

# **UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

Facultad De Ciencias De La Salud

Escuela Profesional De Psicología



## **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**Título** : **Caso clínico de trastorno mixto ansioso-depresivo**

**Para optar** : **El título Profesional de Psicóloga**

**Autora** : **Bach. Yuly Caterin Rojas Huaman**

**Asesor** : **Mg. Nilton David Vilchez Galarza**

**Línea de Investigación Institucional:** Salud y Gestión de la salud

**Lugar o institución de investigación:** Centro Psicológico y Psicoterapéutico  
Especializado “Creciendo Paso a Paso”

**Huancayo – Perú - 2022**

### **Dedicatoria**

A Dios nuestro creador por regalarme esta maravillosa oportunidad, a mis padres, esposo e hijos, quienes, con su comprensión y palabras de aliento, motivan día a día concluir con este proyecto

La autora.

### **Agradecimiento**

A mis maestros, que me permitieron ampliar mis conocimientos y compartieron su saber de manera profesional e invaluable, demostrando dedicación, perseverancia y tolerancia.

A mi asesor Mg. Nilton David Vilchez Galarza quien me apoyo constantemente en el desarrollo del presente trabajo.

A mis padres que son el motor que me impulsan para seguir mejorando cada día en lo profesional y personal, guiando cada paso que doy.

A mi esposo e hijos por su comprensión en los momentos que los dejé solo por cumplir con el deber de estudiante.

A una buena amiga que por su iniciativa y perseverancia hoy estoy cumpliendo una meta más.

Yuly

# CONSTANCIA

## DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

### CASO CLÍNICO DE TRASTORNO MIXTO ANSIOSO – DEPRESIVO

Cuyo autor (es) : ROJAS HUAMAN YULY CATERIN  
 Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD  
 Escuela Profesional : PSICOLOGIA  
 Asesor (a) : MG. VILCHEZ GALARZA NILTON DAVID

Que fue presentado con fecha: 04/04/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 05/04/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

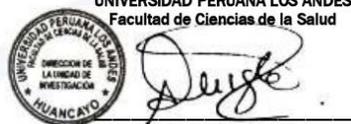
Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 25%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 05 de abril de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
 Facultad de Ciencias de la Salud

Ph.D. EDITH ANCCO GÓMEZ  
 DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 152 – DUI – FCS – UPLA/2023

c.c.: Archivo  
 EAG/vjchp

## CONTENIDO

<b>Contenido</b> .....	<b>iv</b>
<b>I. PRESENTACIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
□ <b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>10</b>
<b>III. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>Definiciones</b> .....	<b>10</b>
<b>Trastorno mixto ansioso depresivo</b> .....	<b>10</b>
<b>Diagnóstico</b> .....	<b>14</b>
<b>Diagnóstico diferencial</b> .....	<b>16</b>
<b>Tratamiento</b> .....	<b>19</b>
<b>IV. CONTENIDO</b> .....	<b>265</b>
<b>DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO</b> .....	<b>26</b>
<b>INFORME PSICOLÓGICO</b> .....	<b>26</b>
<b>V. PLAN DE TRATAMIENTO</b> .....	<b>36</b>
<b>Formulación de plan de tratamiento general</b> .....	<b>36</b>
<b>Sesiones y objetivos</b> .....	<b>36</b>
<b>Justificación metodológica</b> .....	<b>37</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>38</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>41</b>

**CONTENIDO DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> <i>Algoritmo diagnóstico para la ansiedad</i> .....	15
<b>Figura 2</b> <i>Diferencias en la categorización diagnóstica entre el DSM V y la CIE 11</i> .....	16

## RESUMEN

En el presente trabajo de suficiencia profesional se aborda un caso clínico enmarcado en el diagnóstico del trastorno mixto ansioso depresivo. Se trató de un estudio de caso único y se encuentra en un nivel descriptivo, en el que se detallan las características del sujeto y sus antecedentes, como metodología para el diagnóstico se utilizó la evaluación psicológica utilizando el Test de Retención visual de Benton, el test de matrices progresivas de Raven, el inventario de inteligencia emocional de BarOn, el inventario de personalidad de H. Eysenck forma B, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II y técnicas proyectivas. Como resultado del proceso de evaluación y análisis de los datos se obtuvo como diagnóstico en el Eje 1 el Trastorno mixto ansioso depresivo, en el eje 2 no se encontraron alteraciones de personalidad, en el eje 3 no se encontraron condiciones médicas y en el eje 4 se encontraron problemas relacionados a la familia. Como recomendaciones se planteó una propuesta de abordaje terapéutico compuesta por 9 sesiones, enmarcada en el enfoque cognitivo conductual.

**Palabras Clave:** Caso único, trastorno mixto ansioso depresivo, enfoque cognitivo conductual.

## ABSTRACT

In this professional proficiency work, a clinical case framed in the diagnosis of mixed anxious-depressive disorder is addressed. It was a single case study and is at a descriptive level, in which the characteristics of the subject and his background are detailed. As a methodology for diagnosis, psychological evaluation was used using the Benton Visual Retention Test, the Raven's progressive matrices, BarOn's emotional intelligence inventory, H. Eysenck's personality inventory form B, Millon's Multiaxial Clinical Inventory II and projective techniques. As a result of the evaluation and data analysis process, Mixed Anxious-Depressive Disorder was obtained as a diagnosis in Axis 1, in Axis 2 no personality alterations were found, in Axis 3 no medical conditions were found, and in Axis 4 problems related to the family were found. As recommendations, a proposal for a therapeutic approach composed of 9 sessions, framed in the cognitive behavioral approach, was proposed.

**Keywords:** Single case, mixed anxious-depressive disorder, cognitive behavioral approach.

## **I. PRESENTACIÓN**

El presente caso retrata la sintomatología que se presenta en una persona con un trastorno mixto ansioso-depresivo, y se enfatizan aspectos diferenciales entre los diagnósticos posibles tales como episodio depresivo y ansiedad generalizada. Partiendo de esas precisiones, se busca realizar una definición precisa de la denominación diagnóstica del trastorno mixto, y su inclusión en los manuales diagnósticos y sus actualizaciones tales como el DSM en sus versiones IV y V, considerando también las razones que sustentan su evolución o tipificación. Finalmente se presenta un planteamiento de abordaje centrado en los aspectos sintomatológicos previamente valorados.

## II. INTRODUCCIÓN

### **Planteamiento del problema**

Vanegas et al (2013) refieren que el trastorno mixto ansioso depresivo, se trata de un conjunto de síntomas que por sí solos no tienen la suficiente intensidad y/o independencia para ser diagnosticados de forma independiente, por lo cual no pueden ser categorizados como un trastorno depresivo o un trastorno ansioso. Por otro lado, también indican que los síntomas son muy variados, no obstante, puede distinguirse claramente una predominancia en la presencia de ansiedad y estado de ánimo depresivo, lo cual dificulta el diagnóstico. Zuluaga (2018) refiere que estos pacientes experimentan una constante sensación de ansiedad, que sin embargo, no es lo suficientemente intensa para ser categorizada como ansiedad general, y que el estado de ánimo no cumple con los criterios para considerarse depresión mayor, no obstante, enfatiza que la experiencia sintomatológica si puede ser muy desestructurante para el individuo que la experimenta, afectando de forma sustancial su funcionamiento de forma similar a lo que ocurre en los trastornos depresivos y ansiosos. Vanegas et al (2013) refieren también que esta categoría diagnóstica debe ser valorada con mucha precisión ya que los síntomas pueden aparecer de forma similar en situaciones que tengan como causa la dificultad de adaptación a situaciones específicas, en dicho escenario el diagnóstico se ve alterado y se priorizaría una categoría de trastorno de adaptación con ansiedad y depresión.

En el marco de este cuadro clínico, se presenta el siguiente caso clínico con un diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo y dentro del cual se plantean los siguientes objetivos.

**Objetivos:**

- Entrevistar al evaluado
- Realizar la evaluación psicológica
- Proponer un esquema de abordaje.

**III. MARCO TEÓRICO****Definiciones**

*Ansiedad.* La ansiedad se puede definir desde un plano etimológico, considerando su raíz en latín *anxietas*, dicho vocablo hace referencia a la presencia de temor o aprensión que se asocia a una situación específica y que suele ser desproporcionado hacia la misma (Black y Andreasen, 2015).

En líneas más contemporáneas, la ansiedad se define como un estado emocional que se percibe como inadecuado o displacentero, el mismo que es percibido por el malestar fisiológico que lo acompaña y que puede entenderse como un fracaso en la adaptación hacia una situación específica.

*Depresión.* De acuerdo a Álvarez et al (2014) se trata de una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por la presentación de una serie de síntomas con predominancia afectiva, por lo cual su experiencia está relacionada con la sensación de tristeza, apatía, anhedonia, etc., por otro lado, también están presentes en algún grado síntomas cognitivos y somáticos, aunque no en la misma intensidad que en la ansiedad.

**Trastorno mixto ansioso depresivo**

Vanegas et al (2013) refieren que el trastorno mixto ansioso depresivo, se trata de un conjunto de síntomas que por sí solos no tienen la suficiente intensidad y/o independencia para ser

diagnosticados de forma independiente, por lo cual no pueden ser categorizados como un trastorno depresivo o un trastorno ansioso. Por otro lado, también indican que los síntomas son muy variados, no obstante, puede distinguirse claramente una predominancia en la presencia de ansiedad y estado de ánimo depresivo, lo cual dificulta el diagnóstico. Zuluaga (2018) refiere que estos pacientes experimentan una constante sensación de ansiedad, que sin embargo, no es lo suficientemente intensa para ser categorizada como ansiedad general, y que el estado de ánimo no cumple con los criterios para considerarse depresión mayor, no obstante, enfatiza que la experiencia sintomatológica si puede ser muy desestructurante para el individuo que la experimenta, afectando de forma sustancial su funcionamiento de forma similar a lo que ocurre en los trastornos depresivos y ansiosos

Respecto a los datos epidemiológicos, Campos (2008) refiere que la evidencia demuestra cifras elevadas en la presencia conjunta de los síntomas depresivos y ansiosos, alcanzada una variación del 15% aproximadamente, no obstante estos datos son recogidos en poblaciones con presencia de síntomas en una categoría clínica, ya que en la población general, se encuentra una cifra de 0,8 en la prevalencia subsindrómica de la depresión y la ansiedad, con lo cual se evidencia que el solapamiento sintomatológico de ambos cuadros se hace más visible cuando la gravedad de los síntomas se incrementa. Sin embargo, los datos también demuestran que el 21.9% de pacientes con síntomas de ansiedad y el 7,7% de pacientes con síntomas depresivos, no cumplen con los criterios diagnósticos para ser categorizados dentro de los diagnósticos respectivos, a pesar de que la sintomatología es moderada o severa. Tiller (2013) afirma que el 39% de pacientes que llevan un diagnóstico clínico de TAG (trastorno de ansiedad generalizada), cumplen también con los criterios para el diagnóstico de la depresión, con lo cual se evidencia la sobreposición sintomatológica de los dos síndromes, y

la dificultad para el diagnóstico preciso. Por otro lado, los datos también demuestran que el 85% de personas diagnosticadas con depresión, experimentan síntomas de ansiedad que pueden ser considerados como significativos. Con respecto a la presencia según género, Gonçalves et al (2008) refieren que tanto la ansiedad como la depresión demuestran una mayor prevalencia en mujeres, en especial en las edades que van desde los veinte hacia los cuarenta años de edad.

En relación a la etiología, Gonçalves et al (2008) indican que de la misma forma que la depresión y la ansiedad, en el respecto del origen de la alteración, se tiene que dar una mirada multidimensional y valorar un gran abanico de posibles causas, entre las cuales se encuentran factores biológicos, psicológicos, sociales y en las últimas aproximaciones para su explicación también se hace referencia a factores genéticos. En el plano funcional, se sabe que la serotonina y la noradrenalina se encuentran afectadas en cuanto al equilibrio que deben tener en el proceso sináptico, evidenciándose sobre todo un problema en la recaptación de dichas sustancias, no obstante, se entiende también que esta es una manifestación química que se puede entender más como la consecuencia de la problemática, más no como la causa, dicho de otra forma, no se debe afirmar que la depresión o ansiedad son causas por un déficit neuroquímico.

En relación a la comorbilidad, debe entenderse que el trastorno mixto de ansiedad y depresión es en sí mismo un trastorno que refleja la comorbilidad de dos alteraciones, o dos cuadros sindrómicos particulares, la depresión por un lado con sus sintomatología y la ansiedad por el otro con la suya propia, de acuerdo a Tiller (2003), esta comorbilidad tiene un sustento en aspectos genéticos, en tanto de que las condiciones propias de cada organismo al verse afectado por una alteración de ansiedad o depresión, predispone cierta vulnerabilidades que

ya subyacían al organismo, en particular se encuentran datos relacionados con el factor liberador de corticotropina en el líquido cefalorraquídeo.

### **Cuadro clínico**

En relación al cuadro clínico, se tiene en principio que se hace referencia a la presencia persistente de una serie de síntomas que son afines entre sí o que se encuentran originados por un mismo factor o etiología.

Con respecto a la depresión, se evidencia la presencia de un estado de ánimo disminuido o disfórico, la duración de esta disminución en el estado de ánimo debe ser superior a un mes, durante este periodo se evidencian también síntomas de ansiedad notables y en consecuencia el conjunto de síntomas no es suficientemente robustos para ser catalogados como episodio depresivo, o como un trastorno de ansiedad. Los síntomas habituales incluyen problemas de atención y concentración, alteraciones notables del apetito y el sueño, fatiga, pensamientos intrusivos con contenido de preocupación, sensación de inutilidad, hipervigilancia, entre otros; por otro lado, este conjunto sintomatológico de forma clara y contundente genera un perjuicio en el funcionamiento global del paciente, con lo cual se altera su funcionamiento social, haciéndose notar también problemas en las áreas académico, laboral, e incluso relacional y sentimental. (Gonçalves et al., 2008)

Tiller (2013) explica que los pacientes que pueden ser caracterizados como ansiosos o depresivos, tienen la tendencia a manifestar quejas de su experiencia en el plano del malestar físico, en lugar del malestar psicológico, por lo que dichos pacientes acuden a la consulta por problemas relacionados con su experiencia negativa en cuanto al dolor de espalda, de cabeza, a poca energía, etc., esta situación origina que la identificación del problema sea un poco desafiante por cuanto la experiencia inicial del paciente no está relacionada con su situación

emocional o psicológica y el clínico debe recurrir a la exploración para ir dejando en evidencia la presencia de los demás síntomas.

El CIE-10 refiere, “esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado”. “Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y, por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada” (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2011).

### **Diagnóstico**

Para realizar el diagnóstico del trastorno mixto ansioso depresivo, se realiza un acopio de información exhaustivo en relación a los síntomas presentes de acuerdo a la temporalidad establecida en los manuales diagnósticos. Por lo tanto, la prioridad es la determinación de la frecuencia e intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos, partiendo de sus manifestaciones fisiológicas como las alteraciones del sueño y el apetito hasta los síntomas de carácter cognitivo que incluyen los pensamientos y la disfunción cognitiva propiamente dicha en tanto de la atención, concentración, etc.

En este punto debe valorarse la coincidencia de los criterios diagnósticos que establece el manual diagnóstico para poder ubicar o categorizar los síntomas como un episodio depresivo o un trastorno de ansiedad, no obstante, en el caso del trastorno mixto ansioso depresivo, se tiene que los síntomas no son suficientes para poder ubicarse en ninguna de las dos categorías, por lo cual de acuerdo al DSM IV se recurre al diagnóstico del trastorno mixto ansioso depresivo (Hernández, 2015).

El trastorno mixto ansioso depresivo incluye a la depresión ansiosa (leve o no persistente) y excluye la depresión ansiosa persistente, en cuyo caso estaríamos hablando más bien de distimia. Otros criterios de investigación provisionales del DSM-IV que nos pueden orientar de cara al diagnóstico de esta categoría son los siguientes (American Psychological Association (APA), 2002).

### **Criterios diagnósticos**

- Que el sujeto muestre un estado de ánimo disfórico de forma persistente o recurrente y que se dé al menos durante un mes.
- Cuatro o más de los siguientes síntomas, que además deben estar presentes a lo largo del mismo periodo: dificultades de concentración, algún trastorno del sueño, preocupación, estado de ánimo irritable, pesimismo (desesperanza), hipervigilancia, estar expectante ante el peligro o tratando de anticiparlo, sentimientos de baja autoestima, encontrarse fatigado o falta de energía y tendencia al llanto.
- La sintomatología ha de provocar un malestar significativo e interferir con la vida normal del sujeto.
- La sintomatología no se explica por el consumo de sustancias o por una enfermedad médica.

Deben darse además todos los criterios que siguen:

- Nunca con anterioridad se han dado las condiciones para establecer un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o de ansiedad generalizada.
- No han de coincidir en el momento de establecer el diagnóstico, los criterios de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo.

- La sintomatología no se explica mejor a través de la presencia de otro trastorno psiquiátrico.

En el trastorno mixto ansioso depresivo será frecuente la presencia de síntomas comunes en los trastornos de ansiedad y depresión (Gonçalves et al., 2008).

- Alteraciones del sueño.

- Alteraciones del apetito

- Quejas somáticas inespecíficas (cardiopulmonares y gastrointestinales).

- Dificultad de concentración.

- Irritabilidad.

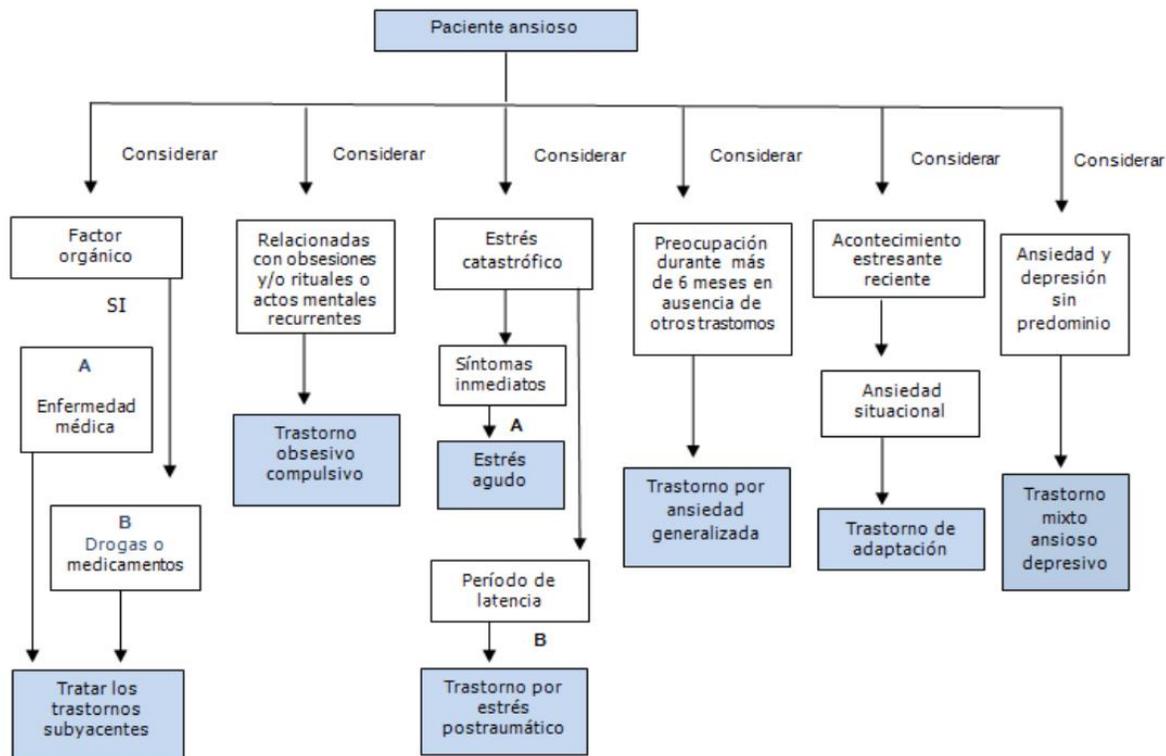
- Fatigabilidad, falta de energía.

### **Diagnóstico diferencial**

Para realizarse el diagnóstico diferencial, debe considerarse que los síntomas presentes en el plano fisiológico no puedan explicarse como efectos directos del consumo de una sustancia o que se vinculen al cuadro clínico propio de una enfermedad sistémica, de forma similar, tampoco debe realizarse este diagnóstico en el supuesto de que el paciente antes haya sido diagnosticado con un trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno por angustia o trastorno de ansiedad generalizada. Este diagnóstico tampoco debe indicarse en el caso de que se cumplan los criterios diagnósticos para algún trastorno del estado de ánimo o ansioso y que se encuentre en remisión, y finalmente, es preciso enfatizar que no debe realizarse este diagnóstico si es que los síntomas pueden ser explicados por otro trastorno mental (APA, 2002).

Figura 1

## Algoritmo diagnóstico para la ansiedad



Fuente: Odalis et al (2012)

En la figura 1 puede observarse de forma gráfica la ruta que se tiene para el diagnóstico del trastorno mixto ansioso depresivo en tanto de la presencia sintomatológica y su ubicación categórica en las etiquetas diagnósticas, con lo cual se considera la última posibilidad de explicación para los síntomas que son compatibles tanto con la depresión como la ansiedad.

### Diferencia en la denominación diagnóstica

Con la publicación del DSM V, se tenía que dentro del borrador se mantenía la presencia del trastorno mixto ansioso depresivo, tal como se había presentado en el DSM IV, sin embargo,

en la publicación final, se retiró esta categoría diagnóstica recurriéndose al especificador *con ansiedad* para el diagnóstico de la depresión que también evidencia síntomas ansiosos. Por otro lado, en el CIE-11 se mantiene la denominación de trastorno mixto ansioso depresivo, con lo cual se genera una disyuntiva diagnóstica entre ambos manuales, no obstante, dicha diferencia es sobre todo a nivel de nomenclatura, en tanto de que el cuadro clínico se mantiene y solamente la codificación se ve afectada en el DSM V.

## Figura 2

### *Diferencias en la categorización diagnóstica entre el DSM V y la CIE- 11*

Trastornos del estado de ánimo		
	DSM-5	CIE-11 (versión beta)
Taxonomía	Dos categorías separadas para trastornos depresivos y trastornos bipolares	Una categoría (trastornos del ánimo) subdividida en depresivos y bipolares
Medidas dimensionales	Se incluyen para complementar el diagnóstico y facilitar seguimiento (p. ej., depresión/ira/ansiedad/abuso de sustancias)	No se contemplan
Trastorno mixto ansioso-depresivo	No se incluye en la versión final (mala fiabilidad en los estudios de campo). Pero, se puede usar la «ansiedad» como especificador	Se mantiene
Duelo	Se retira como criterio de exclusión para el diagnóstico de depresión mayor	Se contempla establecer un dominio principal y el segundo como especificador
Depresión «mixta»	Se puede diagnosticar depresión con especificador de mixto en depresión unipolar	Se mantiene como criterio de exclusión para depresión mayor
Rabietas	Nueva categoría diagnóstica: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDA)	No se incluye (se contempló una categoría similar en un inicio)

Fuente: Consuelo et al (2014).

## Tratamiento

Möller et al (2016) indican que el tratamiento del trastorno mixto ansioso depresivo se debe planificar en una dimensión farmacológica y una dimensión psicoterapéutica, por cuanto la magnitud sintomatológica del trastorno mixto ansioso depresivo puede desestructurar de forma significativa el funcionamiento del paciente que lo padece, por lo que es necesaria una

intervención farmacológica, esto también responde a la presencia de desórdenes neuroquímicos que se asocian con el desajuste fisiológico, y por otro lado, el tratamiento psicoterapéutico que abordará el plano psicológico del trastorno y le concederá al paciente las estrategias necesarias para poder afrontarlas. Por otro lado, estos autores también indican que a pesar de la severidad sintomatológica que el trastorno mixto ansioso depresivo puede generar, no se trata de una condición que tenga un potencial de mortalidad elevado, por lo que el objetivo principal sería la mejora del funcionamiento global del individuo.

Por otro lado, Gonçalves et al (2008) indican que el tratamiento para el trastorno mixto ansioso depresivo no se encuentra validado por cuanto no se tiene clara su etiología, con lo cual los esfuerzos para el abordaje se centran en la rehabilitación de las áreas afectadas y en la psicoeducación que permite hacer frente a situaciones adversas sin agravar o generar síntomas negativos.

### ***Tratamiento farmacológico***

Tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas y restaurar la funcionalidad premórbida en el paciente; todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación (Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, 2010).

Diversos estudios han mostrado mejores resultados con antidepresivos que con benzodiazepinas en pacientes con trastornos mixtos de ansiedad y depresión. Los hallazgos beneficiosos de los antidepresivos (imipramina, trazodona, Venlafaxina Retard y paroxetina) han llevado a proponer un “efecto patológico general” de los mismos, sobre estas patologías, aunque no existe la certeza de que esto sea igualmente relevante en el tratamiento del trastorno

mixto ansioso-depresivo. (Gonçalves-Estella et al., 2008).

El tratamiento de la ansiedad y la depresión concomitantes requiere ajustes psicofarmacológicos específicos en comparación con el tratamiento de cualquiera de las dos afecciones por sí solo. Los inhibidores de la recaptación de serotonina se consideran tratamiento de primera línea en la depresión no complicada con un espectro de trastornos de ansiedad (Coplan, Aaronson, Panthangi, & Kim, 2015).

Hay antidepresivos que también parecen muy efectivos si se tiene depresión y trastorno de ansiedad generalizada como paroxetina o venlafaxina. Aunque lo más frecuente, es utilizar conjuntamente antidepresivos y benzodiazepinas. Evidentemente, el tratamiento farmacológico va a ir encaminado a paliar aquellos síntomas más acentuados en cada paciente, es decir, los que provocan el deterioro en su vida y son más urgentes (Silván, s/f).

### ***Tratamiento no farmacológico***

*Psicoterapia*, Se trata de un tratamiento basado en la comunicación entre el clínico y el paciente, dicha comunicación tendrá como objetivo el desarrollo de capacidades puntuales en el paciente que le permitirán hacer frente a la situación que experimenta.

Dentro de la psicoterapia es preciso considerar algunas de las llamadas corrientes, entre las más utilizadas se tiene a:

*Terapia cognitiva conductual* es la que ha demostrado mejores resultados, principalmente si en algunos casos se combina con tratamiento farmacológico. En esta terapia se reúnen métodos tanto cognitivos y referidos a cambiar el punto de vista, creencias y esquemas mentales de la persona. Aquí entraría la reestructuración cognitiva o la detención del

pensamiento. Se usan también métodos conductuales, dirigidos a que el paciente ponga en marcha poco a poco comportamientos que le van a traer cierto beneficio.

Así, “aumenta conductas deseables en la persona como que sea capaz de levantarse de la cama para ir al trabajo, reduce conductas indeseables como, por ejemplo, llevar siempre alcohol o pastillas en el bolso, o bien enseña a la persona a poner en marcha comportamientos nuevos beneficiosos” (Silván, s/f).

No obstante, de la efectividad de esta corriente, posteriormente se tienen las llamadas terapias de tercera generación, que son reformulaciones a algunos procedimientos y constructos pero que también se desprende de la terapia cognitivo conductual.

### *Terapia Dialéctica Conductual*

Según Bogiano y Gagliesi, (2020) esta reformulación de la mirada que se debe tener en cuanto del abordaje terapéutico, está centrado en la búsqueda de la evidencia en la intervención terapéutica, por cuanto existen críticas de carácter epistémico y estadístico en las corrientes terapéuticas previas.

### **Teoría biosocial**

Tratar sobre la teoría biosocial en DBT, tiene que ver con la desregulación emocional que existe en las personas, siendo considerada como la raíz del Trastorno Límite de Personalidad; se presenta como una incapacidad para cambiar o regular las claves, las acciones, respuestas verbales o no verbales emocionales cuando es necesario.

Las conductas problemas son estrategias que han sido aprendidas de una regulación del sufrimiento emocional cuando la persona no tiene en su repertorio de conductas de afrontamiento alternativas o han sido castigadas anteriormente. Por ende, los individuos que

presentan desregulación emocional no tienen la habilidad para tolerar síntomas de estrés emocionales, interpersonales y hasta conductuales de la vida.

DBT considera que la desregulación emocional es consecuente de interacción de factores biológicos (vulnerabilidad emocional) y ambientales (ambiente invalidante); siendo el primero comparado a la experiencia de una persona que ha sufrido una quemadura de tercer grado, donde el más mínimo movimiento puede generar un malestar extremo. El ambiente invalidante es presentada por Linehan (1993), como un contexto en el que recurrentemente se responde en forma inapropiada a las experiencias particulares, donde se minimiza o se responde de una manera extrema a la comunicación de gustos, pensamientos y emociones. Se presenta con tres características que refuerzan las conductas disfuncionales; rechaza la comunicación de experiencias privadas, refuerza intermitentemente la escalada de la expresión emocional y sobre simplificar la resolución de problemas.

Así mismo, existen criterios para el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) que organiza el DSM4 en cinco áreas de desregulación. La desregulación emocional, que se presenta con una inestabilidad afectiva a causa de una marcada reactividad del estado de ánimo e ira inapropiada o intensa. La desregulación conductual, manifestado con impulsividad en al menos dos áreas, la primera que es para sí mismo y/o comportamiento de amenazas suicidas constantes. La desregulación cognitiva, que incluye ideas paranoide transitoria que va directamente relacionado con estrés o algunos síntomas disociativos graves. La desregulación interpersonal, que se presenta con un patrón de relaciones interpersonales inestables caracterizado por la variación entre los extremos de idealización o devaluación. Y por último, la desregulación del Self, donde está presente una alteración

de la identidad o autoimagen, es persistentemente inestable, y se manifiestan sentimientos crónicos de vacío.

### *Etapas del tratamiento*

A demás de ello; se plantean las etapas de tratamiento propias del modelo BDT, siendo éstas:

- Pretratamiento, para acordar las metas, las conductas problemas y obtener compromiso.

Etapa 1: Del descontrol conductual al control y la estabilidad conductual; con el objetivo de disminuir conductas que atentan con su vida, con la terapia y con la calidad de vida en cuanto se aumentan las habilidades. (Clarificar las metas)

Etapa 2: De la calma desesperada a la experiencia emocional no angustiante; con el objetivo de tratar los desórdenes residuales, el estado de outsider no deseado y la evitación experiencial. (Establecer las conductas problemas)

Etapa 3: De los problemas de la vida a la felicidad e infelicidad ordinaria; con el objetivo de aumentar las habilidades para resolver problemas y alcanzar metas. (Socializar el modelo)

Etapa 4: De la incompletud a la libertad ; con el objetivo de expandir conciencia, tener experiencias de iluminación y plenitud espiritual. (Obtener un compromiso) – (Tareas)

- Componentes de la Formulación de un Caso:

Antecedentes (Identidad del usuario, problemas que presenta, historia reciente, historia evolutiva).

Objetivos del tratamiento (Etapas del tratamiento, metas del consultante, objetivos primarios y objetivos secundarios).

Evaluación de habilidades del consultante (Mindfulness, regulación emocional, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y habilidades familiares del sendero del medio).

Evaluación conductual e intervenciones (Análisis en cadena, variables controladoras, plan de tratamiento e intervenciones y consecuencias conductivas).

Una de las acciones importantes en la intervención en DBT, también es la validación; que es definida por Linehan (1997) de esta manera “la validación es comunicar a un individuo, con palabras o a través de nuestras acciones, que es escuchado y visto, y que sus respuestas y patrones de conductas tienen una validez inherente. La validación es la respuesta “sí” a la pregunta ¿puede esto ser cierto?”; todo conlleva a obtener una definición más exacta, encontrar la causa de la conducta. Durante la intervención se realizan tres tipos de validaciones, de la conducta, la emoción y la experiencia; todos ellos presentados en niveles: escuchar y observar, reflejar, expresar lo no verbalizado, la historia de aprendizaje, las circunstancias actuales y ser radicalmente genuino.

### *Mindfulness*

Se trata de una práctica que busca la atención plena centrada, su base es la meditación y su meta es reducir el sufrimiento ocasionado por los pensamientos centrados en el pasado o el futuro, incrementando la experiencia de felicidad que el presente puede otorgar.

Cada ejercicio de Mindfulness en DBT, ayuda tomar conciencia de detalles mínimos en situaciones cotidianas, como podría ser tomar un desayuno, salir al campo, comer algo, asearte, etc. Usualmente de debe pedir la práctica de ésta mientras el usuario se mantenga tranquilo; ya que, cuando se encuentra bajo una influencia de emociones intensas es complicado actuar de diferente manera a una reacción también intensa.

#### **IV. CONTENIDO**

##### **DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO**

##### **INFORME PSICOLÓGICO**

##### **E FILIACIÓN**

- 1.1. Nombres : Y.G.
- 1.2. Apellidos : A.C.
- 1.3. Fecha de Nacimiento : 19/10/1977
- 1.4. Lugar de Nacimiento : Huancayo – Huancayo – Junín
- 1.5. Edad : 44 años
- 1.6. N° de D.N.I. : 20112340
- 1.7. Estado civil : Casada
- 1.8. Grado de instrucción : Superior completa
- 1.9. Ocupación : Personal administrativo
- 1.10. Religión : Mormón
- 1.11. Dirección : Jr. Nemesio Raez N° 918 – El Tambo – Huancayo
- 1.12. lugar y fecha de evaluación : 14/04/22, 16/04/22 y 21/04/22

## **II. DATOS DEL EVALUADOR**

- 2.1. Nombres y apellidos : Yuly Cáterin Rojas Huamán
- 2.2. N° de D.N.I. : 45560332
- 2.3. Profesión : Bach. En psicología
- 2.5. Dirección : Av. Hvca. 876 - Huancayo
- 2.6. N° de celular : 979772669

## **III. MOTIVO DE LA EVALUACIÓN**

Se realiza la evaluación en relación a la solicitud de la consultante, en tanto que actualmente considera presentar una sintomatología que no le permite sentirse bien, al respecto refiere:

Evaluada refiere: “el día dieciséis de febrero mi hermano que vive en el quinto piso en la azotea, para que me entienda en la azotea hay dos cuartitos, que mi madre en vida le dio a mi hermano José, le dio la azotea para él a raíz de esto del covid mi hermano se viene para Huancayo, él trabajaba en el área de logística en Lima en san Fernando, ya estando acá desde julio del dos mil veinte, cuando fallece mi mamita en el dos mil dieciséis mi papá hace una sucesión intestada a favor de mis hermanos, no le incluye José porque no podía viajar, pero había un compromiso de que cuando estaba en vacaciones venga y se regularice, el día treinta y uno de diciembre, invité a mi papá para almorzar, pero él no quiso y fuimos a almorzar a la calle, le dije vamos y no quiso se quedó comiendo después de unos minutos bajó con nosotros diciendo que había tenido un altercado con la pareja de mi hermana Mónica, a mi papá no le parece que lleve esa relación, mi papá no quiere que lleve una relación, ella tiene una hija de catorce, a él (pareja de Mónica) le han dado de

baja en la policía, tiene denuncias por violencia, robo armado, por allí creo que hay una pequeña manipulación, quizás nos equivoquemos, espero que nos equivoquemos, pero mi hermana estaba dispuesta también a cederle los dos cuartos, mi hermano ya en reiteradas oportunidades decía cuándo vamos al notario pero le decían ya la próxima semana y así, incomodo ya mi hermano comenta cuando fuimos al cementerio me dijo tú has ofrecido darle esa parte a Mónica y a Jorge (mi otro hermano), y le dije no que si me había comprometido en darle para los tramites, cuando me encontré con mi hermana, le digo Mónica porque no quieren hacerle los papeles a José, ella dice que no tiene tiempo.

Regresaba yo de la calle con mi hijita, el dieciséis de febrero, regreso y ella se puso malcriada, yo le dije eres una malcriada le dije que le iba a denunciar, ella estaba insultándole a mi papá y a mi hermano, ella dijo no me jodas yo sé lo que hago, a ti no te importa, yo sé que hago con mi vida, a mi hermano le dijo entonces jódete, no te vamos a ceder nada, le dije eres una malcriada, le dije te voy a denunciar, salí y le dije a mi papá vamos, decidimos denunciar, el diecisiete de febrero viene a dejarle una notificación y ella en represalia aconsejada por mi otro hermano que es policía le dijo así como te hizo ella también denúnciala y me denunció, ella en su denuncia dice que encontró a su hija llorando, dice que a su hija le dijo que tienes, y que le dijo que yo le insulté que le dije que era una cojuda una tonta, que me da pena de que ella viva en esas condiciones, y ni siquiera tuve una plática.

En fin toda esa situación ha conllevado a una tensión en la familia, no nos llevamos, no nos hablamos y a veces solo es para pelear, ese tema de la denuncia

ya tiene su curso, pero a mí lo que me preocupa es que me siento mal por el hecho de que mi hermano se ponga así y me afecta, a veces estoy pendiente de lo que pasa en la calle de si va a tocar la puerta y si me llama por teléfono por algo ya me siento como nerviosa y mi corazón como que se quiere salir, es una situación muy fea, a partir de esa fecha yo siento como que me da ganas de llorar, en realidad a veces lloro también por eso y me pregunto si también es mi culpa aunque yo sé que no es así.

#### **IV. ANAMNESIS**

##### **4.1.1.- PERINATAL:**

En relación a su nacimiento refiere “hospital Carrión a las once de la mañana, a los nueve meses con veintiún días, parto normal, ninguna complicación”

##### **4.1.2.- NIÑEZ:**

En relación a su niñez refiere: “crecí con mis padres, con los dos cuando yo tenía cinco años mi papá se jubiló de la policía mi papá era mayor por quince años que mi mamá, él me tuvo casi a los cincuenta años, soy la última de los hermanos. Mi mamá era ama de casa. Mi madre fue muy muy amorosa, mi papá no ha sido muy expresivo en cuanto al afecto, pero si una persona disciplinada, que le gustaba siempre aplicar la disciplina, quería siempre que sus hijos sean profesionales, que lleguen a ser algo en la vida, siempre fue un poco menos amoroso que mi mamá. En algunas oportunidades recuerdo que ellos discutían y algunas veces cuando mi papá tenía compromisos y tomadito llegaba discutían, pero no eran discusiones tan fuertes. Yo era muy sociable, hacía

amistad muy rápido tenía muchos amiguitos, mis hermanos mayores me querían bastante, si tenía bastante afecto de parte de mis hermanos, mis padres, bastante sociable, me gustaba participar en las actividades del colegio teatro, danzas. A veces quería hacer rápido mis tareas y quería jugar con mis amiguitos, hacia rápido, a veces no le pintaba bien, no memorizaba, mi papá me jaló la patilla dos veces sería más no, mi mamita me daba en la mano cuando no quería obedecer”

#### **4.1.3.- ADOLESCENCIA:**

En relación a su adolescencia refiere: “a los quince años con mis padres en la casa, era bastante extrovertida, bastante sincera, tenía mucha confianza con mi mamita, le contaba lo que pasaba a mi alrededor, las cosas que pasaba en el colegio, tenía un grupo de amigos en los mormones, asistía a seminarios, de allí al colegio, tenía muchos amigos amigas, compartimos muchas anécdotas, pertenecía a los boys scouts, me gustaba andar con mi amigas porque vivían a una cuadra de su casa y bailábamos rellenábamos nuestros slam, no era de hacer amistad mucho con las calladas, amiga de todos en realidad sin ser indiferente con la gente, me gustaba bastante en cuanto al deporte básquet. Siempre he sido bromista, ocurrente, en cualquier lugar me conocen por esto, porque hago reír a la gente, me gusta imitar a algunas compañeras, soy bastante social en realidad.

A veces será porque mis hijos son terribles les llamo la atención les alzo la voz a ellos, tengo una pequeña de cuatro años y uno de doce años, no se llevan mucho, yo creo que ahora soy más rígida, quiero que no peleen, eso creo que he cambiado. A la actualidad es una persona bastante sincera me gusta mucho ayudar, no me gusta los abusos, cuando

está a mi alcance ayudo a las personas, sin medir muchas veces, a veces suelo ser desconfiada, me gusta las costumbres antiguas, me gusta la música de la época de mis hermanos, soy romántica muy responsable, no me gusta que mi trabajo se deje para el día siguiente, si tengo tiempo lo hago, a veces también me siento mal, porque no estoy mucho tiempo con mis hijos.

No tengo mucha paciencia. Cuando pierdo la paciencia me duele la cabeza, dejo de hablar a las personas, a veces grito, a veces a mi hijita le hablo mal”.

**4.1.4.- ACADEMICA:** Con respecto a su desarrollo académico refiere: “estudí en el Mariscal Castilla, era una estudiante regular para arriba, yo trabaja y estudiaba a pesar de ello he logrado acabar mis estudios presentaba mis trabajos siempre he cumplido, ahora postulé a una Maestría en la Universidad del Centro. Estudié computación e informática, en la Universidad llegué a estudiar luego ingeniería de sistemas, estudié luego contabilidad un año y medio en la UPLA, no continué porque estuve en estudios generales en tercer ciclo no me pareció que tenía afinidad para esa carrera”

**4.1.5.- TRABAJO:**

En relación a su trabajo refiere: “a los dieciocho años en una empresa constructora, era como asistente en computación allí aprendí cosas de construcción civil, entré para ver el tema de informática y les hacía sus cuadros en programas, habré estado allí un año y dos meses, de allí postulé a un puesto en el área de informática de electrocentro, postulé entré allí, allí estuve un tiempo similar, de allí hubo una convocatoria en una universidad, tengo allí un nombramiento. Ahora soy asistente administrativo de la

dirección del departamento académico de la facultad de derecho, luego de decanato estamos nosotros, vemos el tema de plataforma blackboard, control de asistencia, labor administrativa para los de tiempo completo, en ningún trabajo he recibido amonestaciones ni memorándums de llamados de atención ni algo similar, más por el contrario una felicitación por organizar un curso en la universidad, los alumnos una fecha incluso pidieron que me quedara en la oficina en la que trabajaba cuando se enteraron que me iban a cambiar, que me iban a rotar”.

**4.1.6.- HABITOS E INTERESES:** Con respecto a los hábitos e intereses que tiene refiere: “buena cantidad de tiempo lo dedico a mi trabajo, a la casa, a las actividades y que haceres que hay en la casa, hay días en los que me toca cocinar, me gusta el orden me gusta limpiar la casa, por lo general soy la que limpia las gradas de toda la casa, de todos los pisos no hay quien asuma o lo haga tengo que ser yo la que lo haga, porque me gusta que las cosas estén limpias, una vez al mes salgo con mis amigas, a veces nos vamos a conversar, a tomar algo, de repente un almuerzo tomar un lonchecito, también salgo con mis hijos de paseo, a la iglesia a veces, no estoy permanentemente en la iglesia pero si paro por allí, a veces con mis hijos a veces sola, así se me pasa la semana los días, luego a ordenar como repartirnos las tareas. No hago deporte, no tomo ni fumo, tomo solo en compromisos, me gusta caminar. Duermo a las diez a once hasta las seis o seis y cuarto, mi sueño es regular es tranquilo”.

#### **4.1.7.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

**a. ENFERMEDADES:** Refiere: “en el dos mil catorce me detectaron hipotiroidismo, estuve tomando un fármaco, me dieron ese diagnóstico cuando no podía coger embarazo, pero luego del año y dos meses cogí embarazo hasta el doctor se sorprendió que había salido de eso”

**b. ACCIDENTES:** No refiere

**c. OPERACIONES:** No refiere

#### **4.2. HISTORIA FAMILIAR**

**4.2.1. PADRE:** Con respecto a su padre refiere: “Juan Alberto (94) él es retirado de la guardia civil, es una persona que habla, me recomienda, le gusta recomendarme, me habla de atender a mis hijos, siempre está preocupado pendiente de todo, me agradece, cada que le llevo comida, pasa que yo cocino para el también y le subo la comida hasta donde está, siempre es agradecido”

**4.2.2. MADRE:** Con respecto a su madre refiere: “falleció hace siete años, le dieron un mal diagnóstico, dijeron que tenía fibrosis, pero en realidad tenía problemas con el corazón, un paro fue lo que le causó la muerte”.

**4.2.3. HERMANOS:** “somos ocho hermanos, yo soy la numero ocho, la última, con Mónica es la única con quien tengo problemas, mis hermanos me dicen que, porque ha denunciado, no entienden porque hace tanto estas cosas, ella se lleva bien con mi otro

hermano el que es policía él le está apoyando, él es quien le dijo, así como te hace tú también hazle, tú también denúnciale, mis otros hermanos están mortificados, le dicen que es enferma por estar haciendo todo esto”

**4.2.4. PAREJA:** Con respecto a su esposo refiere: “Misael (43) es docente en una universidad en la facultad de derecho e ingeniería, es ingeniero de sistemas, él también está cansado, sorprendido de como si estábamos bien, él se exalta por lo que pasó me dice como puede mentir tanto me dice, y bueno me dice la verdad no entiende el proceder de mi hermana, ella se fue a un extremo ya. Tenemos ya veinte años de relación estamos bien nos llevamos bien”.

**4.2.5. HIJOS:** La paciente refiere: “Tengo dos hijas, doce y cinco años”

**4.2.6. DINÁMICA FAMILIAR:** La paciente refiere: “vivo con mi esposo, en el tercer piso, con mis hijos yo considero que mi ambiente familiar es muy unido, cuando a veces alguien está mal estamos para apoyar, eso les enseñó a mis hijos también que deben aprender a compartir, ser unidos”

**4.3. SINTOMATOLOGÍA.** La paciente refiere tener un estado de ánimo disminuido hace más de un mes, además ganas de llorar, se siente un poco apática y a veces ya no quiere realizar las actividades que antes hacía y disfrutaba, por otro lado, constantemente siente que está mordiendo con fuerza lastimándose los dientes, tiene pensamientos de anticipación hacia posibles encuentros con su hermana y alteraciones del sueño y el apetito.

## **V. METODOLOGÍA**

- Entrevista Psicológica.
- Observación de Conducta.
- Test de Retención Visual de Benton.
- Test de Matrices Progresivas de Raven.
- Inventario de inteligencia Emocional de BarOn.
- Inventario de personalidad de H. Eysenck Forma B.
- Inventario clínico Multiaxial de Millon II.
- Técnica proyectiva del Dibujo de la Figura Humana - K. Machover.
- Técnica proyectiva del dibujo del árbol.

## **VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:**

**6.1. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA:** Se realiza evaluación psicológica a una persona de sexo femenino, es de raza mestiza, tez trigueña, cabello oscuro largo, de estatura promedio, contextura mediana, su vestir es casual, encontrándose ésta en orden y aseo, muestra comunicativa, se expresa con un lenguaje verbal, claro y fluido, se muestra colaboradora, de discurso espontaneo, fluido, coherente, con atención al interlocutor, logra establecer contacto ocular.

**6.2. FUNCIONES COGNITIVAS:** Persona que se encuentra lucida, consciente, ubicado en tiempo espacio, persona y circunstancia. Funciones cognitivas conservadas.

**6.3. ORGANICIDAD:** Psicométricamente no presenta indicadores significativos que computen para compromiso orgánico cerebral.

**6.4. INTELIGENCIA:** Psicométricamente la evaluada ha alcanzado un percentil de 50, que lo ubica en el Rango III, que corresponde a término medio. Advirtiéndose una capacidad intelectual normal promedio, es decir presenta adecuada capacidad para hacer comparaciones, razonar por analogía y organizar percepciones espaciales en un todo relacionado sistemáticamente.

**6.5. PERSONALIDAD:** Se caracteriza por su tendencia a la extroversión, se trata de una persona que intenta valorar las cosas con optimismo, se muestra activa en las diferentes acciones que realiza, tendiente a la sociabilidad, independiente, productiva, es sensible y reactivo a la crítica, en ocasiones se muestra intranquilo e impaciente por las situaciones que viene atravesando, es una persona confiada. En relación a los resultados psicométricas se evidencia indicadores elevados en los síndromes clínicos de depresión y ansiedad.

## **VII. DIAGNÓSTICO**

**Eje 1:** Trastorno mixto ansioso depresivo

**Eje 2:** No se encuentran alteraciones de la personalidad

**Eje 3:** No se encuentran condiciones médicas

**Eje 4:** Problemas relacionados a la familia.

## VII. CONCLUSIONES

Al momento de la evaluación, la persona evaluada presenta:

- Se encuentra lucida, consciente, orientado en tiempo espacio y persona.
- No muestra psicopatología que la aleje de la realidad.
- No presenta indicadores de organicidad.
- Presenta una capacidad intelectual, normal dentro del promedio.
- Personalidad tendiente a la extraversión.
- Trastorno mixto ansioso depresivo

## VIII. RECOMENDACIONES:

- Se sugiere realizar un proceso de intervención terapéutica que se centre en mitigar la sintomatología que altera su funcionamiento
- Derivación a psiquiatría

## V. PLAN DE TRATAMIENTO

### Formulación de plan de tratamiento general

**NOTA:** Se realiza la derivación a psiquiatría para valorar la pertinencia de medicación que mitigue los síntomas fisiológicos

### Propuesta de abordaje psicoterapéutico.

<b>Sesión 1</b>	<b>Psicoeducación</b>
Duración	45 minutos

Objetivo	Evaluar problemática general del paciente Identificar los objetivos de la terapia Hacer consciente los síntomas ansiosos y depresivos
<b>Sesión 2</b>	<b>Relajación</b>
Duración	45 minutos
Objetivo	Medir los síntomas fisiológicos en una escala del 1 al 10 Realizar relajación muscular y valorar a través de una ficha de registro la percepción sintomatológica después de ella.
<b>Sesión 3</b>	<b>Reestructuración cognitiva</b>
Duración	45 minutos
Objetivo	Identificar los pensamientos automáticos negativos PAN Establecer alternativas que permitan a los PAN ser más adaptativos y consistentes con la realidad.

<b>Sesión 4</b>	<b>Reestructuración cognitiva</b>
Duración	45 minutos
Objetivo	Identificar creencias intermedias y creencias centrales Trabajo en la detección de situaciones activadoras
<b>Sesión 5</b>	<b>Reestructuración cognitiva</b>
Duración	45 minutos
Objetivo	Modificar creencias intermedias y centrales

	Establecer alternativas adaptativas a las situaciones activadoras
<b>Sesión 6</b>	<b>Mindfulness</b>
Duración	45 minutos
Objetivo	Reorientar la atención hacia el presente, mitigando la presencia de pensamientos intrusivos Valorar la sintomatología fisiológica
<b>Sesión 7</b>	<b>Habilidades de regulación emocional</b>
Duración	45 minutos
Objetivo	Bajo el enfoque DBT se busca que el paciente sea consciente de las emociones que experimenta y tenga la capacidad de regularlas, para ello se le enseñarán técnicas específicas

<b>Sesión 8</b>	<b>Reevaluación (21 días después)</b>
Duración	45 minutos
Objetivo	Valorar la efectividad de las técnicas empleadas Medir la intensidad de la sintomatología actual
<b>Sesión 9</b>	<b>Sesión de mantenimiento</b>
Duración	45 minutos
Objetivo	Búsqueda de pensamiento automáticos y creencias irracionales Inclusión de nuevos esquemas cognitivos saludables.
<b>Sesión 10</b>	<b>Seguimiento (1 mes después)</b>

Duración	45 minutos
Objetivo	Valorar la evolución de los síntomas fisiológicos y cognitivos. Determinar la necesidad de establecer nuevas sesiones de trabajo.

### **Justificación metodológica**

Esta propuesta de plan de abordaje se encuentra basada en Morgan et al (2017) y Arias (2018) quienes revisaron en profundidad la eficacia de técnicas cognitivas en el tratamiento del trastorno mixto ansioso depresivo, en ambos estudios los resultados fueron positivos, demostrándose que la intensidad de síntomas de ansiedad y depresión se redujeron sustantivamente y esta reducción se mantuvo a lo largo de las diferentes sesiones de seguimiento en un plazo de 6 meses. Adicionalmente, se encontró que el 70% de pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso depresivo que siguieron una línea de tratamiento similar (basado en los mismos principios y técnicas) experimentaron una remisión de los síntomas clínicamente significativa.

## REFERENCIAS

(OMS). (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. WHO. World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxietytreatment/es/>

(OMS). (2017). La OMS informa sobre la prevalencia de la depresión en el mundo. Recuperado el 13 de septiembre de 2017, de <http://www.unmultimedia.org/radio/spanish/2017/02/oms-informa-sobre-laprevalencia-de-la-depresion-en-el-mundo/#.WbIP88jyIU>

(Organización Panamericana de la Salud). (2012). Salud en las Américas, 282. Recuperado de [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=202&Itemid=](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=202&Itemid=)

(Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)). (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Recuperado el 13 de septiembre de 2017, de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-masfrecuente&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-masfrecuente&Itemid=1926&lang=es)

Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Ávila González, M., González García, A., Guitián Rodríguez, D., De las Heras, E., ... Triñanes, Y. (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 21–223.

American Psychological Association (APA). (2002). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Barquín, S., García, R., & Barquín, C. S. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47–60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>

Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2015). Texto Introductorio de Psiquiatría

Campos, A. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC., 9,10.

Campos, M. S., & Martínez-Larrea, J. A. (2012). Trastornos afectivos: Análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(SUPPL. 3), 117–136

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., Cenea, R., & Berasategui, T. (2006). Tratamiento del trastorno de ansiedad-depresión mixta: resultados a largo plazo. *Psicoterapia conductual y cognitiva*, 34(1), 95–101. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002511>

García, A., & Gastelurrutia, M. (s/f). Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión, 1–52.

Garrido Picazo, M. M. (2008). Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 34(8), 407–410. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)72349-](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(08)72349-9)

Gonçalves-Estella, F., González-Rodríguez, V. M., & Vázquez-Castro, J. (2008). Atención primaria de calidad: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad.

<https://doi.org/M-36.013-2008>

Silván, C. M. (s/f). Trastorno Mixto Ansioso Depresivo: Síntomas, Causas y Tratamiento - Lifereder. Recuperado el 9 de agosto de 2017, de

<https://www.lifereder.com/trastornomixto-ansioso-depresivo/>

Tiller, J. (2013). Depresión y ansiedad. Revista médica de Australia, 199(6), S28–

S31.<https://doi.org/10.5694/MJA12.10628>

Vanegas, Germán; Velecela, José; Yanza, Á. (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". Universidad de Cuenca. Recuperado de [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3681/1/MED\\_175.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3681/1/MED_175.pdf)

## ANEXOS



**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

### DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo Yuly Cáterin Rojas Huamán, identificado (a) con DNI N° 45560332 egresada de la escuela profesional de Psicología, (vengo/habiendo) implementando/implementado el proyecto de investigación titulado "CASO CLÍNICO DE TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO", en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 22 de noviembre 2022.



Apellidos y nombres: Yuly Cáterin Rojas Huamán  
**Responsable de investigación**



**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada “CASO CLÍNICO DE TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO”, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por el investigador responsable: “Yuly Cáterin Rojas Huamán”

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo, 10 de octubre 2022.



*Yuly Cáterin*

(PARTICIPANTE)

Apellidos y nombres: Y.G.A.C

N° DNI: 46154133

1. **Responsable de investigación**  
 Apellidos y nombres: Rojas Huamán Yuly Cáterin  
 D.N.I. N° 45560332  
 N° de teléfono/celular: 979772669  
 Email: [yulyrojashuaman@gmail.com](mailto:yulyrojashuaman@gmail.com)  
 Firma: .....
  
2. **Responsable de investigación**  
 Apellidos y nombres: .....  
 D.N.I. N° .....  
 N° de teléfono/celular: .....  
 Email: .....  
 Firma: .....
  
3. **Asesor(a) de investigación**  
 Apellidos y nombres: .....  
 D.N.I. N° .....  
 N° de teléfono/celular: .....  
 Email: .....  
 Firma: .....