



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*“La Universidad Católica de Loja”*

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN  
Y HUMANIDADES**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Intervención integrativa a una cuidadora migrante de un  
niño con TEA**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autor:** Oviedo Cordova, Dayanna Stefania

**Director:** Bustamante Granda, Byron Fernando

LOJA

2022



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2022

## **Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular**

Loja, 22 de septiembre de 2022

Doctora,

Marina del Rocío Ramírez Zhindon

**Directora de la carrera de Psicología Clínica**

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: intervención integrativa a una cuidadora migrante de un niño con TEA realizado por Dayanna Stefania Oviedo Cordova ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Byron Fernando Bustamante Granda, Ph.D.

C.I.:1104185697

Correo electrónico: [bfbustamante@utpl.edu.ec](mailto:bfbustamante@utpl.edu.ec)

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Dayanna Stefania Oviedo Cordova, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: intervención integrativa a una cuidadora migrante de un niño con TEA, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: marco teórico, metodología, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Byron Fernando Bustamante Granda, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Dayanna Stefania Oviedo Cordova

C.I.: 1105866980

Correo electrónico: [dsoviedo@utpl.edu.ec](mailto:dsoviedo@utpl.edu.ec)

### **Dedicatoria**

En primer lugar, a Dios y a la Virgen Santísima por ser mi luz y guía.

A mis padres por apoyarme en cada decisión y enseñarme el superpoder de los sueños.

A mi hermana por su cariño y motivación para alcanzar cada una de mis metas.

A cada uno de los maestros que conocí a lo largo de este camino de aprendizaje por compartir su pasión por la gran labor que se realiza con esta profesión.

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios y la Virgen Santísima por brindarme la fortaleza y estar en todo momento a mi lado guiándome en el recorrido de esta meta.

También a mis padres por su paciencia, dedicación y acompañamiento en mis triunfos y derrotas motivándome a cada instante para que haga realidad mis sueños.

A mi hermana por ser mi confidente y derribar conmigo cada uno de mis temores y nunca dejarme dar por vencida.

Así mismo, a R.M por su tiempo y compromiso en cada una de las sesiones.

Agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja y a cada uno de mis tutores por ayudarme a crecer como profesional, pero sobre todo como ser humano.

## Índice de contenido

<b>Carátula.....</b>	<b>I</b>
<b>Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....</b>	<b>II</b>
<b>Declaración de autoría y cesión de derechos.....</b>	<b>III</b>
<b>Dedicatoria .....</b>	<b>V</b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b>VI</b>
<b>Índice de contenido .....</b>	<b>VII</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo uno .....</b>	<b>6</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>6</b>
<b>Presentación del caso .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.1 Identificación del paciente .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.2 Motivo de consulta .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Proceso de evaluación .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Proceso diagnóstico.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3.1 Diagnóstico presuntivo .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3.2 Diagnóstico diferencial .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.3 Diagnóstico final .....</b>	<b>27</b>
<b>Capítulo dos .....</b>	<b>30</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>30</b>

<b>2.1 Tratamiento/Intervención .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1.1 Objetivos terapéuticos .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1.2 Plan de tratamiento/intervención .....</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo tres .....</b>	<b>60</b>
<b>Resultados y Discusión .....</b>	<b>60</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>69</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>71</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>74</b>

#### Índice de tablas

<b>Tabla 1 Funciones mentales .....</b>	<b>10</b>
<b>Tabla 2 Instrumentos de evaluación .....</b>	<b>12</b>
<b>Tabla 3 Sesión 3.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 4 Sesión 6.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabla 5 Sesión 10.....</b>	<b>35</b>
<b>Tabla 6 Sesión 11.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabla 7 Sesión 12.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 8 Sesión 13.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabla 9 Sesión 15.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 10 Sesión 17.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 11 Sesión 18.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 12 Sesión 19.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabla 13 Sesión 24.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 14 Sesión 25.....</b>	<b>49</b>

<b>Tabla 15 Sesión 27</b> .....	<b>51</b>
<b>Tabla 16 Sesión 28</b> .....	<b>54</b>
<b>Tabla 17 Sesión 29</b> .....	<b>55</b>
<b>Tabla 18 Sesión 30</b> .....	<b>57</b>
<b>Tabla 19 Sesión 34</b> .....	<b>58</b>

### **Índice de figuras**

<b>Figura 1 Genograma familiar</b> .....	<b>6</b>
<b>Figura 2 Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)</b> .....	<b>60</b>
<b>Figura 3 Índices Globales de Malestar del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)</b> ..	<b>60</b>
<b>Figura 4 Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)</b> .....	<b>63</b>
<b>Figura 5 Escala de habilidades sociales (EHS)</b> .....	<b>66</b>

## Resumen

Se expone el caso de una mujer migrante de 36 años cuidadora de un niño con TEA, que se preocupa al desconocer el diagnóstico de su hijo. La evaluación incluyó, entrevista, observación e instrumentos psicométricos para: características del TEA, sufrimiento psíquico / psicossomático global, dinámica familiar, estrategias de afrontamiento, rasgos de personalidad, aserción / habilidades sociales y estrés. Se diagnosticó el Trastorno de Adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). A través de un enfoque integrativo en 17 sesiones se aplicaron técnicas de: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), Terapia Breve de Solución de Problemas, Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), psicoeducación e intervenciones en el contexto educativo; y se logró cambiar conductas y cogniciones desadaptativas; se redujo el malestar emocional y flexibilizó rasgos de personalidad.

*Palabras clave:* migrante, trastorno adaptativo, modelo integrativo.

### **Abstract**

The case is presented of a 36-year-old migrant woman, caregiver of a child with ASD, who is concerned about not knowing her son's diagnosis. The assessment included interview, observation and psychometric instruments for: ASD characteristics, global psychic/psychosomatic distress, family dynamics, coping strategies, personality traits, assertion/social skills and stress. Adjustment Disorder with predominance of alterations of other emotions was diagnosed, according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Through an integrative approach in 17 sessions were applied techniques of: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT), Brief Problem Solving Therapy, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Emotion Focused Therapy (EFT), psychoeducation and interventions in the educational context; and it was possible to change maladaptive behaviors and cognitions; emotional distress was reduced and personality traits were made more flexible.

*Key words:* migrant, adjustment disorder, integrative model.

## Introducción

Este apartado expone elementos implicados en la salud mental y calidad de vida de un caso clínico; para ello, se conceptualiza la migración, sus repercusiones y factores que incrementan la vulnerabilidad de cuidadores con pacientes que padecen Trastorno del Espectro Autista (TEA).

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2021), define migrante como aquel que se desplaza dentro o fuera de un país saliendo de su lugar de residencia habitual; las razones para migrar son variadas; como: 1) buscar nuevas oportunidades, 2) forzados por conflictos, 3) vulneración de sus derechos humanos o 4) condiciones medioambientales (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2021). De acuerdo con el informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2019) en el 2019 migraron cerca de 4 millones de venezolanos, Ecuador acogió aproximadamente a 430.000; evidenciándose en algunos casos migraciones a múltiples destinos con retorno temporal a su país de origen (OIM, 2020).

Así mismo, la migración conlleva cambios en la estructura familiar como la generación de familias extendidas, producto de la reunificación familiar o familias que se movilizan juntas (Banco Mundial, 2020). Según la OIM (2021) el 41% de migrantes venezolanos se movilizaron con su grupo familiar, especialmente las mujeres (52%), incluso el 6% estuvieron embarazadas y un 10% eran madres lactantes (Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V], 2020).

Además, existen migrantes cuidadores de un familiar con Trastornos del Neurodesarrollo, entre ellos los Trastornos del Espectro Autista (TEA); que requieren una intervención multidisciplinaria (Pérez-Estrada, 2021); cuyo pronóstico es variable y dependerá del diagnóstico precoz y tratamiento pertinente (López y Larrea, 2017), no obstante, a pesar de los avances en el conocimiento del TEA y desarrollo de herramientas de evaluación y detección, aún existen diagnósticos tardíos (Fortea et al., 2013) debido a: 1) deficiencias en la cualificación profesional para el diagnóstico (López et al., 2020), 2) diagnósticos múltiples, en Ecuador el 26% de afectados recibe entre 1-5 valoraciones diferentes (López y Larrea,

2017), 3) costos elevados para el diagnóstico (Morocho et al., 2021), 4) necesitar hasta ocho profesionales (López y Larrea, 2017), 5) insuficiente generación de políticas públicas para abordar el TEA (López et al., 2020), 6) escasos lineamientos para la inclusión en el sistema educativo (Rangel, 2017), 7) familias con poco apoyo y orientación (Leyva-Arévalo et al., 2019); así como, 8) la pandemia al limitar el acceso a los servicios de salud (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2022). Adicionalmente, las personas con TEA son estigmatizadas, víctimas de discriminación, atropello a sus derechos humanos, dificultades para acceder al sistema de salud, educación y oportunidades (OMS, 2021), vulnerabilidad agudizada para un migrante.

Además, la labor de cuidador de un niño con TEA puede ser influida por sus rasgos de personalidad; por ejemplo, el perfeccionismo, las características esquizoides que de acuerdo con Gálvez et al. (2010) implica la tendencia al distanciamiento de relaciones sociales con dificultad en la expresión emocional y la paranoia (desconfianza) (Encinas y Fajardo, 2009); elementos que marcan el proceso de aceptación frente al diagnóstico (Morales, 2010), expectativas, el papel educativo-estimulador y las enseñanzas sociales (Baña, 2015). Además, esto se complica en el caso de que otro de los cuidadores presente dificultades de salud especialmente si son complejas como el cáncer (Mesa-Gresa et al., 2017).

Con relación a la intervención se optó por un enfoque integrativo, considerando la influencia de los rasgos de personalidad sobre el estilo de vida (Jiménez, 2015), trabajando en diversas áreas; de modo que, para: 1) reducir la inflexibilidad psicológica se emplearon técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 2015), 2) reinterpretar la realidad mediante reestructuración de expectativas, pensamientos y creencias desadaptativas o irracionales a nivel emocional y conductual se utilizaron técnicas de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (Ellis et al., 1990), 3) canalizar el estrés asociado al rol de cuidador se intervino con técnicas de la Terapia Breve de Solución de Problemas (De Shazer, 1988), 4) modificar pensamientos y conductas disfuncionales se introdujeron herramientas de la Terapia Cognitivo Conductual (Beck y Freeman, 1995), 5) descubrir, explorar, identificar,

regular experiencias emocionales y pensamientos perturbadores se incluyeron elementos de la Terapia Focalizada en la Emoción (Jhonson y Sims, 2001), y en relación a 6) facilitar el proceso de aceptación frente al diagnóstico de TEA e inclusión escolar se realizó psicoeducación e intervenciones en el contexto educativo (Álvarez et al., 2017).

La descripción del caso clínico se estructura de la siguiente manera: en el capítulo uno se presenta el caso, proceso de evaluación y diagnóstico; el capítulo 2 especifica a metodología de intervención y finalmente el capítulo 3 plasma los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias y apéndices.

Por lo expuesto anteriormente, el informe proporciona un aporte teórico y práctico sobre la intervención en salud mental en poblaciones migrantes que cuidan a personas con TEA y como la atención primaria de salud contrarrestaría significativamente los efectos migratorios adversos; así como, las repercusiones adyacentes de esta problemática psicosocial.

## Capítulo uno

### Marco Teórico

#### 1.1 Presentación del caso

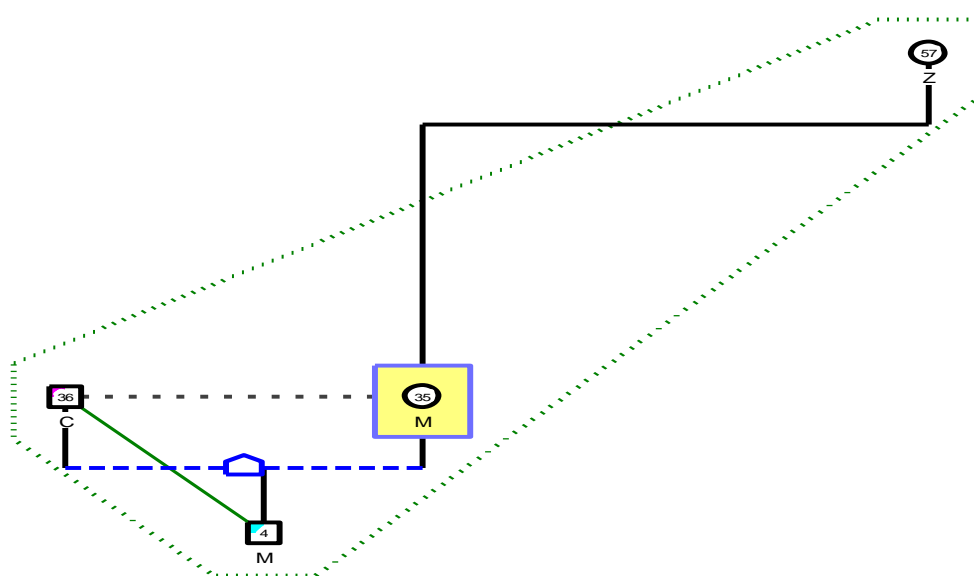
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador.

##### 1.1.1 Identificación del paciente

R. M, mujer venezolana de 36 años, estado civil unión libre y madre de un niño, forma parte de una familia extendida (paciente, esposo, hijo y madre) (Figura 1); además, su nivel de instrucción es superior completa; reside en Ecuador aproximadamente hace cinco años, desempeñándose en diversas ocupaciones (docente niveladora, ayudante de cocina y actividades de limpieza), su nivel socioeconómico es medio-bajo. Actualmente, en la familia de R.M hay dos personas que necesitan cuidados especiales (hijo con TEA y esposo con cáncer).

**Figura 1**

*Genograma familiar*



*Nota.* La figura muestra el tipo de familia a la cual pertenece R.M.

### **1.1.2 *Motivo de consulta***

En primera instancia, partiendo del principio ético del psicólogo y derecho del usuario, se inició con la lectura y firma del consentimiento informado, en el cual se explicitaba el proceso gratuito de evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento, duración de las sesiones, confidencialidad de la información, el carácter voluntario de participación y el uso de la información recogida de la práctica supervisada únicamente con fines académicos e investigativos bajo el anonimato y confidencialidad de datos personales.

R.M acude a consulta angustiada, refiriendo no saber qué hacer; debido a que su hijo de 5 años ha sido diagnosticado con TEA (Trastorno del Espectro Autista), situación que ha repercutido en el sistema familiar; por ello, la paciente demanda mejorar sus formas de afrontamiento; así como, las habilidades que le permitan atender su rol de cuidadora y salud mental.

Así mismo, al momento de la primera entrevista, R.M presentó informes psicológicos de su hijo elaborados por distintas instituciones de salud públicas que expresan los diagnósticos de autismo, autismo regresivo y asperger; por lo que, al acudir al servicio gratuito de atención psicológica brindado por el Instituto de Salud de la Migración en el Centro de Especialidades Médicas – HUTPL esperaba una confirmación del diagnóstico.

### **1.1.3 *Historia del problema y descripción de la sintomatología***

La paciente a los 23 años ingresó voluntariamente a un tratamiento experimental para endometriosis, a base de medicamentos que generalmente se emplean para tratar afecciones relacionadas con la próstata, esto con la finalidad de evitar la histerectomía y no depender de hormonas artificiales de por vida; mientras ella formaba parte de la investigación queda embarazada, en este momento ella tenía 31 años, los profesionales se percataron a las diez semanas de gestación, descontinuo inmediatamente los fármacos; situación desencadenante de sentimientos de culpa en R.M al considerar que en cierta medida los medicamentos que tomaba pudieron ser los causantes de la condición actual de su hijo.

En el primer trimestre de embarazo se presentó sangrado por cuatro días, que ameritó reposo, el último trimestre de gestación R.M viaja a Panamá por motivos laborales de su

esposo, tiempo en el cual tuvo que convivir con su familia política, presentándose diversos conflictos por los estilos de vida y la falta de apoyo percibida.

El parto se presentó por medio de cesárea electiva a las 41 semanas considerando la falta de labor; a las dos semanas de haber dado a luz, R.M decidió regresar a Venezuela con su hijo, a causa de la convivencia insostenible con su familia política, quienes propiciaban a su esposo tratos denigrantes (le negaban la alimentación, le dejaban fuera de casa etc.).

Posteriormente, cuando el menor tiene diez meses de edad, R.M viaja a Ecuador, llegando inicialmente a una parroquia rural del cantón Loja, momento en el cual la paciente observó un retraso en el desarrollo de su hijo; tiempo después, cuando el menor ingresa a una guardería los docentes evidenciaron que el niño no mantiene el contacto visual, parece no escuchar ni prestar atención, generando preocupación en su progenitora. Además, R.M presentó diversos conflictos con los moradores de la parroquia; por lo cual, menciona que la categorizaban como conflictiva.

Por otro lado, cuando el menor tiene dos años, los padres decidieron trasladarse a la ciudad de Loja por motivos laborales, momento en el cual se presenta la emergencia sanitaria a causa de la pandemia de la COVID-19, situación que limitó el acceso a los servicios de salud públicos y R.M no contaba con los recursos económicos suficientes que le permitieran acceder al sistema de salud privado imposibilitando una atención oportuna para su hijo.

De tal manera que, en octubre del 2021, ingresó al servicio gratuito de atención psicológica brindado por el Centro de Especialidades Médicas Hospital-UTPL, expresando angustia al desconocer un diagnóstico definitivo para su hijo, relación distante con la familia política, relación distante y deficiente comunicación con el esposo, preocupación por el retorno de su madre a su país de origen, manejo inadecuado de emociones y sentimientos de estancamiento.

## **1.2 Proceso de evaluación**

El proceso evaluativo se desarrolló en seis sesiones, fundamentándose en: 1) instrumentos de exploración (entrevista, observación y genograma familiar); así como en, 2) instrumentos de evaluación (guías, cuestionarios, escalas e inventarios) (Tabla 2).

Además, este parámetro se estructuró en dos momentos: a) las dos primeras sesiones se destinaron a evaluar la situación del hijo de la paciente aplicando la “Guía Portage”, “Cuestionario M-CHAT” y la “ Escala de Competencia Parental Percibida para Padres” y b) en las cuatro sesiones siguientes, se evaluó a la paciente utilizando el “Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)”, “Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)”, “Inventario de Estrategias de afrontamiento (CSI)”, “Cuestionario Salamanca”, “Cuestionario de Personalidad SEAPsl”, “Escala de Habilidades Sociales (EHS)” y la “Escala de Estrés Percibido (PSS-14)”.

### **Entrevista**

La entrevista es una herramienta de recogida de información sumamente útil en el proceso de evaluación-intervención (Perpiñá, 2012). Así mismo, esta técnica se fundamenta en una interacción tanto verbal como no verbal entre paciente y terapeuta (Fernández-Ballesteros, 2013). De manera que, el empleo de este instrumento de exploración en la primeras cuatro sesiones, permitió: la socialización y firma del consentimiento informado, recolectar datos sociodemográficos, identificar el motivo de consulta, conocer la angustia de R.M al desconocer el diagnóstico definitivo para su hijo, relación distante y conflictiva con su familia política, relación distante con su pareja, preocupación por el momento en el que su madre retorne a su país de origen, manejo inadecuado de emociones; así como, sus funciones mentales (Tabla 1) , expectativas y compromisos frente al proceso psicoterapéutico; información que, posteriormente daría lugar al desarrollo de la historia clínica.

### **Observación**

Consiste en que el profesional lleve un registro de lo que observa en sesión; existe la observación no controlada de la conducta, es decir, no se restringe al paciente a una situación en particular, a diferencia de la observación con pruebas de situación, proceso en donde se realizan observaciones planificadas con anterioridad con la finalidad de determinar el comportamiento de una persona frente a una variedad de situaciones (Lewis-Aiken, 2003). De igual manera, se encuentra la observación participante, en donde el profesional se

contacta directamente con el paciente y entorno (Hernández et al., 2014). En el presente caso, se hizo uso de esta herramienta exploratoria en el hijo de R.M con la finalidad de: 1) evaluar las capacidades generales del desarrollo infantil, 2) identificar características asociadas a un posible Trastorno del Espectro Autista y 3) conocer el proceso de inclusión escolar. De lo cual, se obtuvo que el menor presenta: conductas repetitivas, ausencia de reacción al peligro, deficiente respuesta frente al llamado por su nombre, verbalizaciones simples (conformadas por máximo dos palabras), dificultades en la motricidad fina y gruesa; mientras que, respecto a la interacción con la institución educativa se identificó ralentización en el proceso de adaptación curricular e inclusión escolar.

**Tabla 1**

*Funciones mentales*

<b>Apariencia</b>	<b>Forma de relación</b>	<b>Estado de conciencia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aspecto físico denota interés y cuidado.</li> <li>➤ Vestimenta acorde a la situación y clima.</li> <li>➤ Congruencia entre el estado emocional y expresiones faciales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actitud colaboradora.</li> <li>➤ Lenguaje fluido y coherente.</li> <li>➤ Discurso abundante en cantidad como en contenido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lucidez.</li> <li>➤ Capacidad intelectual, analítica y reflexiva.</li> <li>➤ Consciencia de factores desencadenantes y mantenedores del malestar; así como, de las consecuencias en las esferas de funcionamiento.</li> </ul>
<b>Orientación</b>	<b>Atención</b>	<b>Memoria</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Orientada en persona, espacio y tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Normal: euprosxia.</li> <li>➤ Atención sostenida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Narración detallada de hechos pasados y presentes sin ninguna dificultad.</li> </ul>
<b>Lenguaje</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Conducta motora</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Discurso fluido, coherente y abundante tanto en cantidad como en contenido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lógico.</li> <li>➤ Coherente.</li> <li>➤ Organizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inquietud moderada durante la entrevista; debido a que, se encontraba preocupada por la situación de su hijo.</li> </ul>
<b>Afectividad</b>	<b>Sensopercepción</b>	<b>Inteligencia</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Labilidad emocional expresada a través del llanto fácil.</li> <li>➤ Dificultad para identificar emociones.</li> <li>➤ Evitación a experimentar emociones especialmente la tristeza.</li> </ul>	<p>No se identificaron alteraciones de la sensopercepción.</p>	<p>Conservación del razonamiento, planificación, pensamiento, siendo capaz de comprender, enfrentar y resolver circunstancias complejas como de la vida diaria.</p>
---	--	---

Juicio	Voluntad	Instintos
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Juicio lógico y conservado con una elevada capacidad autocrítica.</li> <li>➤ Es consciente de su malestar y problemas adyacentes.</li> <li>➤ Dificultad para establecer metas a futuro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausencia de abulia, hiperbulia o sugestionabilidad.</li> <li>➤ Leve pérdida de energía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Leve disminución del apetito.</li> <li>➤ Ausencia de conductas autolíticas.</li> </ul>

*Nota.* En base a la entrevista y observación se evaluó cada uno de los parámetros del estado mental en R.M.

### **Genograma Familiar**

Herramienta que facilita representar gráficamente características relevantes de la familia a lo largo del tiempo (Navarro-García et al., 2004); se plasmó: estructura, subsistemas existentes, datos demográficos, antecedentes biológicos y psicosociales, acontecimientos vitales estresantes, redes de apoyo, relaciones familiares y patrones conductuales (Suarez, 2010). En el presente caso se identificó: relación distante-hostil con la familia política, relación distante con el esposo, antecedentes de trastornos del neurodesarrollo y la comunicación, demencia, consumo de sustancias, matrimonios entre miembros familiares, patrones de crianza repetitivos en donde los abuelos son cuidadores principales de los nietos.

Tabla 2

## Instrumentos de evaluación

N° de sesión	Instrumento	Construc-to	Resultado(s)	
			Cuantitativo	Interpretación
2	Cuestionario M-CHAT-R/F (Robins et al., 2009).	➤ Riesgo de Trastorno del Espectro Autista.	<b>Abuela:</b> P.D = 6 <b>Madre:</b> P. D = 7 <b>Padre:</b> P.D = 8	➤ Positivo para riesgo de TEA.
2-3	Guía Portage (Bluma et al., 2016).	➤ Estándares del desarrollo infantil.	Resultado cualitativo para comportamiento relevante en población infantil (0-6 años) en las áreas de socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y desarrollo motriz.	➤ Dificultades en las áreas de socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y motricidad.
3	Escala de Competencia Parental Percibida para Padres (ECP-P) (Bayot y Hernández, 2008).	➤ Función de ser padre, madre, o cuidador.	<b>Implicación escolar:</b> P.D = 9 <b>Dedicación personal:</b> P. D= 9 <b>Ocio compartido:</b> P.D = 6 <b>Asesoramiento y orientación:</b> P.D = 9	➤ Baja participación en el contexto escolar. ➤ Elevada dedicación personal, <i>designación de espacios y tiempos para clarificar dudas, dialogar y transmitir valores.</i> ➤ Bajo ocio compartido, <i>deficiente planificación de tiempo libre para realizar actividades familiares.</i> ➤ Bajo asesoramiento y orientación, <i>dificultad para dialogar, escuchar y entender las</i>

			<b>Asunción rol paternal:</b> P.D = 13	<i>demandas de su hijo a causa de su horario laboral.</i> ➤ Baja asunción paternal, es decir, dificultad para adaptarse a los cambios propiciados por el nacimiento de un hijo.
4	Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) (González de Rivera et al., 2002).	➤ Síntomas psicológicos y psicopatológicos.	<b>Somatización:</b> P.T = 55 <b>Obsesión /compulsión:</b> P.T = 58 <b>Sensibilidad interpersonal:</b> P.T = 55 <b>Depresión:</b> P.T = 55 <b>Ansiedad:</b> P.T = 55 <b>Hostilidad:</b> P.T = 49 <b>Ansiedad fóbica:</b> P.T = 34 <b>Ideación paranoide:</b> P.T = 67 <b>Psicoticismo:</b> P.T = 49 <b>Índice de Severidad Global:</b> P.T = 58	➤ No hay riesgo para somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo. ➤ Riesgo para ideación paranoide. ➤ Niveles moderados de sufrimiento psíquico y psicósomático global.

				<b>Total de Síntomas positivos:</b> P.T = 58	<b>Malestar Sintomático Positivo:</b> P.T = 51
4	Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) (Pérez et al., 1997).	➤ Funcionamiento familiar.		P.D = 39	➤ Disfuncionalidad familiar.
7	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Cano et al., 2007).	➤ Estrategias de afrontamiento.	de	<b>Resolución de problemas:</b> Pc = 60 <b>Autocrítica:</b> Pc = 90 <b>Expresión emocional:</b> Pc = 55 <b>Pensamiento desiderativo:</b> Pc = 85 <b>Apoyo social:</b> Pc = 10 <b>Reestructuración cognitiva:</b> Pc = 35 <b>Evitación de problemas:</b> Pc = 99 <b>Retirada social:</b>	➤ Afrontamiento desadaptativo, caracterizado por: autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de los problemas y retirada social.

---

		Pc = 80
7	Cuestionario Salamanca (Pérez et al., 2007).	<p>➤ Trastorno /Rasgos de Personalidad.</p> <p><b>Paranoide:</b> P.D = 3</p> <p><b>Esquizoide:</b> P.D = 5</p> <p><b>Esquizotípico:</b> P.D = 1</p> <p><b>Histriónico:</b> P.D = 1</p> <p><b>Antisocial:</b> P.D = 0</p> <p><b>Narcisista:</b> P.D = 0</p> <p><b>Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo:</b> P.D = 2</p> <p><b>Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite:</b> P.D = 0</p> <p><b>Anancástico:</b> P.D = 4</p> <p><b>Dependiente:</b> P.D = 0</p> <p><b>Ansioso:</b> P.D = 0</p>
		➤ Predominio de los rasgos: esquizoide, anancástico y paranoide de la personalidad.

---

14	Cuestionario de personalidad SEAPsl (Balarezo, 2010).	➤ Rasgos de personalidad.	<p><b>Histriónico:</b> P.D = 2</p> <p><b>Ciclotímica:</b> P.D = 1</p> <p><b>Anancástica:</b> P.D = 7</p> <p><b>Paranoide:</b> P.D = 5</p> <p><b>Inestable:</b> P.D = 0</p> <p><b>Disocial:</b> P.D = 1</p> <p><b>Evitativa:</b> P.D = 5</p> <p><b>Dependiente:</b> P.D = 4</p> <p><b>Esquizoide:</b> P.D = 7</p> <p><b>Esquizotípica:</b> P.D = 6</p>	➤ Predominio de los rasgos anancástico y esquizoide de la personalidad.
14	Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2002).	➤ Aserción y habilidades sociales.	<p><b>Autoexpresión en situaciones sociales:</b> Centil = 35</p> <p><b>Defensa de los propios derechos como consumidor:</b></p>	➤ Facilidad en la autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

		Centil = 70	➤ Dificultad para realizar peticiones.
		<b>Expresión de enfado o disconformidad:</b>	➤ Presencia de conductas asertivas y habilidades sociales en distintos contextos.
		Centil = 65	
		<b>Decir no y cortar interacciones:</b>	
		Centil = 80	
		<b>Hacer peticiones:</b>	
		Centil = 5	
		<b>Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto:</b>	
		Centil = 75	
		<b>Puntaje global:</b>	
		Centil = 60	
23	Escala de Estrés Percibido (PSS-14) (Remor, 2006).	➤ Estrés percibido.	➤ A menudo está estresada.
		P.D = 31	

*Nota.* En esta tabla se observan los instrumentos de evaluación con sus respectivos resultados. Puntaje directo (P.D), Puntaje centil (P.C) y Puntaje T (P.T).

Luego de la aplicación individual de instrumentos exploratorios y psicométricos, los resultados indicaron que el hijo de R.M presenta riesgo para Trastorno del Espectro Autista (TEA) motivo por el cual se consideró pertinente la derivación a neuropsicología y neuropediatría para que a partir de la respectiva valoración emitir un diagnóstico definitivo.

Por otro lado, se identificó: 1) riesgo de ideación paranoide, 2) disfuncionalidad familiar, 3) afrontamiento desadaptativo, 4) predominio de rasgos anancásticos, esquizoides y paranoides de la personalidad, 5) dificultad para realizar peticiones y 6) a menudo está estresada.

### 1.3 Proceso diagnóstico

Para la codificación se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10); mismo que, fue elaborado por la OMS en 1992, La traducción al español la realizó el “Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades” en conjunto con el “Centro Colaborador de la OMS para la Clasificación de Enfermedades en Español”; la actualización la desarrolló el “Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales en México por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018).

#### 1.3.1 *Diagnóstico presuntivo*

Implica las impresiones diagnósticas del profesional respecto a la condición o posibles problemáticas del paciente (Alfonso et al., 2014); en otras palabras, alude a las hipótesis diagnósticas; delimitando de esta forma las alternativas de evaluación para establecer el diagnóstico definitivo (Capurro y Rada, 2007). En el caso de R.M se establecieron los siguientes:

#### **F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación**

Según la OMS (1994):

Esta categoría incluye trastornos no sólo identificables por los síntomas y el curso, sino también por la existencia de uno u otro de los dos factores causales siguientes: un acontecimiento vital excepcionalmente estresante que produce una reacción a estrés agudo, o un cambio vital significativo que conduce a unas circunstancias desagradables persistentes que conducen a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial menos graves (“acontecimientos vitales”) pueden precipitar el inicio o contribuir a la presentación de una variedad muy amplia de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre está clara, y en cada caso se encontrará que dependen de la vulnerabilidad individual, a menudo idiosincrásica, es decir, los acontecimientos vitales no son causa necesaria ni suficiente para explicar la aparición y forma del

trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría se suponen siempre una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. Los acontecimientos estresantes o las situaciones desagradables persistentes son los factores causales primarios y preponderantes, y en su ausencia el trastorno no se hubiera producido. De esta forma, los trastornos de esta sección han de considerarse como una respuesta mal-adaptativa a estrés grave o persistente, que interfiere con los mecanismos de afrontamientos satisfactorios y, por lo tanto, llevan a un deterioro del funcionamiento social. (p. 119)

### **F60 Trastorno de personalidad específico**

Esta categoría implica, según la OMS (1994):

Alteraciones severas de la personalidad y tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna alteración cerebral, ni de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente, abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o adolescencia y persisten en la vida adulta. Los criterios son:

- G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivencia y comportarse, se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura. Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas:
  1. Cognición (p. ej., en la manera de percibir e interpretar las cosas, personas y acontecimientos; en el desarrollo de las actitudes y la imagen de sí mismo y de los demás).
  2. Afectividad (rango, intensidad y adecuación de la respuesta emocional y afectiva).
  3. Control de los impulsos y satisfacción de deseos.

4. Modo en que se relaciona con los demás y manejo de situaciones interpersonales.

- G2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales (p. ej., no se limita a una situación o estímulo desencadenante).
- G3. Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuible al comportamiento referido en el criterio G2.
- G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o la adolescencia.
- G5. La desviación no puede ser explicada como una consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto. No obstante, pueden darse condiciones agudas o crónicas que se recogen en las categorías F00-F59 o F70-F79 de esta clasificación y que coexisten o superponen a la misma.
- G6. La alteración no se debe a enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales. (En caso de que se demuestre una causa orgánica se utilizará la categoría F07.). (pp. 158-159)

### **1.3.2 Diagnóstico diferencial**

Proceso recurrente con fundamento científico, que permite al profesional considerar las posibles causas de la situación del paciente previo al establecimiento del diagnóstico definitivo (Marecos, 2003). Así mismo, alude al refinamiento de las hipótesis diagnósticas (Capurro y Rada, 2007) comparando las manifestaciones que comparten entre sí las posibles problemáticas o alteraciones (Rivas 2010). En el caso de R.M se establecieron los siguientes:

#### **F43.2 Trastorno de adaptación**

Este trastorno implica, según la OMS (1994):

Presencia de malestar subjetivo y alteraciones emocionales que habitualmente interfieren con el funcionamiento y actividades sociales, que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede haber afectado la integridad de la trama social del individuo, el amplio sistema de soportes y valores sociales (emigración o condición de refugiado), o haber representado una transición mayor en el desarrollo o crisis. Además, se asume que el trastorno no hubiera aparecido en ausencia de un agente estresante. (p. 122)

R.M cumple con los criterios para este trastorno; debido a que, se encuentra afrontando el proceso de adaptación respecto a su hijo con TEA, mismo que ha repercutido en la relación con su pareja y madre. Además, la paciente es una migrante lo que he generado cambios en su estilo vida como en el caso de su ocupación misma que en su país de origen era de docente universitaria; mientras que, en el país receptor se dedica a diversas actividades laborales como: docente niveladora, ayudante de cocina y limpieza. La situación vital estresante desborda las capacidades de afrontamiento en R.M dificultando su proceso de aceptación y adaptación al tener un hijo con el diagnóstico de TEA. Así mismo, cabe resaltar que tal situación implica un proceso de duelo al no cumplir con las expectativas de un hijo con el desarrollo esperado.

#### **F43.25 Trastorno de adaptación con alteraciones emocionales y disociales mixtas.**

Según la OMS (1994):

Las manifestaciones son variables e incluyen humor depresivo, ansiedad o preocupación (o una mezcla de estos); sentimiento de incapacidad para afrontar, planificar el futuro o continuar en la situación presente; así como cierto grado de discapacidad en el desempeño de la rutina diaria. Una característica asociada pueden ser los trastornos disociales. La manifestación predominante puede ser una reacción depresiva breve o prolongada, o una alteración de otras emociones y de la conducta (alteraciones disociales). (p. 123)

R.M no cumple con los criterios; si bien es cierto, existe la presencia de un evento vital estresante (hijo con TEA) que sobrepasan sus estrategias de afrontamiento llevándola a experimentar estados emocionales depresivos, angustia, preocupación y/o ansiedad, sintomatología que no ha interferido en las actividades de la vida diaria considerando que a partir de la aplicación del SCL-90-R no se evidenció riesgo para síntomas de cuadros depresivos y/o ansiosos. Además, existe ausencia de conductas disociales que mediante la aplicación de instrumentos de personalidad (Cuestionario Salamanca y SEAPSI) se obtuvo un puntaje bajo para el rasgo disocial y el SCL-90-R puso de manifiesto que no hay riesgo para hostilidad, es decir sentimientos y conductas propias de estados agresivos (Derogatis, 1994).

#### **F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.**

Esta categoría implica, según la OMS (1994):

Sensibilidad excesiva a los contratiempos; incapacidad para perdonar agravios; suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas; suspicacia recurrente, no justificada, sobre la fidelidad del cónyuge o compañero sexual; así como, un sentido combativo y tenaz de los propios derechos. Puede existir un sentimiento exagerado de autoimportancia y frecuentemente existe una actitud excesiva de autorreferencia; la paciente no cumple con los siguientes criterios:

- A. Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad.
- B. Deben estar presentes al menos cuatro criterios diagnósticos, R.M no cumple con seis de siete, como lo son:
  - 1. Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
  - 2. Suspicion y predisposición generalizada a distorsionar las propias vivencias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles y despectivas.

3. Sentido combativo y tenaz de los propios derechos, al margen de la realidad.
4. Susplicacia persistente, sin justificación, acerca de la fidelidad del cónyuge o pareja sexual.
5. Actitud autorreferencial persistente asociada particularmente a un sentimiento de autoimpotencia excesiva.
6. Preocupación por “conspiraciones” sin fundamento que explicarían los acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general. (p. 160)

En primer lugar, a pesar de la presencia en R.M de distorsiones cognitivas, alteraciones en la afectividad, dificultad en el control de impulsos y las interacciones sociales, no están asociados a un trastorno de personalidad específico; en vista de que, son manifestaciones en las cuales se debe considerar los patrones de crianza y el contexto de desarrollo de la paciente en el país de origen, siendo la agresividad una forma de supervivencia y la desconfianza a estar vigilante a los estímulos externos al percibirse como víctima de diversos agravios infringidos por su propia familia.

A partir de la aplicación de instrumentos psicométricos para evaluar rasgos de personalidad se identificó predominio del rasgo paranoide y mediante la entrevista psicológica; así como, en base a la observación se evidencia la dificultad de R.M para perdonar u olvidar daños en su contra, lo que ha desencadenado desconfianza como mecanismo de defensa; así mismo, estas características no cumplen con el umbral necesario para ser consideradas parte de un trastorno paranoide de personalidad; es decir, el rasgo no es inflexible, persistente y no ha interferido significativamente en las diversas esferas del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

#### **F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.**

Esta alteración de la personalidad implica, según la OMS (1994):

Presencia de frialdad emocional, ausencia de relaciones sociales u otros contactos, tendencia a la fantasía, las actividades solitarias y la introspección.

Así mismo, existe una incapacidad para expresar sentimientos y sentir placer; la paciente no cumple con los siguientes criterios:

A. Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad.

B. Deben estar presentes al menos cuatro criterios diagnósticos, R.M no cumple con siete de nueve, como lo son:

1. Pocas actividades, si es que hay algunas, le proporcionan placer.
2. Frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo.
3. Aparente indiferencia a las críticas y elogios.
4. Poco interés por mantener relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta su edad).
5. Excesiva preocupación por la fantasía y la introspección.
6. Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, ni deseos de tenerlas.
7. Marcada insensibilidad por las normas y convenciones sociales establecidas (dicha indiferencia no es deliberada). (p. 160)

En primer lugar, la paciente no cumple con el criterio A, considerando que, a pesar de la forma de interpretar los diversos sucesos, dificultad en la expresión emocional, impulsividad y distanciamiento de las relaciones sociales, estas manifestaciones no forman parte de un trastorno específico de la personalidad en vista de que no son alteraciones severas que han deteriorado significativamente la vida de R.M. Las características mencionadas anteriormente, se asocian a patrones de crianza y diversas situaciones problemáticas tanto en su país de origen como en el de destino, que hacen a R.M preferir actividades en solitario y expresar una tendencia al aislamiento a consecuencia de los diversos agravios infringidos en su contra por su propia familia y ciudadanos del país de destino (Ecuador) empleando la evitación como mecanismo de defensa a salir herida o lastimada de las relaciones que pueda establecer con otras personas.

En la misma línea, a través de la aplicación de instrumentos psicométricos para evaluar rasgos de personalidad se identificó predominio del rasgo esquizoide y mediante la entrevista psicológica; así como, en base a la observación se denota una dificultad de R.M en la expresión emocional y marcada preferencia por las actividades sin interacción social; no obstante, son elementos sin el umbral necesario para ser consideradas parte de un trastorno de personalidad esquizoide considerando que la paciente formó una familia, ejerció su ocupación como docente universitaria, tiene un círculo limitado de amistades, a pesar de su dificultad en la identificación de emociones reacciona en diversas situaciones sociales expresando su ira, tristeza, frustración especialmente cuando identifica dificultades para la interacción social en su hijo, de forma que de acuerdo con la APA (2014) para ser considerado un trastorno esquizoide de la personalidad el rasgo debe ser inflexible, persistente y existir un deterioro significativo en la funcionalidad del individuo.

#### **F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.**

Esta alteración de la personalidad implica, según la OMS (1994):

Presencia de sentimientos de duda, perfeccionismo, preocupación excesiva por detalles y comprobaciones, obstinación, precaución y rigidez. Pueden aparecer también pensamientos o impulsos no deseados, aunque éstos no son tan graves como en el trastorno obsesivo-compulsivo; la paciente no cumple con los siguientes criterios:

- A. Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad.
- B. Deben estar presentes al menos cuatro criterios diagnósticos, R.M no cumple con seis de ocho, como:
  - 1. Sentimientos de duda y precauciones excesivas.
  - 2. Perfeccionismo que interfiere con la realización de tareas.
  - 3. Rectitud y escurpulosidad excesivos.
  - 4. Preocupación injustificada por la productividad, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y relaciones interpersonales.

5. Excesiva pedantería y adhesión a las convenciones sociales.
6. Insistencia irracional en que los demás se sometan a la propia rutina de hacer las cosas o resistencia irracional a permitir que los demás realicen sus tareas. (p. 164)

En primer lugar, la paciente no manifiesta alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales severas propios de un trastorno de personalidad específico. Además, a pesar de su preocupación por el orden y organización que lleva a R.M a experimentar niveles de autocrítica y necesidad de control en los demás, son características que no han interferido significativamente en las diversas esferas del funcionamiento, evidenciándose en su confianza por dejar a su hijo a cargo de su madre y muestra una actitud pasiva-agresiva frente a los desacuerdos.

Además, estas manifestaciones son justificadas por los patrones de crianza resaltando que la paciente fue educada por su abuela materna a quién describe como autoritaria y además por ser la hija mayor era a quién le exigían en mayor medida a diferencia de sus hermanos, lo que desarrolló en ella el rasgo anancástico, indicador que se incrementa por los diversos agravios de los cuales percibe haber sido víctima por parte de su familia política y pobladores del país receptor, de forma que, ella adquiere la necesidad de tener todo bajo control a fin de cuidar los detalles y así estar segura de que las actividades se cumplan “correctamente”.

### **312.34 (F63.81) Trastorno explosivo intermitente:**

En la CIE-10 este trastorno se encuentra en la categoría “Otros trastornos de los hábitos o del control de los impulsos (F63.81); sin embargo, no se detallan criterios diagnósticos de forma que en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) R.M no cumple con tres de seis criterios, que implican, según la APA (2014):

- A. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada respecto a la provocación o el factor desencadenante.

- B. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (como dinero, poder intimidación).
- C. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales y tienen consecuencias económicas o legales. (p. 466)

A partir de la aplicación de instrumentos psicométricos para evaluar rasgos de personalidad (Cuestionario Salamanca y SEAPsl) el resultado fue bajo para el rasgo disocial de la personalidad; así mismo, mediante el SCL-90-R se identificó que no hay riesgo para conductas propias de estados agresivos (hostilidad) (Derogatis, 1994).

Igualmente, a través de la entrevista psicológica se evidenció la presencia de dificultad para regular estados emocionales como el enojo que desencadenaban conductas agresivas; sin embargo, no se llegó a afectar la integridad de una persona o perjudicó la propiedad privada: al contrario, estas reacciones si bien es cierto no eran adaptativas eran justificadas por un evento externo suscitado con la familia política, quienes no apoyaron eficientemente a R.M al momento de legalizar a su hijo en Venezuela de forma que la paciente refiere *“no tuve opción más que recurrir a la amenaza para que me enviaran la partida de nacimiento que me permitiera ceder a mi hijo”*. Igualmente, hay que destacar el contexto de crianza, en el cual la violencia forma parte de las estrategias de afrontamiento en el diario vivir de la paciente.

### **1.3.3 Diagnóstico final**

Una vez aplicados los instrumentos de evaluación correspondientes, el profesional determina una condición específica que aborda la sintomatología del paciente (NIH, 2021); es decir, se tiene la certeza de una determinada problemática para el paciente (Rivas, 2010), a partir de la verificación del diagnóstico (Capurro y Rada, 2007). En el caso de R.M se estable como diagnóstico definitivo el **“Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones (F43.23)”** según los criterios de la CIE-10, el mismo que de acuerdo la OMS (1994) establece que:

- Se trata de estados de malestar subjetivo y de alteraciones emocionales que habitualmente interfieren con el funcionamiento y actividades sociales, que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o acontecimiento vital estresante.
- El agente estresante puede haber afectado la integridad de la trama social del individuo (experiencias, separación, duelo) o el amplio sistema de soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado), o puede haber representado una transición mayor en el desarrollo o crisis (inicio de la etapa escolar, maternidad o paternidad, fallo en alcanzar una meta personal preciada, jubilación).
- El riesgo de aparición y en la forma de las manifestaciones de los trastornos de adaptación juegan un papel importante la predisposición individual o la vulnerabilidad.
- Las manifestaciones son variables e incluyen humor depresivo, ansiedad o preocupación (o una mezcla de estos); sentimiento de incapacidad para afrontar, planificar el futuro o continuar en la situación presente; así como, cierto grado de discapacidad en el desempeño de la rutina diaria. Además, los síntomas suelen ser de varios tipos de emoción, tales como ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira.
- Los síntomas de ansiedad y depresión pueden cumplir criterios de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno de ansiedad mixto (F41.3), pero no predominan hasta el punto que pueda diagnosticarse otro trastorno depresivo o de ansiedad más específico. (p. 123)

R.M cumple los criterios para este trastorno al presentar labilidad emocional, angustia, preocupación cuando se habla de las dificultades de su hijo quién presenta el diagnóstico de TEA (evento vital estresante), de forma que esta sintomatología denota la falta de aceptación de la condición del menor; además, esta situación ha incidido en la dinámica familiar, debido

al desacuerdo presente en cada uno de los miembros familiares; por un lado, el padre del menor, no percibe ninguna dificultad en su hijo, al contrario considera la situación como una oportunidad refiriendo “ *es un genio que desarrollará grandes avances en la sociedad*” denotando así su estado de negación; la cuidadora principal (madre de R.M) considera que son normales las dificultades presentes en el niño y que más adelante adquirirá las habilidades y capacidades propias de su edad; por lo que, R.M ha llegado a creer que exagera la situación.

De igual manera, su trastorno de adaptación y las respuestas emocionales se ven matizados por la presencia de factores predisponentes tales como: rasgos de personalidad, estilo de crianza autoritario con el que fue educada R.M, nivel socioeconómico medio-bajo factores que influyen en el pronóstico y tratamiento, el que a su vez se complica por su estado migratorio, esposo diagnosticado con enfermedad catastrófica (cáncer), desconocimiento por el TEA, la pandemia, sobrecarga de actividades laborales y del hogar; además, en el país receptor las insuficientes políticas públicas para abordar el TEA, la falta de cualificación profesional para el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo y en la ciudad en la que reside los escasos lineamientos para la inclusión en el sistema educativo dificultan su proceso de adaptación frente a las necesidades y retos que implica el diagnóstico de TEA de su hijo.

Por último, la sintomatología manifiesta en la paciente no llega a categorizarse con alguno de los trastornos del estado afectivo, información que se corrobora con la aplicación del SCL-90-R, entrevista clínica y observación mediante los cuales no se evidencia riesgo para sintomatología propia de cuadros depresivos y/o ansiosos.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

##### 2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- ✓ Flexibilizar rasgos de personalidad.
- ✓ Mejorar la autoregulación emocional asociada a su rol de cuidadora y en otras esferas de su vida.
- ✓ Clarificar valores.
- ✓ Modificar ideas irracionales, dicotómicas, automáticas y desiderativas asociadas al malestar presente para reemplazarlas por otras adaptativas.
- ✓ Psicoeducar sobre el estrés, el TEA, los estilos de afrontamiento, rasgos de personalidad, solución de problemas, entre otros.
- ✓ Mejorar la capacidad de solución de problemas.
- ✓ Solucionar asuntos inconclusos de su pasado.
- ✓ Mejorar la coordinación de esfuerzos entre la familia, escuela y los tratantes.
- ✓ Incrementar las capacidades de estimulación y entrenamiento de un niño con Tea en el contexto familiar.

##### 2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

La intervención/tratamiento inicialmente se desarrolló bajo modalidad presencial; sin embargo, debido a la emergencia sanitaria a causa de la pandemia de la COVID-19 y situaciones personales de la paciente que dificultaban su traslado al Centro de Especialidades Médicas – HUTPL se optó por el empleo de la telepsicología, que de acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013) se refiere a la prestación de servicios psicológicos por medio de tecnología de la información y comunicación, en este caso se utilizó la plataforma de videoconferencia “zoom”.

El plan de intervención consistió en 17 sesiones empleándose diversas técnicas de intervención psicoterapéuticas como se describe a continuación:

**Tabla 3***Sesión 3*

<b>Modalidad</b>	Presencial.
<b>Objetivo(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fomentar la expresión emocional.</li> <li>➤ Reestructurar términos dicotómicos.</li> </ul>
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducación.</li> <li>➤ Autorregulación emocional.</li> <li>➤ Ficha de registro.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Explicación sobre las emociones.</li> <li>➤ Aplicación de la técnica de autoregulación emocional.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Espacio de clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Socialización de la técnica de autoregulación emocional a la pareja.
<b>Resultado terapéutico</b>	Expresión emocional.

En la sesión tres, considerando la dificultad de R.M para identificar y regular las emociones el objetivo consistió en facilitar la expresión de las mismas desde la Terapia Focalizada en la Emoción y reestructurar creencias dicotómicas mediante la Terapia Cognitivo-Conductual. Primeramente, se estableció rapport en base al recibimiento, saludo y socialización del objetivo de la sesión. A continuación, se aplicó la técnica autoregulación emocional diseñada en forma de ficha de registro con cuatro componentes: 1) identificar, apartado que consiste en nombrar la emoción experimentada, 2) comprender, es decir el porqué de lo que está sintiendo, 3) decidir, lo que se refiere al “qué hacer” con lo que se siente y 4) actuar en base a la emoción, es decir establecer acciones para: mantener, reducir o eliminar lo que se ha decidido en base a la emoción. Cabe resaltar que, conforme la paciente completaba la ficha de registro se retroalimentaban sus aportes de forma que se logre el objetivo propuesto y consolide lo aprendido.

Respecto al resultado terapéutico, se obtuvo en R.M expresión emocional presentándose un desbordamiento emocional, evidenciado por llanto fácil, debido a que R.M percibe deficiente apoyo por parte de su familia y se autocrítica por exagerar la situación, a diferencia de su madre y cónyuge, quienes consideran que no hay un problema que requiera tal angustia. Por otro lado, la tarea inter-sesión consistió en socializar la técnica de autorregulación emocional aprendida en sesión con su pareja a fin de entrenar su capacidad en lo concerniente a la regulación de emociones y facilitar la toma de decisiones. Para concluir, el terapeuta cerró la sesión, resumiendo los temas abordados, clarificando dudas y agradeciendo a R.M por su participación motivándole a continuar con el proceso psicoterapéutico.

La sesión cuatro tuvo como finalidad evaluar el grado de malestar psicológico actual y dinámica familiar mediante la aplicación del “Cuestionario de 90 Síntomas – SCL-90-R” y “Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)” respectivamente; además, se ejecutó una observación participante con pruebas de situación para identificar características asociadas a un posible TEA.

En la quinta sesión se desarrolló una entrevista de devolución de los resultados obtenidos en los instrumentos psicométricos utilizados en la sesión cuatro; que de acuerdo con Perpiñá (2012) aparte de ser un derecho del paciente y obligación del psicólogo clínico, influye en la motivación del individuo, al generar consciencia de lo que le sucede de forma que se debe brindar una explicación comprensible en la cual se justifique la posible etiología y factores biopsicosociales que influyen en la aparición o mantenimiento del problema o síntoma.

#### **Tabla 4**

##### *Sesión 6*

<b>Modalidad</b>	Presencial.
<b>Objetivo(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Clarificar valores.</li> <li>➤ Brindar información sobre grupos de apoyo para padres de niños con TEA.</li> </ul>
<b>Técnica(s)</b>	➤ Psicoeducación.

	➤ Ficha de registro.
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Presentación y explicación de las directrices para realizar la actividad “Aclarar valores”.</li> <li>➤ Presentación de una infografía con información de grupos de apoyo para padres de niños con TEA.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Completar la ficha de registro con las categorías faltantes.
<b>Resultado terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consciencia de los valores personales.</li> <li>➤ Reducción de los sentimientos de estancamiento.</li> <li>➤ Expresión emocional.</li> </ul>

La sexta sesión se orientó a la clarificación de valores desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso considerando la ambigüedad de R.M entre lo que quiere y la realidad; debido a que, se encontró deficiencia en las direcciones vitales de su conducta. Para ello, se inició saludándola y preguntándole como le ha ido en la semana, después se explicó del objetivo de la sesión; seguidamente, se presentó la ficha de registro de la actividad “aclarar valores” la misma que se constituía por 10 áreas vitales (relaciones íntimas/pareja, relaciones familiares, relaciones sociales, trabajo, educación y formación, ocio, espiritualidad, ciudadanía, salud/bienestar físico y otro), la cual debía ser completada de la siguiente forma: 1) escribir un valor por cada una de las secciones, 2) asignar a cada valor un puntaje en base a una escala del 1 al 10, según qué tan importante es para R.M, 3) describir varias metas específicas a corto y mediano plazo que considere puedan ayudarle a vivir una vida conforme a cada valor, 4) escribir pensamientos o emociones que posiblemente interfirieran en el cumplimiento de las metas específicas y 5) escribir lo que significa para ella vivir de acuerdo a ese valor así como lo que implicaría no hacerlo.

Posteriormente, se le solicitó a la paciente que elija una categoría por la cual desee iniciar, esto con la finalidad de no seguir el orden para flexibilizar su rasgo anancástico de

personalidad; a manera de ejemplo, se completó en conjunto con R.M la categoría “otro”, la paciente la orientó hacia el ambiente, después se le entregó la ficha de registro para que completara cuatro categorías más tales como: “relaciones familiares” “educación y formación”, “ocio” y “ciudadanía”; en vista de que, a R.M se le dificultaba establecer metas y exponer los pensamientos y emociones que podrían afectar el alcance de sus objetivos; la actividad se desarrolló en conjunto con R.M, una vez finalizado el ejercicio se socializó cada uno de los apartados.

Por otro lado, se presentó una infografía sobre los grupos de apoyo para padres de niños con TEA, esto con la finalidad de mejorar su red de apoyo social, al interactuar con personas que atraviesan por su misma situación y así utilice recursos que han empleado otras familias en la estimulación de niños con TEA.

En relación al resultado terapéutico, se obtuvo la consciencia de valores personales expresados por el establecimiento de acciones enfocadas a lo que desea para su vida; además, se obtuvo la expresión emocional, manifestada por el llanto fácil a causa de la experimentación de sentimientos de estancamiento; de forma que, con la actividad se definieron metas alcanzables a corto y mediano plazo lo que redujo el malestar emocional. Así mismo, R.M exteriorizó su interés por los grupos de apoyo al estar atenta a la explicación de cada una de las asociaciones con las cuales puede contactarse para incrementar su red de apoyo social. Para concluir, la tarea inter-sesión consistió en complementar la ficha de registro con las categorías faltantes.

Finalmente, el terapeuta a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico resumió los temas abordados, clarificó dudas y agradeció a la paciente por su participación y asistencia.

En la sesión siete se evaluaron los rasgos/trastornos de personalidad y estrategias de afrontamiento mediante el “Cuestionario Salamanca” e “Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)”. Con respecto a la octava cita, se desarrolló una entrevista abierta con el objetivo de elaborar el genograma familiar. Además, en la sesión nueve se informó sobre

los resultados obtenidos en el “Cuestionario Salamanca” e “Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)”.

**Tabla 5**

*Sesión 10*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Modificar ideas irracionales asociados al malestar presente para reemplazarlas por creencias productivas.
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducación.</li> <li>➤ Ficha de registro.</li> <li>➤ Método A-B-C-D</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre ideas irracionales.</li> <li>➤ Socialización de la ficha de registro sobre reestructuración cognitiva.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Espacio de clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Completar la ficha de registro de reestructuración cognitiva.
<b>Resultado terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consciencia de las creencias irracionales.</li> <li>➤ Expresión emocional.</li> </ul>

La sesión 10 se desarrolló en torno a la modificación de ideas irracionales asociadas al malestar presente para reemplazarlas por otras productivas mediante una ficha de registro del método A-B-C-D de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis. En principio, se indagó sobre los sucesos importantes que se hayan desarrollado a lo largo de la semana y se brindó una explicación de la finalidad del encuentro. Previo a la aplicación del modelo A-B-C-D se psicoeducó sobre ideas irracionales para concientizar en R.M la influencia de los pensamientos distorsionados en su bienestar; seguidamente, se socializó la ficha de registro del método A (¿qué sucedió?), B (¿qué pensé?), C (¿qué sentí) y D (¿será verdad?); se utilizó preguntas por cada uno de los apartados para facilitar el desarrollo de la misma. Cabe resaltar, que con el terapeuta se realizaron cuatro situaciones, posteriormente la coterapeuta se encargó de desarrollar junto a R.M cuatro situaciones adicionales.

En relación al resultado terapéutico, R.M adquirió consciencia sobre la repercusión de los pensamientos disfuncionales en la calidad de vida; a partir de lo cual la paciente se desbordó emocionalmente expresado por el llanto fácil, momento en el cual se focaliza la atención en la emoción que está experimentando para propiciar la comprensión de su aparición e incrementando su capacidad de regulación (Terapia Focalizada en la Emoción), situación que se suscitó en vista de que R.M reflexionó sobre cómo sus creencias irracionales son uno de los factores mantenedores de su malestar, mismas que se asocian a: conductas de su esposo, dificultades de su hijo y cuando se habla del viaje de la mamá. Para concluir, la tarea intercesión consistió en completar la ficha de registro en base a situaciones que suceden en la semana y que desee trabajar en sesión.

Por último, la coterapeuta resumió los temas abordados, clarificó dudas y agradeció a la paciente por su participación motivándole a continuar con el proceso psicoterapéutico.

#### Tabla 6

##### Sesión 11

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Modificar ideas irracionales asociados al malestar presente para reemplazarlas por creencias productivas.
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducación.</li> <li>➤ Método A-B-C-D-E</li> <li>➤ Ficha de registro.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre ideas irracionales.</li> <li>➤ Socialización de la ficha de registro del método A-B-C-D-E.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Completar la ficha de registro en base al modelo A-B-C-D-E.
<b>Resultado terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consciencia de las creencias irracionales.</li> <li>➤ Reducción de la labilidad emocional.</li> </ul>

En la sesión 11 se pretendió modificar ideas irracionales asociadas al malestar presente para reemplazarlas por otras adaptativas mediante una ficha de registro del método A-B-C-D-E en base a la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis. Inicialmente, se preguntó a R.M cómo se ha sentido en la semana, luego se mencionó brevemente lo desarrollado en el anterior encuentro para asociarlo con el objetivo de esta cita generando así un espacio de confianza, seguridad e interacción activa por parte de R.M. Considerando que en la sesión 10 se había desarrollado la actividad, se retroalimentó sobre los cuatro componentes revisados (A-B-C-D) y adicionalmente se socializó la nueva variable "E" (¿qué puedo pensar?) componente en el cual R.M debía reemplazar las ideas irracionales por unas más adaptativas; cabe subrayar que a la paciente se le dificultó realizar este apartado considerando su rasgo anancástico de personalidad que genera que tenga un pensamiento polarizado, es decir, se realicen juicios de valor en extremos (bien o mal) sin considerar otras posibles variables de la situación o problema. Es necesario señalar, que el terapeuta junto con la paciente desarrolló dos situaciones y posteriormente la coterapeuta se encargó de realizar junto a la paciente dos situaciones adicionales.

En relación al resultado terapéutico, se evidenció en R.M comprensión sobre la repercusión de los pensamientos disfuncionales en la calidad de vida y aunque al principio se le dificultó el plantear pensamientos alternativos, posteriormente se reflexionaba en mayor medida sobre las posibles formas adaptativas de percibir la situación o problema reduciendo así su malestar emocional, el mismo que se expresa en R.M con labilidad emocional (llanto fácil). Para concluir, la tarea inter-sesión consistió en completar la ficha de registro en base al modelo A-B-C-D-E considerando situaciones que sucedan en la semana y que desee trabajar en sesión.

Para concluir, la coterapeuta resumió los temas abordados, se clarificaron dudas y se agradeció a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

Tabla 7

## Sesión 12

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mejorar el manejo emocional.</li> <li>➤ Brindar información sobre el estrés.</li> </ul>
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ficha de registro.</li> <li>➤ Autoregulación emocional.</li> <li>➤ Análisis de contenido audiovisual.</li> <li>➤ Psicoeducación.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Desarrollo de la técnica de autoregulación emocional.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre el estrés.</li> <li>➤ Proyección de video sobre el estrés.</li> <li>➤ Socialización y análisis del contenido del video.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Completar la ficha de registro en base a la técnica de autoregulación emocional aprendida.
<b>Resultado terapéutico</b>	Concientización del estrés.

La sesión 12 se abrió con un saludo, preguntas orientadas a conocer el estado de R.M desde el último encuentro y se compartió que en esta cita se pretendía mejorar el manejo emocional desde la Terapia Focalizada en la Emoción y psicoeducar sobre el afrontamiento al estrés en base a la Terapia Breve de Solución de Problemas. A continuación, se desarrolló la técnica de autorregulación emocional mediante una ficha de registro estructurada por cuatro componentes: a) identificar (¿cómo se llama lo que estoy sintiendo?), b) comprender (¿por qué lo estoy sintiendo?), c) decidir (¿qué decido hacer con lo que siento?) y d) actuar (¿qué cosas podría hacer para lograrlo?), para facilitar el desarrollo del ejercicio se manejó preguntas por cada uno de los apartados, cabe señalar que la actividad se desarrolló en la sesión 3, además R.M presentó dificultad para nombrar su emoción, sin embargo, se

retroalimentaba su respuesta o en algunos casos se le brindaba opciones entre las cuales se encontraba la emoción experimentada, propiciando la óptima realización de la actividad y a la vez reduciendo la probabilidad de sentimientos de frustración.

A continuación, se psicoeducó sobre el afrontamiento al estrés abordando los componentes: emocional, cognitivo y comportamental; para complementar la explicación se empleó un video (Fred Lammie, 2015), del cual se hizo un análisis de contenido con la paciente. De igual manera, el terapeuta junto con la paciente desarrolló la técnica de autoregulación emocional y posteriormente la coterapeuta se encargó del proceso de psicoeducación y análisis del material audiovisual.

En relación al resultado terapéutico, R.M adquirió consciencia sobre el estrés manifestado por cada uno de sus aportes respecto a las repercusiones de esta reacción a nivel biopsicosocial. La tarea inter-sesión consistió en completar la técnica de autorregulación emocional especialmente con emociones respecto al retorno de su madre a su país de origen.

Por último, la coterapeuta cerró la sesión resumiendo los temas abordados, clarificando dudas y agradeciéndole a R.M por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

### **Tabla 8**

#### *Sesión 13*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducar sobre el estrés.</li> <li>➤ Mejorar el manejo emocional.</li> </ul>
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ficha de registro.</li> <li>➤ Autoregulación emocional.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre el estrés.</li> <li>➤ Socialización y análisis del contenido del video.</li> <li>➤ Desarrollo de la técnica de autoregulación emocional.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>

<b>Tarea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Permitirse un espacio en el cual pueda experimentar emociones como la tristeza.</li> <li>➤ Contestar con una frase positiva el mensaje que la coterapeuta enviaría.</li> </ul>
<b>Resultado terapéutico</b>	Expresión emocional.

El motivo de la sesión 13 radicó en psicoeducar sobre el estrés en relación a las fases: alarma, resistencia y agotamiento; así como, mejorar el manejo emocional desde la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis.

En primer lugar, se generó un espacio de confianza, seguridad y participación activa por parte de R.M; así mismo, se explicó brevemente la finalidad la sesión. A continuación, se retomó la psicoeducación sobre el estrés de la sesión 12, en esta ocasión enfatizando las tres fases del estrés, las mismas que son: alarma, resistencia y agotamiento, resaltando la función adaptativa de esta reacción emocional y corporal asociando la explicación con el contenido del video (Fred Lammie, 2015), revisado en la cita pasada y que los problemas yacen cuando la tensión emocional y física se mantiene en el tiempo repercutiendo negativamente en la calidad de vida a nivel biopsicosocial.

Seguidamente, se desarrolló la técnica de autoregulación emocional diseñada en forma de ficha de registro, estructurada por cuatro componentes: a) identificar (¿cómo se llama lo que estoy sintiendo?), b) comprender (¿por qué lo estoy sintiendo?), c) decidir (¿qué decido hacer con lo que siento?) y d) actuar (¿qué cosas podría hacer para lograrlo?), empleando preguntas por cada uno de los apartados a fin de facilitar el desarrollo del ejercicio, cabe señalar que la actividad se desarrolló previamente en la sesión 3 y 12; sin embargo, en esta cita estaba direccionada a trabajar con emociones vinculadas al retorno de la madre de R.M a su país de origen; además, la paciente presentó dificultad para nombrar las emociones; sin embargo, se retroalimentaba su respuesta o en algunos casos se le brindaba opciones entre las cuales se encontraba lo que experimentaba, propiciando la óptima realización de la actividad y reduciendo la probabilidad de sentimientos de frustración. Es necesario mencionar

que, la coterapeuta desarrolló la técnica de autoregulación emocional con la paciente y se encargó del proceso de psicoeducación bajo supervisión del terapeuta.

Respecto al resultado terapéutico, R.M comprendió las repercusiones del estrés a nivel emocional, cognitivo y conductual; al igual que, las fases mediante las cuales se activa esta reacción. Igualmente, se obtuvo mayor expresión emocional, evidenciada por el llanto fácil cuando se abordó el tema del retorno de la madre de R.M al país de origen, esto debido a que, su madre figura como cuidadora principal de su hijo siendo un gran apoyo en el sistema familiar; así como la reexperimentación de sentimientos de abandono al recordar la carencia de la figura materna en la infancia, focalizando la atención a la emoción que está experimentando para favorecer la comprensión de su aparición incrementando así su capacidad de regulación (Terapia Focalizada en la Emoción).

Para concluir, la tarea inter-sesión consistió en permitirse un espacio de cinco minutos diarios en las mañanas por una semana en la que experimente tristeza por el retorno de su madre a su país de origen; así mismo, debía contestar un mensaje positivo que la coterapeuta enviaría todos los días a las 10:00 am. Para indicar la finalización de la sesión, la coterapeuta resumió los temas abordados, clarificó dudas y agradeció a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

La sesión 14, tuvo una función evaluativa al aplicar el “Cuestionario de Personalidad SEAPSI” para corroborar los datos obtenidos en el “Cuestionario Salamanca” instrumentos que pretenden identificar rasgos de personalidad predominantes; además, se evaluaron las habilidades sociales y conducta asertiva a través de la “Escala de Habilidades Sociales (EHS).

## Tabla 9

### Sesión 15

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gestionar estados emocionales asociados a su rol de cuidadora y estilo de vida.</li> <li>➤ Incrementar la capacidad de regulación emocional.</li> </ul>
<b>Técnica(s)</b>	➤ Psicoeducación.

	➤ Respiración profunda.
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Socialización del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Aplicación del ejercicio de respiración profunda.</li> <li>➤ Psicoeducación de la técnica de relajación.</li> <li>➤ Repaso del ejercicio aprendido.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Realizar el ejercicio de respiración profunda mínimo 5 veces diarias.
<b>Resultado terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reducción de la tensión corporal.</li> <li>➤ Sensación de calma y relajación.</li> <li>➤ Respiración pausada, lineal y profunda.</li> </ul>

La sesión 15 se apertura con el establecimiento de rapport y se expuso a R.M que el presente encuentro tiene como intención brindarle herramientas que le ayuden a gestionar de mejor forma los estados emocionales asociados a su rol de cuidadora, estilo de vida e incrementar la capacidad de reducción de la activación (relajación) desde la Terapia Cognitivo-Conductual. Posteriormente, se aplicó el ejercicio de respiración profunda dedicando en primera instancia un espacio de socialización del proceso a seguir, para que conforme se explicaba el paso se iba realizando el mismo con R.M a manera de ensayo para familiarizarla con el procedimiento. A continuación, se unificó los pasos y se realizó el ejercicio por aproximadamente 30 minutos en donde la coterapeuta con supervisión del terapeuta se encargó de guiar a la paciente en la realización del ejercicio. A continuación, se socializó con R.M las sensaciones físicas experimentadas, frente a lo cual expresó la sensación de dolor en las piernas y en base a ello se psicoeducó sobre el porqué de esa sensación corporal, aludiendo al funcionamiento de la técnica en el cuerpo y asociándolo con su ocupación, en vista de que su trabajo le demanda horas extensas de pie lo que hace que los músculos se encuentren tensen; de modo que, con la técnica de respiración se experimenta relajación corporal.

Previo a finalizar la sesión, por cinco minutos se volvió a repasar el ejercicio, pero se adicionó música de fondo para inducir un estado de paz y calma.

En relación al resultado terapéutico, R.M mostró: a) reducción de la tensión corporal, b) sensación de calma y c) respiración pausada, lineal y profunda manifestado por la paciente. Relación a la tarea inter-sesión, esta consistió en practicar la respiración profunda cinco veces diarias hasta el próximo encuentro, cabe señalar que la realización del ejercicio era modificable; es decir, adaptable a lapsos cortos, a cualquier hora del día y lugar. Para concluir, la coterapeuta cerró la sesión resumiendo los temas abordados, clarificando dudas y agradeciendo a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

En la sesión 16 se desarrolló una entrevista abierta mediante la cual se recolectó información para completar la historia clínica de R.M.

**Tabla 10**

*Sesión 17*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Incrementar la capacidad de solución de problemas.
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducación.</li> <li>➤ Ficha de registro.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Socialización del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre la resolución de problemas.</li> <li>➤ Presentación y desarrollo de la ficha de registro.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Completar la ficha de registro.
<b>Resultado terapéutico</b>	Reducción del malestar emocional.

En la sesión 17 se pretendía incrementar en R.M la capacidad de resolución de problemas desde la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Para ello, se estableció rapport

caracterizado por recibimiento, saludo y socialización del objetivo de la cita. Posteriormente, el terapeuta psicoeducó sobre la importancia de la resolución de problemas y su repercusión en la calidad de vida. A continuación, la coterapeuta presentó la ficha de registro, la cual se conforma por cuatro elementos: 1) reto, 2) naturaleza, 3) efectos a nivel conductual y emocional para por último 4) plantear la posible solución. Seguidamente, a fin de consolidar la explicación se desarrolló una situación o reto en conjunto con la paciente para que posteriormente ella realice otro ejercicio; se iba retroalimentando cada una de sus respuestas y facilitando opciones sobre todo respecto a las emociones considerando su dificultad en la identificación de estas.

En lo concerniente al resultado terapéutico, R.M redujo el malestar emocional, esto debido a que, mediante el establecimiento de posibles soluciones para los inconvenientes que pueden surgir en su diario vivir se incrementó la autoeficacia para solventar los mismos de forma adaptativa y funcional. Además, cabe resaltar que la paciente con frecuencia expresaba el término “problema” mismo que repercutía en su estilo de afrontamiento; por lo que, el terapeuta realizó una reorientación positiva hacia los problemas, cambiando la palabra por “reto” e invitándola a percibir la situación problemática de una forma más adaptativa y una oportunidad de aprendizaje (Terapia Cognitivo-Conductual). Para concluir, la tarea inter-sesión consistió en completar la ficha de registro con las dificultades que considere pertinentes o que desee trabajar en sesión. Para concluir, la coterapeuta cerró la sesión resumiendo los temas abordados, clarificando dudas y agradeciendo a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

**Tabla 11**

*Sesión 18*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	➤ Modificar ideas irracionales asociados al malestar presente para reemplazarlas por creencias funcionales y adaptativas.
<b>Técnica(s)</b>	Lluvia de ideas.
<b>Actividades</b>	➤ Establecimiento de rapport. ➤ Socialización del objetivo de la sesión.

- 
- Recordar lo realizado en la sesión anterior.
  - Preguntas enfocadas a su estado emocional por el retorno a clases presenciales de su hijo.
  - Desarrollo de una lluvia de ideas.
  - Resumen de los temas abordados.
  - Clarificación de dudas.
  - Cierre de la sesión.

---

<b>Tarea</b>	Completar una ficha de registro de verificación.
<b>Resultado</b>	Reducción del malestar emocional.
<b>terapéutico</b>	Ideas funcionales y productivas.

---

La intención de la sesión 18 se direccionaba a modificar ideas irracionales asociados al malestar presente para reemplazarlas por creencias adaptativas desde la Terapia Cognitivo-Conductual. Para ello, se inició estableciendo un clima de confianza, seguridad e interacción activa por parte de R.M averiguando sobre cómo se ha encontrado en la semana. A continuación, se le preguntó a R.M como se sentía frente al regreso a clases presenciales de su hijo, refiriendo miedo por la vacunación a los niños como posible requisito para el retorno a los establecimientos educativos, esto a causa del desconocimiento que hay por la seguridad de la vacuna en población infantil, malestar que se incrementa por sus rasgos anancásticos y paranoides (control y desconfianza). Adicionalmente, refería una molestia con las madres de familia quienes en cambio estaban de acuerdo con esta condición previo al retorno a las aulas. En base a ello, el terapeuta realizó una lluvia de ideas entre todos los presentes (terapeuta, coterapeuta y paciente) en relación a pensamientos positivos sobre el porqué las madres de familia están decidiendo vacunar a sus hijos(as); R.M aportó con opiniones empáticas, es decir que, mostró capacidad para comprender los motivos que impulsan a vacunar a los niños; frente a tal avance el terapeuta empleó el reforzamiento positivo expresado por verbalizaciones del tipo “*muy bien*”.

En relación al resultado terapéutico, se evidenció en R.M reducción del malestar emocional suscitado a partir de la vacunación a niños manifestando que después del ejercicio se sintió más tranquila y segura reduciendo la desconfianza y enojo por el requisito de vacunación para volver a la institución educativa; además, se sintió validada cuando se le

reflejó cómo ha evolucionado en esta sesión al mostrar ideas adaptativas y empáticas, esto se hizo con la finalidad de resaltar en ella su avance y concientizar sobre su progreso.

Referente a la tarea inter-sesión, la misma estuvo orientada a completar la ficha de registro de verificación que fue creada por la coterapeuta, estructurada por los siguientes apartados: a) hipótesis, b) ¿será verdad lo que pienso?, c) ¿qué acciones hice o hago para verificar/corroborar?, d) ¿la forma en la que pensé de la situación en un principio fue la mejor? y e) ¿el pensamiento se corroboró o refutó?; se emplearon preguntas en cada uno de los componentes para facilitar el desarrollo del ejercicio y a la vez tomando como referencia su inclinación por las actividades investigativas la ficha de registro pretendió realizar un proceso de corroborar o refutar hipótesis pero en este caso con los pensamientos desadaptativos de R.M. Finalmente, la coterapeuta cerró la sesión, resumiendo los temas abordados, clarificando dudas y agradeciendo a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

**Tabla 12**

*Sesión 19*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modificar ideas irracionales asociados al malestar presente para reemplazarlas por creencias funcionales y adaptativas.</li> <li>➤ Reducir los sentimientos de frustración.</li> </ul>
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducación.</li> <li>➤ Diálogo socrático.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Socialización del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Presentación de la página web “Our World in Data”</li> <li>➤ Búsquedas sobre la vacunación a nivel mundial.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre la influencia de los rasgos de personalidad.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Realizar investigaciones sobre la vacunación u otro tema de interés.
<b>Resultado terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reducción del malestar emocional.</li> <li>➤ Disminución de los sentimientos de frustración.</li> </ul>

Durante la sesión 19 el objetivo se relacionó a modificar ideas irracionales asociados al malestar presente para reemplazarlas por creencias adaptativas desde la Terapia Cognitivo-Conductual. En un primer momento, se estableció rapport y se orientó a la paciente a lo planificado en el presente encuentro. Seguidamente, el terapeuta ingresó a la página web “Our World in Data” y la socializó con la paciente haciendo énfasis en que es una página científica y confiable, para demostrarlo el terapeuta le indicó a R.M las entidades universitarias que utilizan la página web en su procesos de enseñanza; así como, las revistas científicas y medios de comunicación que forman parte de las investigaciones; posteriormente, se realizó una búsqueda sobre la vacunación a nivel mundial y después en población infantil. Luego, se motivó a R.M a que continúe realizando actividades investigativas relacionadas a su profesión, enfatizando que independientemente de las circunstancias actuales, puede realizar lo que le apasiona; así mismo, se psicoeducó en sobre cómo sus rasgos de personalidad aún influyen en la percepción y valoración de las situaciones.

En torno al resultado terapéutico, se observó en R.M reducción del malestar emocional suscitado a partir de la vacunación en niños al confrontar su inseguridad y desconfianza con datos científicos, frente a lo cual refirió sentirse más tranquila. De igual manera, se redujo los sentimientos de frustración frente al hecho de que en este momento no puede desempeñarse en base a su profesión, motivándole a que continúe con las actividades de su agrado independientemente de la ocupación que desempeña en Ecuador. Para concluir, la tarea inter-sesión consistió en realizar investigaciones respecto a la vacunación en población infantil u otro tema de interés.

Para cerrar, la coterapeuta resumió los temas abordados, clarificó dudas y agradeció a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

En la sesión 20 se llevó a cabo la evaluación post-intervención, aplicando el “Cuestionario de 90 Síntomas - SCL-90-R”, el cual pretendía evaluar el grado de malestar psicológico actual “Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)”, con el objetivo de identificar la dinámica de la familia de R.M “Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)”

a fin de conocer el estilo de afrontamiento y la “Escala de Habilidades Sociales (EHS)” para valorar la conducta asertiva y habilidades sociales.

R.M no acudió a la sesión 21, 22 y 23 debido a problemas de salud de su esposo, quién había sido diagnosticado con un tumor cerebral y requería ser intervenido quirúrgicamente.

**Tabla 13**

*Sesión 24*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Modificar terminología dicotómica.
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducación.</li> <li>➤ Reorientación positiva hacia los problemas.</li> <li>➤ Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Socialización del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Resignificación de términos dicotómicos.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre los beneficios de la resignificación.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Utilizar las emociones básicas para determinar si una situación le agrada o no.
<b>Resultado terapéutico</b>	Reducción del malestar emocional.

Los contenidos de la sesión 24 estuvieron direccionados a modificar terminología dicotómica que conducen a malestar emocional desde la Terapia Cognitivo-Conductual. Primeramente, se saludó, indagó sobre cómo se ha sentido en la última semana y socializó la finalidad del encuentro. A continuación, se mencionó que ella presenta el pensamiento dicotómico para evaluar las situaciones o a las personas como es el empleo de “bueno” o “malo”; por lo que, en esta ocasión se va a reemplazar esos términos por “me agrada” o “no me agrada”, luego se solicitó a R.M que mencione situaciones por cada categoría. Seguidamente, se psicoeducó sobre los beneficios de la transformación de términos

dicotómicos, enfatizando el mejoramiento de la percepción en la evaluación de las diversas situaciones de su diario vivir.

En relación al resultado terapéutico, R.M manifestó reducción del malestar emocional generado por el pensamiento polarizado que se desprende de su rasgo anancástico; de forma que, este factor se reduce en base a la reorientación positiva hacia los problemas. La tarea inter-sesión consistió en utilizar las emociones básicas para a partir de ello decidir si “me agrada” o “no me agrada” y agradecer por estas últimas. Al final, la coterapeuta cerró la sesión resumiendo los temas abordados, clarificando dudas y agradeciendo a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

Cabe señalar que en esta sesión también se llevó a cabo la entrevista de devolución sobre los resultados obtenidos en la aplicación de instrumentos psicológicos post-intervención y se consideró pertinente volver a aplicar “El Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)” considerando la situación por la cual se encontraba atravesando R.M respecto al estado de salud del esposo.

**Tabla 14**

*Sesión 25*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Redefinir situaciones del pasado, presente y futuro.
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducación.</li> <li>➤ Reorientación positiva hacia los problemas</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Socialización del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre la influencia del pensamiento futuro en el bienestar emocional.</li> <li>➤ Proyección de una imagen para referirse al pasado, presente y futuro.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Realizar el ejercicio socializado en sesión con situaciones que considere pertinentes.
<b>Resultado terapéutico</b>	Reducción del malestar emocional.

En la sesión 25 se redefinió situaciones del pasado, presente y futuro desde la Terapia Cognitivo-Conductual. Inicialmente, se estableció un espacio de interacción cálida y abierta fundamentada en la atención recíproca, sincera; así como, de escucha activa. Después, se psicoeducó sobre la influencia del pensamiento futuro en el bienestar, seguidamente se compartió una página en blanco, en la cual se plasmó un gráfico que representaba a R.M y se indicaban los tiempos verbales: pasado, presente y futuro; de forma que, en el pasado y futuro, se expone situaciones que “agradaron” y “no agradaron”; por un lado, el pasado lleva al recuerdo de momentos; sin embargo, a pesar de lo que sucedió ya pasó pero se puede corregir en el presente para que no se vuelva a repetir, a diferencia del futuro en donde las situaciones que le agradan motivan y las desagradables pueden ser modificables al identificar la dificultad y en base a ello implementar un plan de acción que sea más acorde a lo que se quiere alcanzar.

El ejercicio fue realizado por el terapeuta, quién solicitó a R.M que exprese situaciones para cada uno de los tiempos verbales y se iba guiando en la identificación de lo que le “agrada” y “no agrada”, en el pasado se abordó la operación de su esposo, en el presente el proceso de recuperación de su pareja y en el futuro la próxima operación a la cual tendría que ingresar su cónyuge. Luego, la coterapeuta desarrolló tres situaciones adicionales sobre las dificultades de su hijo, el retorno de su madre a su país de origen y la inclusión escolar de su hijo.

En relación al resultado terapéutico, se evidenció en R.M reducción del malestar emocional; debido a que, la paciente presenta una dificultad para olvidar insultos o situaciones desagradables de las cuales cree haber sido víctima, esto por la influencia de su rasgo paranoide; además, su rasgo anancástico produce la necesidad excesiva de control, de forma que la lleva a pensar en las situaciones futuras; es decir, en lo que puede o no suceder. La tarea inter-sesión consistió en realizar el ejercicio socializado con situaciones que considere pertinentes.

Para indicar cierre, la coterapeuta resumió los temas abordados, clarificó dudas y agradeció a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

Es importante destacar, que en esta sesión adicionalmente se devolvieron los resultados obtenidos en la aplicación del “Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)”. Por otra parte, en la sesión 26 se evaluó el nivel de estrés percibido en el último mes mediante la “Escala de Estrés Percibido (PSS-14)”.

**Tabla 15**

*Sesión 27*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducar sobre el proceso de aprendizaje de un niño con TEA.</li> <li>➤ Modificar creencias disfuncionales por más adaptativas.</li> <li>➤ Otorgar un sentido adaptativo frente a las dificultades de un niño con TEA.</li> </ul>
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Metáforas.</li> <li>➤ Diálogo socrático.</li> <li>➤ Restructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Socialización del objetivo de la sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Exploración sobre su sentir en el proceso de adaptación al sistema educativo.</li> <li>➤ Preguntas reflexivas sobre el proceso de aprendizaje de un niño con TEA.</li> <li>➤ Resignificación de términos.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre el TEA.</li> <li>➤ Metáfora de la cala y orquídea.</li> <li>➤ Ejercicio de las flores.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	Observar los logros de su hijo en vez de sus dificultades.
<b>Resultado terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Expresión emocional.</li> <li>➤ Consciencia del proceso de aprendizaje de un niño con TEA.</li> <li>➤ Reducción del malestar emocional.</li> </ul>

La sesión 27 después de generar un espacio de interacción abierta, segura y de confianza se mencionó los objetivos del encuentro; mismo que, fueron psicoeducar sobre el proceso de aprendizaje de un niño con TEA, modificar las creencias disfuncionales por adaptativas y otorgar un sentido funcional frente a las dificultades de un niño con TEA desde la Terapia Cognitivo-Conductual. A continuación, considerando que el hijo de R.M se encontraba en un proceso de adaptación a clases presenciales, se realizó una exploración sobre su estado emocional respecto a dicha situación; en donde, el contenido de sus respuestas aludían al comportamiento de su hijo en la escuela tendiendo en la mayoría de ocasiones a mencionar comparaciones con los demás niños, lo que denotaba malestar al observar que su hijo no es cómo los compañeros, inclusive expresó *“tiene una rutina, no es espontáneo, es como un robot”* desbordándose emocionalmente, manifestado por el llanto fácil y aludiendo que *“quiero que aprenda las reglas y normas”* frente a lo cual el terapeuta plantea *“¿cuántas repeticiones necesita su hijo para aprender algo?”* contestando R.M *“muchas veces”*; en base a ello, se formularon preguntas reflexivas en torno a su percepción del proceso de aprendizaje de un niño con TEA mencionando que *“no es igual al de los otros niños”*.

Por otro lado, se llevó a cabo la reestructuración cognitiva, reemplazando la frase *“mi hijo es como un robot”* por *“mi hijo se divierte”* haciendo que R.M repita tres veces esta última; además, de reflejarle que a pesar de que su hijo tenga rutinas lo importante es que se divierta; así mismo, se concientizó que más allá de las dificultades, cada individuo es diferente para demostrar esta premisa, el terapeuta preguntó a la coterapeuta que en sus propias palabras mencione que dificultades presenta un niño con TEA y luego él contestó la misma pregunta con otras términos. Luego, se planteó a R.M lo siguiente: *“supongamos que se encuentra en una fiesta usted, su esposo y su mamá ¿cómo se divertiría cada uno de ellos?”*, la paciente menciona *“yo conversando con alguien, mi esposo comiendo y mi mamá bailando”*; frente a lo cual, se enfatiza que cada uno tiene una manera diferente de disfrutar de una misma situación, de forma análoga se expresa que cuando R.M va a la escuela, en lugar de observar que su hijo se divierte, está comparándolo con los otros niños lo que influye en su bienestar;

posteriormente, se psicoeducó sobre el TEA enfatizando en que su hijo tiene una forma distinta de divertirse, la particularidad de él es que el juego es menos simbólico y que el TEA no es una enfermedad sino una condición que lleva a las personas a comportarse de forma distinta, esto llevó a que el terapeuta haga que la paciente repita la frase *“mi hijo es diferente”* desbordándose emocionalmente por segunda vez.

En base a la inclinación de la paciente por la naturaleza se le preguntó, *“¿cuál es la flor que requiere menos cuidado y la que necesita de mayor atención para su desarrollo?”*, mencionando la cala y orquídea respectivamente; luego, se plantea las preguntas: *“¿qué tenemos en casa una orquídea o una cala?”*, *“¿por qué tenemos una orquídea?”*, *“¿qué requiere un buen tronco?”*, *“¿quién será ese tronco?”*, se menciona que el tronco para la orquídea está conformado por: ella, su esposo y su mamá e inclusive la escuela. Posteriormente, se formula, *“¿qué requiere la orquídea para que florezca?”* R.M responde *“tiempo, paciencia y constancia”* el terapeuta refiere *“ahora usted está abonando, cuidando, sacándola al sol, poniéndola en la sombra y brindando los cuidados respectivos para su óptimo crecimiento”*.

De igual forma, se establecen preguntas reflexivas respecto a los avances de su hijo resaltando que hay evolución (flores) en su hijo (orquídea) pero que se necesitará de paciencia, tiempo y constancia; adicionalmente, el terapeuta le preguntó *“¿cuántas flores cree que tiene su hijo?”* R.M contesta *“hasta el momento tres o cuatro”*. Luego, la coterapeuta con supervisión del terapeuta desarrolló el ejercicio *“las flores”* la cual consistía en hacer que R.M mencione cada uno de los avances de su hijo y mediante una escala del 1-10 valore su sentir, avances que van desde cuando dio su primer paso hasta ahora que se encuentra en el sistema educativo formal. Una vez terminada la actividad se confrontó las tres o cuatro flores que ella dijo en principio con los 28 progresos identificados mediante el ejercicio; cabe señalar, que las puntuaciones oscilaron entre 7-9 en ninguna 10 lo que se debe a su rasgo anancástico de personalidad.

En relación al resultado terapéutico, R.M se desbordó emocionalmente dos veces cuando se abordaban las dificultades de su hijo, así mismo, adquirió mayor consciencia del

proceso de aprendizaje de un niño con TEA, al mencionar que es diferente a los demás niños y por lo tanto adquiere las diversas habilidades a un ritmo distinto; al igual que, cuando expresó que se requiere de tiempo, paciencia y constancia, frente a lo cual el terapeuta empleó el refuerzo positivo de tipo verbal “muy bien”. Además, se obtuvo la reducción del malestar emocional manifestado al momento de realizar el ejercicio de las flores siendo capaz de mencionar avances de su hijo y puntuar con valores que oscilaron entre 7 a 9; por lo que, a pesar de su rasgo anancástico las puntuaciones son altas. Antes de finalizar, la tarea inter-sesión consistió en observar los logros de su hijo en vez de sus dificultades. A manera de cierre, la coterapeuta resumió los temas abordados, generó un espacio de clarificación de dudas y agradeció a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

**Tabla 16**

*Sesión 28*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Explorar el proceso de inclusión escolar.
<b>Técnica(s)</b>	Entrevista abierta.
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Socialización del objetivo de la sesión a la docente.</li> <li>➤ Entrevista abierta.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de la visita a la psicóloga.</li> <li>➤ Socialización de limitaciones en el proceso de inclusión escolar.</li> <li>➤ Agradecimiento por la apertura.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	-----
<b>Resultado</b>	Agilización del proceso de inclusión escolar.
<b>terapéutico</b>	Reducción del malestar emocional en R.M

La sesión 28 pretendió explorar el proceso de inclusión escolar. Inicialmente, se estableció rapport caracterizado por saludo, presentación y socialización del objetivo de la presencia de la coterapeuta en el centro educativo. El primer contacto lo mantuvo la coterapeuta con la docente del menor; para tal fin, se emplearon preguntas abiertas orientadas al comportamiento del hijo de R.M en el salón de clase y las estrategias

implementadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje, identificándose la adaptación de un parlante considerando la afinidad del menor por trabajar con música de fondo. Así mismo, la maestra mencionó la fomentación del respeto, tolerancia y paciencia en los alumnos de forma que cada uno muestra compañerismo propiciando un ambiente cómodo.

Posteriormente, se tuvo el encuentro con la psicóloga del centro educativo en el que estudia el hijo de R.M, manteniendo la conexión con el terapeuta por medio de la plataforma zoom, expresando primeramente el motivo de la visita a la entidad educativa e indagando sobre la inclusión escolar en base a preguntas abiertas enfocadas al proceso de evaluación, estrategias implementadas para la adaptación y el proceso de enseñanza-aprendizaje, identificándose que como centro educativo no se ha realizado una evaluación y existe una ralentización del proceso de adaptación de la malla curricular respecto a las capacidades y habilidades del menor; luego, se socializó sobre las limitaciones que existen en el centro educativo y propuesta de posibles alternativas de solución.

En relación al resultado terapéutico, se agilizó el proceso de inclusión escolar en base al establecimiento de acuerdos, considerando la posibilidad de realizar un taller de psicoeducación al cuerpo docente y adaptación de las aulas de clase para comodidad del estudiante; así como, adaptación de la malla curricular del próximo año lectivo acorde las necesidades del menor; igualmente, se establecieron pautas en torno al proceso de transición entre el año lectivo actual y el próximo; además, se observó en R.M reducción del malestar emocional después de la sesión, en donde la paciente refiere mayor tranquilidad considerando que después de la entrevista espera que se cumpla lo acordado por el bienestar de su hijo. Al final, la coterapeuta cerró la sesión, agradeciendo a la docente y psicóloga de la institución educativa por la apertura.

#### **Tabla 17**

##### *Sesión 29*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Socializar los temas abordados en la entrevista con el centro educativo.
<b>Técnica(s)</b>	Entrevista abierta.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Socialización del objetivo de sesión.</li> <li>➤ Recordar lo realizado en la sesión anterior.</li> <li>➤ Entrevista abierta.</li> <li>➤ Lluvia de ideas sobre posibles implementaciones en el centro educativo.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	-----
<b>Resultado terapéutico</b>	Reducción del malestar emocional.

En la sesión 29 se socializaron los temas abordados en el contacto con el centro educativo. Inicialmente, se estableció un clima cálido y de escucha activa manifestado por el recibimiento, saludo y socialización del objetivo de la sesión

A continuación, se indagó sobre su estado emocional después de la reunión con la psicóloga y docente, frente a lo cual R.M refirió sentirse más tranquila; debido a que, dicho encuentro hizo que la psicóloga conozca al niño y agilice el proceso de inclusión escolar. Seguidamente, se realizó una lluvia de ideas sobre aspectos que R.M considere pertinentes acordar con el centro educativo para facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, refiriendo que adicionalmente a lo acordado sería conveniente que la docente se encuentre más pendiente de las interacciones de los niños a fin de evitar cualquier daño considerando que su hijo no presenta percepción del peligro.

En relación al resultado terapéutico, se logró en R.M reducción del malestar emocional manifestado por estado de ánimo elevado, además estuvo activa y contenta por el contacto con el centro educativo; en vista de que, ella considera que con ello se mejorará el proceso de inclusión y adaptación de su hijo al contexto educativo facilitando su proceso de enseñanza-aprendizaje. La sesión fue cerrada por la coterapeuta resumiendo los temas abordados, clarificando dudas y agradeciendo a la paciente por su participación.

**Tabla 18***Sesión 30*

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Reducir los pensamientos desiderativos.
<b>Técnica(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoeducación.</li> <li>➤ Cuadro comparativo.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de sesión.</li> <li>➤ Psicoeducación sobre los pensamientos desiderativos.</li> <li>➤ Presentación de un cuadro comparativo.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Espacio de clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	-----
<b>Resultado terapéutico</b>	Reducción del malestar emocional.

La sesión 30 tuvo como objetivo reducir los pensamientos desiderativos desde la Terapia Cognitivo-Conductual. En un primer momento, se estableció rapport expresado por recibimiento, saludo y socialización del objetivo del presente encuentro. A continuación, se psicoeducó sobre los pensamientos desiderativos con énfasis en su repercusión sobre el bienestar. Seguidamente, el terapeuta proyectó un cuadro comparativo en el cual se confrontaban los pensamientos desiderativos con la realidad, abordando situaciones triviales a fin de familiarizar a la paciente con el ejercicio, luego la coterapeuta trabajó situaciones adicionales con R.M abordando su deseo de que su pareja sea operado en Loja para evitar trasladarse a otra ciudad, le gustaría que siempre las personas sean empáticas y quiere que siempre existan profesionales que corroboren la información antes de intervenir.

En relación al resultado terapéutico, R.M redujo del malestar emocional dejando de desear que las cosas fueran distintas al adquirir consciencia de que la realidad es completamente diferente impulsándola a que se enfoque en la implementación de un plan de acción en base a lo real. Para ir culminando la cita, la coterapeuta cerró la sesión, resumiendo

los temas abordados, clarificando dudas y agradeciendo a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

R.M no asistió a la sesión 31 debido a un viaje que realizó un viaje a la ciudad en la que iba a ser intervenido quirúrgicamente su esposo.

La sesión 32 estuvo direccionada a recolectar datos para completar la historia clínica y socialización del genograma familiar.

La sesión 33 se canceló, considerando que R.M presentaba dificultades en la conexión al contar con un único dispositivo que su hijo utilizaría para las clases en línea, modalidad que los centros educativos implementaron considerando las protestas a nivel nacional.

### Tabla 19

#### Sesión 34

<b>Modalidad</b>	Virtual.
<b>Objetivo(s)</b>	Incrementar el papel estimulador de la familia.
<b>Técnica(s)</b>	Ficha de registro.
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de rapport.</li> <li>➤ Explicación del objetivo de sesión.</li> <li>➤ Presentación de una ficha de registro.</li> <li>➤ Resumen de los temas abordados.</li> <li>➤ Clarificación de dudas.</li> <li>➤ Cierre de la sesión.</li> </ul>
<b>Tarea</b>	-----
<b>Resultado terapéutico</b>	Reducción del malestar emocional.

La sesión 34 se direccionó a incrementar el papel estimulador de la familia. Se empezó, estableciendo rapport caracterizado por recibimiento, saludo y socialización del objetivo de la sesión. A continuación, se presentó una hoja en blanco en la cual tenía un cuadro conformado por “habilidades de autocuidado” y “habilidades sociales”; posteriormente, se plantearon preguntas abiertas direccionadas a socializar las habilidades de autocuidado que considera pertinentes incluir al repertorio conductual del menor, frente a

lo cual R.M refirió: comer , ir al baño, cepillarse los dientes, tolerar estar solo en algún lugar (el salón de clases), vestirse, lavarse las manos, peinarse y autocontrol; mientras que, entre las habilidades sociales expresó: identificar y comprender las emociones, entablar una conversación, involucrarse con los compañeros de clase, decir “no” frente a lo que no le gusta, saludar y tolerar el contacto físico con otras personas tales como compañeros y maestra.

Respecto al resultado terapéutico, R.M disminuyó su malestar emocional al considerar que ella estará más tranquila una vez que su hijo adquiriera las habilidades básicas de cuidado y de interacción social que le permitan un correcto desenvolvimiento en los distintos contextos de funcionamiento. Así mismo, se dedicó los últimos minutos a cerrar la sesión, momento en el cual la coterapeuta resumió los temas abordados, clarificó dudas y agradeció a la paciente por su participación a fin de motivarle a continuar con el proceso psicoterapéutico.

La sesión 35 no se desarrolló por dificultades de conexión mediante la plataforma zoom y por motivos laborales de la paciente.

La sesión 36 estuvo enfocada a establecer el proceso de derivación de R.M con maestrantes de psicología clínica, profesionales que instruirán a la paciente en estrategias a implementar en el proceso de adquisición de habilidades de autocuidado y de interacción social de su hijo a fin de fomentar la independencia del menor y reducir la sobrecarga en R.M.

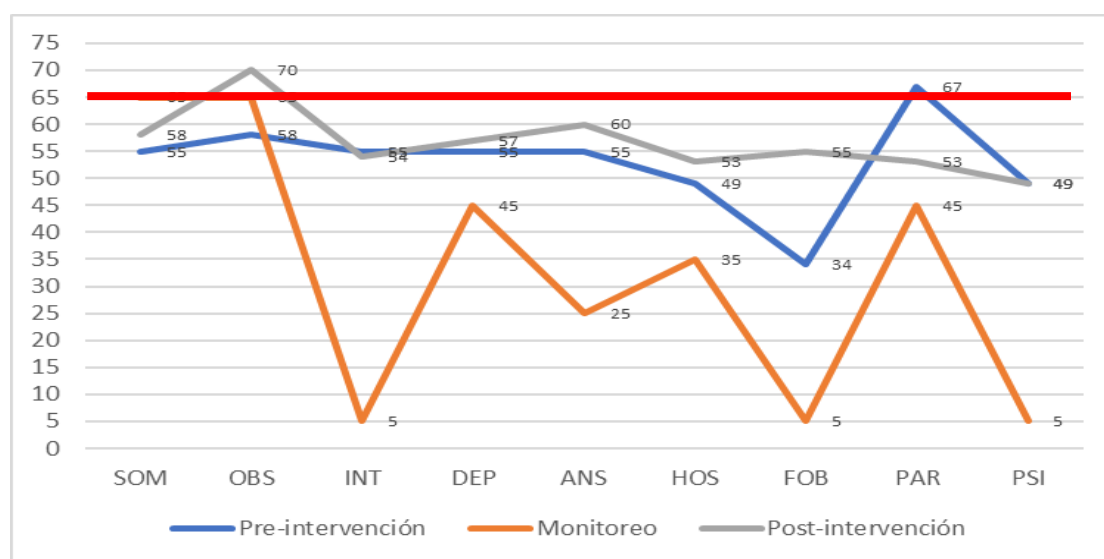
## Capítulo tres

### Resultados y Discusión

En este apartado usted encontrará una comparación a través de gráficos entre cómo empezó R.M su proceso de intervención; así como su evolución, con un análisis de esos resultados y la correspondiente discusión.

**Figura 2**

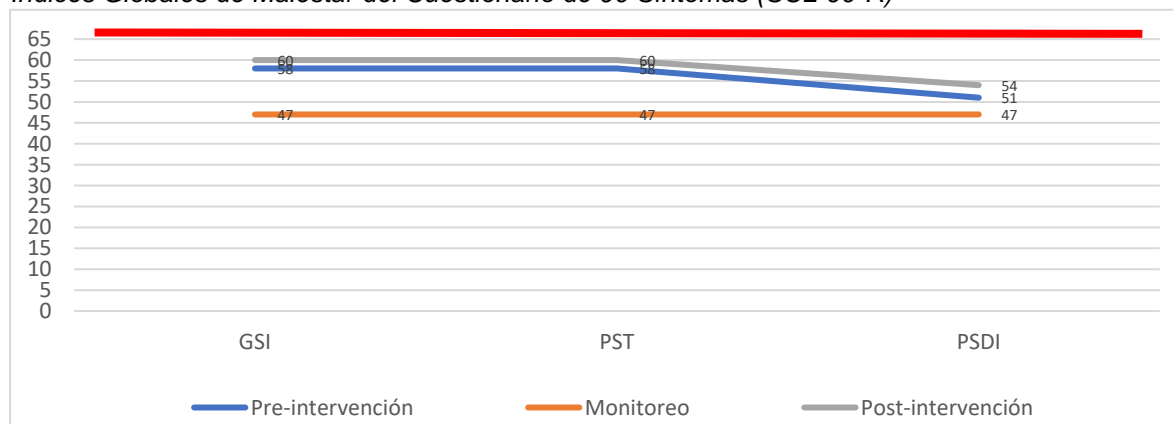
*Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)*



*Nota.* Somatización (SOM) Obsesión-compulsión (OBS), Sensibilidad interpersonal (INT), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSI). P.T = > 65 implica riesgo.

**Figura 3**

*Índices Globales de Malestar del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)*



*Nota.* Índice de Severidad Global (GSI), Total de Síntomas Positivos (PST) y Malestar Sintomático (PSDI). P.T = > 65 implica riesgo.

En primer lugar, a través de la aplicación del “Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)” se evidenció un incremento para la dimensión “obsesión/compulsión” (rasgos anancásticos); mismo que, se refiere a conductas, pensamientos e impulsos absurdos e indeseados que generan intensa angustia y resultan difíciles de resistir, evitar o eliminar (Derogatis, 1994). Este cambio se puede explicar por cuatro razones:

- 1) Por las situaciones vitales estresantes crónicas, como cuidar a un niño con TEA durante la pandemia y su proceso de adaptación escolar posterior a la teleeducación, modalidad de estudio que impactó negativamente al desarrollo infantil, de acuerdo con diversos autores, la pandemia fue una barrera para el desarrollo y adquisición de diversas habilidades en los niños (López et al., 2020; Rangel, 2017; UNICEF, 2022) representando un reto para las familias especialmente para aquellas en las que uno de sus familiares requiere de una adaptación en su proceso de enseñanza-aprendizaje.
- 2) López y Crespo (2007), a partir de una revisión bibliográfica, expresan que la intervención a cuidadores de familiares dependientes es de eficacia moderada; considerando que, el cuidado implica que la persona se encuentra expuesta a un estresor crónico; por lo que, no es de extrañarse la dificultad para modificar o reducir el malestar.
- 3) A R.M se le incrementó un estresor vital agudo durante el tratamiento, como lo es una enfermedad catastrófica en su cónyuge (cáncer) que de acuerdo Mesa-Gresa et al. (2017) implica un gran reto a las familias y redes de apoyo social generando alteraciones emocionales, psicosociales y conductuales.
- 4) El entorno laboral de R.M; así como, el papel estimulador para un niño con TEA refuerza las conductas del rasgo anancástico, problemática que se incrementa al ser la fuente principal de ingresos y la cuidadora de dos personas que demandan una responsabilidad en la que es esencial el control y minuciosidad; por lo tanto, el incremento de este rasgo puede ser una respuesta adaptativa frente a sus nuevas circunstancias.

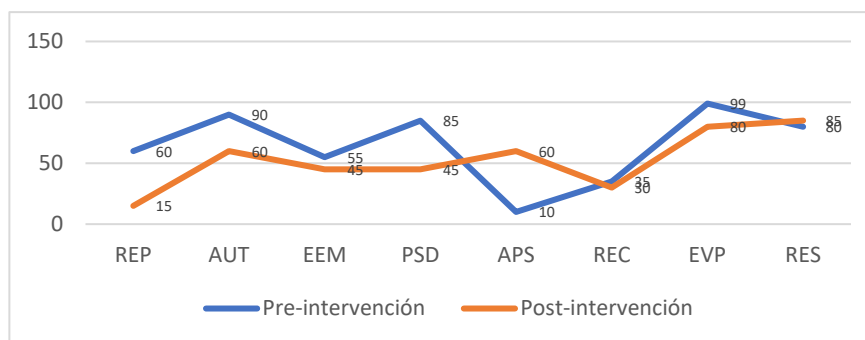
Por otro lado, se redujo la ideación paranoide, que de acuerdo con Derogatis (1994) implica pensamiento proyectivo, desconfianza, hostilidad, grandiosidad, temor a la pérdida de autonomía y control; esta mejoría se debe a que a partir de técnicas fundamentadas en la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis, la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Focalizada en la Emoción permitieron que R.M desarrolle ideas adaptativas frente al comportamiento de las personas de su entorno, de forma que confía en los cuidadores formales de su hijo (docentes, terapeuta de lenguaje, etc.), solicita apoyo cuando lo necesita (por ejemplo: en su trabajo) y es más empática. A diferencia a la pre-intervención en donde R.M desconfiaba de las acciones de los demás, teniendo la idea desadaptativa de que todos actúan impulsados por la maldad, lo cual es entendible considerando el contexto de crianza en el cual se empleaba la violencia como mecanismo de defensa y las situaciones experimentadas en su proceso migratorio esto concuerda con lo identificado por Salaberria y Sánchez (2017) quienes mediante la aplicación del SCL-90-R en una muestra de migrantes las prevalencias altas se encontraban en las dimensiones de paranoia y psicoticismo asociándose principalmente con la desconfianza.

Con relación a indicadores como la ansiedad, depresión, hostilidad y somatización se incrementaron levemente; sin embargo, no llegan al umbral requerido ( $P.T = > 65$ ) para riesgo, es decir, que interfieran significativamente en las actividades de la vida diaria; al contrario, son reacciones adaptativas que surgen justificadamente frente a un evento estresante importante (cáncer de su esposo) lo que implica un nuevo proceso de adaptación; además, del que se encontraba atravesando con el diagnóstico de su hijo; esto se sustenta con lo mencionado por Flores-Garay et al. (2018) quienes sostienen que el recibir el diagnóstico de cáncer es difícil no solo para el paciente sino también para la familia al ser un evento vital estresante frente al cual se reacciona con: miedo, impotencia, sufrimiento, desesperanza, ansiedad, ira, agresividad, entre otros. Así mismo, según varios autores los niveles de estrés son elevados en los miembros de la familia pudiéndose manifestar en estados depresivos o ansiosos (Girgis et al., 2011; Lambert et al., 2013; Matthews, 2003; Mitchell et al., 2013); de modo que, se puede identificar que R.M cuenta con las herramientas

necesarias para enfrentarse a los desafíos presentes en la vida, considerando que los niveles de ansiedad y depresión no indican riesgo, como sería lo esperado considerando los eventos vitales estresantes por los que atraviesa R.M.

**Figura 4**

*Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)*



*Nota.* Resolución de problemas (REP), Autocrítica (AUC), Expresión emocional (EEM), Pensamiento desiderativo (PSD), Apoyo social (APS), Reestructuración cognitiva (REC), Evitación de problemas (EVP) y Retirada Social (RES).

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del “Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)” evidencian un incremento del apoyo social obtenido mediante técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual; así como, en base a procesos de psicoeducación sobre las asociaciones sin fines de lucro para padres de niños con TEA que se realizó a fin de incrementar la red de apoyo social (Chiong et al., 2017; Morales, 2010); así como, facilitar en R.M herramientas frente a la adaptación al diagnóstico de TEA y promover su rol educativo-estimulador de la familia, sistema que constituye la principal fuente de interacción y de la cual el niño adquirirá las habilidades de autocuidado y de interacción social que le permitan ser cada día más independiente lo que a su vez lleva a que R.M no se sobrecargue de actividades que afecten su bienestar esto concuerda con lo propuesto por Baña (2015) quién refiere que la calidad de vida de los cuidadores de niños con TEA puede ser impactado por los posibles niveles de sobrecarga, considerando lo esencial del rol que tiene la familia en la vida de las personas con diagnóstico de TEA; de forma que, la revisión sistemática llevada a cabo por Yárnoz et al. (2008) en cuidadores principales (CP) identificó que las intervenciones con

participación activa por parte de los CP fundamentadas en la Terapia Cognitivo-Conductual fueron más eficaces en comparación con otros enfoques de intervención para controlar los niveles de sobrecarga, tal como se manifiesta en R.M, quién flexibilizó sus estilos de afrontamiento implementando incluso algunos que antes no usaba como el caso del incremento en la búsqueda de apoyo social, lo cual es complejo en una cuidadora con rasgos paranoides.

Por otro lado, se redujo en R.M la evitación de problemas, autocrítica y pensamiento desiderativo, malestar emocional y se mejoró la orientación positiva hacia los problemas mediante técnicas de la TCC, ACT y TBCS.

Estos logros corroboran que la TCC de acuerdo con De Rosa et al. (2012) es útil en la flexibilización de pensamientos perfeccionistas y autodefinición del individuo en base a expectativas realistas; además, se evidencia un impacto positivo en el estado emocional, al reducir los niveles de estrés, ansiedad, depresión y sensibilidad interpersonal (Navarrete-Navarrete et al., 2010; Peralta-Ramírez et al., 2009). Incluso la sensibilidad interpersonal se redujo en R.M como respuesta a su incremento en la búsqueda de apoyo social.

En la misma línea, mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se redujo la inflexibilidad psicológica en R.M, resultado que concuerda con una variedad de investigaciones sobre la utilidad de la ACT y como esencialmente la clarificación de valores reduce el malestar emocional y pensamientos desiderativos, en base a la aceptación de condiciones y/o recursos que cuenta la persona en la autorrealización en diversas áreas del funcionamiento (Hayes, 2015; Montejano et al., 2018; Páez-Blarrina et al., 2006;).

Igualmente, Aranda et al. (2006) propone que la TBCS por medio de la generación de una concientización sobre el posible origen del problema, comprensión de la incidencia a nivel emocional y conductual; así como, el planteamiento de las posibles soluciones, se impulsa a que el paciente se focalice en las formas existentes de resolución en lugar de quedarse atrapado en la dificultad que lleva al individuo a juzgarse reduciendo sus competencias de afrontamiento; en el caso de R.M, se evidenció una reducción del malestar emocional al plantear las posibles variables desencadenantes de las situaciones problemáticas y se

incrementó su percepción de autoeficacia al plantear las soluciones para sobrellevar de mejor forma la dificultad repercutiendo en la reducción de la evitación de los problemas y autocrítica.

En relación a la reestructuración cognitiva y resolución de problemas son dimensiones que presentaron una disminución no esperada, esto podría ser explicado por el surgimiento de un evento vital estresante inesperado (enfermedad catastrófica cáncer) que sucede a la par con otros eventos estresantes crónicos (niño con TEA que inicia el proceso educativo formal); de modo que, a partir de lo mencionado por Mayorga-Lascano y Peñaherrera-Ron (2019); Pino et al., (2019); Silvia y Santos (2010) el proceso de adaptación y aceptación frente a un desafío conlleva inevitablemente cambios cognitivos, afectivos y comportamentales y conforme a diversos estudios hasta aislamiento social (Puerto, 2015; Puerto y Carrillo, 2015; Puerto, 2017), comportamiento que de acuerdo con Mónaco et al. (2017) los rasgos de personalidad como el esquizoide influyen significativamente en el estilo de afrontamiento. El incremento inesperado de estrés pone a prueba los recursos de R.M y para enfrentarse al evento estresor, el mismo que es más difícil de enfrentar considerando su vulnerabilidad socioeconómica y condición de migrante (Mesa-Gresa et al., 2017; OMS, 2021; UNICEF, 2022).

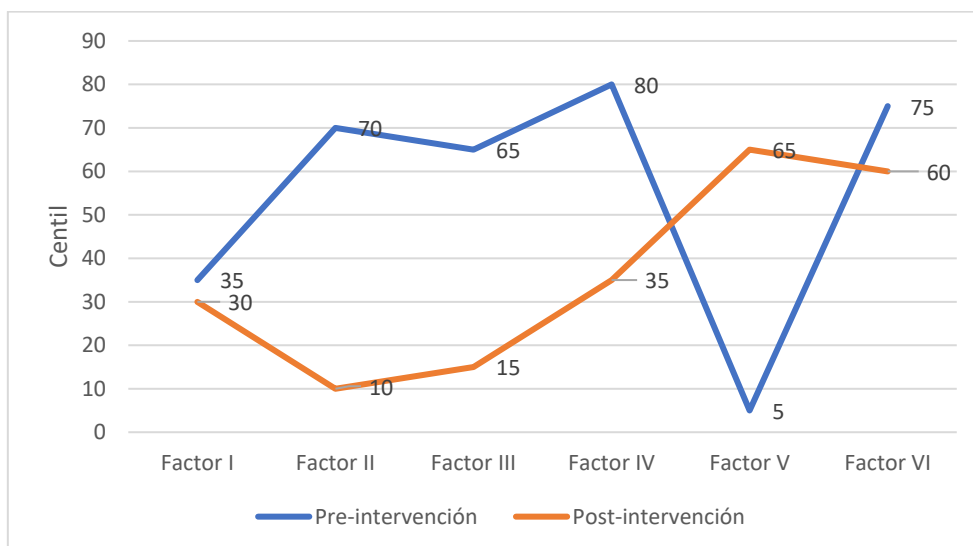
Con respecto a la expresión emocional, factor que se intervino desde la Terapia Focalizada en la Emoción y Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis, no se evidencia un incremento o reducción; no obstante, a partir de la observación y entrevista clínica se identifica que R.M presenta una mayor capacidad para identificar, comprender, explorar y regular experiencias emocionales. Por un lado, los estudios de Greenberg (2010); Johnson et al. (2006) exponen que la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) resulta ser efectiva para ayudar al paciente a entender sus emociones en base a la consciencia, expresión, regulación, transformación y reinterpretación emocional. Adicionalmente, la expresión emocional se dificulta, considerando el predominio del rasgo esquizoide (Gálvez et al., 2010); de forma que, al tratarse de una dificultad asociada a sus rasgos de personalidad es probable que los cambios cuantitativos se evidencien en algunos meses más de tratamiento (García et al., 2010); igualmente, toma de decisiones vitales se encuentran influidas por los rasgos de

personalidad (Llopis et al., 2017), situación que se corrobora en el caso de R.M, quién eligió una carrera profesional en la que la interacción social no sea necesaria profesión que le implicaba actividades en laboratorios con mínimo contacto social; de modo que, cuando decide ser docente universitaria a pesar del dominio de conocimientos presentaba dificultades en su ocupación por las deficientes habilidades sociales.

Además, los leves cambios en la expresión de emociones han mejorado la dinámica en el sistema familiar, incrementando la afectividad entre los miembros familiares caracterizado por mayor empatía. Así mismo, R.M redujo su desconfianza y enojo hacia su pareja al comprender uno de los factores etiológicos de la conducta de su pareja (falta de atención, pasividad, negligencia en el cuidado de su hijo) que de acuerdo con Rodríguez et al. (2010) indican que los tumores cerebrales se asocian frecuentemente con alteraciones de índole psiquiátrico entre ellos de la personalidad que lleva al individuo a la falta de autocuidado, aplanamiento afectivo y descuido de sus funciones en el subsistema conyugal y parental.

**Figura 5**

*Escala de habilidades sociales (EHS)*



*Nota.* Autoexpresión en situaciones sociales (Factor I), Defensa de los propios derechos como consumidor (Factor II), Expresión de enfado o disconformidad (Factor III), Decir no y cortar interacciones (Factor IV), Hacer peticiones (Factor V), Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (Factor VI).

Mediante la aplicación de la “Escala de Habilidades Sociales” se incrementó la capacidad de R.M para hacer peticiones (Factor V) cambio que concuerda con el incremento del apoyo social identificado en la evaluación de estrategias de afrontamiento (Figura. 4); avance que influye positivamente en el contexto familiar al existir por parte de R.M leve flexibilidad para que cada uno de los miembros familiares cumplan sus funciones y se adapten los roles y reglas frente a un evento que lo demande (González et al., 1997).

Por otro lado, partiendo del proceso de adaptación cultural que se encuentra atravesando R.M, a pesar de presentar habilidades sociales, existen dificultades para relacionarse con los habitantes del país de destino; si bien es cierto, R.M se expresa espontáneamente (Factor I), no obstante, el estilo de comunicación empleado es agresivo empleando usualmente un tono de voz fuerte, posturas y gestos desafiantes; así mismo, R.M defiende sus derechos como consumidor (factor II), sin embargo la expresión no es asertiva; es decir, se hacía uso de conductas violentas y gestos exaltados para hacer valer sus derechos; además, R.M expresa su desagrado o enfado (Factor III) pero esta manifestación era desadaptativa, es decir, utilizaba comunicación verbal y no verbal desafiantes o pasivos; así mismo, R.M muestra facilidad para decir “no” y cortar interacciones (factor IV), no obstante, el patrón de comunicación es influenciado por sus rasgos de personalidad esquizoides y paranoides; por un lado de acuerdo con Gálvez et al. (2010) los rasgos esquizoides implican conductas carentes de empatía o expresión afectiva; mientras que, Encinas y Fajardo (2009) expresan que las características paranoides no permiten la posibilidad de defensa a su interlocutor por temor a ser engañados (desconfianza). Por último, R.M cuenta con facilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto (Factor VI); sin embargo, su comportamiento consistía en expresiones intimidantes y sin contenido afectivo tanto a nivel verbal como no verbal. De modo que, después de la intervención R.M muestra un uso de sus habilidades sociales más adaptativos para su nuevo contexto, en el que el estilo de comunicación necesita es menos agresivo para funcionar mejor en sus esferas relacionales (laborales y sociales).

Además, el predominio de los rasgos paranoides (desconfianza), anancásticos (perfeccionismo) y esquizoides (aislamiento) explican la forma de expresarse de R.M; de acuerdo, con el estudio de Caballo et al. (2010) identificó que el rasgo esquizoide influye en la tendencia del individuo a preferir actividades en solitario con acentuadas dificultades en el inicio de interacción con el sexo opuesto, relación con los demás y uso de la comunicación asertiva para expresar desagrado. Además, en base a las investigaciones de Franchi (2010); Méndez-Giménez et al. (2015) expresan que el perfeccionismo es un factor desencadenante de baja tolerancia a la frustración que lleva al individuo a ser excesivamente crítico consigo mismo y las personas repercutiendo negativamente en la calidad de las relaciones interpersonales. Igualmente, varios autores identificaron que la desconfianza generada por el rasgo paranoide incide en el bienestar del individuo llevándolo a una constante necesidad de control impulsado por el temor a ser traicionado o decepcionado (Llanque, 2014; Simkin y Cermesoni, 2014). Por lo tanto, la intervención psicoterapéutica pretendió flexibilizar dichos rasgos de personalidad que generan malestar en la paciente facilitando el proceso de adaptación al nuevo contexto de desarrollo y cultura en la que se encuentra R.M y su familia.

## Conclusiones

El modelo integrativo permitió mejorar la autoregulación emocional asociada a su rol de cuidadora y en otras esferas de su vida, clarificar valores, modificar ideas desadaptativas (irracionales, dicotómicas, automáticas y desiderativas), mejorar la capacidad de solución de problemas, solucionar asuntos inconclusos de su pasado, facilitar en R.M la aceptación del diagnóstico de TEA; así como, incrementar las capacidades de estimulación y entrenamiento de un niño con TEA en el contexto familiar siendo los procesos de psicoeducación e intervenciones en centro educativo estrategias útiles.

En lo que respecta a los enfoques psicoterapéuticos y el número de sesiones, estas dependerán de las características propias de cada paciente; en el caso de R.M el proceso evaluativo/interventivo requirió de 36 sesiones desarrolladas en 8 meses; considerando que, la flexibilización de rasgos de personalidad sobre todo el esquizoide resulta más complejo requiriendo de una intervención más extensa, situación que se agudiza por factores de riesgo adicionales que influyen en el pronóstico, tales como: condición migrante, eventos vitales estresantes (hijo con TEA y esposo con tumor cerebral) y carencia de recursos económicos, aspectos que se continuarán trabajando con otros profesionales.

En base a los criterios de la CIE-10 se estableció el “Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones F43.23” descartando previamente un: a) trastorno adaptivo con alteraciones emocionales y disociales mixtas, b) trastorno de personalidad y c) trastorno relacionado con la impulsividad o problemas del control de los impulsos.

Los eventos vitales estresantes afectan a quién lo padece y cuidadores, generando cambios en el estilo de vida familiar, es decir en los roles y responsabilidades; así como, en el cubrimiento de las demandas emocionales y físicas siendo el acompañamiento esencial frente al surgimiento de situaciones estresantes para que el individuo incremente su autoeficacia y enfrente la situación problemática eficazmente; a la vez que, se generan espacios en los que se fomente el desahogo emocional influyendo positivamente en el bienestar del paciente.

Finalmente, se resaltan los escasos estudios que describan intervenciones psicoterapéuticas en población migrante que permitan contar con una guía integral, respecto a la atención psicológica a este tipo de población que ayuden a contrarrestar las repercusiones que conlleva esta problemática psicosocial en el bienestar de los individuos, y más aún cuando son cuidadores de un familiar con una condición médica o psicológica que requiere de atención y cuidados minuciosos, mismos que incrementan su vulnerabilidad.

## Recomendaciones

Dado que, R.M a pesar de la intervención psicológica continua con la negación frente al diagnóstico de su hijo, considerando que el menor adquirirá las habilidades a un ritmo diferente al esperado, evolución que dependerá de la calidad de estimulación en el hogar y de las adaptaciones en el sistema educativo forma; por lo que, es imprescindible que R.M continúe con el acompañamiento psicológico brindado por otros profesionales, a fin de adquirir recursos que le permitan gestionar adecuadamente el malestar que se desprende de dicha situación, a la vez que se convierta en un adecuado agente estimulador-educativo de un niño con TEA, considerando que es una condición crónica que implicará desafíos a lo largo de la vida; por lo que, se sugiere un proceso de derivación a un grupo multidisciplinario y contactar a R.M con los grupos de apoyo para padres incrementando así su red de apoyo social.

En cuanto a la flexibilización de rasgos de personalidad (paranoide, esquizoide y anancástico) resulta complejo, denotando la necesidad de realizar intervención por más tiempo; así como, realizar estudios científicos, que establezcan empíricamente pautas respecto a la intervención en la flexibilización de este constructo, de forma que en un futuro sea posible brindar una atención integral al individuo.

Así mismo, es necesario implementar técnicas de terapia familiar con la finalidad de brindar estrategias de afrontamiento adaptativas que les permitan sobrellevar situaciones estresantes como un sistema integrado y funcional convirtiéndose a la vez en el principal soporte de apoyo social frente a eventos vitales estresantes (TEA y cáncer).

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas en población migrante existen deficientes investigaciones; de modo que, resulta necesario el desarrollo de trabajos científicos en estas poblaciones, para de esta forma contar con documentos orientativos que permitan brindar una atención de calidad, considerando a los cuidadores informales de una persona que por condiciones de salud dependen de ellas para la realización de actividades de la vida diaria.

Adicionalmente, el estudio de caso descrito expone la necesidad apremiante de gestionar acciones políticas y sociales que mitiguen las repercusiones psicológicas y socioculturales de la comunidad migrante a fin de mejorar su calidad de vida, sobre todo, de aquellos que cuentan con factores de riesgo adicionales como es el ser cuidador de un niño con Trastorno del Neurodesarrollo, específicamente TEA; por las demandas económicas, sociales, educativas y de salud que conlleva dicha situación; así como, el tener un familiar con una enfermedad catastrófica (cáncer).

Igualmente, la entrevista motivacional resulta indispensable para que el paciente se perciba como un agente activo de la intervención psicológica; de modo que, el terapeuta mediante la escucha activa, expresión de empatía, aceptación, validación del sentir del paciente y flexibilidad del objetivo de las sesiones activará la motivación de quién acude a consulta incrementando la adherencia al tratamiento.

Considerando que al ser practicantes se carece de un conocimiento empírico de las técnicas psicológicas, por ello se realizan las practicas con un supervisor cualificado a fin de salvaguardar el bienestar del paciente; por tal motivo, es necesario generar espacios para un entrenamiento específicamente en técnicas psicoterapéuticas que faciliten el desarrollo de la intervención en los pacientes que acuden a consulta, incrementando los resultados terapéuticos positivos.

Por otro lado, la psicoeducación resulta más efectiva cuando se hace uso de recursos materiales, tales como: infografías, videos, dibujos, analogías y metáforas; además, el lenguaje empleado debe estar acorde al nivel educativo y el contexto sociocultural del paciente de forma que este sea accesible para el mismo.

En caso del surgimiento de una dificultad adicional en el paciente, resulta útil el empleo de técnicas utilizadas en sesiones anteriores siempre y cuando apliquen a las características del problema consolidando de esta forma el conocimiento adquirido y enfatizando la flexibilidad de la actividad y/o ejercicios realizados a las situaciones que se suscitan en las diversas esferas del funcionamiento.

Con relación al reforzamiento positivo de tipo verbal o conducta motriz influye positivamente en el paciente al sentirse validado por sus intentos y esfuerzos, incrementando la probabilidad de que la conducta adaptativa se repita y empiece a extenderse a diversas áreas del funcionamiento vital.

Por otra parte, el coterapeuta, rol asumido por el practicante es un agente activo en las intervenciones psicoterapéuticas al: 1) recordarle la sesión, 2) elaborar los recursos materiales, elementos que demuestran al paciente el interés por su situación, siendo indispensable el establecimiento de una adecuada relación terapéutica entre coterapeuta y paciente, interacción fundamentada en el respeto, responsabilidad y compromiso mutuo el favoreciendo el desarrolló óptimo de cada uno de las sesiones y del alcance de los objetivos terapéuticos propuestos.

Igualmente, como practicantes y futuros profesionales es importante adquirir consciencia de las limitaciones personales; debido a que, no siempre se podrá abordar todas las problemáticas; es importante resaltar que en primer lugar está el bienestar de un ser humano que independientemente de su motivo para acudir a consulta, experimenta un sufrimiento que hace que solicite ayuda de un profesional; por lo que, el ser honestos sobre las capacidades para abordar una dificultad denota la calidad de ser humano y profesional.

Por último, es imprescindible adaptarse a las diversas situaciones que surgen cuando se inicia un proceso psicoterapéutico, tales como: 1) horario de atención, en algunos casos el paciente presenta tiempo limitado por motivos laborales o familiares, 2) modalidad de atención, si bien es cierto las sesiones presenciales facilitan la cercanía con el paciente; no obstante, eventos como la pandemia llevaron a que el profesional con sus habilidades psicoterapéuticas innove la atención mediante dispositivos electrónicos.

## Referencias

- Alfonso, J., Hernández, C. y Rodríguez, J. (2014). El método clínico frente a las nuevas tecnologías. *Revista Médica Electrónica*, 36(4), 499-511. <https://bit.ly/3eFZYgF>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (2019, 7 de junio). *Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millos: ACNUR y OIM*. <https://bit.ly/3U73KA4>
- Álvarez, R., Franco, V., García, F., García, A., Giraldo, L., Montealegre, S., Mota, B., Muñoz, M., Pérez, B. y Saldaña, D. (2017). *Manual didáctico para la intervención en atención temprana en trastorno del espectro del autismo*. <https://bit.ly/3qB7sUY>
- Aranda, B., Beyebach, M. y Herrero, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, 33-41. <https://bit.ly/3xk3Lqo>
- Asociación Americana de Psicología [APA]. (2013). *Directrices para la práctica de la telepsicología*. <https://bit.ly/3RX6k9W>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (5.ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Imprenta Unigraf.
- Banco Mundial. (2020). *Retos y oportunidades de la migración venezolana en Ecuador, Quito-Ecuador*. <https://bit.ly/3RIgLhW>
- Baña, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336. <https://bit.ly/3BD8Mgr>
- Bayot, A. y Hernández, J. (2008). *Evaluación de la competencia parental*. CEPE.
- Beck, A. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós.
- Bluma, S., Sheares, M., Frohman, A. y Hilliard, J. (2016). *Guía portage de educación preescolar (1.ª ed.)*. NMR Press.

- Caballo, V., Salazar, I., Irurtia, M., Arias, B. y Guillén, J. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 18(2), 259-276. <https://bit.ly/3DleBQO>
- Cano, F., García, J. y Rodríguez, L. (2007). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39. <https://bit.ly/3RNxplo>
- Capurro, D. y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538. <https://bit.ly/3RFwo9W>
- Chiong, L., Aráuz, L. y Zúñiga, F. (2017). Experiencia vivida en madres/padres cuidadores de niños/niñas con Trastorno del Espectro Autista. *Revista científica de FAREM-Estelí*, (21), 40-49. <https://bit.ly/3L9Syyo>
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Manual de Administración, Puntuación y Procedimientos* (3.<sup>a</sup> ed.). Minneapolis: Sistemas Informáticos Nacionales.
- De Rosa, L., Dalla, A., Rutzstein, G. y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y autocrítica: consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 2019-215. <https://bit.ly/3qB8noo>
- De Shazer, S. (1988). *Claves. Investigando soluciones en terapia breve*. WW Norton y Co. <https://bit.ly/3eMFij7>
- Ellis, A., Grieger, R., y Marañón, A. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol.2). Desclée de Brouwer.
- Encinas, I. y Fajardo, F. (2009). Trastorno de personalidad no especificado. Personalidad esquizo-paranoide. Impulsividad. *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*, 1(1), 667-673.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Flores-Garay, A., Caro-Pacheco, F. y Pérez-Ureña, M. (2018). El afrontamiento y la familia como factores protectores terapéuticos en la adherencia al tratamiento de paciente con cáncer de mama. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5), 524 – 527. <https://bit.ly/3RFaQKD>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2022, 24 de marzo). *Los efectos de la pandemia en el bienestar de los hogares en Ecuador*. <https://uni.cf/3BAUb54>
- Fortea, M., Escandell, M. y Castro, J. (2013). Detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 191-199. <https://bit.ly/3Dv6yAW>
- Franchi, S. (2010). Estilo de personalidad perfeccionista y depresión. *Contribuciones y proyecciones de la Etnografía en el estudio interdisciplinario del desarrollo infantil*, (13), 53-61. <https://bit.ly/3RZ7ZeZ>
- Fred Lammie. (2015, 4 de diciembre). *Estrés -Casi Creativo* [Video]. YouTube. <https://bit.ly/3QK75SC>
- Gálvez, M., Mingote, J. y Moreno, B. (2010). El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Medicina y seguridad del trabajo*, 56(220), 226-247. <https://bit.ly/3eMHLOP>
- García, M., Martín, M. y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278. <https://bit.ly/3RZZOz9>
- Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237- 241. <https://bit.ly/3eKqDJI>
- Girgis, A., Lambert, S. y Lecatelinais, C. (2011). La encuesta de necesidades de atención de apoyo para parejas y cuidadores de sobrevivientes de cáncer: desarrollo y evaluación psicométrica. *Foro de enfermería oncológica*, 20(4), 387-393. <https://bit.ly/3LcOvBA>
- Gismero, E. (2002). *EHS Escala de Habilidades Sociales* (2.ª ed.). TEA Ediciones.
- González, E., De la Cuesta, D., Bernal, I. y Veá, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *CIENCIA ergo-sum*, 4(1), 63-66. <https://bit.ly/3qyeQ3B>
- González de Rivera, J., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R MANUAL*. TEA Ediciones.

- Greenberg, L. (2010). Terapia Focalizada en la emoción: Una síntesis clínica. *FOCUS, Revista de aprendizaje permanente en psiquiatría*, 8(1), 32-42. <https://bit.ly/3xo2n6h>
- Hayes, S. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée de Brouwer.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (2.<sup>a</sup> ed.). Mc Graw Hill Education. <https://bit.ly/3qDHmkl>
- Instituto de Psicoterapia Integrativa. (2006, 5 de mayo). *¿Qué es la Psicoterapia Integrativa?* <https://bit.ly/3xkuJye>
- Instituto Nacional Del Cáncer [NIH]. (2021, 30 de marzo). *Diagnóstico definitivo*. <https://bit.ly/3DDPNE7>
- Jiménez, M. (2015). Mecanismo de relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 7(1), 163-184. <https://bit.ly/3Uae0Y8>
- Johnson, S. y Sims, A. (2001). Teoría del apego: un mapa para la terapia de pareja, 169-191. <https://bit.ly/3eOSI7F>
- Jhonson, S., Hunsley, J., Greenberg, L. y Schindler, D. (2006). Terapia de pareja enfocada en las emociones: estado y desafíos. *Psicológica Clínica: ciencia y práctica*, 6, 67-79. <https://bit.ly/3BE6nSG>
- Lambert, S., Girgis, A., Lecatelinais, C. y Stacy, F. (2013). Caminar una milla en sus zapatos: ansiedad y depresión entre parejas y cuidadores de sobrevivientes de cáncer a los 6 y 12 meses posteriores al diagnóstico. *Foro de enfermería oncológica*, 21(1), 75-85. <https://bit.ly/3DkhjGr>
- Lewis-Aiken, R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación* (11.<sup>a</sup> ed.). Pearson Educación.
- Leyva-Arévalo, D., Olbina-Yais, S. y Peña-Hernández, N. (2019). Estrategia de orientación a familias de niños con Trastorno del Espectro Autista. *Luz*, 18(3), 70-79. <https://bit.ly/3RHA7nn>
- Llanque, P. (2014). Rasgos de personalidad y síndrome de Burnout en personal de salud de la unidad de quemados y cirugía plástica del "Hospital de Clínicas" de la ciudad de la Paz. *Revista de Investigación Psicológica*, (12), 93-115. <https://bit.ly/3RIECxM>

- Llopis, C., Hernández, I. y Rodríguez, M. (2017). Rasgos de personalidad desadaptativos y trastorno de la personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. A propósito de un caso. *Cuadernos de medicina forense*, 23(3), 92-99. <https://bit.ly/3L9mo6k>
- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80. <https://bit.ly/3qC0zTk>
- López, C. y Larrea, M. (2017). Autismo en Ecuador: un Grupo Social en Espera de Atención. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3), 203-214. <https://bit.ly/3S5z2Wl>
- López, C., Larrea, M., Breilh, J. y Tillería, Y. (2020). La determinación social del autismo en población infantil ecuatoriana. *Revista de Ciencias de la Salud*, 18(Especial), 1-27. <https://bit.ly/3U9ENno>
- Marecos, E. (2003). El diagnóstico diferencial. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, (128), 1-5. <https://bit.ly/3Dlh5P8>
- Matthews, A. (2003). Diferencias de rol y género en la angustia relacionada con el cáncer: una comparación de los autoinformes de sobrevivientes y cuidadores. *Foro de enfermería oncológica*, 30(3), 493-499. <https://bit.ly/3xliPnQ>
- Mayorga-Lascano, M. y Peñaherrera-Ron, A. (2019). Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Paciente Oncológico y Cuidadores Primarios. *Revista Griot*, 12(1), 16-30. <https://bit.ly/3xlyPGB>
- Méndez-Giménez, A., Cechini-Estrada, J. y Fernández-Río, J. (2015). Perfeccionismo, afectividad y satisfacción con la vida en educación física. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 11(41), 297-304. <https://bit.ly/3L9UcA4>
- Mesa-Gresa, P., Ramos-Campos, M. y Redolat, R. (2017). Cuidado de paciente oncológicos: una revisión sobre el impacto de la situación de estrés crónico y su relación con la personalidad del cuidador y otras variables moduladoras. *Psicooncología*, 14(1), 93-106. <https://bit.ly/3qwHUsh>
- Mitchell, A., Ferguson, D., Gil, J., Paul, J. y Symonds, P. (2013). Depresión y ansiedad en sobrevivientes de cáncer a largo plazo en comparación con cónyuges y controles

- sanos: una revisión sistemática y metaanálisis. *Foro de enfermería oncológica*, 14(8), 721-732. <https://bit.ly/3d9reEa>
- Mónaco, E., Schoeps, K. y Montoya-Castilla, I. (2017). La personalidad y su relación con el afrontamiento al estrés. *Calidad de Vida y Salud*, 10(2), 83-91. <https://bit.ly/3S2fHFq>
- Montejano, S., Mauri, J., Bueno, M. y González, L. (2018). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en un caso de inflexibilidad psicológica durante el embarazo. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(13), 1-11. <https://bit.ly/3DilzFf>
- Morales, L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura: Revista de la Asociación de Docentes de la USMP*, (24), 1-20. <https://bit.ly/3RFIDnL>
- Morocho, K., Sánchez, D. y Patiño, V. (2021). Perfil epidemiológico del autismo en Latinoamérica. *Salud y Ciencias Médicas*, 1(2), 14-25. <https://bit.ly/3BgILC3>
- Nava, C., Ollua, P., Vega, C. y Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Navarrete-Navarrete, N., Peralta-Ramírez., M., Sabio-Sánchez, J., Coín, M., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C., Ortego-Centeno, N., Callejas-Rubio., J. y Jiménez-Alonso, J. (2010). Eficacia de la Terapia cognitiva conductual para el tratamiento del estrés crónico en paciente con lupus eritematoso: un ensayo controlado aleatorio. *Psicoterapia y psicosomática*, 79(2), 107-115. <https://bit.ly/3DhJS7o>
- Navarro-García, A., Ponce-Rosas, R., Monroy-Caballero, C., Trujillo-Benavides, E., Irigoyen-Coria, A. y Gómez-Clavelina, F. (2004). Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 6(3), 78-83. <https://bit.ly/3U5yEZE>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2020). *Términos fundamentales sobre migración*. <https://bit.ly/3DmkFIV>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2021). *Sobre la migración*. <https://bit.ly/3QHMSgq>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2021, 3 de marzo). *Desafíos globales Migración*. <https://bit.ly/3qyhLJB>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (10.<sup>a</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://bit.ly/3eMLnjR>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Trastorno del espectro autista*. <https://bit.ly/3LaRtX4>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2010, 3 de diciembre). *Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*. <https://bit.ly/3DmlfX7>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (Ed. 2018). Publicación Científica: 638. <https://bit.ly/3xkybsG>
- Páez-Blarrina, M., Guitiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 2(9), 1-20. <https://bit.ly/3qz6p7V>
- Peralta-Ramírez, M., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N. y Jiménez-Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud mental*, 32(3), 251-258. <https://bit.ly/3BcbtEg>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Pirámide.
- Pérez, E., De la Cuesta Freijomil, D., Louro Bernal, I. y Bayarre Veja, H. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la Salud Humana*, 4(1), 63-66. <https://bit.ly/3QCC573>
- Pérez, A., Rubio, V. y Gómez, M. (2007). Cuestionario Salamanca (Versión 2007) para el screening de trastorno de la personalidad. *Sociedad Española para el estudio de los trastornos de personalidad*. <https://bit.ly/3QHZfcn>
- Pérez-Estrada, K. (2021). Evaluación e intervención en niños preescolares con trastorno del espectro autista. *Eduscientia. Divulgación de la ciencia educativa*, 4(8), 125–133.
- Pino, K., Murillo, M. y Suárez, L. (2019). Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. *Poiésis*, (36), 126-146. <https://bit.ly/3dck9T2>

- Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (2020, 13 de julio). *Reinventarse sobre la marcha: Mujeres refugiadas y migrantes de Venezuela. Un estudio de sus condiciones y accesos a medios de vida en Colombia, Ecuador y Perú*. <https://bit.ly/3Dnoiyr>
- Puerto, H. (2015). Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1029-1040. <https://bit.ly/3BAZcdU>
- Puerto, H. y Carrillo, G. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 125-136. <https://bit.ly/3xnVvpE>
- Puerto, H. (2017). Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista cuidarte*, 8(1), 1407-1422. <https://bit.ly/3LaDhxx>
- Rangel, A. (2017). Orientaciones pedagógicas para la inclusión de niños con autismo en el aula regular. Un apoyo para el docente. *Telos*, 19(1), 81-102. <https://bit.ly/3RJgafZ>
- Remor, E. (2006). Propiedades psicométricas de una versión española europea de la Escala de Estrés Percibido (PSS). *Revista Española de Psicología*, 9(1), 86-93. <https://bit.ly/3BfEZc9>
- Rivas, R. (2010). *Unidad 5: Diagnóstico en endodoncia*. Facultad de Estudios Superiores IZTCALA. <https://bit.ly/3qBPUYW>
- Robins, D., Fein, D. y Barton, M. (2009). Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F). *Grupo Estudio MCHAT España*. <https://bit.ly/3dabWip>
- Rodríguez, F., Macías, J. y Vega, C. (2010). Tumor cerebral benigno como factor desencadenante de comportamiento anómalo. *Psiquiatría Biológica*, 17(2), 81-84. <https://bit.ly/3Dnsl8y>
- Salaberría, K. y Sánchez, A. (2017). Estrés migratorio y salud mental. *Psicología Conductual* 25(2), 419-432. <https://bit.ly/3QzU8Le>

- Silvia, G. y Santos, M. (2010). Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama: Un enfoque cualitativo. *Revista Latina-Americana de Enfermagem*, 18(4), 1-8. <https://bit.ly/3eRGpIW>
- Simkin, H. y Cermesoni, D. (2014). Factores de la personalidad, espiritualidad y su relación con la calidad de vida. *Calidad de vida y salud*, 7(1), 5-13. <https://bit.ly/3eQhvCQ>
- Suarez, M. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La paz*, 16(1), 53-57. <https://bit.ly/3SiWakj>
- Yáñez, A., Díez, M., Cabrera, E., Fernández, A., Bardallo, D., Rodríguez, E., Gual, P., Fernández, C. y Argemí Remon. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 43(3), 157-166. <https://bit.ly/3eMrYj0>