



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 21 No. 1

Marzo de 2018

# PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN UN CASO DE TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE

Daniella Isabel Rodríguez-Alejo<sup>1</sup>, Marianna Cisneros-Ramos<sup>2</sup> y Laura Alicia Robles-Cedeño<sup>3</sup>

Facultad de Psicología  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
México

### RESUMEN

El objetivo del presente artículo era el de mostrar la eficacia que tiene el uso de la psicoterapia integrativa en alteraciones del estado de ánimo. La intervención empleada estuvo compuesta por elementos de la terapia cognitivo conductual, de las terapias sistémicas, programación neurolingüística e hipnosis ericksoniana y se aplicó en una paciente femenina de 18 años que cumplía con los criterios del DSM 5 para un trastorno depresivo persistente. La intervención tuvo una duración de 10 sesiones en las cuales se identificó una importante mejoría en la percepción que la paciente tenía de sí misma y de la forma en la cual se desenvolvía en sus contextos familiar y escolar. Los resultados obtenidos manifiestan una mejoría importante en la percepción de la paciente sobre su problemática en función de la pregunta escala y una puntuación de felicidad percibida adecuada para su edad. Lo anterior, favorece el objetivo principal del artículo pues al emplear diversas estrategias terapéuticas se pudo diseñar una terapia que fue adecuada a las necesidades de la paciente.

<sup>1</sup> Universidad de Monterrey (UDEM), Preparatoria Unidad San Pedro (USP)  
Av. Morones Prieto 4500 Pte. Col. Jesús M. Garza, San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P. 66238, México. Correo Electrónico: [psi.daniellarodriguez@gmail.com](mailto:psi.daniellarodriguez@gmail.com)

<sup>2</sup> Estudiante de la Maestría en Terapia Breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Facultad de Psicología (FAPSI) Av. Universidad S/N Ciudad Universitaria, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, C.P. 6451, México. Correo Electrónico: [mariannacr4@gmail.com](mailto:mariannacr4@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Facultad de Psicología (FAPSI)  
Av. Universidad S/N Ciudad Universitaria, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, C.P. 6451, México. Correo Electrónico: [robleslaura98@hotmail.com](mailto:robleslaura98@hotmail.com)

**Palabras Clave:** Psicoterapia Integrativa, Terapia Cognitivo Conductual, Terapias Sistémicas, Programación Neurolingüística, Hipnosis Ericksoniana, Trastorno Depresivo Persistente

## INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY ON A CASE OF PERSISTENT DEPRESSIVE DISORDER

### ABSTRACT

This study aims to show the efficacy of integrative psychotherapy on mood disorders. The intervention applied was composed by elements of cognitive behavioral therapy, systemic therapies, neuro-linguistic programming and ericksonian hypnosis and was applied on an 18-year-old female patient who fulfill the criteria of a persistent depressive disorder on DSM 5. The intervention was formed by 10 sessions and it was identified an important improvement in the self-perception of the patient and the way she interacts with her environment as familiar as scholar. The results also show an improvement in the ways the patient comprehended her problem in relation with the scale question and in the subjective happiness scale. This favors the main objective of this article because, by using different therapeutic strategies, it could be designed an appropriated therapeutic program to the patient's needs.

**Key Words:** Integrative Psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Systemic Therapies, Neuro-Linguistic Programming, Ericksonian Hypnosis, Persistent Depressive Disorder

El Trastorno Depresivo Persistente, también conocido como Distimia, es una alteración del estado de ánimo que se presenta de manera crónica y que se encuentra caracterizada por la manifestación de un estado de ánimo depresivo que se ha manifestado durante al menos dos años, salvo en niños y adolescentes. Tiene como principales características la manifestación de alteraciones en su patrón de alimentación, cambios en el patrón de sueño, disminución de la energía, alteraciones en la concentración o problemas para la toma de decisiones y sentimientos de desesperanza (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

De acuerdo a Jiménez-Maldonado, Gallardo-Moreno, Villaseñor-Cabrera y González-Gallardo (2013) dicha alteración ha sido menormente estudiada en contraste con la depresión mayor a pesar de que en dichas alteraciones los pacientes se quejan de problemas en su funcionamiento en actividades sociales, laborales y educativas. Asimismo, dichos autores mencionan que la alteración

puede tener un inicio desde la infancia y que tiene menos posibilidades de detonar en un intento suicida, además de que tiene un pronóstico positivo una vez que se inicia un tratamiento.

La investigación ha reportado que existen diversos elementos que pueden actuar como factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad. De acuerdo a lo propuesto por Klein y Santiago (2003) la existencia de familiares directos con episodios de depresión mayor o con algún trastorno de personalidad actúan como predisponentes. Cuando un menor vive con padres con cuadros de depresión mayor tiene mayores probabilidades de desarrollar un trastorno del estado de ánimo como consecuencia de las dificultades que se generan en el estilo parental y la resolución de conflictos familiares; así como en el desarrollo de esquemas cognitivos sobre la realidad que se vive.

En función de las intervenciones, se ha identificado que el uso de la psicoterapia tiene resultados adecuados en el tratamiento de los trastornos depresivos persistentes. En este caso, las estrategias de la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal y la terapia de apoyo han mostrado un efecto positivo en los síntomas como la desesperanza y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Jiménez-Maldonado et al., 2013). Melrose (2017) menciona que alteraciones del estado de ánimo, como el trastorno depresivo persistente, puede verse tratado a través de la psicofarmacología y de la psicoterapia. Además, Carro y Sanz (2015) agregan que cuando se trata de intervenciones psicológicas, sobre todo desde perspectivas como la cognitivo conductual se requieren entre 12 y 16 sesiones cuando se trata de alteraciones del estado de ánimo.

Sin embargo, una dificultad se manifiesta al momento de escoger la intervención que se realizará en el paciente pues originalmente los terapeutas realizaban sus abordajes en función de una perspectiva teórica determinada. Los modelos clásicos de psicoterapia proponen estrategias y planes de intervención que responden a los modelos teóricos ante los cuales se conceptualiza el problema del paciente. Sin embargo, la investigación ha identificado elementos muy particulares que detonan cuestionamientos en relación a cuál modelo es mejor que el otro (Preston, 2003).

Preston (2003) menciona que diversos estudios identificaron que la psicoterapia es efectiva, pero que no existe una diferencia significativa a la hora de comparar los resultados mediante el uso de diversos enfoques terapéuticos. Garfield (1997) comparó intervenciones desde la terapia cognitivo conductual, la terapia breve psicodinámica y la terapia breve integrativa, y descubrió que todas las intervenciones generaban resultados positivos y que, además, eran pocas las diferencias significativas al momento de comparar la efectividad entre cada una de ellas. Asimismo, Van Rijn y Wild (2013) realizaron una comparación entre intervenciones desde la perspectiva de la psicoterapia Gestalt, la terapia centrada en el cliente y la psicoterapia integrativa [en este caso en particular desde la corriente psicodinámica y la teoría humanista], identificando que en general la efectividad de las intervenciones no manifestaba una diferencia clínicamente significativa entre ellas.

Se considera que la efectividad generalizada de la psicoterapia no se encuentra meramente determinada por el enfoque de intervención, sino más bien por los puntos de convergencia entre ellos. De acuerdo a Preston (2003) las características comunes más representativas son: a) la capacidad para contagiar esperanza y transmitir expectativas que son realistas, b) la transmisión de la información, c) el proveer la habilidad de identificar experiencias de bienestar y satisfacción, y d) la confrontación con la realidad al invitarle a examinar las situaciones, acontecimientos y relaciones que vive; entre otros. De este modo, el identificar puntos de intersección entre los diversos paradigmas teóricos, dan la posibilidad de generar un metaparadigma de los enfoques ya existentes (Hollanders, 1999).

Yalom (1995 en Preston, 2003) menciona que gran parte de la efectividad de una intervención depende de las características personales con las que cuenta el terapeuta y con su estilo de interacción, de modo que independientemente de la corriente empleada estas variables son decisivas para el éxito terapéutico. Asimismo, Babl et al. (2016) mencionan que es la comprensión de la complejidad del ser humano la que actúa como un elemento clave en las intervenciones terapéuticas pues inclusive el mismo paciente puede tener otras maneras de

enfrentar diferentes problemas de su vida, siendo entonces necesario un modelo de intervención que sea adaptado al paciente y no al enfoque teórico; de modo que esperar que una corriente teórica pueda responder a todas las necesidades de un paciente es utópico (Preston, 2003). Por lo anterior, Balb et al. (2016) agregan que aún y cuando un terapeuta se encuentre formado en un enfoque teórico se ve en la necesidad de buscar elementos de otras perspectivas teóricas con la finalidad de sanar los huecos de la perspectiva sobre la cual fue formado, de modo que convierte a sus intervenciones en terapias integrativas.

Las terapias integrativas tienen la característica de que los terapeutas emplean sus propios recursos de conocimiento sobre las diversas teorías, enfoques y procedimientos con la finalidad de generar una intervención que responda de manera particular a cada caso. De este modo, se emplean acercamientos desde diversas escuelas de la psicología para conseguir su cometido adaptando así la terapia al paciente y no adaptando al paciente a la terapia (Garfield, 1997; Preston, 2003). Como consecuencia de las adaptaciones al proceso, y aunque la investigación reporta que no existen diferencias significativas entre las modalidades de intervención, Van Rijn y Wild (1993) identificaron que en realidad una de las consecuencias principales de este uso de terapias es la generación de mayor adherencia al tratamiento en aquellos pacientes que recibieron terapia integrativa.

Se ha identificado que este tipo de intervenciones pueden ser empleadas de manera exitosa en diversas alteraciones emocionales. Gersons, Carlier, Lamberts y van der Kolk (2000) y Gerson y Schnyder (2013) emplearon una intervención para tratar sintomatología de estrés postraumático desde una visión integrativa que se conformaba de estrategias cognitivas conductuales como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, las tareas para casa y la imaginación guiada, así como un acercamiento desde la perspectiva psicodinámica y el uso de estrategias de las terapias sistémicas como lo son los rituales. Los resultados reportaron una mejoría importante una vez que se finalizó el tratamiento y en el seguimiento realizado a los participantes. Asimismo, Guajardo y Cavazos (2013) identificaron que la integración de modelos, desde la perspectiva cognitivo conductual y la

perspectiva centrada en soluciones, es efectiva cuando se emplea para intervenir en casos de violencia. Gáldamez (2015), por su parte, identificó la efectividad de la integración de los modelos cognitivo conductual y centrado en soluciones para la intervención en un caso de depresión, mientras que Sánchez y Téllez (2016) emplearon estrategias tanto de las técnicas hipnóticas ericksonianas como de la terapia centrada en soluciones para el tratamiento de abuso sexual.

Aún y cuando se han encontrado estrategias de intervención efectivas desde la modalidad integrativa por su particular característica de responder a las necesidades particulares de los pacientes, es necesario el generar mayor información y sustento para este tipo de modalidades con la finalidad de comprobar la efectividad que tiene en el proceso terapéutico.

### *Objetivo*

El objetivo del presente artículo es el de proporcionar evidencias de la eficacia del uso de la terapia integrativa en un caso de trastorno depresivo persistente. Se busca que el lector conozca una forma diferente en la cual se pueden integrar estrategias de la *terapia cognitivo conductual* (conceptualización del caso, uso de tareas para casa y técnicas de autocontrol), de las *terapias sistémicas* (uso de excepciones, preguntas escala, elogios, estilos de preguntas, externalización, preguntas a futuro y rituales), de la *programación neurolingüística* (técnica del círculo de la excelencia) y de la *hipnosis ericksoniana* (uso de la pausa regenerativa ultradiana, manejo del trance hipnótico para las proyecciones a futuro y el uso de la regresión para sanar heridas de la historia del paciente) en alteraciones del estado de ánimo.

## MÉTODO

### Descripción del caso

La paciente P.D. es una joven de género femenino y que contaba con 18 años al momento en el cual se inició la intervención. La paciente acudió en búsqueda de apoyo psicoterapéutico a la clínica de servicios psicológicos de una universidad en el estado de Nuevo León, México.

La paciente vive junto con sus padres y con una de sus hermanas (figura 1) y es actualmente estudiante de 4to semestre en una facultad importante de la misma entidad. Actualmente se encuentra en una relación de noviazgo que ha tenido una duración de 1 año y 6 meses al momento de la primera entrevista. La relación con su familia es disfuncional puesto que se presentan con frecuencia pleitos y problemas entre los miembros de la familia, principalmente de P.D. con su madre, su padre y su hermana menor.

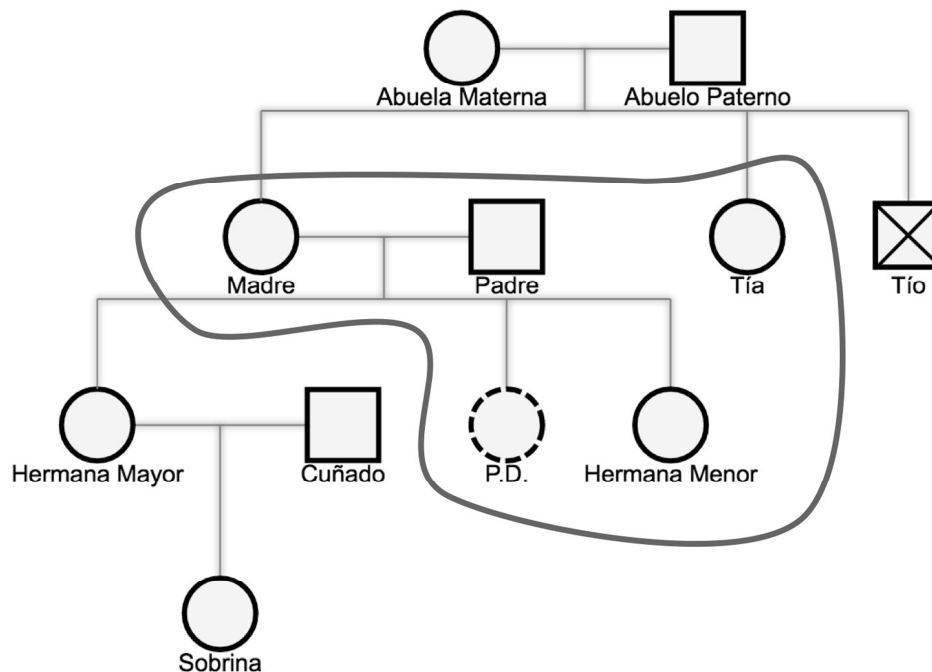


Figura 1. Se muestra la organización familiar de P.D.

En la primera entrevista se mostró decaída y triste. Lloraba con mucha frecuencia y hablaba en voz baja lo cual dificultaba la comprensión de lo que decía. La paciente reportaba en aquel momento se sentía triste y vulnerable ya que no tenía una buena relación con su mamá. Mencionaba que se sentía decepcionada y traicionada pues había vivido expuesta, desde que era muy pequeña a las infidelidades de su madre.

Menciona que siempre se ha sentido triste pues esto ha sucedido desde que ella era muy pequeña. Más que actualmente percibía que esta constata tristeza y este constante malestar le estaban incapacitando en su desenvolvimiento diario. Menciona que en las últimas semanas ha manifestado fuertes dolores de cabeza y



que éstos le han hecho incluso vomitar. Asimismo, menciona que en ocasiones considera que siente y llora historias que no le pertenecen, por ejemplo: uno de sus tíos maternos, al cual jamás conoció, desapareció hace años y ha sido considerado como muerto. Sin embargo, ha sufrido esa pérdida hasta el día de hoy.

### *Evaluación*

Para la evaluación inicial de la paciente se empleó la pregunta escala la cual tiene la finalidad de proporcionar medición de la percepción que tiene el paciente de su estado actual en relación con el problema o con la consecución del objetivo terapéutico. De acuerdo a O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) y a González y Juárez (2016) la pregunta escala proporciona un punto de partida y de avance para el paciente, así como a la consecución de metas intermedias para el logro del objetivo terapéutico del paciente. Dicha estrategia de evaluación se empleó tanto en la sesión inicial como en las sesiones subsecuentes con la finalidad de identificar la percepción de avance que iba teniendo la paciente conforme avanzaba el proceso terapéutico.

Al final de la intervención terapéutica se empleó la *Escala de Felicidad Subjetiva*, la cual tiene la finalidad de identificar si una persona es feliz o infeliz por medio de un autoinforme. Fue creada por Lyubomirsky y Lepper, y adaptada a población mexicana (Quezada, Landero y González, 2016) y se encuentra conformada por 4 afirmaciones que se miden en escala de Likert del 1 al 7 en donde el 1 representa la polaridad negativa de la aseveración y el 7 la polaridad afirmativa de la aseveración salvo en la pregunta número 4 la cual tiene puntuaciones invertidas. Las puntuaciones se suman y se promedian a fin de obtener un resultado que oscile entre el 1 y el 7 y después se compara con los patrones de referencia (figura 2). En cuanto a la confiabilidad de la escala se identificó que ésta cuenta con un alfa de Cronbach total de 0.77 (Quezada et al., 2016).



<i>Rango de edades</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
16 - 24 años	5.82	0.89	$\alpha= 0.81$
25 - 34 años	5.60	1.05	$\alpha= 0.80$
35 -44 años	5.66	1.09	$\alpha= 0.75$
45 – 64 años	5.64	1.14	$\alpha= 0.75$
<b>16 – 64 años</b>	<b>5.68</b>	<b>1.04</b>	<b><math>\alpha= 0.77</math></b>

Figura 2. Rangos propuestos por Quezada et al. (2016) para la revisión de la Escala de Felicidad Subjetiva adaptada en población mexicana.

### *Análisis funcional*

La información del estado inicial de la paciente se recabó por medio de una serie de entrevistas y, como consecuencia del estado emocional inicial, se comenzó a intervenir desde la primera sesión a fin de prevenir el desarrollo de un trastorno depresivo mayor.

Se consideró que era de suma importancia el desarrollo de un análisis funcional debido a la variedad de síntomas y de situaciones que estaba viviendo la paciente. De esta manera, de acuerdo a González y Juárez (2016) se puede dar una comprensión de los elementos que determinan a la conducta problema y permite establecer la relación existente entre los eventos asociados y el comportamiento a fin de que pueda establecerse la serie de estrategias que faciliten que los resultados obtenidos por el paciente sean generalizables a las demás esferas en las que se desenvuelve.

Las mismas autoras consideran que en los enfoques integrativos, en su caso en particular de terapia cognitivo conductual y terapia centrada en soluciones, el uso del análisis funcional facilita el proceso de intervención. Al establecer los elementos que conforman dicho análisis de la conducta [factores predisponentes, factores desencadenantes, factores de control, situaciones problema y factores de mantenimiento] se puede orientar el tratamiento a la modificación de los factores de control y a los factores de mantenimiento al mismo tiempo que se amplían las excepciones (González y Juárez, 2016).

### *Factores predisponentes*

Al indagar sobre su relación familiar se identificó que P.D. ha identificado que la situación en casa ha sido compleja desde que tiene memoria. La paciente reporta que desde muy pequeña ha percibido un rechazo constante por parte de su mamá y que dicha relación se estableció como tal cuando descubrió su primera infidelidad cuando ella tenía 6 años. Asimismo, le ha tocado vivenciar en diversos momentos los estados depresivos que manifiesta la madre así como los síntomas del cuadro psicopatológico.

### *Factores desencadenantes*

Considera que, en general, siempre ha tenido un bajo estado de ánimo y que constantemente se siente triste. Sin embargo, no fue sino hasta que descubrió la segunda infidelidad de su madre que identificó que su constante malestar le estaba afectado de manera importante en su desenvolvimiento diario.

En este caso la situación surgió como consecuencia de que comenzó a trabajar con un pariente cercano quien, en ese periodo, comenzó una relación extramarital con su madre, misma que fue descubierta por la paciente por medio de mensajes en el celular de la madre. Tras confrontarla, la paciente comenzó a prestar atención a su constante malestar mismo que ocasionaba que presentarse dificultades con su actual novio, así como conflictos y peleas no solo con su madre, sino con su padre al no estar en condiciones de decirle lo que estaba sucediendo con su madre y con su hermana al considerar que ella sí era amada por sus padres.

### *Factores de control*

P.D. menciona que el malestar (conformado por una mezcla entre enojo, tristeza y culpa) está presente casi todo el tiempo y que solía variar en intensidad. Usualmente el malestar era mayor cuando se encontraba con su familiar o con su madre a solas en contraste a cuando se encontraba con otras personas o se encontraba sola. Menciona que dicho malestar también se manifiesta cuando tiene algún recordatorio de las infidelidades de la madre o cuando percibe la necesidad de comentarle al padre lo sucedido. A su criterio, los pocos momentos en los

cuales no aparece el malestar general y el bajo estado de ánimo son cuando corre o se mete a bañar. De esta manera, se identifica que ante la falta de recursos para comunicar sus estados emocionales, la paciente recurre a la evitación de las situaciones para tratar de detener su aparición.

#### *Patrón de comportamiento disfuncional*

La paciente en cuestión llegó a consulta como consecuencia de una serie de síntomas importantes que alteraban su bienestar, mismos que pueden ser clasificados a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emotivo.

En la *dimensión fisiológica*, la paciente menciona que presenta fuertes cuadros de migraña en diversos momentos. Aproximadamente, éstos aparecen principalmente después de que se percibe en una situación que le recuerde las dificultades con la mamá, cuando está en situaciones de mucho estrés como cuando se da cuenta que su madre manda mensajes de texto a su amante o cuando sus padres pelean.

En la *dimensión cognitivo*, presenta pensamientos recurrentes sobre la falta de amor de su madre hacia ella. Piensa que, seguramente, su madre no la quiere debido a que ella es similar a su papá y que esto la convierte en el blanco de sus agresiones o sus peleas. Manifiesta pensamientos catastróficos sobre la situación que vive, considera que éstas jamás mejorarán y que nunca podrá saber lo que es la felicidad ya que, en general, siempre está triste. Tiene dificultades en la percepción de sus propios recursos personales, es decir, sobre sus habilidades y capacidades para su desenvolvimiento escolar, personal y familiar.

En la *dimensión conductual*, tiende a manifestar tensión y rigidez corporal, además de que grita, es grosera o llora cuando se encuentra en un momento en el que percibe a lo que ella llama malestar. Asimismo, tiende a escapar de las situaciones de modo que se aísla en su habitación o sale a correr.

#### *Factores de mantenimiento*

Se considera que las dificultades de P.D. se siguen presentando como consecuencia de su patrón de evitación de las situaciones, además de las ganancias secundarias como consecuencia de las alteraciones que presenta cuando aparece la migraña. Asimismo, como la paciente manifestaba pensamientos constates y catastróficos sobre el futuro, así como la incapacidad de

sí misma para cambiarlo, se mostraba resignada a la realidad que vivía y no podía intentar nada que fuese diferente al patrón que llevaba viviendo por años.

*Diagnóstico estructural*

Una vez que se analizaron los síntomas de la paciente, los cuales fueron obtenidos al cabo de varias sesiones, se identificó que la paciente cumple con las características suficientes para el diagnóstico de un trastorno depresivo persistente. De acuerdo a lo propuesto por el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), dicha alteración tiene la característica de que se manifiesta un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día y que, además, es más presente que ausente de acuerdo a lo que menciona el paciente y que ha durado al menos durante dos años. Asimismo, de acuerdo a lo manifiesto en la figura 3 deben de manifestarse al menos dos de los siguientes síntomas:

<i>Criterio DSM-5</i>	<i>Aparición</i>	<i>Descripción</i>
Poco apetito o sobrealimentación	✗	No aparece en la paciente
Insomnio o hipersomnias	✗	No aparece en la paciente
Poca energía o fatiga	✗	No aparece en la paciente
Baja autoestima	✓	La paciente percibía que tenía pocas habilidades y capacidades para afrontar sus dificultades.
Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones	✓	La paciente menciona que se le dificulta cumplir con actividades escolares ya que no puede concentrarse, además de que muestra indecisión
Sentimientos de desesperanza	✓	La paciente percibe que su futuro no es alentador y que el malestar siempre va a manifestarse en su vida.

*Figura 3.* Comparación entre los criterios manifiestos en el DSM-5 y la sintomatología identificada en la paciente. Asimismo, se ha descartado la aparición de episodios maníacos, hipomaníacos o ciclotimia; tampoco se manifiesta un trastorno de personalidad esquizoafectivo, trastorno delirante, o del espectro esquizofrenia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

*Objetivo de la intervención*

Debido a lo que comentaba la paciente y a las dificultades emocionales de la misma, se tuvieron dificultades para acordar con la paciente cuál sería el objetivo a trabajar durante la terapia. Originalmente, la dificultad radicaba en el hecho de que la situación familiar y las dificultades con la madre no eran un objetivo trabajable puesto que no estaba ni en las manos del terapeuta ni de la paciente la modificación de dicha situación (la infidelidad por parte de la madre).

Para poder clarificarlo, se procedió primero a determinar cuál sería su *meta ser* (Charles, 2005), es decir, cómo le gustaría sentirse para el momento en el que se finalizara la terapia. En este caso, P.D. estableció que le gustaría sentirse *tranquilamente feliz*.

Posterior a determinar el estado emocional en el cual le gustaría percibirse a sí misma, se siguió con el establecimiento de objetivos parciales puesto que la paciente no se encontraba aún en las condiciones necesarias para establecer el objetivo final de la terapia. Para la sesión 4, después de que se emplearon 3 sesiones de indagación de información y de intervenciones pequeñas que le trajeran tranquilidad y control sobre las situaciones que vivía, la paciente determinó que su objetivo terapéutico era: *Identificar las situaciones en las cuales debe de ponerse primero y poder cuidar de sí misma*.

Lo anterior, fue fraccionado en objetivos particulares a fin de poder llegar al objetivo final de la paciente tal y como se muestra en la figura 5. Esto se realizó con la finalidad de establecer claramente los pasos que se seguirían a fin de que la paciente desarrollara herramientas personales para aplicar sus recursos y poder ponerse primero y cuidar de sí misma, así como facilitar la consecución del estado emocional deseado.

---

*Objetivos particulares en el caso de P.D.*

A)	Desarrollar estrategias de control emocional
B)	Modificar en P.D. la percepción que tiene sobre su futuro
C)	Modificar la percepción que tiene P.D. sobre su "yo" del pasado

*Figura 4.* Despliegue de los objetivos particulares trabajados en P.D. durante el proceso de terapia

*Tratamiento*

El tratamiento que se diseñó para la paciente se diseñó con base al uso de 4 enfoques psicoterapéuticos (figura 5). Aún y cuando la conceptualización del caso se realizó con base a la terapia cognitivo conductual, se emplearon estrategias de intervención de las terapias sistémicas, de la programación neurolingüística y de la hipnosis ericksoniana para desarrollar un plan de intervención adecuado y pertinente a las necesidades particulares de la paciente en cuestión.

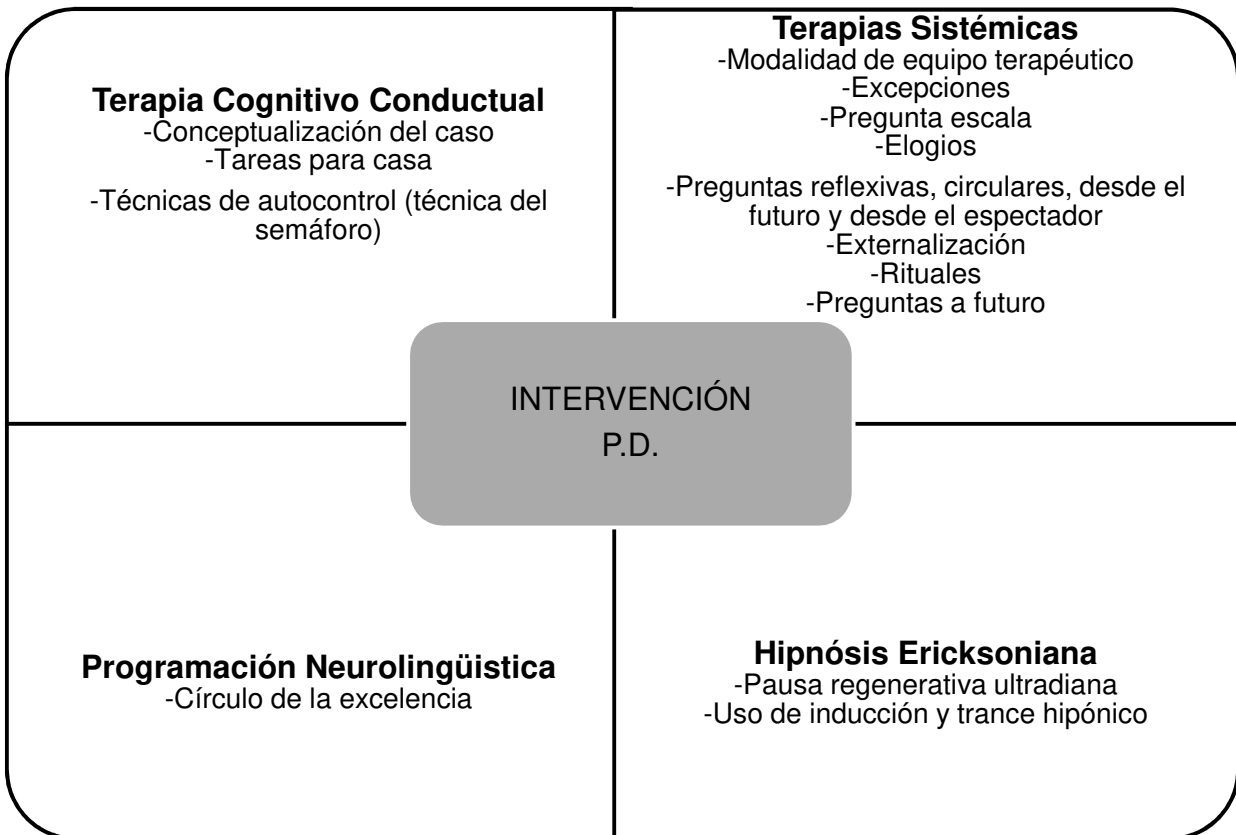


Figura 5. Elementos de los diversos enfoques que conforman el tratamiento de P.D.

Cada una de las sesiones iniciaba de la misma manera: se indagaban las excepciones y mejorías de la paciente además de que se realizaban los cuestionamientos de forma que la paciente se diera cuenta por si misma de las estrategias que había tomado durante la semana para el mantenimiento o mejoría

de la situación y que desarrollara una estrategia a emplear durante la siguiente semana para verificar cómo continúa la situación. Después, se procedía al trabajo en la actividad designada para el día y se finalizaba con una pausa, el reencuadre, los elogios, encargo de tareas y verificación del avance por medio de la pregunta escala.

Cabe mencionar que la modalidad con la que se trabajó durante las sesiones era de equipo terapéutico puesto que la paciente era atendida en una cámara gesell. En la parte de la cámara gesell donde se atendía a la paciente se encontraba el terapeuta principal que llevaba el proceso de terapia y, del otro lado de la misma, se encontraban dos terapeutas más: una de ellas del mismo grado de estudios que el terapeuta principal [coterapeuta] y la otra la supervisora encargada de ambas terapeutas. Una vez que se terminaba la intervención y se realizaba la pausa terapéutica, la terapeuta principal pasaba al otro lado de la cámara y verificaba a la sesión con ambas terapeutas. Después, tanto la terapeuta principal como la secundaria, regresaban a dónde se encontraba la paciente y en conjunto realizaban, a manera de coterapia, el reencuadre y elogios, se encargaban las tareas para casa y se indagaba en la pregunta escala.

A continuación, se presenta de manera desglosada el plan de intervención que se realizó con P.D. (figura 6) durante el periodo de psicoterapia:

<i>Sesión</i>	<i>Actividades realizadas</i>
1	Establecimiento del rapport y entrevista inicial.
2	Continuación de la entrevista y la técnica del semáforo
3	Uso de preguntas circulares, reflexivas y desde el espectador para identificar excepciones en su pasado y su presente.
4	Uso de trance hipnótico y preguntas orientadas a futuro. Focalización a un futuro sin el problema. Trabajo con la pausa regenerativa ultradiana.
5	Uso del trance hipnótico con técnicas de confusión temporal para generar una regresión al inicio del problema. Uso de la metáfora del árbol y continuación del entrenamiento de la pausa regenerativa ultradiana.
6	Inicia el trabajo con externalización. Se emplea el trance hipnótico para que en el encuentro del futuro y el presente la paciente reconozca sus avances e identifique los elementos que necesita soltar o dejar atrás para continuar avanzando. Se emplea la externalización por medio de dibujos. A manera de ritual se entierra una



carta dirigida al malestar.

- |    |   |
|----|---|
| 7  | Empleo del trance hipnótico para reconciliar al futuro con el pasado. Se continúa con la externalización, esta vez con plastilina, para identificar cómo se ha modificado <i>el malestar</i> con los recursos que ha desarrollado.  |
| 8  | Se inicia el trabajo con el círculo de la excelencia para establecer una herramienta kinestésica en la cual la paciente pueda acceder a sus recursos personales. Se finaliza la actividad de la externalización con la liberación del malestar por medio de un ritual de liberación de un globo.                          |
| 9  | Se finaliza el trabajo con el círculo de la excelencia a fin de generalizar su uso en las diversas esferas en las que se desenvuelve la paciente. Se trabaja con la prevención de recaídas por medio de preguntas orientadas a futuro y preguntas desde el experto.   |
| 10 | Inducción a trance para anclar logros actuales por medio del reencuentro con el futuro vencedor. Continuación de la prevención de recaídas por medio de preguntas circulares, reflexivas y desde el espectador. Evaluación con la escala de felicidad subjetiva (Quezada et al., 2016) y alta terapéutica de la paciente. |

*Figura 6.* Actividades realizadas durante las 10 sesiones con P.D., Se trabajó de manera indirecta sobre el detonador de su problema. Es decir, no se trabajó directamente la relación con la madre ni las migrañas ya que se consideraron los elementos que mantenían o controlaban la aparición de las dificultades.

**Sesión #01.** Se realiza la entrevista inicial con la paciente, aunque ésta no pudo finalizarse como consecuencia de su estado emocional. Durante esta sesión se realizó la fase social a fin de identificar los recursos con los que la paciente ya cuenta. Asimismo, se indagó sobre el motivo de consulta y sobre lo que ella percibía como posible objetivo de terapia. Durante dicha sesión tuvo dificultades para establecer un objetivo claro puesto que lloró durante toda la sesión además de que se encontraba medicada puesto que había presentado desde el día anterior un cuadro muy fuerte de migraña. Tuvo dificultades para establecer un futuro sin el problema al emplearse la pregunta milagro (Beyebach, 2012), de modo que se procedió a establecer únicamente la meta ser (Charles, 2005) de sentirse *tranquilamente feliz*. Se le reconoció su valentía por iniciar el proceso de psicoterapia y se le pidió que, durante hasta la siguiente sesión pusiera atención a las cosas positivas que sucedieran durante la semana.

**Sesión #02.** Inicialmente se procedió a identificar tanto las excepciones como los esfuerzos y pequeños cambios que hayan surgido durante la semana, así como

los beneficios que se obtuvieron de los mismos. En esta sesión se identificó que la paciente empleaba estrategias como el salir a correr o el caminar en la noche para manejar el malestar que le acongojaba, el cual definió como una mezcla de gran tristeza, preocupación, enojo y estrés. Se decidió que en esta sesión le enseñáramos la *técnica del semáforo* como técnica de regulación emocional (Labrador, 2015) a fin de que pudiera emplear estrategias distintas cuando aparecieran situaciones que le generaran dicho malestar. Se le pidió a manera de tarea que, durante la semana, aplicara la estrategia que se le enseñó y que siguiera realizando aquello que se identificó que le había funcionado la semana anterior.

*Sesión #03.* Al comenzar la sesión se verificó el avance que había tenido la paciente durante la semana al emplear la técnica del semáforo, a lo que la paciente refirió que le había ayudado a disminuir algunas dificultades sobre todo con su pareja. Asimismo, durante la sesión se trató de establecer, por medio del uso de preguntas circulares y preguntas desde el espectador (Olivan, 2003) las situaciones y los momentos en los cuales la paciente interpretaba una relación positiva con las personas con las que convivía, especialmente su madre y su padre, además de que permitió un rescate de recursos muy importante al identificar todos los logros y avances que había conseguido hasta ese momento de su vida.

*Sesión #04.* A partir de esta sesión, se comenzó a trabajar por medio de los trances hipnóticos (Téllez, 2007) con la finalidad de facilitar la apertura de la paciente para poderse visualizar, inicialmente, un futuro sin el problema. Durante esta sesión, después de realizar la inducción de la paciente a trance, se le pidió que indicara un momento en su futuro en donde ella considera que se encuentra *tranquilamente feliz*, para lo anterior se empleó la analogía de la máquina del tiempo. La paciente se focalizó a 7 años de distancia (25 años) y a partir de ahí identificó todas las cosas que estarán sucediendo sin el malestar aquejándola. Una vez anclada a ese futuro, se le pidió que tomara una fotografía mental de lo visualizado para que pudiera llevarlo consigo misma como herramienta para seguir afrontando las dificultades. Lo anterior se comenzó a realizar debido a que, de

acuerdo a lo propuesto por O'Hanlon (2011), cuando se focaliza al paciente en un futuro sin el problema se comienza a movilizar al paciente hacia un presente sin el problema.

Al final se le enseñó lo que es la pausa regenerativa ultradiana (Rossi y Rossi, 2008) de modo que pudiese emplear los momentos de trance naturales que tiene el cuerpo como un momento de relajación, así como para ejercitar su capacidad para entrar en trance.

*Sesión #05.* La quinta sesión fue una de las sesiones más complicadas tanto por la temática a tratar como por las dificultades ambientales que se tuvieron. Al iniciar la sesión, la paciente reencuadró su objetivo de la sesión de modo que, aunque ya se estaba trabajando en los objetivos particulares que se habían establecido para permitirle llegar a sentirse como lo había solicitado en la sesión uno, se pudo establecer cuál sería el punto final de la terapia. Tras rescatar recursos y excepciones, se procedió a trabajar nuevamente por medio de estrategias de hipnosis ericksonianas, específicamente con una adaptación de la técnica de confusión temporal propuesta por Téllez (2007).

Se indujo a la paciente en trance, se le aplicó la técnica previamente mencionada y se le invitó a que fuese a ese momento en su pasado, por medio de este viaje en el tiempo, al punto que ella considera que fue el que ocasionara que apareciera ese malestar en su vida. Es decir, viajar a aquel punto que su historia que ella considerara que era que debía de ser resuelto con la finalidad de poder seguir caminando libremente hacia su futuro. La paciente identificó un momento de sus 6 años en el cual descubrió la primera infidelidad de la mamá y sobre la confrontación que tuvo con ella por lo anterior. Durante el proceso del trance las instalaciones de la clínica dónde se lleva a cabo la sesión tuvo un corte de luz como consecuencia de una tormenta eléctrica y, a pesar de las inclemencias ambientales, se continuó con el proceso. La paciente, focalizada en sus 6 años, mencionaba que se sentía asustada, triste y enojada de modo que empleamos la estrategia de traer a ese pasado a su *yo presente*, quien había comenzado a desarrollar grandes habilidades, de modo que pudiera consolar y confortar la pequeña de 6 años y, de este modo, transmitirle seguridad y apoyo. Una vez que

su reacción emocional de llanto y miedo fue cedieron, se trajo a la paciente a consciencia y, por parte de la coterapeuta, se le reforzó la valentía por lo que había realizado y se utilizó la metáfora del árbol (Téllez, 2007) para que saliera ese día de terapia con sus recursos fortalecidos. Asimismo, se le solicitó que siguiera practicando la pausa regenerativa ultradiana (Rossi y Rossi, 2008) durante la semana.

*Sesión #06.* Como consecuencia de los avances importantes que la paciente había estado reportando conforme avanzaban las sesiones y por sus respuestas ante el uso de trances hipnóticos, se decidió que durante esta sesión se empleara nuevamente. En este caso, se le pidió que nuevamente que se ubicara en ese futuro de plenitud en el que se percibía a sí misma tranquilamente feliz. Asimismo, se le invitó a que, en ese lugar situara también, frente a ella, a su yo de 18 años de modo que pudieran verse cara a cara. Se le pidió a la paciente del futuro que le mencionara a la paciente de 18 años todo aquello que admiraba de ella y que le contara todo lo que han conseguido. Asimismo, se le solicitó que le mencionara como ahora, que se siente tranquilamente feliz, interpretaba el presente que estaba viviendo la de 18 y las recomendaciones que le daba. La paciente se invitó a sí misma a darse permiso de ser primero, de ser feliz y de animarse; le invitó a que se diera cuenta que las cosas o los problemas que ella percibe en este momento no son realmente tan grandes y le recordó que las cosas serán mejores. Posterior a eso, se le indicó a la paciente que como parte de ese caminar hacia su futuro es muy importante el soltar todo aquello que le detiene o acongoja en este momento de modo que su caminar fuese más sencillo. Se le entregaron hojas y colores para que dibujara la forma en la cual ella imaginaba que se presentaba ese malestar que, en ocasiones, venía y le molestaba. Una vez que lo dibujó, se le invitó a que le escribiera una carta a dicho malestar (como decidió llamarle) donde le comentara todo aquello que ocasionaba y las razones por las cuales estaba decidido a vencerlo y dejarlo atrás. Para finalizar la sesión se pidió apoyo a la coterapeuta y, junto con la paciente, decidieron enterrar la carta para que ésta no pudiera seguirla en su camino como señal de que estaba comenzando a soltar lo que le acongojaba.

*Sesión #07.* Para este momento las cosas en la vida de la paciente tuvieron una modificación importante. La paciente reportó que, durante la semana, había decidido hablar con su madre sobre los sucesos que, como familia, habían vivido; así como sobre la percepción que tenía de pobre cariño de su parte y de la dañada relación madre-hija que mantenían. La paciente reportó que lo anterior era consecuencia de los recuerdos que había tenido durante la sesión 5 y que, durante la conversación, le confesó a su madre la forma en la cual se había estado sintiendo y las verdaderas razones por las cuales había estado acudiendo a terapia. Consecuencia de lo anteriormente mencionado, la madre le confesó la forma en la que ella se sentía y le comentó cosas sobre su vida personal que no había confesado antes, por ejemplo: la madre reportó que había estado padeciendo de cuadros depresivos recurrentes y que había considerado el suicidio en varias ocasiones, pero que la razón por la cual no había cometido el acto era por la existencia de sus hijas. La paciente también reportó que, a partir de esta semana, la relación con los miembros de su familia mejoró de manera importante ya que percibía que tenía la capacidad de comunicar como se sentía y, se había dado cuenta, de que en realidad las cosas no eran *tan grandes* como lo había mencionado su yo del futuro en la sesión anterior.

Consecuencia de los avances tan importantes en esta semana, se dedicó una gran parte de la sesión a trabajar con las excepciones que aparecieron, a su ampliación y anclaje a la vida de la paciente ya que funcionaron como parteaguas para la modificación de la percepción que tenía sobre su vida, sus habilidades y si misma. Además, y como consecuencia de los resultados que había tenido el que su yo de futuro y su yo del presente *hicieran las pases* al reconocerse todos los recursos que la paciente tiene en la actualidad, se decidió que la paciente estaba lista para que su futuro y su pasado hicieran las pases para que, de esta manera, se pudiesen dar las condiciones para que se forjara un presente vencedor (O'Hanlon, 2011).

Se indujo a la paciente en trance y se le solicitó que nuevamente viajase a ese futuro donde estaba tranquilamente feliz, exactamente a ese momento sobre el cual tomó su fotografía mental. Se le indicó que, como la mente creativa era tan

poderosa, en esta ocasión nos daría la oportunidad de que aquella pequeña niña de 6 años que habíamos visitado hacía unas sesiones viajase en el tiempo y se pudiera sentar frente a frente con esa mujer de 25 años. Durante el encuentro entre el futuro y el pasado, se le solicitó a la paciente del futuro que le dijera a la paciente del pasado todo aquello que admiraba y reconocía de ella, así como el agradecimiento por lo que ha impactado en la formación de su futuro y en su capacidad para sentirse *tranquilamente feliz*. La paciente identificó que gracias a su valentía y a su capacidad de afrontar las situaciones tan complicadas que le tocaron vivir de pequeña, en su futuro tiene la capacidad de solucionar problemas y de vivir feliz, además de que le comparte que en ese futuro mantiene muy buena relación con mamá y que mantiene buena relación con sus amigos.

Una vez realizada dicha conciliación, se trabajó nuevamente con la externalización y se le solicitó a la paciente que plasmara cómo se veía ahora el malestar. La paciente modificó la forma de aquello que le perseguía y mencionó que ahora era más semejante a una bolita o un globo el cual, aunque ya quería soltar, aún estaba sosteniendo de sus manos. Se le realizó la analogía, junto con la plastilina de que ésta era semejante a su pasado y que podía tomar muchas formas y que ella tenía todo el poder y capacidad de decidir cómo emplear ese pasado en su presente (mientras se le explicaba la terapeuta deformaba la bolita y le daba formas diferentes). Se le solicitó de tarea que siguiera haciendo todo aquello que le había estado funcionando.

*Sesión #08.* Al iniciar, la paciente reportó que durante esta semana había percibido una mejor relación con sus padres y con los demás miembros de su familia. De acuerdo a su perspectiva, considera que ya no se percibe a sí misma como responsable de la relación existente entre sus padres ni de su historia, además de que se ha podido dar cuenta de que ella es únicamente responsable de sus decisiones, así como sus padres son responsables de las decisiones que ellos toman por sí mismos. Cabe mencionar, que en esta sesión la paciente reportó que una de sus migrañas había vuelto a aparecer y que ésta había sido menos fuerte a las anteriores. Sin embargo, se dio cuenta de que ella era más fuerte que la migraña y que ésta se mantendría mientras ella estuviese atenta a

ella, de modo que tomó su medicamento y decidió continuar, con ciertas precauciones, sus actividades anteriores. La paciente reportó que para el momento de la sesión el dolor era bastante soportable y que se había dado cuenta que los dolores de cabeza no debían de determinar su vida ni la de su familia cuando ésta tenía una solución para cuando apareciera.

Durante esta sesión se trabajó con la técnica del círculo de la excelencia (Armas y Von Duster, 2009), la cual fue adaptada para la paciente ya que se empleó la inducción a trance hipnótico ya que esto había estado facilitando su trabajo. Una vez que la paciente aprendió la técnica, se procedió a finalizar el trabajo con la externalización, solo que esta vez se le entregó un globo haciendo referencia a la analogía empleada por la paciente en la sesión anterior. Se le solicitó que escribiera en el globo todo aquello que estaba dejando ir, en lo cual ella decidió incluir los problemas con su madre, las migrañas, los enojos y todo lo relacionado al malestar. Con ayuda de la coterapeuta, salimos de la clínica y, en un lugar apartado, se le cuestionó en relación a lo que había aprendido de todo eso que estaba dejando ir, de los beneficios que habían tenido en su momento y finalmente, se le hizo una pregunta que el equipo consideraba clave en este momento: *Si todo esto que estás decidiendo dejar ir te trajo tantas cosas buenas, ¿Por qué decides dejar que se vayan?*, a lo que la paciente respondió: *Porque ya no sirven en mi vida*. Posteriormente, se soltó el globo y se admiró mientras éste se alejaba por los cielos.

*Sesión #09.* Las terapeutas habían identificado, desde la sesión anterior, que la paciente había desarrollado ya las habilidades necesarias para afrontar su vida diaria pues ya no se había quejado del malestar y había tomado control sobre las dificultades que le aquejaban, más se encontraban aún en la disyuntiva de la percepción de bienestar por su respuesta a la pregunta escala en la sesión anterior (5). La paciente reportó que se había dado cuenta que las dificultades existentes entre sus papás habían disminuido de una manera muy importante y que, incluso, habían tenido momentos en los cuales los había podido ver platicando y riendo juntos, cosa que no había sucedido en mucho tiempo. En esta sesión, se trabajó nuevamente con el círculo de la excelencia de modo que



podiese generalizar su uso en la vida diaria, además de que se comenzó a trabajar en la prevención de recaídas por medio de preguntas reflexivas y preguntas desde el experto.

Se decide con la paciente que la siguiente sesión sería en quince días para monitorear su capacidad para aplicar sus recursos y solucionar problemas por sí misma y se le solicita de tarea que desarrolle un tarro de recursos al cual pueda recurrir cuando perciba que está acercándose el problema.

*Sesión #10.* Ésta fue la última sesión que se tuvo con la paciente. Se procedió a averiguar sobre las excepciones y los avances que había vivido durante las dos semanas en las cuales no se le vio en terapia. La paciente reportó que en esa semana había vivido momentos complicados por el secuestro de un familiar pero que, aún y cuando las cosas se habían tornado difíciles, no había percibido que el malestar hubiese regresado. Mencionó que durante esas dos semanas se había percibido a sí misma tranquila y con la capacidad de resolver y afrontar las cosas y que eso le había hecho sentir con la capacidad de seguir adelante.

Nuevamente se procedió a trabajar en la prevención de recaídas, esta vez con preguntas desde el experto, pero focalizadas desde el futuro. Lo anterior, se realizó por medio de la inducción a trance y la focalización de un momento en el futuro, el que ella deseara, y que desde ese futuro se recomendara a sí misma que debía de seguir haciendo para poder continuar caminando desde este presente vencedor hasta ese futuro de plenitud, tranquilidad y felicidad; además, pidió que se reconociera a sí misma sus logros y sus avances.

Con apoyo de la coterapeuta, se le pidió a la paciente que hiciera una carta de despedida de la paciente que llegó el primer día a terapia en la cual le agradeciera por aquello que ella consideraba que había aprendido de ella y dónde le exponía las razones por la cual decidía dejarla como parte de su pasado. Posteriormente, se procedió a romper dicha carta a manera de cierre del proceso. Ante la incongruencia existente en relación a las respuestas anteriores de sus preguntas escala y los elementos que manifestaba en terapia se le cuestionó un elemento que el equipo terapéutico consideró clave: *¿Cómo crees que deberías de estarte sintiendo para que nos demos cuenta que hemos conseguido eso que buscabas*

de la terapia?, a lo que la paciente respondió alegremente: *Como me siento en este momento.*

Dicho elemento se empleó como clave para asegurar que el proceso psicoterapéutico había llegado a su fin. Pero, con la finalidad de asegurar que la paciente había llegado a su *meta ser*, se procedió a evaluarla con la escala de felicidad subjetiva (Quezada et al., 2016). Consecuencia de lo anterior, se procedió a dar de alta a la paciente del proceso de psicoterapia.

## RESULTADOS

A continuación, se presenta de manera gráfica los resultados que se obtuvieron a partir del uso de las preguntas escala (figura 7). En primera instancia, P.D. manifestó que *“En una escala del 0 al 10 en donde el 10 es que llegamos a la meta, ¿en qué número te encuentras el día de hoy?”* se encontraba en un número 1. Conforme las sesiones fueron avanzando, la paciente fue aumentando en sus puntuaciones hasta que en la sesión número 10 alcanzó una puntuación de 10.

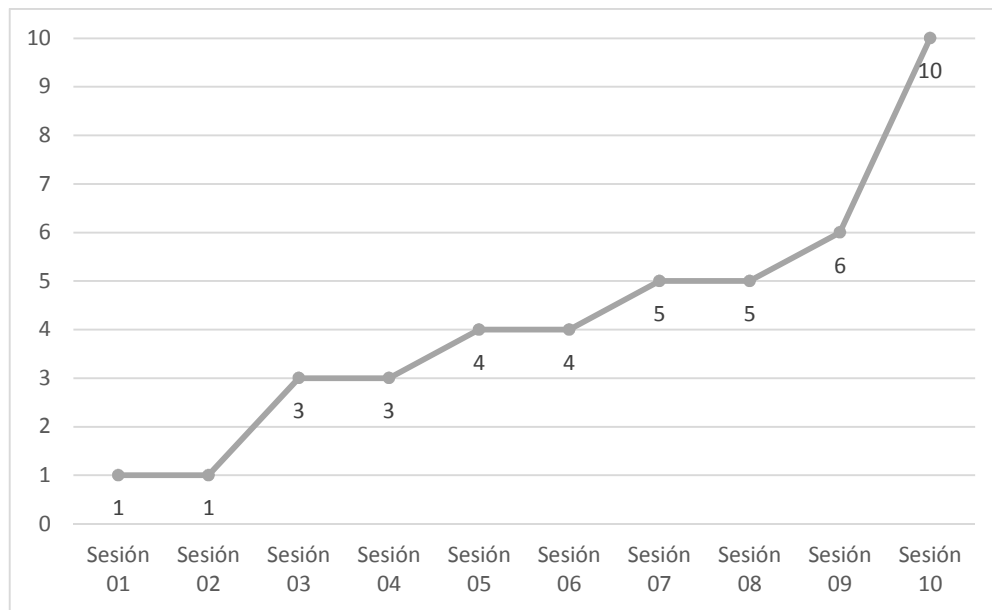


Figura 7. Elementos de los diversos enfoques que conforman el tratamiento de P.D.

Para corroborar el avance final de la paciente, se procedió a aplicar la Escala de Felicidad Subjetiva adaptada a población mexicana. P.D. obtuvo una media de 5.5 en su evaluación final lo cual la sitúa en un grado de percepción de

felicidad adecuada para su edad pues la media en su población es de 5.82 (DT: 0.89) (Quezada et al., 2016).

## DISCUSIÓN

De acuerdo a lo observado posterior a la intervención, se identificó que el uso de la psicoterapia integrativa tiene un impacto positivo en el tratamiento del trastorno depresivo persistente, mejor conocido como distimia. Tal aseveración se ve corroborada por la información que proporcionan Gerson et al. (2000), Gerson y Schnyder (2013), Preston (2003) y Van Rijn y Wild (2013) que, aunque bien reportan que no tiene diferencias significativas con el uso de intervenciones desde un modelo particular, sí mencionan que el uso de estrategias integrativas genera resultados clínicamente significativos. Además, acabe agregar que Gáldamez (2015), Guajardo y Cavazos (2013) y Sánchez y Téllez (2016) ya habían dejado evidencia clara de los beneficios que se tienen al integrar diversos enfoques para trabajar sobre los objetivos terapéuticos que establecen los consultantes cuando acuden a terapia. No es, en realidad, aplicar un plan preestablecido para la solución del problema sino, como mencionan Garfield (1997) y Preston (2003), adaptar el proceso de terapia a las habilidades, capacidades y necesidades del paciente en cuestión.

La efectividad de las intervenciones en este caso y la brevedad en relación a la consecución de los mismos puede ser explicada por medio del elemento que, consideramos, fue clave para la planeación de la intervención psicoterapéutica: el análisis funcional. Como se mencionó anteriormente por González y Juárez (2016), la comprensión de los factores de control y los factores de mantenimiento, abren la posibilidad de que los terapeutas puedan trabajar directamente sobre los elementos que ocasionan el malestar y, además, emplear los elementos que respondan a esos mismos. En este caso en particular, una vez que se identificó que la poca habilidad de expresión y comprensión de sus emociones, así como sus patrones de evitación (como la huida de las situaciones y la migraña), las intervenciones se dedicaron a trabajar directamente sobre elementos que

facilitarían la aparición de respuestas nuevas al suprimir la aparición de los elementos anteriormente mencionados.

Aunque la paciente no había podido establecer un objetivo más allá del estado emocional al que le gustaría llegar, las terapeutas involucradas en el caso detectaron que dichos elementos eran los que generaban su malestar. Además, cuando la paciente identificó el objetivo que buscaba, las terapeutas notaron la relación que éste tenía con las fallas que se habían identificado en el análisis funcional, pues parte del aprender a *ponerse primero* se encuentra relacionado con su capacidad de comunicación emocional, así como en su percepción personal que se estuvo trabajando por medio del reencuadre sobre sí misma, su futuro y su pasado.

De esta manera, se identifica que uno de los elementos claves para el trabajo en las modalidades integrativas se encuentra basado principalmente en la capacidad del terapeuta para dedicar tiempo a conocer a su paciente. González y Juárez (2016) aseveran, por la investigación que han realizado en las intervenciones integrativas desde la modalidad cognitivo conductual y centrada en soluciones, la clave para que puedan converger las intervenciones se da, como se mencionó anteriormente, en el trabajo sobre los factores de control y de mantenimiento. Añadido a eso, la idea se ve complementada por la propuesta de Preston (2003) relacionada a las convergencias existentes entre los modelos de intervención pues una vez que se identifican los elementos claves establecidos por González y Juárez (2016) se establecieron las técnicas de las diversas teorías debido a que todas ellas se interrelacionaban en su capacidad para contagiar y transmitir esperanza y expectativas, transmitir información, generar bienestar y satisfacción así como la conducción de la paciente a la confrontación con otra perspectiva de su realidad. De esta manera, se permitió que las terapeutas involucradas formularan un metaparadigma (Hollander, 1999) que respondía a la realidad de la paciente y complementar los huecos a los que se hubiesen enfrentado de haber intervenido únicamente desde una sola realidad teórica (Balb et al., 2016).

## CONCLUSIÓN

Las intervenciones integrativas tienen la capacidad de dotar al terapeuta de una gama importante de recursos y habilidades que puede emplear para la confección de una psicoterapia que responda a las necesidades particulares de los pacientes. A pesar de la existencia de críticas al enfoque previamente mencionado, las autoras de este artículo identifican que parte de la utilidad de este tipo de enfoques se basa en la generación de una conceptualización basada en una perspectiva psicológica, en este caso la cognitivo conductual, para después poder iniciar el proceso de elección de técnicas que respondan a las necesidades del paciente.

Si bien las técnicas y estrategias de intervención mantienen una teoría inicial como base de la misma, la comprensión de las mismas facilita el hecho de que los terapeutas identifiquen los puntos de convergencia entre ellos y que de esta manera puedan elegir aquellas que son más adecuadas al paciente y no aquellas que son más adecuadas para soportar el modelo conceptual base.

Cabe mencionar que, como limitaciones para este estudio, se identifica el hecho de que no se comparó el impacto del uso de psicoterapia integrativa contra el uso de únicamente alguno de los enfoques previamente mencionados. Sin embargo, lo anterior consideramos tampoco hubiese sido representativo ya que aunque ambos sujetos cumplieran adecuadamente los mismos criterios para un trastorno depresivo persistente, éste hubiese sido diferente por la mera razón de que la persona es diferente a la paciente sobre la cual se intervino y, muy probablemente, la conceptualización de su análisis funcional no hubiese coincidido oportunamente con el de este estudio, ocasionando entonces que tuviese que establecerse un plan de intervención diferente para sus necesidades .

Una de las recomendaciones más importantes que hacemos, más dirigida a los psicoterapeutas que a los psicólogos investigadores, es que se den a la tarea de registrar las intervenciones que realizan desde la perspectiva integrativa. Mientras desarrollamos el presente programa de intervención y redactamos el presente artículo, nos dimos cuenta que la evidencia teórica de la eficacia del modelo es limitada.

Lo anterior, se ve contrariado con la información que proporcionan varios psicoterapeutas a los cuales consultamos conforme desarrollamos este artículo. Muchos de los psicoterapeutas consultados mencionabas que empleaban estrategias integrativas en sus psicoterapias. Algunos de los previamente mencionados reportan que conjuntan estrategias cognitivo conductuales con centradas en soluciones, otros que conjuntas las técnicas hipnóticas con las aportaciones de las escuelas sistémicas y muchos otros integran actividades realizadas en otros tipos de psicoterapias como lo es la Gestalt y la programación neurolingüística.

Siguiendo la línea de recomendaciones, invitamos a los psicoterapeutas que se están aventurando al trabajo integrativo a que tomen una postura ética y responsable sobre las actividades que están realizando. El objetivo de este tipo de intervenciones no busca que se mezclen técnicas por el mero hecho de mezclarlas. Tampoco tiene la finalidad de intentar de manera desorganizada aplicar diferentes estrategias para ver cuál de todas es la que genera un cambio en el paciente. Más bien, lo que se busca es que los psicoterapeutas desarrollen la perspicacia para comprender y conceptualizar el malestar que aqueja a los consultantes, que pueda identificar los orígenes, los desencadenantes y, sobre todo, los elementos que controlan y mantienen para que puedan escoger las técnicas que, en su aplicación, convergen en la forma para llegar a un objetivo, por ejemplo: tener la capacidad de escoger un debate socrático o preguntas reflexivas y desde el espectador para generar un cambio en la forma en la cual se percibe un evento, situación o pensamiento y así poder generar un cambio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armas, L. y Von Duster, C. (2009). *Manual de Técnicas de PNL de Estrategias PNL*. Recuperado de <https://psiquemc.files.wordpress.com/2014/11/manual-de-tecnicas-y-estrategias-de-pnl.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. (5ª Edición). España: Editorial Panamericana
- Babl, A., Holtforth, M., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Holstein, D., Belz, M., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Berger, T. y Caspar, F. (2016). Psychotherapy integration under scrutiny: investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT- based approach: a study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *16*, 1-14. DOI 10.1186/s12888-016-1136-7
- Beyebach, M. (2012). *24 Ideas para una Psicoterapia Breve*. España: Herder Editorial
- Carro, C. y Sanz, R. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, *1*, 43-59. Recuperado de [http://www.casosclnicosensaludmental.es/files/definitivo\\_distimia\\_y\\_ansiedad\\_1\\_2015.pdf](http://www.casosclnicosensaludmental.es/files/definitivo_distimia_y_ansiedad_1_2015.pdf)
- Charles, R. (2005). *Terapia Breve Sistémica en Soluciones, para Parejas y Padres*. Monterrey: CREE-SER.
- Gáldamez, R. (2015). *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/9636/1/1080215003.pdf>
- Garfield, S. (1997). Brief Psychotherapy: The Role of Common and Specific Factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *4*(4), 217-225.
- Gersons, B. y Schnyder, U. (2013). Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*(1), 1-6. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/ejpt.v4i0.21369?needAccess=true>
- Gersons, B., Carlier, I., Lamberts, R. y van der Kolk, B. (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *13*(2), 333-347
- González, T. y Juárez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología*



- Iztacala*, 19(3), 1028-1047. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art10.pdf>
- Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 476-503. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art10.pdf>
- Hollanders, H. (1999). Eclecticism and integration in counselling: implications for training. *British Journal of Guidance and Conselling*, 27(4), 483-500.
- Jiménez-Maldonado, M., Gallardo-Moreno, G., Villaseñor-Cabrera, T. y González-Garrido, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80629187008.pdf>
- Klein, D. y Santiago, N. (2003). Dysthymia and Chronic Depression: Introduction, Classification, Risk Factors, and Course. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 807-816.
- Labrador, F. (2015). *Intervención psicológica en terapia de pareja*. España: Editorial Pirámide
- Melrose, S. (2017). Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches. *Open Journal of Depression*, 6, 1-13. Recuperado de [http://file.scirp.org/pdf/OJD\\_2017012313524121.pdf](http://file.scirp.org/pdf/OJD_2017012313524121.pdf)
- O'Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- O'Hanlon, B. (2011). *Quick steps for solving trauma*. EUA: W. W. Norton y Company Inc.
- Olivan, B. (2003). Alternativas de abordaje de la depresión en atención primaria: abordajes no farmacológicos. *Revista Clínica Electronica en Atención Primaria*, 1, 1-9, Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/13322502.pdf>
- Preston, J. (2003). *Terapia Breve Integradora: Enfoque Cognitivo, Psicodinámico, Humanista y Neuroconductual*. España: Editorial Descleé De Brouwer
- Quezada, L., Landero, R. y González, M. (2016). A Validity and Reliability Study of the Subjective Happiness Scale in Mexico. *The Journal of Happiness y well-Being*, 4(1), 90-100.
- Rossi, E. y Rossi, K. (2008). *La nueva neurociencia de la psicoterapia, la hipnosis terapéutica y la rehabilitación: un diálogo creativo con nuestros genes*. Recuperado de <http://ernestrossi.com/documents/librogratis-2.0-r081118.pdf>

- Sánchez, T. y Téllez, A. (2016). Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil: Un estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 67-76.  
Recuperado de  
[http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/16375/pdf\\_63](http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/16375/pdf_63)
- Téllez, A. (2003). *Hipnosis clínica: un enfoque Ericksoniano*. México: Trillas
- Van Rijn, B. y Wild, C. (2013). Humanistic and Integrative Therapies for Anxiety and Depression: Practice-Based Evaluation of Transactional Analysis, Gestalt, and Integrative Psychotherapies and Person-Centered Counseling. *Transactional Analysis Journal*, 43(2), 150-1