

Perder para crecer: un estudio de caso

Vásquez Hernández, Angélica

2021

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4976>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



PERDER PARA CRECER: UN ESTUDIO DE CASO

DIRECTOR DEL TRABAJO
DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

ANGÉLICA VÁSQUEZ HERNÁNDEZ

Puebla, Pue.

2021

Resumen

El objetivo de este trabajo es la sistematización de un caso clínico de una paciente que acude a la clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla (UIA), quien refiere haber experimentado ataques de pánico, así como la presencia de un duelo no resuelto, además de mantener una relación de codependencia con la madre. Se propone para éste caso un tratamiento terapéutico desde el enfoque sistémico, con una duración de 10 sesiones de 50 minutos, implementando diferentes técnicas de intervención como preguntas circulares, reencuadre, excepción, psicoeducación, redefinición del problema, connotación positiva y reestructuración. De igual modo se complementa el tratamiento con técnicas cognitivo conductuales para el trabajo de la ansiedad. Como resultado se encontró una disminución de los puntajes en las escalas aplicadas periódicamente a lo largo del proceso psicoterapéutico, al final del cual, realizando un análisis cualitativo, se concluye que no se vuelven a presentar ataques de pánico, la muerte y el duelo cambian de perspectiva hacia la aceptación, su comportamiento tiende más hacia la individualidad y madurez. Por lo que se concluye que el tratamiento tuvo resultados positivos para el bienestar físico y mental de la paciente.

Palabras clave:

Psicoterapia, ataque de pánico, codependencia, duelo, modelo sistémico, estudio de caso clínico, TCC.

Abstract

The aim of this paper is the systematization of a clinical case related to a patient that attends the clinic of Orientation, Psychotherapy and Meaningful Learning (OPTA) of the Iberoamericana University in Puebla (UIA). The patient has panic attacks, a grief without resolution, and a codependent relationship with her mother. The treatment is inclined to a systemic therapy focus, with 10 sessions of 50 minutes.

The psychological techniques applied are: circular questioning, reframing, exception, psychoeducation, problem redefining, positive connotation, and restructuring. Also, the treatment is complemented with cognitive behavioral techniques as support for anxiety.

As a result, there is a decrease in the scores of the evaluations applied at the beginning of the sessions. From a qualitative point, the patient has not had panic attacks, the death and grief are an accepted topic, and she is approaching a more mature and independent behavior.

The conclusion is positive, for the patient has favorable changes to the physical and mental well being.

Key words:

Psychotherapy, panic attack, codependency, grief, Systemic therapy, clinical case study, CBT.

Índice

I. Introducción	1
1. Descripción general	1
2. Supervisión clínica	2
3. Sistematización de experiencias	2
4. Trastorno de angustia sin agorafobia	3
5. Duelo	3
6. Funcionamiento familiar	5
Objetivo general y específicos.	6
II. Datos de identificación	6
III. Motivo de consulta	7
IV. Técnicas e instrumentos de evaluación	7
V. Diagnóstico clínico	9
VI. Formulación del caso clínico	10
VII. Elección del tratamiento	13
VIII. Implementación del tratamiento	17
IX. Resultados	22
Resultados cuantitativos	22
Resultados cualitativos	25
X. Factor del terapeuta	28
XI. Discusión	29
XII. Referencias	32

Índice de tablas

Tabla 1: Cinco fases del duelo propuestas por Kübler Ross	4
Tabla 2: Descripción de técnicas cognitivo conductuales	13
Tabla 3: Descripción de técnicas del modelo sistémico	15
Tabla 4: Descripción del tratamiento	18

Índice de figuras

Figura 1: Genograma paciente C	12
Figura 2: Escala global	22
Figura 3: Escala enojo rasgo	23
Figura 4: Inventario de Depresión de Beck	24
Figura 5: Inventario de Ansiedad de Beck	25
Figura 6: Criterios para el diagnostico de crisis de pánico o crisis de angustia	29
Figura 7: Criterios para el diagnostico de trastorno de angustia sin agorafobia	30

I. Introducción

1. Descripción general.

En el presente documento se presenta la sistematización de un estudio de caso llevado a cabo en el periodo Otoño 2019 en la clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla (UIA), bajo un modelo Psicoterapéutico Sistémico, incluyendo técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, para el tratamiento de trastorno de angustia sin agorafobia y la elaboración de duelo. El trabajo terapéutico estuvo bajo supervisión por una titular con amplia experiencia en psicoterapia y un equipo de trabajo.

De manera teórica se recopila información sobre antecedentes de tratamientos terapéuticos para sintomatología de ataques de pánico y la elaboración del trabajo de duelo.

Para entender todo el proceso, es importante mencionar en qué consiste la supervisión, los beneficios de la sistematización, la base biológica y psicológica del trastorno de angustia sin agorafobia, las etapas del duelo y los factores que pueden beneficiar o perjudicar al individuo conforme a su funcionamiento familiar.

Es importante nombrar los instrumentos de evaluación psicométrica utilizados para la medición de cambios, el desarrollo del tratamiento detallando las principales técnicas empleadas, la descripción de las sesiones otorgadas, así mismo se describe de manera cuantitativa y cualitativa los resultados de la intervención, mencionando las fortalezas y áreas de oportunidad de la persona del terapeuta que pueden influir en el proceso, cerrando con la discusión y recomendaciones finales.

La documentación de los tratamientos terapéuticos desde el enfoque sistémico es escasa, por lo tanto, se busca con este trabajo plantear nuevos datos sobre los beneficios que otorga el modelo para esta sintomatología.

2. Supervisión clínica.

El objetivo principal de la supervisión es orientar al terapeuta en función, para ganar autoconfianza, comprensión de si mismo y del proceso del cliente. Esta ocurre cuando el psicoterapeuta se siente estancado durante el tratamiento, recurriendo a un supervisor en busca de orientación.

La función del supervisor principalmente se divide en enseñanza y rol de terapeuta, de este modo se puede corregir las habilidades y estrategias terapéuticas, aclarar dudas, otorgar recursos teóricos para comprender mejor el problema, pero también invitar al entrenado a realizar autoexploraciones o a trabajar algún tema en específico en su proceso terapéutico (de Lebl, 2000).

3. Sistematización de experiencias.

La sistematización es un proceso de recuperación de información teórica-práctica de la práctica formativa, lo que permite cualificar la experiencia con el fin de expresar nuevas propuestas (Ghiso, 2001). De esta manera se puede producir conocimiento, tanto para la persona que hizo la práctica como para informar los resultados, permitiendo poder mejorar en virtud de la experiencia base (Ruiz, 2001). En este caso, se recopila la información de una práctica terapéutica, transcribiendo el proceso de cambio de un paciente.

Jara (1996) propone tres principales aportes de sistematizar, en primer lugar ayuda a tener una mejor comprensión de la experiencia que se realizó, en segundo lugar, compartir la información y enseñanzas con otras prácticas similares, además de aportar información teórica de los conocimientos adquiridos a través de una práctica.

4. Trastorno de angustia sin agorafobia.

El trastorno de angustia con o sin agorafobia se encuentra dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad, teniendo una alta incidencia en la atención sanitaria. Se ha reportado que los pacientes que presentan este tipo de sintomatología son los que principalmente buscan ayuda profesional, pero a pesar de ello se encuentran dificultades para su detección (Monterde y Casado, 2015).

Esto debido a que los síntomas descritos por el paciente se presentan en otras enfermedades médicas, como lo son: el cansancio, taquicardia, sudoración, mareo, sensación de asfixia, náuseas, hormigueo, escalofrío, entre otros, causando un gran malestar físico y psicológico (Ibáñez, 2006).

De acuerdo a varias investigaciones (Barlow, 2002) se ha conceptualizado que los ataques de pánico tienen relación con personas que presentan un bajo umbral de respuesta fisiológica, llamada vulnerabilidad biológica, esto predispone a responder con hipervigilancia ante los cambios corporales internos, provocando una reacción de vulnerabilidad psicológica que consiste en la sensación de pérdida de control y el bloqueo de la percepción de las habilidades de solución. Basado en estas estructuras se han realizado intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual que han sido exitosas para esta sintomatología (Álvarez y Heman, 2019).

5. Duelo.

El ser humano está en una constante de pérdidas, tanto materiales como inmateriales, entre ellas la pérdida de un ser querido, un evento que en la mayoría de las ocasiones se vive de manera traumática, de manera que conlleva una afectación física y mental (Yoffe, 2013).

Kübler Ross (1969) encontró que el proceso de la elaboración de un duelo se divide en 5 etapas, negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Estas pueden ser vividas tanto de manera lineal como saltarse o regresar a una.

Tabla 1:

Cinco fases del duelo propuestas por Kübler Ross (Miaja y Moral de la Rubia, 2013)

Etapa	Definición
Negación	Dificultad en la aceptación y el reconocimiento del suceso.
Ira	Se presentan emociones dirigidas hacia el enojo, como la rabia, envidia, resentimiento y hostilidad. Se redirige a los otros, a un presunto culpable o a Dios. También se puede presentar en forma de culpa.
Negociación	En esta etapa, generalmente se realizan muchas preguntas tratando de comprender y darle un sentido a la pérdida, en consecuencia, se pueden tener pensamientos de cómo se pudo evitar la muerte del ser querido.
Depresión	En este momento la emoción predominante es la tristeza, una sensación de vacío y dolor. Se comienza a comprender la pérdida.
Aceptación	Se reconoce la pérdida y el dolor existente, no se buscan culpables. Existe una resignificación de la situación. Se da la oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del otro.

Nota: Elaboración propia.

Es importante reconocer que no todas las pérdidas conllevan una crisis, existen condiciones como el tipo de muerte y rituales culturales que favorecen la elaboración del duelo.

En caso de que el tipo y contexto de la pérdida provoque una crisis o en duelos crónicos e incompletos es necesaria la intervención terapéutica, es ahí donde se necesita revisar el malestar físico del paciente, su expresión de sentimientos en torno a la situación, el nivel de conciencia de la experiencia y las adaptaciones que esta conlleva para la vida futura. Por ende, permite mejorar el bienestar físico, emocional y social de la persona (Espina, Gago, Pérez, 1993).

6. Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar es definido desde el enfoque sistémico como el proceso de interacción entre los miembros, esto quiere decir que de acuerdo con diferentes aspectos como lo son las relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías, roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones de cada miembro pueden favorecer o perjudicar la calidad de vida.

El sistema familiar es uno de los pilares en el desarrollo personal y social, el cual se encuentra en un dinamismo constante, el ciclo vital de la familia puede orientarnos para conocer que acontecimientos van acorde a cada etapa, cuando estos no son asumidos se generan conflictos y problemas con la salud mental (Vargas, 2014).

El ciclo del modelo de Geyman (1980 citado por Irogoyen, 2006), se compone de cinco fases, la de matrimonio (comienza por la unión de dos personas y concluye con el nacimiento de su primer hijo), expansión (se incorporan nuevos miembros a la familia), dispersión (inicia la etapa de adolescencia de los hijos), independencia (los hijos mayores comienzan a formar una nueva familia), y por último la fase de retiro y muerte donde se enfrenta el desempleo, jubilación, viudez y el abandono.

Objetivo general

Sistematizar un estudio de caso, en práctica clínica supervisada, desarrollado en el OPTA de la UIA.

Objetivo general terapéutico

Generar cambios enfocados a la mejora de los aspectos psicológicos y físicos de la paciente.

Objetivos terapéuticos específicos

- Disminuir los síntomas de ansiedad.
- Proveer herramientas para el control ante un ataque de pánico.
- Promover límites en la relación con su madre.
- Facilitar la elaboración del duelo.
- Mejorar la calidad de sueño.

II. Datos de Identificación

La paciente C del sexo femenino con edad de 31 años, es soltera, originaria de la ciudad de Puebla.

Estudió la licenciatura en Turismo y la maestría en administración. Actualmente es agente de viajes, tiene su propia empresa, pese a que aún no cuenta con oficinas trabaja desde casa.

Es hija única, actualmente radica en Puebla con su padre y madre, ambos se dedican al arte, específicamente a la pintura, laboran en el Barrio del Artista, cada uno cuenta con su propio estudio.

III. Motivo de consulta

La paciente C acude al OPTA el día 2 de octubre del 2019, refiriendo que el 30 de mayo murió su novio, en consecuencia, a principios de septiembre presentó un ataque de pánico, constantemente siente miedo a que las personas cercanas y conocidas también mueran, o incluso ella misma.

Comenta que durante ese año ha vivido diferentes circunstancias estresantes, como la muerte de su tía aproximadamente medio mes antes de acudir a sesión, ella radicaba en casa de C por ser una persona de edad avanzada. Llega a pensar que la vida le está poniendo todos estos eventos por una razón, por ello tiene que descubrir el para qué.

Anteriormente ella había acudido a psicoterapia con varios terapeutas, con una terapeuta se estrechó el lazo como una amistad por tanto tuvo que terminar el proceso, posteriormente acudió a una fundación, donde su madre a la par del proceso de la paciente, también acudía a psicoterapia. En estos casos el motivo de acudir a terapia fue por problemas con la relación con su madre, puesto que manifiesta que tenían constantes discusiones a consecuencia de que no congeniaban bien.

IV. Técnicas e instrumentos de evaluación

La paciente fue evaluada por medio de entrevista clínica, para conocer su motivo de consulta e historia clínica, de esta forma se puede plantear una hipótesis y una intervención basada en su ambiente psicosocial.

De igual modo se utilizaron cuatro pruebas psicométricas para tener datos con validez y confiabilidad estadística, estos instrumentos son aplicados a todos los pacientes en conformidad

con el protocolo del OPTA, durante la primera sesión, quinta y décima sesión. Ayudando a esclarecer si existe avance en el proceso terapéutico.

1) Escala Global: Mide el grado de afectación en el funcionamiento en diferentes áreas de la vida de una persona como: laboral, escolar, social (familia, amigos, pareja) y salud (física y sexual). Estas áreas son puntuadas del 1 al 6, siendo 1: “nada”, 2: “casi nada”, 3: “poco”, 4: “regular”, 5: “mucho” y 6: “muchísimo”. Un ejemplo de reactivo es: Mi relación con mi familia está siendo perjudicada. (Alcázar, 2012).

2) Inventario de Depresión de Beck: Valora la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Compuesto por 21 ítems relacionados con síntomas depresivos como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (p/e: fatiga, pérdida de peso y apetito sexual). Se marca con una “X” del 0 al 3 la respuesta con mayor puntaje es la de mayor sintomatología. Los reactivos son estandarizados para población mexicana, con una consistencia interna del .87. Un ejemplo de reactivo es: (0) No me siento triste, (1) Me siento triste gran parte del tiempo, (2) Me siento triste todo el tiempo, (3) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. Cuando se obtienen de 0 a 9 puntos se considera una depresión Mínima, Leve de 10 a 16 puntos, Moderada de 17 a 29 y Severa cuando hay un puntaje que va de 30 a 63 puntos (Beck, Steer y Brown 2006).

3) Inventario de Ansiedad de Beck: Mide la ansiedad clínica y el estado de ansiedad prolongada. Consta de 21 reactivos adaptados a la población mexicana, con una confiabilidad de .83. Se marca con una “X” la respuesta del 0 al 3, siendo la de mayor puntaje mayor sintomatología. Un ejemplo de reactivo es: “¿Cuánto te ha molestado cada síntoma la última semana, inclusive

hoy?: Con temblor en las piernas, En absoluto (0), levemente (1), Moderadamente (2), Severamente (3). Los puntajes de 0 a 15 puntos se consideran una ansiedad mínima, de 6 a 15 puntos Leve, de 16 a 30 puntos Moderada y de 31 a 63 ansiedad Severa (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988).

4) Escala de Enojo Rasgo: Es una prueba validada en México por Alcázar, et.al. (2011), con una confiabilidad de alfa de Cronbach del .83. Permite la medición de la propensión de la persona a experimentar enojo a través del tiempo y las situaciones. Las respuestas van del 1 al 4, (1) casi nunca, (2) algunas veces, (3) frecuentemente y (4) casi siempre. Un ejemplo de reactivo es: Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado. El puntaje se clasifica de 10 a 16 Bajo, de 17 a 22 Promedio y de 23 a 40 Alto (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999).

V. Diagnóstico clínico

El diagnóstico se estableció en base al sistema multiaxial del DSM-IV-TR (APA, 2002), donde el eje I considera aspectos psicopatológicos, el eje II los trastornos de la personalidad, el eje III si existe alguna enfermedad médica, el eje IV enlista los problemas psicosociales y el eje V es la evaluación de la actividad global.

Eje I: F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]

Eje II: Z03.2 No hay diagnóstico, características de personalidad dependiente [V71.09]

Eje III: Gastritis y colitis

Eje IV: Fallecimiento de su novio, problemas de salud en la familia, sobreprotección de la madre, insatisfacción laboral.

Eje V: EEAG= 60 (en el ingreso)

VI. Formulación del caso clínico

La paciente C es una mujer de 31 años, de tez clara, con el cabello negro, largo y rizado, alta, delgada, con ojos almendrados oscuros y labios delgados. Generalmente viste prendas con bordados artesanales.

Anteriormente acudió a psicoterapia por problemas en la relación con su madre en una fundación, donde la consulta era económica, menciona que constantemente le estaban cambiando de terapeuta, lo que la hacía sentir que no podía avanzar, ante la desesperación de este hecho y las recientes pérdidas decide buscar ayuda en otro lugar y por medio de una amiga psicóloga llega a consulta al OPTA, teniendo como principal tema la muerte de su tía y su novio.

Durante el proceso de psicoterapia C vivía con su madre y padre, siendo hija única. En una casa propia en la ciudad de Puebla casi colindando con Tlaxcala, sus padres están casados y sin historial de separaciones, un año antes su tía, hermana de su madre, vivía con ellos, comenta que era una persona muy independiente desde joven, con un carácter difícil y apartada de la familia, vivía sola en un departamento pero al ser una persona mayor un día tuvo un accidente encontrándola herida, por ende se tomó la decisión de llevarla a vivir con ellos, la convivencia en casa no era muy cercana, era como si no estuviera, sin embargo esta dinámica cambió aproximadamente un mes antes de fallecer, dado que empezó a enfermar y entre los padres y C tuvieron que cuidarla.

El padre es una persona que juega el rol de autoridad débil, la paciente lo describe como un hombre muy tranquilo, dedicado a su trabajo de artista, al cual no le gustan los conflictos de modo que prefiere no hablar durante una pelea, retirarse o bien darle por su lado a la persona opositora.

Su madre por otro lado es una persona con autoridad fuerte, la paciente C la considera conflictiva, voluble e irritable. La paciente en varias ocasiones juega el papel de intermediaria en

los conflictos en los que su madre se ve involucrada, ya sea con su padre, con los vecinos o con sus amigas, frecuentemente cuando la madre de C está enojada se desquita con ella o le pide que se ponga de su lado, la manipula diciendo que ella es la madre y por ser la madre puede tener razón en todo, por tanto los conflictos de ella son conflictos de toda la familia, de manera que la paciente también debe de cargar con ellos.

Al parecer la pareja se lleva bien cuando la paciente se va de viaje por su trabajo, realizan actividades juntos y no aparecen conflictos constantes. Aunque esto cambia cuando la paciente se encuentra en casa, observa que la madre es exigente con el padre, él tiene que hacer todo como la madre lo dice, lo etiqueta como alcohólico sin tener conductas que puedan definir alguna adicción, además de que se irrita con mayor facilidad. De cierto modo la madre busca establecer una coalición con la hija en contra del padre, si la hija busca salir de este pacto y ponerse del lado del padre la madre enfurece y la castiga, frecuentemente dejando de hablarle o reprochándole que está en una casa que no es suya.

La paciente C al escuchar este tipo de comentarios, en diferentes ocasiones ha tratado de salir de casa, cuando se pone el tema en la mesa, la madre entonces reacciona de manera manipuladora generalmente con comentarios dando a entender que ya no le importa, que la va a abandonar y eso no es de “buenas hijas”. Generalmente la madre le dirige mensajes de doble vínculo, que provocan confusión en la paciente.

De igual modo la madre juega un rol importante en el desarrollo de la madurez según a la edad de su hija, la paciente refiere que su madre le pone límites en los horarios de salidas con sus amigos, si la excluye de una reunión o viaje se ofende, no contempla los tiempos laborales e interrumpe para pedirle que la acompañe a donde tenga que ir, se inscribe a las clases extracurriculares donde su hija asiste, le ordena lo que “tiene” y lo que “no puede hacer”, estas actitudes nos muestran que la paciente se encuentra inmersa en una familia rígida, con un sobre

involucramiento afectivo rozando la simbiosis en la relación madre-hija. Es importante aludir que este cambio de actitudes se dio en el último año de universidad, un suceso que marca el fin de una etapa de un hijo, donde la madurez e independencia es mayor.

Por otro lado, su pareja sentimental durante 4 años contaba al morir con 46 años de edad, diferencia de edad que generaba conflicto constante con su madre, ella no aprobaba la relación. El padre era amigo de él, debido a que también se dedicaba al arte de la pintura, estudió psicología, no obstante, no era su principal fuente de ingresos. La paciente C relata que fue una relación armónica, donde en algunos momentos si se habló de un futuro juntos, a pesar de ello, ella siempre presintió que no iba a ser de ese modo, pues reflexionaba sobre la diferencia de edad y como podría afectar esto si decidieran tener hijos en un futuro, en muchas ocasiones deseó terminar la relación, pero no tenía la fuerza para tomar la decisión. Esta relación parece ser que le aseguraba no tener que salir de casa, dado que ella no planeaba dar un siguiente paso con él. Este hecho puede hacer visible su miedo a crecer y dejar el nido.

A continuación, se presenta el genograma de la familia (figura 1). Esta herramienta tiene el objetivo de poder visualizar el sistema para facilitar el análisis y la comprensión del problema.

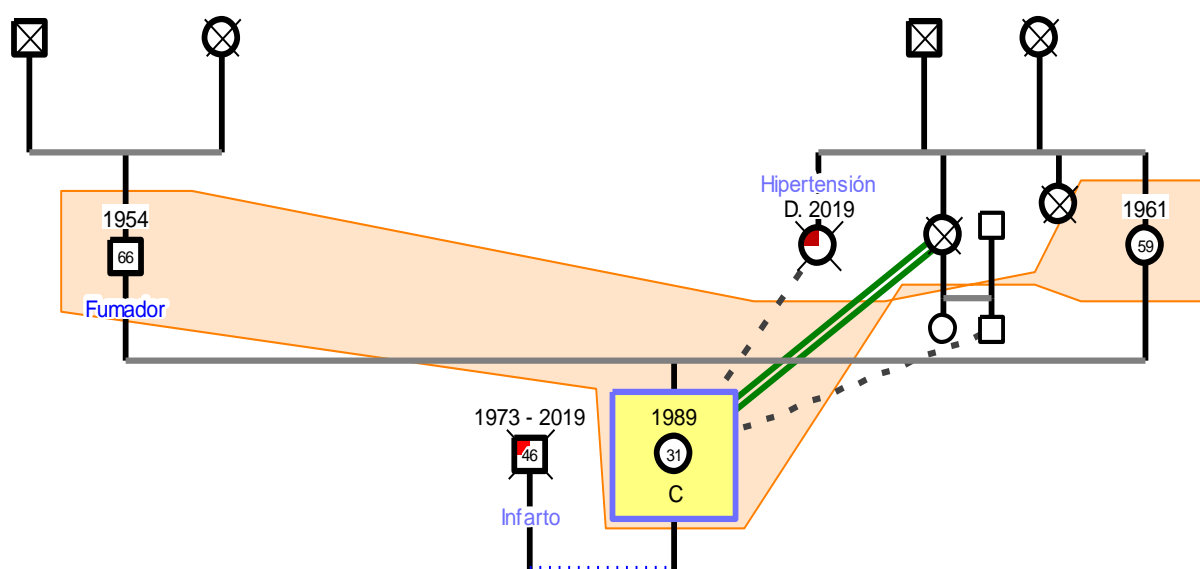


Figura 1: Genograma paciente C.

VII. Elección del tratamiento

El tratamiento terapéutico diseñado para la paciente C se enfocó principalmente en la aplicación del modelo sistémico y la inclusión de técnicas cognitivo conductuales en base a los objetivos específicos, considerando que dentro de estos se encuentra disminuir los síntomas de ansiedad a causa de los duelos recientes y el miedo a la muerte como parte de estas experiencias, de igual forma procurarle psicoeducación para que pueda tranquilizarse y disminuir un ataque de pánico en caso de volver a presenciarlo, promover límites en la relación con la madre en busca de su independencia, asimismo mejorar la calidad del sueño.

Las técnicas cognitivo conductuales (tabla 1) aplicadas tienen una base empírica, en diferentes metaanálisis se ha demostrado que la sintomatología de ansiedad, ataques de pánico y la calidad del sueño pueden verse afectadas positivamente, la mejoría es rápida y los logros se mantienen a largo plazo, aunque aún existe un margen de mejora, en su aplicación se encuentra la necesidad de tratamiento adicional, por lo que en este caso se acompañó con terapia sistémica (Dusseldorp, Spinhoven, Bakker, van Dyck y van Balkom, 2007).

Tabla 2:

Descripción de Técnicas cognitivo-conductuales

Técnica	Definición
Relajación muscular progresiva de Jacobson	Esta técnica ayuda a reconocer la unión entre la tensión muscular y mental, mostrando que al liberarse uno se libera al otro. Los pasos de aplicación consisten principalmente en dos:

	<p>El primero radica en tensionar y luego relajar diferentes grupos de músculos en todo el cuerpo, con la finalidad de reconocer un estado de tensión y otro de relajación muscular. Al sentir el cuerpo en relajación se prosigue con el paso dos, donde se debe relajar la mente, tratando de mantener en blanco o en una escena positiva (UNC,2016).</p>
Entrenamiento en distracción.	<p>La finalidad de la técnica de distracción es combatir la focalización en las sensaciones corporales. Se le pide a la paciente realizar diferentes actividades para centrarse en ellas en vez de la sintomatología, como lavarse las manos, realizar numeraciones, recordar eventos agradables o escribir (Espada, Van der Hofstadt y Galván, 2007).</p>
Reestructuración cognitiva	<p>El objetivo de la aplicación de esta técnica es aprender a identificar y corregir las distorsiones en el pensamiento, principalmente los relacionados al incremento de la sintomatología de ansiedad. Se le enseña a C a interpretar sus pensamientos como hipótesis en vez de hechos. Observando si existe evidencia si el pensamiento y respuesta está siendo racional ante la situación provocadora, un ejemplo sería la interpretación de la sensación de mareo con desmayarse, a cambiar este pensamiento con “me siento mareada, pero esto no quiere decir que me desmayaré o moriré, puedo realizar mis</p>

ejercicios de respiración o salir a tomar aire fresco”
(Amodeo,2017).

Psicoeducación

Este recurso se enfoca en otorgar información técnica que el terapeuta considere necesaria para que la paciente pueda comprender su sintomatología, es importante que estos datos se adecuen al nivel de entendimiento y comprensión de cada persona. De igual modo se puede corregir información errónea que la paciente haya leído o escuchado con respecto a su problema (Amodeo,2017).

Nota: Elaboración propia

Por otro lado, la aplicación de técnicas sistémicas (tabla 2) tienen una base teórica correspondiente al modelo sistémico, su principal objetivo es clarificar la comprensión del sistema, desde ubicar en que etapa del ciclo vital (Haley, 1976) se encuentra la paciente para saber si el problema que está presentando es normativo de la etapa, asimismo comprender la estructura, subsistemas, límites, jerarquías o alianzas en la familia (Minuchin, 2009).

Las principales técnicas aplicadas en este caso son:

Tabla 3:

Descripción de Técnicas del modelo sistémico

Técnica	Definición
Preguntas circulares	La aplicación de esta técnica nos facilita entender el síntoma desde la perspectiva de otras personas o miembros de la familia y no solo la de la paciente (López Baños,

	<p>Manrique Solana, y Otero, 1990). Al mismo tiempo ayuda a recoger y al mismo tiempo introducir información en el sistema, formular y validar hipótesis, crear nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos para desencadenar nuevas posibilidades (Boscolo y Bertrando, 1987).</p>
Reencuadre	<p>Cuando se habla de la técnica de reencuadre significa que el terapeuta lleva a cabo un proceso mediante el cual se reubica el problema experimentado en otro marco conceptual o emocional, de este modo se modifica todo su sentido, otorgándole a la paciente una realidad alternativa, asociándose nuevos significados a los hechos (García Martínez, 2013).</p>
Redefinición del problema	<p>Al utilizar la técnica de redefinición, se busca proponer un encuadre alternativo, esto consta de modificar la interpretación que la paciente tiene hacia el síntoma, no se pretende subestimarlos ni interpretarlos positivamente, si no de verlo como algo solucionable (Trujillo, 2014).</p>
Connotación positiva	<p>Esta técnica consiste en atribuir un significado positivo a un síntoma o conducta considerada como negativa, tanto por la paciente como por el sistema. Con la finalidad de resaltar su funcionalidad y recursos. Cuando se cambia un sistema de valores es muy probable que se reaccione de</p>

manera diferente (Retana y Munguía, 2010)

Excepción

Para poner en práctica esta técnica, el terapeuta se debe interesar en las conductas, percepciones, ideas, sentimientos y circunstancias en que el problema o queja disminuye o no aparece, conjuntamente indagar cuales fueron dichas acciones que se llevaron a cabo que pueden conducir hacia una solución. Las excepciones se pueden encontrar en 3 diferentes tiempos:

- Antes de iniciar la terapia
- Entre el momento de concertar la cita y acudir al lugar.
- Una vez iniciado el proceso, dándoles el nombre de avances o cambios terapéuticos (García Martínez, 2013).

Nota: Elaboración propia

VIII. Implementación del tratamiento

El proceso de psicoterapia estuvo conformado por 10 sesiones de 50 minutos con una periodicidad semanal, la paciente no tuvo ninguna falta, empero en algunas sesiones llegó entre 10 a 15 minutos tarde, dando inicio el 2 de octubre de 2019 para finalizar el 3 de diciembre del mismo año. Durante el proceso se realizó una supervisión en vivo, el trabajo terapéutico fue supervisado por la Mtra. Teresa Badía Julián Ruíz.

A continuación, se describe: el objetivo general, un breve resumen, y la técnica más representativa empleada en cada sesión.

Tabla 4:

Descripción del tratamiento

Sesión	Objetivo	Resumen de la sesión	Técnica
1	Motivo de consulta.	Ansiedad y ataque de pánico después de la muerte de su novio y tía.	Preguntas circulares
2	Proceso de duelo.	Se ha sentido tranquila tras la muerte de su novio, siempre se sintió entre la espada y la pared entre su pareja y su mamá. Siente culpa por la emoción que tiene.	Reencuadre
3	Profundizar en el tipo de relaciones	Veía temporal la relación con su pareja, al ser mayor no creía formar una familia con él, la madre sale al tema por las acciones dependientes que tiene hacia ella.	Preguntas circulares
4	Relación con la madre	Observa que cuando ella sale de viaje por su trabajo, sus padres están más tranquilos, realizan actividades juntos y cuando ella está su madre se vuelve muy protectora con ambos y hay más discusiones.	Reencuadre
5	Límites	Le cuesta decir no a las personas, porque no quiere que se enojen con ella y además no sabe en que momento la otra persona morirá y se quedara con la sensación de lo pude haber hecho.	Excepción

6	Etapas del duelo	Se culpa por no estar llorando siempre a como los demás esperarían que estará, al ser la pérdida de su pareja sus amigos le dicen que es una persona fuerte o que si no quería a su novio porque no la ven llorar, ni en cama; se hace psicoeducación sobre las etapas del duelo y se afirma que cada persona vive su duelo como quiere sin estereotipos y que eso no quita los sentimientos que ella haya tenido hacia su pareja.	Psicoeducación
7	Infantilismo	Refiere sentirse atrapada en una edad de 25 años, observando las acciones que tiene tanto ella como su madre.	Redefinición del problema
8	Ansiedad	Durante esta sesión reconoce que el incremento de estrés y ansiedad tiene relación con que ella interviene en los problemas de su madre, cuando la mamá tiene un conflicto la que tiene que ser intermediaria o resolver el conflicto es ella.	Preguntas circulares
9	Relación con el padre	Se da cuenta que no puede hacer nada porque sus padres no mueran, que el estar cuidándolos y al pendiente de ellos, solo le ha generado un estrés muy grande afectando su salud física y mental.	Reestructuración
10	Cierre	Se agradece el proceso, se siente feliz de que por primera vez la den de alta y que le refuerce que ya cuenta con las herramientas para mantener un cambio.	Connotación positiva

Nota: Elaboración propia

Durante el tratamiento se vivieron varios diálogos representativos para el crecimiento y la resolución del problema de la paciente C, en los párrafos siguientes se describirá un fragmento relevante de la sesión 7, llevada a cabo el 13 de noviembre de 2019. C llegó angustiada debido a que su madre se había estado sintiendo triste, irritable y la manipulaba frecuentemente. El objetivo de la sesión fue abordar la hipótesis de que tanto su madre como ella no querían que la paciente siguiera creciendo.

La paciente refirió, que su madre empezó a tener conductas de control y a manipularla sentimentalmente desde aproximadamente 10 años cuando ella iba en el último año de universidad, que es precisamente la etapa donde la paciente empezaba a mostrar mayor independencia en razón a que entraba a la etapa de la adultez.

En esta sesión se utilizó la técnica de “redefinición del problema” con el objetivo de darse cuenta de la edad mental con la que está dirigiendo su vida. Esto facilita que pueda empezar a realizar cambios que la orienten hacia un comportamiento acorde a su edad y pueda asimilar la vida desde otra perspectiva.

Durante esta, la paciente reconoce que no se siente de la edad que tiene actualmente y redefine las actitudes y cambios que tiene que hacer para lograr la independencia.

- **Paciente:** Mi mamá parece una niña berrinchuda, no es nada tolerante, creo que le faltó vivir alguna experiencia donde viviera sola o lejos de su familia. Yo cuando me fui a vivir a otro estado maduré mucho.
- Terapeuta: ¿De cuántos años te sentías en esa época?
- **Paciente:** De mi edad, de 20 años.
- Terapeuta: ¿Actualmente de cuántos años te percibes?

- **Paciente:**... umm en realidad me siento muy estancada, como de 25 años, no me imaginaba que a los 30 estaría viviendo aún con mis papás, tal vez ya me habría casado o haciendo mi vida profesional de otro modo.

- Terapeuta: ¿Qué hace falta para que te sientas de tu edad, de 30 años?.

- **Paciente:** Algunas personas me han dicho que me veo más chica por como me arreglo, cuando me visto más formal y me arreglo si me veo acorde a mi edad.

Se puede observar que la paciente reconoce sentirse de menor edad a la que tiene, se siente “estancada” y que no puede independizarse. Le es tan familiar esta situación que no encuentra respuesta a cómo podría actuar para sentirse mayor, solo responde que las personas le han dicho que se ve de menor edad por como se viste. Se deja de tarea un experimento para observar diariamente como se siente con ropa más formal y como influye ese cambio en su vida.

IX. Resultados

Resultados cuantitativos

Al finalizar el proceso terapéutico se recopilan los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas durante las diez sesiones, arrojando los siguientes datos:

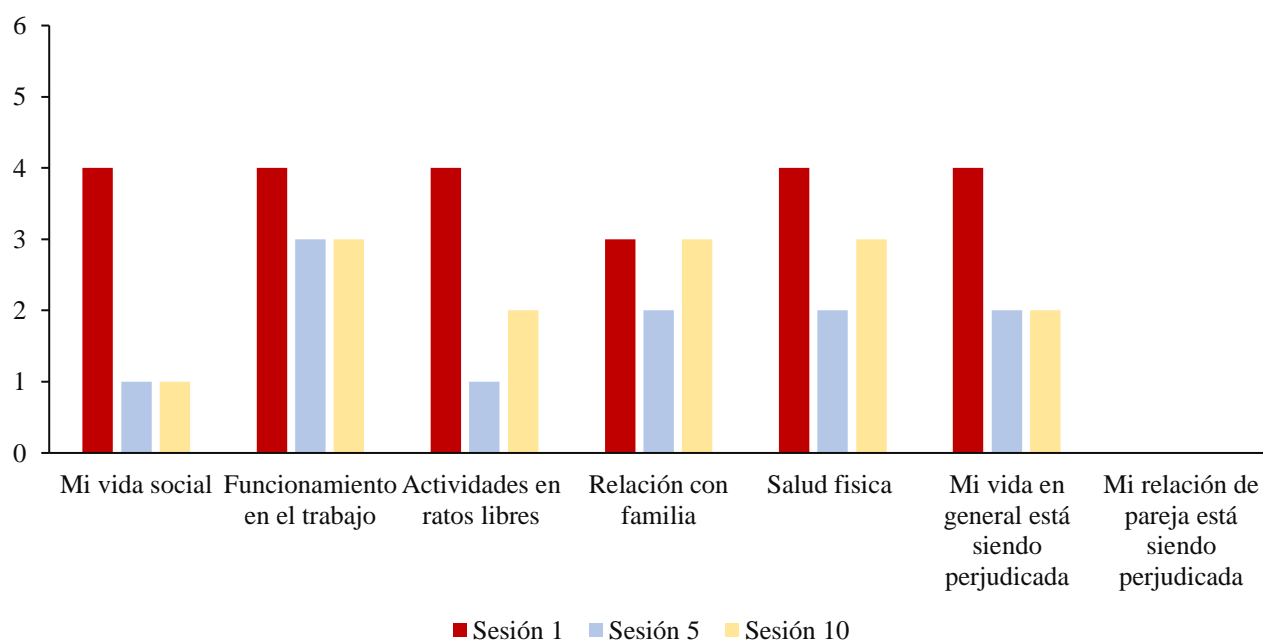


Figura 2: Escala global.

Es importante mencionar que el apartado de pareja se muestra vacío en la figura 2 a causa de que en aquel momento no aplicaba ese rubro. Como se puede observar la paciente al llegar al OPTA percibe los síntomas con un puntaje alto, afectando todas las áreas de su vida. Para la sesión 5 se ve una disminución en la percepción de la afectación, en la sesión 10 algunas áreas se muestran con los mismos puntajes de disminución de la sesión 5, en el caso donde se ve un incremento no se puede considerar como un resultado significativo, el puntaje no se considera alto, el máximo en la prueba es 6.

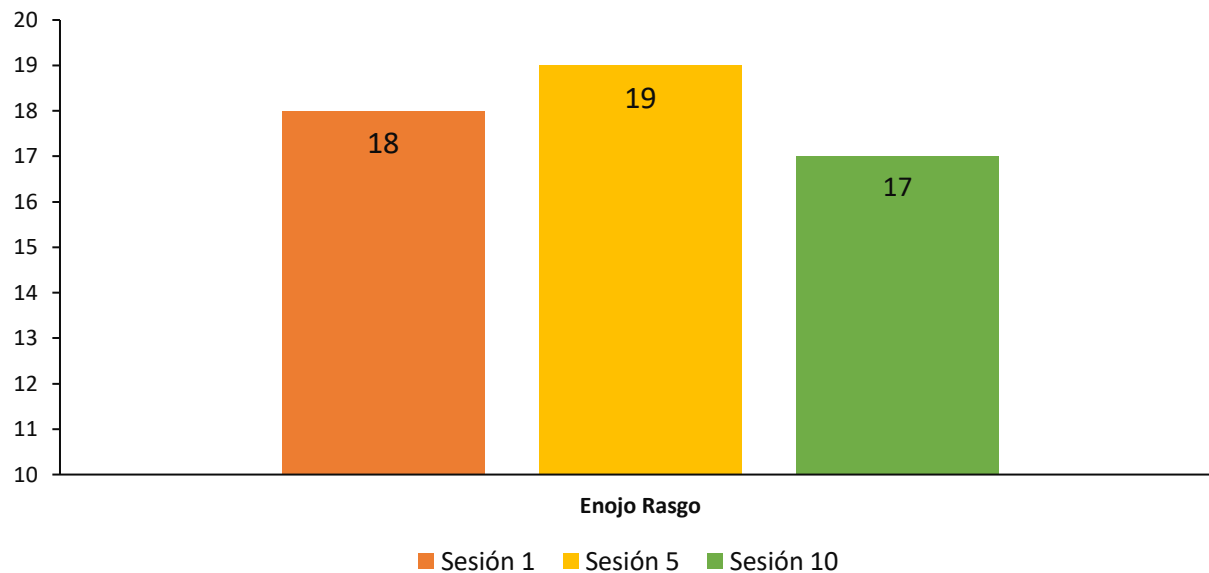


Figura 3: Escala de Enjojo Rasgo.

Los resultados que arroja la Escala de Enjojo Rasgo (figura 3), muestra puntajes constantes y sin cambios significativos, no obstante, esta puntuación se localiza dentro del rango considerado como bajo. Una explicación que se puede dar es que desde el ingreso la emoción del enojo no se presenta como una problemática por ese motivo no es considerado durante el tratamiento.

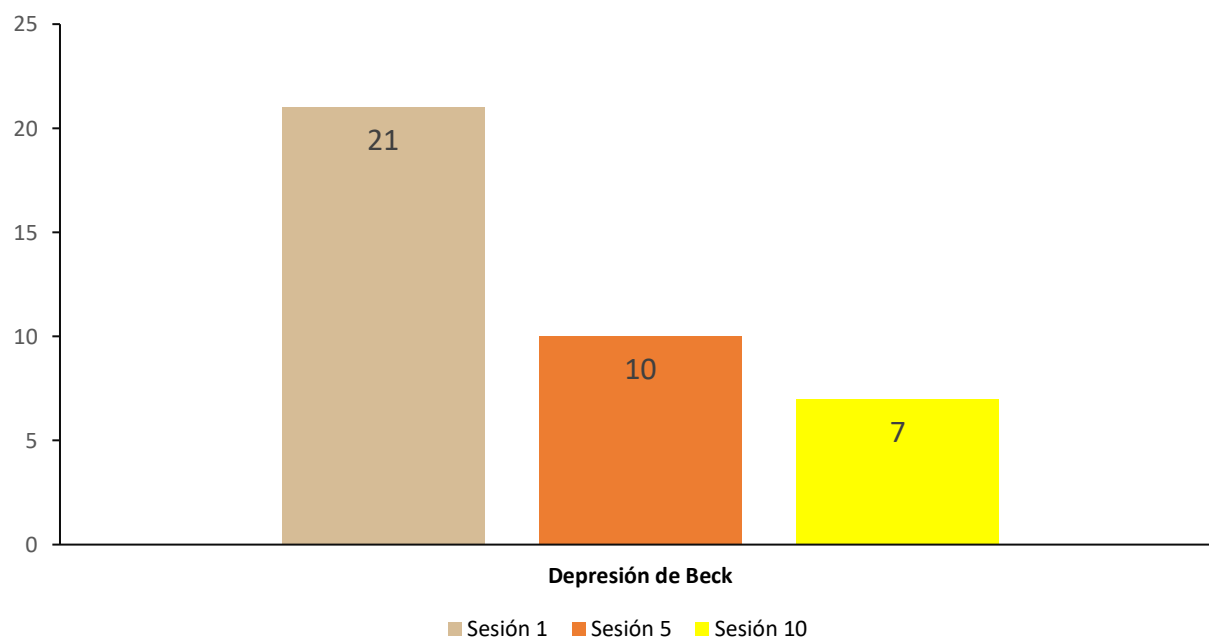


Figura 4: Inventario de Depresión de Beck.

De acuerdo con los resultados del Inventario de Depresión de Beck la paciente C muestra una considerable disminución, al ingreso el puntaje se encuentra en un rango de depresión moderada, para la sesión 5 y 10 vuelve a reducir, ambos resultados se encuentran dentro del rango de puntuación más bajo, considerándose una mínima repercusión.

La sintomatología depresiva fue un foco de atención para el tratamiento psicológico, al ser el duelo la razón por la que se busca ayuda se considera tener como objetivo la mejoría del estado de ánimo, mediante la aplicación de diferentes técnicas para el trabajo de la pérdida se logró alcanzar una mejoría, cuantitativamente se observa en la figura 4.

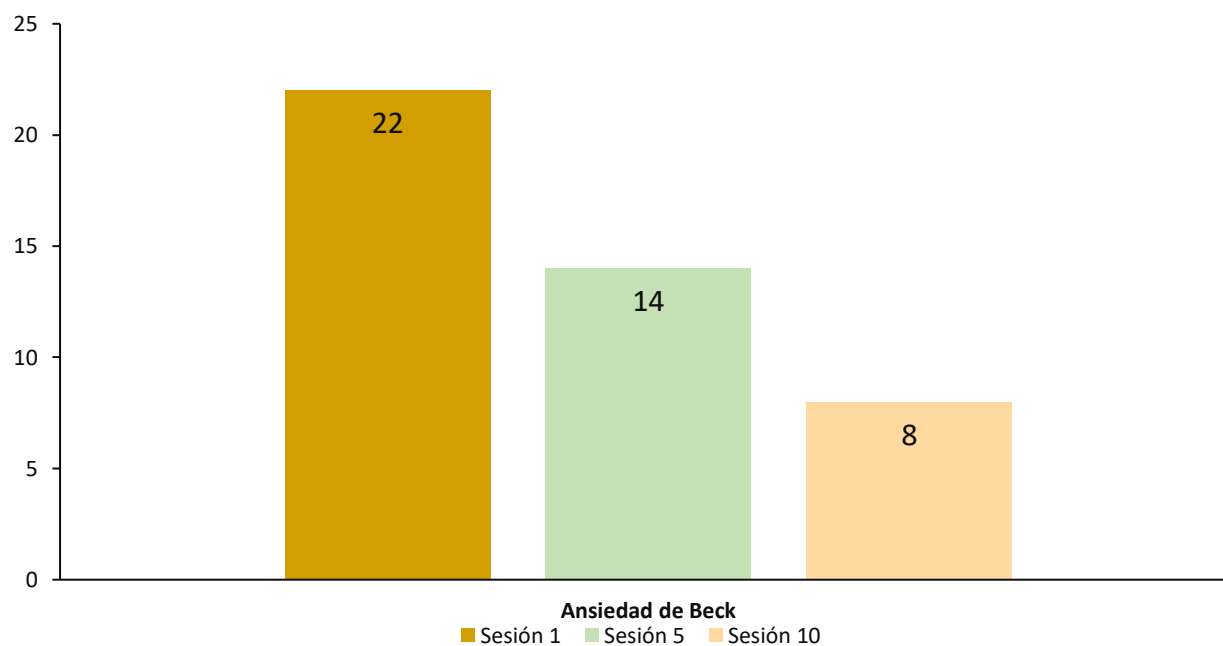


Figura 5: Inventario de Ansiedad de Beck.

Acorde a los resultados que arroja el Inventario de Ansiedad de Beck (figura 5), se muestra que la paciente llega con un puntaje de ansiedad moderado, para la sesión 5 disminuye considerablemente, 14 puntos se consideran muy bajo, de modo que para la sesión 10 una suma de 8 nos indica que existe una gran mejoría en su estado anímico, la sintomatología ansiosa no

interfiere en su vida diaria. Cabe recordar que C llega a consulta por un ataque de pánico, mediante las sesiones se implementaron diferentes técnicas para poder identificar cuando se incrementaba la ansiedad y de este modo frenarla, conjuntamente con el trabajo del duelo y la independencia se pudo obtener este impacto.

Resultados cualitativos

Al ser un estudio de caso se puede reportar los datos cualitativos obtenidos a través de la observación y expresión, la paciente C demuestra cambios durante y al final del tratamiento con duración de 10 sesiones, los más representativos se enlistarán en la parte inferior.

- Durante el proceso de psicoterapia no vuelve a presentar ataques de pánico, cuando empezaba a sentir que los síntomas de ansiedad incrementaban frenaba con técnicas de respiración y escritura.
- Al inicio de sesión C reporta que sentía un gran malestar al pensar que sus padres pudieran enfermar, con la presencia de un mínimo síntoma o dolor la paciente tenía pensamientos catastróficos de muerte, acompañando a sus padres al médico para cerciorarse de que acudían, como fueron pasando las sesiones al hablar de este tema se observa que no se presentan altos síntomas de ansiedad, esto se comprueba por medio de la presencia de un dolor de espalda en su padre, teniendo lugar en las fechas cercanas al cierre, ella acepta que su padre acuda por el mismo al médico sintiéndose tranquila con la decisión, representando esta acción la reestructuración de la jerarquía familiar.
- Otra acción similar a la anteriormente referida era llamar y checar constantemente que sus padres estuvieran bien, durante el día cuando ellos no se encontraban en casa o en

el negocio o en el caso de que ella tuviera que salir le era de vital importancia asegurarse de que ellos se encontraban bien, al finalizar las sesiones la paciente durante todo el día no realizaba ninguna llamada, aceptaba que la seguridad y el bienestar de sus padres no podía controlarse de ese modo, se aceptó la idea de que la vida es efímera y no estaba en sus manos poder cambiarlo.

- Por otro lado, cuando C llega a consulta por la muerte de su novio, expresaba que tenía sentimientos encontrados, le generaba culpa sentir bienestar por la muerte de él, la relación le causaba frecuentemente conflictos con su madre, ella no estaba conforme que él fuera años mayor que C, expresaba que se sentía como si estuviera entre la espada y la pared. A la vez la paciente sentía tristeza ante la muerte de su pareja, el presentar emociones que podrían parecer contrarias se cuestionaba sobre su vivencia con el duelo, asimismo las personas cercanas esperaban que ella se deprimiera haciéndole comentarios que ella percibía como hirientes al no percibirla de ese modo. Con el trabajo de duelo, psicoeducación y empatía, la paciente logra estar tranquila por sentir estas emociones, entiende que está viviendo un duelo sano, donde ella podía seguir siendo activa a pesar de las circunstancias.
- Ante el tema de la independencia de la relación con su madre, una forma de cortar la manipulación que ejercía sobre ella era al usar su auto, de esta manera la madre sentía tener el derecho del tiempo de C, este tema les causaba conflicto continuamente, igualmente servía como medio de agresión de la madre hacia su hija, durante el transcurso de las semanas la paciente empieza a dejar de utilizar el auto para viajar en camión, esta acción al ser algo novedoso ocasiona que en varias ocasiones llegue tarde

a sesión, no obstante al ser un cambio para su crecimiento no es sancionada la acción y se le otorga la consulta con el tiempo estipulado.

- Otra manera de mostrar su madurez e individualidad es planeando un viaje con un amigo, al principio le causaba miedo los comentarios negativos que podría recibir por parte de sus amigos o padres, anteriormente por este hecho prefería no realizar la acción para no llevar la contraria a su familia, durante sesión se aprendió a poner límites en cuanto a ella como persona adulta como a los deseos de sus padres, principalmente con la madre, tomando la responsabilidad que conlleva tomar una decisión.
- En las sesiones finales surge la idea de independizarse, rentar un lugar para vivir y trabajar, reconoce que el ambiente familiar podría mejorar al pasar tiempo ella sola, sus padres muestran tener una mejor relación cuando ella sale de viaje, además de reducir los conflictos con la madre, la decisión aún no estaba tomada puesto que estaba valorando el aspecto económico y siendo frenada por los prejuicios de la madre hacia este tema, sin embargo se observa que se empieza a movilizar un cambio hacia la separación del nido.

X. Factores del terapeuta

El rol que el terapeuta desempeña durante el proceso juega un papel de suma importancia para crear una relación terapeuta-paciente positiva o negativa, influyendo en la eficacia del tratamiento. Se ha observado que la mezcla de diferentes factores puede contribuir en el avance del paciente, en atención a lo cual en este caso se trabajó para que esta relación fuera cercana y de compromiso (Santibáñez et al., 2008).

Las principales fortalezas que la terapeuta ha ido desarrollando a lo largo de la práctica y el estudio se contemplan la escucha activa, empatía, aceptación incondicional y atención plena.

Las sesiones estuvieron basadas en la ética, con un alto compromiso y confidencialidad, asimismo existía una contratransferencia positiva con la paciente.

Otros aspectos relevantes que la terapeuta pudo agregar para que el avance y el tratamiento mostrara resultados exitosos es el conocimiento del área tanatológica, en virtud de que la terapeuta cuenta con un diplomado en este tema. En el área personal, el desarrollo de la independencia desde temprana edad, viviendo sola desde los 18 años, por ello se pudo reflejar un rol de madurez congruente a su edad de 25 años.

Por otro lado, en las áreas de oportunidad se encontró una posible confluencia en el aspecto de ser hijas únicas, falta de conocimiento en la intervención del modelo sistémico y en la aplicabilidad de diferentes técnicas, ejercer un rol más directivo, limitada experiencia en la psicoterapia, cabe mencionar que este es uno de los primeros casos atendidos por la terapeuta en función, por ese motivo es factible que haya puntos ciegos del problema de la paciente. Sin embargo, se contó con la orientación de la supervisora y del equipo terapéutico para disminuir la probabilidad de que se presentaran o de poder verlos para trabajarlos.

XI. Discusión

En este estudio de caso el objetivo terapéutico fue generar cambios enfocados a la mejora de los aspectos psicológicos y físicos de la paciente, esto siendo cumplido al final del tratamiento. Se puede demostrar lo anteriormente dicho mediante los resultados obtenidos cuantitativamente como de manera cualitativa.

En las escalas se observa una disminución de la sintomatología de depresión y ansiedad, si bien al inicio del tratamiento no se contaba con puntajes alarmantes, estando en una valoración de sintomatología moderada, a lo largo de las sesiones se redujo, ayudando a que la paciente pudiera encontrarse mejor anímicamente, además de reducir las complicaciones físicas, como los problemas estomacales y los propios que los ataques de pánico presentan (figura 6), conforme a los criterios del DSM-IV-TR.

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Figura 6: Criterios para el diagnóstico de crisis de pánico o crisis de angustia, adaptado de Asociación de Psiquiatras Americanos (APA)., (2002), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR*. Barcelona: Masson.

Durante el tratamiento la paciente refiere poder detectar a tiempo las crisis de angustia y de esta manera controlar su máxima expresión. Por lo que de acuerdo al Manual de Diagnóstico DSM IV TR, ningún criterio diagnóstico para el Trastorno de angustia sin agorafobia se vuelve a presentar (figura 7).

Al contar con la psicoeducación de la sintomatología del ataque de pánico y poder prevenirlo, la preocupación de C por las consecuencias o el miedo a tener una crisis disminuye considerablemente.

- A. Se cumplen 1 y 2:
1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
 2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
 - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- B. Ausencia de agorafobia.
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Figura 7: Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia sin agorafobia, adaptado de Asociación de Psiquiatras Americanos (APA)., (2002), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR. Barcelona: Masson.

En cuanto a la elaboración del duelo, la paciente expresa en repetidas ocasiones las emociones que le causa el fallecimiento de su novio, se dejan rituales para la despedida inconclusa que existió por el tipo de pérdida, se reduce la preocupación excesiva por el tema de la muerte a

través de que C resignifica la experiencia como la oportunidad de poder mirar que la vida es efímera, decide disfrutar y hacer lo que ella desea buscando su bienestar, además de dejar que la vida fluya sin temor a la pérdida de alguien.

Worden (1997) plantea que en el proceso terapéutico se debe ayudar al paciente a identificar y expresar sus sentimientos, debido a que posiblemente en ese momento no pueda reconocerlos. Estos son el enfado, culpa, ansiedad y la impotencia. En el caso de C, la culpa y la ansiedad eran los más visibles, en el trabajo de la culpa y al aceptar las emociones contradictorias como tristeza y alivio que presentaba pudo disminuir la preocupación que le causaba no sentirse intensamente triste o no quedarse en cama todo el día como los demás lo esperaban.

Una técnica propuesta por este mismo autor y utilizada en el tratamiento fue la escritura, Worden (1997) expone que de este modo se expresan pensamientos y sentimientos pendientes que necesitan ser dichos. Esto facilita realizar un significado personal hacia la experiencia.

Es indispensable para ir cerrando con los temas tratados en C, recordar que una persona codependiente necesita dar continuamente para no sufrir culpabilidad, ansiedad, enojo, miedo, o temor (Rodríguez, 2018).

Al empezar la paciente a poner límites con su madre, y solo dar cuando ella se siente cómoda o le es posible. Se puede observar a C como una persona independiente y que va en camino hacia la madurez al finalizar el tratamiento.

Este estudio se vio limitado, al contar con solo 10 sesiones, por lo que se propone implementar mayor número de reuniones, con la finalidad de contar con mayor tiempo para cubrir a fondo los temas que a la paciente le afectan.

Para concluir, la importancia de la sistematización de este caso es otorgar información que pueda ser relevante para la práctica de terapia sistémica en sintomatología similar.

XII. Referencias

- Alcázar-Olán, R., (2012). *Escala Global*. Puebla: UIA (Inédito).
- Álvarez, H. y Heman, A., (2019). Intervención cognitivo conductual en un caso de ataques de pánico. *Revista de casos clínicos en salud mental*. (1), 79-92.
- Amodeo, S. (2017). *Estudio de la eficacia de un tratamiento psicológico breve en la disminución de la sensibilidad a la ansiedad en pacientes con trastorno de pánico*. Madrid: UAM.
- Asociación de Psiquiatras Americanos (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR*. Barcelona: Masson.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (6), 893-897
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1987). *La terapia sistémica de Milán*. A. Roizblatt, Terapia familiar y de pareja, 224-243.
- De Lebl, B., (2000). Supervisión clínica. *Revista Ciencia y Cultura*, (8), 87-95.
- Dusseldorp, E., Spinhoven, P., Bakker, A., van Dyck, R., y van Balkom, A.J. (2007). Which panic disorder patients benefit from which treatment: cognitive therapy or antidepressants? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(3), 154-61.
- Espada, J., Van der Hofstadt, C., y Galván, B. (2007). Exposición en vivo y técnicas cognitivo-comportamentales en un caso de ataques de pánico con agorafobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 217-232.

- Espina, A., Gago, J., y Pérez, M., (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 4(13), 77-87.
- García Martínez, F. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago: RIL editores.
- Ghiso, A., (2001). Sistematización de experiencias en Educación popular. Memorias Foro: Los contextos Actuales de la Educación Popular. Medellín, Colombia.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar feliz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ibáñez, A., (2006). Pronóstico de los trastornos de ansiedad. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 7(2),16-20.
- Irigoyen, A., (2006). *Nuevos Fundamentos de medicina familiar*. México: Editorial Medicina familiar mexicana.
- Jara, O., (1996). *Tres posibilidades de sistematización: comprensión, aprendizaje y teorización*, Bogotá, Colombia: Aportes 44.
- Kübler-Ross, E., (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- López Baños, F., Manrique Solana, R., y Otero, S. (1990). Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10(33), 203-220.
- Miaja, M., y Moral de la Rubia, J., (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Monterde, N., y Casado, M., (2015). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico. *Revista de Casos Clínicos en Salud*

Mental, (1), 1-17.

Moscoso, M. S y Spielberger, C. D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica [Evaluation of the experience, expression, and control of anger in Latin America]. *Psicología Contemporánea*, 6, 4-13.

Retana, P. y Munguía J. (2010). *La connotación positiva*. Costa Rica: UNELA.

Rodríguez, A., (2018). *Codependencia y ansiedad en mujeres* (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Ruiz, L., (2001). *La sistematización de practicas*. OEI.

Santibáñez, P., Román, M., Chenevard, C., Claudia, Espinoza, A., Irribarra, D., y Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.

Trujillo, H. (2014). Connotación positiva, redefinición y reencuadre [Entrada en blog]. Reestructurarte. Recuperado de <http://reestructurarte.blogspot.com/2014/02/connotacion-positiva-redefinicion-y.html>

UNC Health care. (2016). *Progressive Muscle Relaxation Patient Education: Side Effect and Symptom Management Series*. Carolina del Norte, Estados Unidos: UNC.

Vargas, H., (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medica Herediana*, 25(2), 57-59.

Worden, W.,(1997) *El tratamiento de duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Yofee, L., (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Unifé*, 21(2), 129-153.