ya que, se empleó técnicas como el diálogo socrático y la reestructuración cognitiva. En base a ello, teóricamente se formula que, según Beck et al. (1992) argumenta que, la terapia cognitivo-conductual

posee una sólida base de evidencia para los problemas de ansiedad y la depresión; y conjugado, no obstante, los proveedores que tratan a pacientes con ansiedad y depresión se enfrentan al desafío de qué trastorno abordar primero y si los síntomas comórbidos pueden interferir con la intervención específica para el diagnóstico, a pesar de ello, una sólida teoría de Beck y Skinner evoca a la regulación del pensamiento y de la conducta, mediante técnicas de aprendizaje y reestructuración cognitiva; que reducen y cambian científicamente los problemas psicológicos (Knaus et al., 2022).

Por otro lado, se planteó el primer objetivo específico que fue determinar los niveles de sintomatología asociada al trastorno mixto ansioso depresivo estableciendo su línea base en un estudiante universitario. Se encontró un alto nivel de síntomas de ansiedad estado a 78 y de ansiedad rasgo a 81, y para la depresión de 40 puntos. Estos resultados coinciden con el estudio de Saravia (2022) puesto a que también halló niveles altos de ansiedad de puntuación de 76, ya que los participantes evidenciaban sintomatología como dolores de cabeza, sudoración excesiva, miedo al futuro; asimismo, un nivel alto de depresión, con una puntuación de 80 con sintomatología de tristeza profunda, anhedonia e ideas suicidas. Por ello, teóricamente se puede inferir que, la depresión y ansiedad en hombres jóvenes, son trastornos que oscilan dentro del estado de ánimo, y que se determina por respuestas emocionales a corto plazo a un problema de salud grave asociado con un deterioro del funcionamiento diario acompañado de síntomas como tristeza y frustración, sentimientos de culpa, insensibilidad y pérdida de interés (Clark y Beck, 2012).

De igual forma, el segundo objetivo específico del estudio fue aplicar técnicas de relajación fisiológica para la reducción de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo. En relación con ello, se hallaron altos niveles en los pretest del área

fisiológica; en ese sentido, al implementar las técnicas a lo largo de todo el proceso del programa, se observaron disminuciones en el nivel de la sintomatología fisiológica. Estos resultados son similares a Ramos (2023) el cual halló mediante técnicas de relajación que la frecuencia de un componente integral de las terapias psicológicas para controlar la ansiedad y reducir la depresión son efectivas, es por ello que, el autor afirma que las técnicas de relajación mediante un conjunto de estrategias para mejorar la respuesta fisiológica al estrés, donde se usaron varios tipos de técnicas de relajación, incluida la relajación muscular progresiva, la imaginería de relajación, el entrenamiento autógeno y la relajación aplicada. Por ello, teóricamente, se infiere que los trastornos ansiosos depresivos afectan lo fisiológico que altera el sistema nervioso central son la noradrenalina, la serotonina, la dopamina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). El sistema nervioso autónomo, especialmente el sistema nervioso simpático, media la mayoría de los síntomas; asimismo, la amígdala desempeña un papel importante en la atenuación de la depresión y la ansiedad. Se ha descubierto que los pacientes con trastornos de ansiedad muestran una respuesta intensificada de la amígdala a las señales de ansiedad. Las estructuras de la amígdala y del sistema límbico están conectadas con las regiones de la corteza prefrontal, y las anomalías de la activación prefrontal-límbica pueden revertirse con intervenciones psicológicas o farmacológicas (Perini et al., 2019).

Por otro lado, se analizó el tercer objetivo específico, que fue utilizar técnicas cognitivas para la disminución de la sintomatología asociada al trastorno mixto ansioso depresivo. En base a ello, los resultados fueron adecuados, ya que, mediante técnicas cognitivas, se redujo los aspectos pensamientos irracionales e inadecuados en el paciente. En ese sentido, se halló una reducción significativa, el cual es comparable con el estudio de Ramos (2023) en el cual se halló una disminución de los aspectos cognitivos, debido a que el paciente presentaba pensamientos disfuncionales que fueron

reducidos mediante técnicas como la reestructuración cognitiva, al igual que se usó en la presente investigación. Por ello, teóricamente se infiere de ello que, desde esta perspectiva de las técnicas cognitivas, el organismo humano responde principalmente a representaciones cognitivas de su entorno y no directamente al entorno en sí. Estas representaciones cognitivas están relacionadas con los procesos de aprendizaje, que en su mayoría están mediados cognitivamente. Se observa que los pensamientos, sentimientos y comportamientos son causalmente interactivos. Los comportamientos y las emociones están relacionados con los pensamientos que los sustentan y modulan (Gautam et al., 2020).

Por otro lado, el cuarto objetivo fue aplicar técnicas de terapias de tercera generación para la reducción conductual inadecuada de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo. Por ello, estos resultados son comparados con el estudio de Gómez-Reyna (2022), el cual enfatiza que, las técnicas de tercera generación son complementarias en un programa de terapia cognitiva conductual, ya que pueden ofrecer un soporte adecuado para la reducción de sintomatología depresiva ansiosa. Por ello teóricamente, las técnicas de las terapias de tercera generación son alternativas en gran medida eficaces y aceptables a la TCC. Hasta el momento, la evidencia no indica superioridad o inferioridad respecto de la TCC. La investigación a nivel de paciente puede ofrecer posibilidades para adaptar las psicoterapias individuales a las necesidades de cada paciente y los ensayos futuros deberían poner a disposición estos datos. La base de evidencia debe ampliarse mediante ensayos con suficiente potencia estadística (Perkins et al., 2023).

En último lugar, el quinto objetivo, estuvo basado en determinar los niveles postratamiento de la sintomatología conductual, cognitiva y fisiológica de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo. Son comparados con el estudio

de Meza (2023) el cual, mediante un programa de técnicas cognitivas conductuales, pudo disminuir significativamente los síntomas de la ansiedad depresiva, asimismo, ello se debió a la implementación de técnicas de tercera generación, el cual hizo que su plan postratamiento fuera eficaz.

IV. CONCLUSIONES

- Se logró determinar los niveles de sintomatología asociada al trastorno mixto ansioso depresivo estableciendo una línea base en un estudiante universitario.
- Se aplicaron técnicas de reducción fisiológica para los síntomas del trastorno mixto ansioso depresivo.
- Se logró disminuir los pensamientos disfuncionales, mediante técnicas cognitivas para la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo.
- Se aplicaron técnicas de terapias de tercera generación para la reducción de la sintomatología del trastorno mixto ansioso depresivo.
- Se logró que la reducción se mantuviera en el proceso de seguimiento y prevención de recaídas.

V. RECOMENDACIONES

- Emplear el presente estudio como fundamento para establecer nuevos marcos metodológicos para los casos de Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo.
- Replicar la metodología en otros casos similares.
- Realizar un seguimiento y control periódico del paciente, con el objetivo de evaluar los resultados a largo plazo.
- Ampliar las estrategias para la intervención familiar con el objetivo de mejorar el ambiente familiar y generar una red de apoyo que permita generar reforzamiento positivo en la persona con trastorno mixto ansioso depresivo.

VI. REFERENCIAS

- AlHadi, A., AlGhofili, H., Almujaivel, N., Alsweirky, H., Albeshr, M., y Almogbel, G. (2021). Perception and barriers to the use of cognitive-behavioral therapy in the treatment of depression in primary healthcare centers and family medicine clinics in Saudi Arabia. *Journal of family & community medicine*, 28(2), 77–84. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_494_20.
- Altorf, H. (2016). Dialogue and discussion: Reflections on a Socratic method. *Arts and Humanities in Higher Education*, 147402221667060. doi:10.1177/1474022216670607
- American Psychological Association (2002). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. [APA], (1 de mayo del 2024). *American Adults Express Increasing Anxiousness in Annual Poll; Stress and Sleep are Key Factors Impacting Mental Health*. <https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/annual-poll-adults-express-increasing-anxiousness>.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM 5 TR*. 5ta ed. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Asto, J. (2021). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo terapia cognitivo conductual* (Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porres). Repositorio Académico USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9760>.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Descleé de Brower.
- Bentley, K., Bernstein, E., Wallace, B., y Mischoulon, D. (2021). Treatment for Anxiety and

- Comorbid Depressive Disorders: Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Strategies. *Psychiatric annals*, 51(5), 226–230. <https://doi.org/10.3928/00485713-20210414-0>.
- Biagianti, B., Foti, G., Di Liberto, A., Bressi, C., y Brambilla, P. (2023). CBT-informed psychological interventions for adult patients with anxiety and depression symptoms: A narrative review of digital treatment options. *Journal of affective disorders*, 325, 682–694. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.057>.
- Brattmyr, M., Lindberg, M., y Lundqvist, J. (2023). Symptoms and prevalence of common mental disorders in a heterogenous outpatient sample: an investigation of clinical characteristics and latent subgroups. *BMC Psychiatry*, 804(2), 100-110. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05314-6>.
- Bunjak, A., Černe, M., y Schölly, E. (2022). Exploring the past, present, and future of the mindfulness field: A multitechnique bibliometric review. *Frontiers in psychology*, 13, 792599. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.792599>.
- Campana, H., Magni, R., Santilli, A., Straniero, M., Bello, G., Agostini, M. y Alonso, G. (2013). Epidemiología de la ansiedad. *Revista de la Universidad de Mendoza*, 17.
- Campos, A. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Madrid: Plan Nacional para el SNC del MSC*, 9, 10.
- Castañeda, L. (2020). Intervención cognitivo conductual en un caso clínico de trastorno adaptativo con síntomas depresivos. *Edu Psykhe*, 17(1), 18-39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7972969>.
- Ccacya, Y. (2017). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral: caso clínico de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo*. (Trabajo Académico de Segunda Especialidad). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/74a92bc7-c320-4885-ac59->

46efdaf04242/content.

- Chadha, N., Turner, M., y Slater, M. (2019). Investigating Irrational Beliefs, Cognitive Appraisals, Challenge and Threat, and Affective States in Golfers Approaching Competitive Situations. *Frontiers in psychology, 10*, 2295. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02295>.
- Chen, H., He, Q., Wang, M., Wang, X., Pu, C., Li, S., y Li, M. (2022). Effectiveness of CBT and its modifications for prevention of relapse/recurrence in depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders, 319*, 469–481. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.027>.
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C., Ciharova, M., Ebert, D., y Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 22(1)*, 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>.
- Curtiss, J., Levine, D., Ander, I., y Baker, A. (2021). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *Focus (American Psychiatric Publishing), 19(2)*, 184–189. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200045>.
- De la Torre, F.; Rodríguez, J. y Arroyo, M. (2010). *Guía de buena práctica clínica en Depresión y Ansiedad*. [http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC_DEPRESION_ANSIEDAD .pdf#page=94](http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC_DEPRESION_ANSIEDAD.pdf#page=94).
- Fordham, B., Sugavanam, T., Edwards, K., Hemming, K., Howick, J., Copsey, B., Lee, H., Kaidesoja, M., Kirtley, S., Hopewell, S., das Nair, R., Howard, R., Stallard, P., Hamer, J., Cooper, Z. y Lamb, S. (2021). Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health*

- technology assessment (Winchester, England), 25(9), 1–378.*
<https://doi.org/10.3310/hta25090>.
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D. y Gaur, M. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Indian journal of psychiatry, 62(Suppl 2), S223–S229.*
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19.
- Gonçalves, F. (2003). Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. En F. Toquero, J. Zarco, M. Bernardo, F. Gonçalves, V. González, J. Vásquez (Eds.). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad.* (13-72). International Marketing & Communications.
- Gonçalves, F., González, V. y Vásquez, J. (2008). *Atención primaria de calidad: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad.* <https://doi.org/M-36.013-200>.
- González, V. (2003). Trastorno mixto ansioso depresivo. En F. Toquero, J. Zarco, M. Bernardo, F. Gonçalves, V. González y J. Vásquez (Eds.). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad.* (93-109). International Marketing & Communications.
- Groen, R., Ryan, O., y Wigman, J. (2020). Comorbidity between depression and anxiety: assessing the role of bridge mental states in dynamic psychological networks. *BMC Med, 18(308), 2-10.* <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01738-z>.
- Hernández, J. (2015). *Uso de la Homeopatía Unicista en el Tratamiento del Trastorno Ansioso Depresivo.* Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández, R. (2018). *Metodología de la investigación.* 9na edición. Edamsa Impresiones.
- Hopwood, M. (2023). Anxiety Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder: Commentary on Prevalence and Clinical Implications. *Neurology and therapy, 12(Suppl 1), 5–12.* <https://doi.org/10.1007/s40120-023-00469-6>.
- Illanes, N. (2017). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral: Trastorno mixto ansioso-depresivo.* (Trabajo Académico de Segunda Especialidad). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/16843b41-90d2-41a1-8fb1-a94d5bd61065/content>.

- Jiménez, I., Martínez, S., Alba, C. y Bonilla, M. (2013). *Guía Práctica Clínica de la Depresión*, 75. http://medsol.co/informacion/medixen/guia_final_depresion.pdf.
- Jones, A., Koehoorn, M., Bültmann, U. y McLeod, C. (2021). Impact of anxiety and depression disorders on sustained return to work after work-related musculoskeletal strain or sprain: a gender stratified cohort study. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 47(4), 296–305. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3951>.
- Kara, S., Yazici, K., Güleç, C. y Unsal, I. (2000). Mixed anxiety-depressive disorder and major depressive disorder: comparison of the severity of illness and biological variables. *Psychiatry research*, 94(1), 59–66. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(00\)00131-1](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(00)00131-1).
- Keptner, K., Fitzgibbon, C. y O'Sullivan, J. (2020). Effectiveness of anxiety reduction interventions on test anxiety: A comparison of four techniques incorporating sensory modulation. *British Journal of Occupational Therapy*, 030802262093506. <https://doi.org/110.1177/0308022620935061>.
- Kerlinger, E. (1975). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. Nueva Editorial Interamericana.
- Knezic, D., Wubbels, T., Elbers, E. y Hajer, M. (2010). The Socratic Dialogue and teacher education. *Teaching and Teacher Education*, 26(4), 1104–1111. doi:10.1016/j.tate.2009.11.006
- Kupferberg, A. y Hasler, G. (2023). The social cost of depression: Investigating the impact of impaired social emotion regulation, social cognition, and interpersonal behavior on social functioning. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14(2), 50-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100631>.

- Liu, J., Tai, Z. y Hu, F. (2024). Prevalence and coping of depression and anxiety among college students during COVID-19 lockdowns in China. *Journal of affective disorders*, 348, 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.061>.
- Marín, N. (2023). *Estudio de caso: Intervención en una paciente con sintomatología ansioso-depresivo* (Tesis de posgrado). Universidad Europea Madrid. <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/4949?locale-attribute=en>.
- Mahoney, B., Oostdam, R., Nieuwelink, H. y Schuitema, J. (2023). Learning to think critically through Socratic dialogue: Evaluating a series of lessons designed for secondary vocational education. *Thinking Skills and Creativity*, 2(8), 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2023.101422>.
- Mejía, C., Álvarez, A., Vizcardo, D., Sedano, L., Medina, M., Shimabukuro, C., Cedillo, J., Mamani, O., Carranza, R., Armada, J., Ubillus, M., Del-Águila, S., Davies, N. y Yáñez, J. (2024). South American Validation of a Survey to Assess Eco-Anxiety in Adults (ECO-ANS-LATAM). *Journal of clinical medicine*, 13(8), 2398. <https://doi.org/10.3390/jcm13082398>.
- Méndez, D. (2017). *Tratamiento cognitivo conductual orientado a la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de adolescentes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo con autolesiones (cutting) que asisten al CEBG La Primavera, en el distrito de Santiago, provincia de Veraguas, año 2016*. (Tesis de Maestría). Universidad de Panamá. <https://up-rid.up.ac.pa/1579/>.
- Meza, C. (2023). *Intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno mixto ansioso depresivo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/14768>.
- Ministerio de Salud. (12 de enero, 2024). *La depresión es uno de los trastornos de salud mental*

más frecuentes en el país. MINSA.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>.

Minjie, Z., Zhijuan, X. y Xinxin, S. (2023). The effects of cognitive behavioral therapy on health-related quality of life, anxiety, depression, illness perception, and in atrial fibrillation patients: a six-month longitudinal study. *BMC Psychol* 11(1), 120-130
<https://doi.org/10.1186/s40359-023-01457-z>.

Murguía, C. (2017). *Trabajo académico de aplicación en el ámbito laboral caso clínico: Trastorno Mixto Ansioso Depresivo*. (Trabajo Académico de Segunda Especialidad). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9301>.

Nakao, M., Shirotaki, K. y Sugaya, N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, 15(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w>.

National Institute of Mental Health. [NIH], (julio del 2023). *Major depression*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>.

Oblitas, A. y Sempertegui, N. (2020). Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú-2020. *Avances en Enfermería*, 38, 10-20.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1supl.87589>.

Organización Mundial de la Salud. [OMS], (8 de septiembre del 2023). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>.

Organización Mundial de la Salud. [OMS], (8 de marzo del 2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>.

- Tundo, A., Musetti, L., Betrò, S., Cambiali, E., de Filippis, R., Marazziti, D., Mucci, F., Proietti, L. y Dell'Osso, L. (2023). Are anxious and mixed depression two sides of the same coin? Similarities and differences in patients with bipolar I, II and unipolar disorders. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 66(1), e75. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2445>.
- Parra, A., Requena, S., Sánchez, F., Sánchez, C. y Rodríguez, R. (2018). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno mixto ansioso-depresivo. *Educación, salud y psicología: logros y retos del futuro*, 43-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8519320>.
- Perkins, A., Meiser, R., Spaul, S., Bowers, G., Perkins, A. y Pass, L. (2023). The effectiveness of third wave cognitive behavioural therapies for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, 62(1), 209–227. <https://doi.org/10.1111/bjc.12404>.
- Potsch, L. y Rief, W. (2024). Effectiveness of behavioral activation and mindfulness in increasing reward sensitivity and reducing depressive symptoms - A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 173, 104455. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104455>.
- Pruessner, L., Timm, C., Kalmar, J., Bents, H., Barnow, S. y Mander, J. (2024). Emotion regulation as a mechanism of mindfulness in individual cognitive-behavioral therapy for depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 2024, Article 9081139. <https://doi.org/10.1155/2024/9081139>.
- Ramírez, R. y Parra, M. (2024). Disturbo misto ansioso-depresivo: una revisión de la teoría e enfoques reflexivos. *Universidad Rafael Belloso Chacía*, 31(23), 12-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9631927>.
- Rebello, T., Keeley, J., Kogan, C., Sharan, P., Matsumoto, C., Kuligyna, M. y Reed, G.

- (2019). Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study. *Archives of Medical Research*, 50(8), 490–501. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.12.012>.
- Retamal, P. (1999). *Depresión. Guía para el paciente y la familia*. Editorial Universidad.
- Rodríguez, M. (2023). *Estudio de caso: Intervención en paciente con sintomatología ansioso-depresiva*. (Tesis de Maestría). Universidad Europea. https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/4954/tfm_MariaRodriguezVazquez.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Rojas, Y. (2022). *Caso clínico de trastorno mixto ansioso-depresivo* [Trabajo de pregrado, Universidad Peruana los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/6398>.
- Reuman, L., Thompson, J. y Abramowitz, J. (2021). Better Together: A Review and Recommendations to Optimize Research on Family Involvement in CBT for Anxiety and Related Disorders. *Behavior therapy*, 52(3), 594–606. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.008>.
- Sánchez, H.; Reyes, C. y Matos, P. (2023). La tríada ansiedad, depresión y somatización y su relación con los temores de la población de Lima en condición de confinamiento por la pandemia de la Covid-19. *Ciencia y Psique. Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental*, 2 (2), 67-93. <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/cienciaysique/article/view/5779/8392>.
- Sánchez, M. (2022). *Trastorno mixto ansioso depresivo en una adolescente víctima de la violencia sexual, evaluada en el área de Psicología Forense de la División Médico Legal de Ucayali*. (Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicología Forense y Criminología). Universidad Nacional Federico Villarreal. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5964>.

- Saravia, N. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una usuaria con diagnóstico de neoplasia maligna de colon, con trastorno mixto ansioso depresivo en un instituto de salud especializado de Lima* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/12519>.
- Saulsman, L., Ji, J. y McEvoy, P. (2019). The essential role of mental imagery in cognitive behaviour therapy: What is old is new again. *Australian Psychologist*. doi:10.1111/ap.12406
- Seligman, M. y Miller, W. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84 (3), 228-238. <https://doi.org/10.1037/h0076720>.
- Shevlin, M., Hyland, P., Nolan, E., Owczarek, M., Ben, M. y Karatzias, T. (2022). ICD-11 'mixed depressive and anxiety disorder' is clinical rather than sub-clinical and more common than anxiety and depression in the general population. *The British journal of clinical psychology*, 61(1), 18–36. <https://doi.org/10.1111/bjc.12321>
- Spielberger, C., González, F., Martínez, A., Natalicio, L. y Natalicio, L. (1958). The State-Trait Anxiety Inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, 5 (3 y 4), 145-158. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v5i3%20&%204.620>.
- Soleimani, M., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Alizadeh, H., Overmann, K., y Coolidge, F. (2015). A Comparative Study of Group Behavioral Activation and Cognitive Therapy in Reducing Subsyndromal Anxiety and Depressive Symptoms. *Iranian journal of psychiatry*, 10(2), 71–78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26884782/>.
- Takagaki, K., Ito, M., Takebayashi, Y., Nakajima, S. y Horikoshi, M. (2020). Roles of Trait Mindfulness in Behavioral Activation Mechanism for Patients with Major Depressive Disorder. *Frontiers in psychology*, 11, 845. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00845>
- Uphoff, E., Ekers, D., Dawson, S., Richards, D. y Churchill, R. (2019). Behavioural activation

- therapies for depression in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(4), CD013305. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013305>
- Van Sprang, E., Maciejewski, D., Milaneschi, Y., Elzinga, B., Beekman, A., Hartman, C., van Hemert, A. y Penninx, B. (2022). Familial risk for depressive and anxiety disorders: associations with genetic, clinical, and psychosocial vulnerabilities. *Psychological medicine*, 52(4), 696–706. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002299>
- Vanegas, G., Velecela, J. y Yanza, A. (2013). *Prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en estudiantes del ciclo básico del colegio técnico Daniel Córdova Toral en la ciudad de Cuenca durante el año 2011*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3681/1/MED>.
- Xu, H., Cai, J., Sawhney, R., Jiang, S., Buys, N. y Sun, J. (2024). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Helping People on Sick Leave to Return to Work: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of occupational rehabilitation*, 34(1), 4–36. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10116-4>

VII. ANEXOS

Anexo A

Autorregistro fisiológico

Pre intervención

Valora cómo te has sentido fisiológicamente en esta semana, valorando del 1 al 10 las siguientes reacciones de tu cuerpo. No existen puntuaciones correctas ni erradas.

	He experimentado taquicardias	He experimentado sudoración en las manos	Mareos	Tengo sensación de vómito
Lunes 07	7	7	6	7
Martes 08	8	7	6	7
Miércoles 09	8	8	6	7
Jueves 10	7	7	6	7
Viernes 11	7	7	6	7
Sábado 12	7	7	6	7
Domingo 13	8	7	6	7

Lima, agosto del 2023

Autorregistro fisiológico

Post intervención

Valora cómo te has sentido fisiológicamente en esta semana, valorando del 1 al 10 las siguientes reacciones de tu cuerpo. No existen puntuaciones correctas ni erradas.

	He experimentado taquicardias	He experimentado sudoración en las manos	Mareos	Tengo sensación de vómito
Lunes 01	3	3	2	2
Martes 02	3	3	2	3
Miércoles 03	2	3	2	2
Jueves 04	3	2	3	2
Viernes 05	3	3	2	3
Sábado 06	2	3	2	2
Domingo 07	2	3	2	2

Lima, enero del 2024

Anexo B**Autorregistro emocional****Pre intervención**

Valora cómo te has sentido emocionalmente en esta semana, valorando del 1 al 10 las siguientes emociones. No existen puntuaciones correctas ni erradas.

	Me he sentido triste	He sentido culpa	He sentido ansiedad
Lunes 07	6	7	8
Martes 08	7	6	7
Miércoles 09	6	6	7
Jueves 10	6	7	6
Viernes 11	7	8	7
Sábado 12	7	6	7
Domingo 13	6	7	6

Lima, agosto del 2023

Autorregistro emocional

Post intervención

Valora cómo te has sentido emocionalmente en esta semana, valorando del 1 al 10 las siguientes emociones. No existen puntuaciones correctas ni erradas.

	Me he sentido triste	He sentido culpa	He sentido ansiedad
Lunes 01	2	3	3
Martes 02	3	3	3
Miércoles 03	3	3	2
Jueves 04	2	2	2
Viernes 05	2	2	2
Sábado 06	3	2	3
Domingo 07	3	2	3

Lima, enero del 2024

Anexo C**Autorregistro cognitivo****Pre intervención**

Valora con qué frecuencia has tenido estos pensamientos durante esta semana, valorando del 1 al 10 los siguientes pensamientos. No existen puntuaciones correctas ni erradas.

	He pensado en la necesidad de ser aceptado	He pensado en que soy culpable	He pensado que siempre las cosas malas que pasan se deben a mi presencia	He pensado que las cosas solo se arreglan con un sí o un no	Si algo malo sucede ello repercutirá en todo mi entorno
Lunes 07	6	7	7	6	7
Martes 08	7	7	6	7	6
Miércoles 09	7	6	7	7	6
Jueves 10	7	7	7	6	6
Viernes 11	6	6	6	7	7
Sábado 12	6	7	7	7	6
Domingo 13	6	6	7	6	6

Lima, agosto del 2023

Autorregistro cognitivo

Post intervención

Valora con qué frecuencia has tenido estos pensamientos durante esta semana, valorando del 1 al 10 los siguientes pensamientos. No existen puntuaciones correctas ni erradas.

	He pensado en la necesidad de ser aceptado	He pensado en que soy culpable	He pensado que siempre las cosas malas que pasan se deben a mi presencia	He pensado que las cosas solo se arreglan con un sí o un no	Si algo malo sucede ello repercutirá en todo mi entorno
Lunes 01	2	3	3	2	3
Martes 02	2	3	2	3	3
Miércoles 03	3	2	3	2	2
Jueves 04	2	2	2	3	3
Viernes 05	2	2	2	3	3
Sábado 06	2	2	3	3	3
Domingo 07	2	2	2	2	3

Lima, enero del 2024