



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

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Caso clínico: Problemas en la relación entre esposo pareja**

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

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autor:** Robles Obando, María Gabriela

**Director:** Jiménez Gahona, Marco Antonio

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, 15 de septiembre de 2022

Doctora

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

**Directora de la carrera de Psicología Clínica**

Loja. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso clínico: Problemas en la relación entre esposo o pareja realizado por María Gabriela Robles Obando, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Marco Antonio Jiménez Gahona

C.I.:1104414014

Correo electrónico: majimenez18@utpl.edu.ec

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

Yo, María Gabriela Robles Obando, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso clínico: Problemas en la relación entre esposo o pareja, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1: identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema y descripción de la sintomatología, proceso de evaluación y proceso diagnóstico. Capítulo 2: tratamiento/ intervención, objetivos terapéuticos y plan de tratamiento de intervención. Capítulo 3: Resultados, discusión y conclusión, recomendaciones, siendo Marco Antonio Jiménez Gahona 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, con 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: María Gabriela Robles Obando

C.I.: 1104132947

Correo electrónico: [mgrobles2@utpl.edu.ec](mailto:mgrobles2@utpl.edu.ec)

### **Dedicatoria**

A mi familia que con su amor y paciencia sembraron en mí cualidades positivas para permitirme desenvolver de forma satisfactoria como persona y como profesional ético y formado con valores para solventar las demandas que se impongan en el futuro.

A mis profesores Marco Jiménez y Byron Bustamante por compartir su gran conocimiento dentro del proceso terapéutico enseñándonos técnicas para formarnos como buenos profesionales y así mismo solventar dudas que se nos puedan presentar.

A mi profesora Arianna Hurtado por su tiempo y ayuda brindada para la culminación de este proyecto.

A mis amigos y personas que estuvieron a mi lado por motivarme a involucrarme en este trabajo de titulación.

## **Agradecimiento**

A Dios, por guiarme durante toda mi vida y sobre todo en este camino que he escogido.

A mi familia por estar acompañándome en mis tropiezos y en mis logros.

A mis amigos y personas allegadas que hicieron de este trabajo de titulación mucho más llevadero.

A los docentes de la Universidad Técnica Particular de Loja por su gran ayuda y colaboración para la culminación de este proyecto personal y a la vez profesional.

A mi paciente quien confió en mí y colaboró durante todo el proceso lo que me permitió crecer y desenvolverme en el campo profesional.

## Índice de contenido

<i>Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular</i> .....	<i>II</i>
<i>Declaración de autoría y cesión de derechos</i> .....	<i>III</i>
<i>Dedicatoria</i> .....	<i>V</i>
<i>Agradecimiento</i> .....	<i>VI</i>
<i>Índice de contenido</i> .....	<i>VII</i>
<i>Resumen</i> .....	<i>1</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>2</i>
<i>Introducción</i> .....	<i>3</i>
<i>Capítulo uno</i> .....	<i>5</i>
<i>Marco teórico</i> .....	<i>5</i>
<i>1.1 Presentación del caso</i> .....	<i>5</i>
<i>1.1.1 Identificación del paciente</i> .....	<i>5</i>
<i>1.1.2 Motivo de consulta</i> .....	<i>5</i>
<i>1.2 Proceso de evaluación</i> .....	<i>8</i>
<i>1.3 Proceso diagnóstico</i> .....	<i>11</i>
<i>1.3.1 Diagnóstico presuntivo</i> .....	<i>12</i>
<i>1.3.2 Diagnóstico diferencial</i> .....	<i>12</i>
<i>1.3.3 Diagnóstico final/definitivo</i> .....	<i>13</i>
<i>Metodología</i> .....	<i>14</i>
<i>2.1 Tratamiento/Intervención</i> .....	<i>14</i>
<i>2.1.1 Objetivos terapéuticos</i> .....	<i>14</i>
<i>2.1.2 Plan de tratamiento/intervención</i> .....	<i>14</i>
<i>Tabla 1</i> .....	<i>14</i>
<i>Capítulo tres</i> .....	<i>23</i>
<i>Resultados</i> .....	<i>23</i>
<i>Discusión</i> .....	<i>26</i>

<b>Recomendaciones.....</b>	<b>32</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>33</b>

#### Índice de tablas

<b>Tabla 1. Plan terapéutico.....</b>	<b>14</b>
<b>Tabla 2 Resultados Cuantitativos .....</b>	<b>23</b>

## Resumen

Se describe el caso único de una mujer migrante de 50 años de edad, quien reside en Ecuador hace 2 años aproximadamente y presenta un diagnóstico Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja, debido al conflicto que mantiene con su esposo por situaciones de infidelidad en su matrimonio y la concepción de dos hijos fuera de este. Para la evaluación se utilizó la observación, la entrevista clínica y reactivos psicológicos como: Escala de Resiliencia de Connor y Davidson CD-RISC, Test de Frases Incompletas de Sacks, Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y Escala de Soledad UCLA. En el proceso de intervención se emplearon técnicas cognitivo conductuales y gestálticas para contener emocionalmente a la paciente, promover la toma de decisiones, trabajar en la percepción de autoestima, soledad y fortalecimiento de redes de apoyo, con la finalidad de obtener una mejoría en la paciente. Dentro de los resultados se evidenció cambios positivos en su estado emocional, afectivo y comportamental, además del fortalecimiento de sus redes de apoyo.

*Palabras clave:* pareja, conflicto, migrante

### **Abstract**

A single case is described of a 50-year-old migrant woman, who has been living in Ecuador for approximately 2 years and presents a diagnosis of Z63.0 Problems in the relationship between spouses or couple, due to the conflict she maintains with her husband because of situations of infidelity in their marriage and the conception of two children outside the marriage. For the evaluation, observation, clinical interview and psychological reagents were used, such as: Connor and Davidson Resilience Scale CD-RISC, Sacks Incomplete Sentences Test, Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Zimet's Multidimensional Scale of Perceived Social Support and UCLA Loneliness Scale. In the intervention process, cognitive-behavioral and gestalt techniques were used to contain the patient emotionally, promote decision making, work on the perception of self-esteem, loneliness and strengthening of support networks, in order to obtain an improvement in the patient. The results showed positive changes in her emotional, affective and behavioral state, as well as the strengthening of her support networks.

Translated with [www.DeepL.com/Translator](http://www.DeepL.com/Translator) (free version)

Key words: couple, conflict, migrant

## Introducción

La problemática que aborda el caso de estudio se enmarca en los problemas de pareja, remitidos por una mujer migrante de 50 años de edad. En este sentido se debe indicar que actualmente, los problemas de pareja son un tema recurrente que se presenta a nivel mundial causando conflictos emocionales en los miembros. Dando como resultado aislamiento, tristeza, sentimientos de culpa, desvalorización, entre otros síntomas que afectan, dañando la estructura familiar (Zárate, 2018). En Ecuador, según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos ([INEC, 2018]), menciona que los índices de matrimonio son de 60.35 % mientras que la de divorcio son de 27.64%, es decir casi la mitad de número de casados. De los cuales 1140 declararon ser a causa de infidelidad.

Así mismo, se ha identificado que los elementos más fuertes por los que sucede la ruptura de pareja son: falta de atención, violencia física, psicológica, sexual, engaño, venganza, e infidelidad (Zárate, 2018). Otras características que se relacionan son, la falta de compromiso emocional y/o sexual entre los miembros de la pareja, provocando que los integrantes mantengan patrones de comportamiento destructor que conlleven a la ruptura de la relación (Valdez et al., 2013)

Por otro lado, centrándose en el factor de infidelidad dentro del matrimonio, se define como una forma de transgresión que implica la ruptura del compromiso, los actos de infidelidad pueden desarrollarse de diferentes maneras y de cualquier forma resulta devastador debido a que se rompe el vínculo de confianza establecido entre la pareja (Manzur, 2016). Este fenómeno tiene mayor impacto para la persona que fue engañada, es posible que sienta las siguientes emociones: sorpresa, dolor, ira, resentimiento, vergüenza, culpa, tristeza, resignación, hasta llegar a la aceptación (Quezada, 2011). Aun así, si dentro de la relación marital existen más problemáticas como: violencia, falta de compromiso, falta de comunicación, es muy probable que la pareja recurra al divorcio antes que intentar salvar el matrimonio (Quezada, 2011).

Adicionalmente, como se mencionó la paciente es migrante venezolana, esta condición es un factor de riesgo para que se produzca violencia, ya que la persona violentada no cuenta con los recursos suficientes para afrontar la situación; tal como lo menciona Castillo y Altamirano (2019) que una persona al ser migrante se encuentra sola de forma social y emocional por lo que no contará con personas en las que pueda apoyarse, lo que dificultará aún más la decisión de separarse.

Puntualizando en el estudio de caso donde la paciente experimenta problemas en la relación de pareja con su esposo por la presencia de distintos axiomas en la comunicación y, por otro lado, la presencia de hijos fuera de matrimonio provocando un malestar significativo en la paciente caracterizado por sentimientos de soledad y culpa, dificultad para la toma de decisiones, incapacidad para establecer prioridades, además de ello, manifiesta violencia física y en mayor parte psicológica infringida por el esposo.

Se justifica la relevancia del presente caso a nivel social puesto a que se da atención en salud mental a mujeres migrantes, que presentan dificultades económicas, sirviendo como referente para instituciones gubernamentales que atiendan a este tipo de población. Por otro lado, en el aspecto académico la información y datos recogidos por medio de este estudio de caso, serán de gran utilidad al momento de replicar las técnicas empleadas en esta problemática o a su vez servirán como base para para futuras investigaciones que aborden este tipo de casos.

El presente documento se compone de tres apartados. En el primero se describe la información sobre la paciente, como: datos de identificación, motivo de consulta, historia del problema, proceso de evaluación y proceso diagnóstico. El segundo apartado comprende el plan de intervención con sus respectivos objetivos terapéuticos y el desarrollo de las técnicas empleadas. Finalmente, el tercer apartado abarca los resultados obtenidos, discusión, conclusión y recomendaciones.

## **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**

Paciente de sexo femenino de 50 años de edad, de estado civil casada. Nace en San Félix, Venezuela el 14 de enero de 1973, actualmente se encuentra en situación de migrante y reside en Loja, Ecuador hace 2 años por lo que su nivel socio- económico es bajo. Tiene 2 hijos de 25 y 27 años, vive con el menor de ellos y con; su esposo, nuera y consuegra; mientras que, su otro hijo reside en Argentina. Con respecto a su dinámica familiar, mantiene una relación buena con sus hijos y conflictiva con su esposo. Su profesión es especialista en Biología y Química; sin embargo, su ocupación actual es venta de comida rápida y confección de piñatas. Con respecto a su religión es católica.

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

Refiere acudir a consulta psicológica para contar con un espacio donde pueda hablar y desahogarse. Además, refiere que es importante para su salud mental “esto es importante para mí”.

En el primer encuentro, la paciente refiere no tener ningún problema en específico presentando resistencia a la atención psicológica; sin embargo, se brindó un ambiente óptimo para facilitar la desinhibición y confesión emocional, mencionando así, que presenta conflictos en su relación de pareja y otras problemáticas asociadas a la misma: sentimientos de culpa y de soledad, baja autoestima, escasas redes de apoyo.

Durante la segunda sesión, la paciente refiere no poder presentar sus pensamientos ni emociones ante su esposo. Manifiesta que por mucho tiempo “lo he guardado en mi interior” haciendo referencia a experiencias y recuerdos dolorosos y actualmente se le hace difícil expresarse debido a que le genera malestar y dolor.

La paciente menciona que el convivir y además trabajar en conjunto durante muchas horas, ha aumentado la problemática y considera que no puede manejar la situación. Además, la paciente refiere tener un exceso de trabajo, lo cual le dificulta realizar otro tipo de actividades. Sin embargo, la paciente manifiesta tener una red de apoyo escasa pero sólida, por otro lado, cuenta con ingresos económicos a pesar de su situación de migrante.

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

Paciente manifiesta que probablemente su malestar está presente hace muchos años atrás, debido a que su esposo actual fue su primera y única pareja estable con la que se casó a temprana edad (18 años). Paciente refiere que, durante toda su relación, la cual ha sido de 20 años, siempre se han presentado indicadores de infidelidad como: comentarios por parte de familiares relacionados con hechos de infidelidad por su esposo, fotografías de otras mujeres, mensajes de texto, abuso de alcohol; sin embargo, decidió ignorarlos y continuar enfocada en sus estudios, trabajo e hijos. Su actitud frente a este acontecimiento fue guardar todos sus sentimientos y evitar hablar sobre las acciones de su esposo.

Además, la paciente manifiesta que siempre ha mantenido problemas de comunicación con su esposo y refiere que ha ido empeorando con los años. Al mismo tiempo se ha presentado violencia de tipo verbal por parte del esposo al momento de hacerle frente ante situaciones de infidelidad y en ocasiones la paciente refiere haber sido víctima de agresiones físicas. La paciente expresa no querer que sus hijos se enteren de la situación de violencia que ha presenciado para evitar conflictos entre sus hijos y su esposo y que la relación se destruya de forma definitiva.

Hace 7 años atrás cuando la paciente tenía 43 años, descubre que su esposo le fue infiel y procrea un hijo fuera del matrimonio. La forma de actuar de la paciente ante esta situación fue ocultarles a sus hijos esta información, luego de 2 años descubre que es padre

de un segundo hijo fuera de matrimonio, concibiendo con la misma persona. Es ahí donde les comentó a sus hijos sobre estos eventos, a pesar de aquello, la paciente decide continuar con la relación “es el papá de mis hijos”.

Sus dos hijos que mantienen juntos y convivían en el mismo lugar migraron del país con destino hacia Ecuador, por motivos económicos. Un año después, sin la presencia de sus hijos la relación se deterioró mucho más, existiendo un mayor consumo de alcohol y agresiones verbales por parte de su pareja, por lo que la paciente decide migrar hacia Ecuador para estar con sus hijos dejando a su esposo en su natal Venezuela, sin terminar la relación de forma definitiva.

Luego de seis meses, por insistencia de sus hijos, ayuda de forma económica en el viaje de su esposo a Ecuador “Quería que le envíen dinero y yo quería que venga y vea como es ganarse el dinero en carne propia”. Cuando su esposo llega a Ecuador, la paciente refiere que inicialmente existieron problemas porque no encontraba un trabajo estable, como el que tenía en Venezuela y no podía enviar remesas a sus familiares y sus dos hijos contraídos fuera de matrimonio; provocando problemas en la convivencia con su esposo y complicándosele mucho más al tener que trabajar numerosas horas con él, es ahí donde la paciente refiere se presentan sentimientos de culpa por traer a su esposo a Ecuador “ahora me arrepiento de haberlo traído”.

Además, refiere que luego de un año se mantienen los problemas de comunicación debido a que el esposo comenta a sus allegados la posibilidad de irse, pero no lo comenta con ella. La paciente manifiesta no poder trabajar en lo que le gusta hacer y no consigue desvincularse de su esposo, sobre todo en el área laboral, ya que trabajan juntos en un puesto de comida rápida, refiere no poder dejarlo por las condiciones económicas y por la situación de migrante que dificulta aún más su contexto.

Finalmente, la paciente manifiesta que le dificulta contar sus problemas “no quiero dar más problemas a ellos porque sé que también están pasando por situaciones difíciles y no quiero ser una carga más”. La paciente refiere que con la única persona que mantiene una

buena relación y le comenta sobre su relación de pareja es a su nuera, quien le escucha y le da consejos. Además, de su hijo.

Actualmente la paciente presenta problemas de pareja, sentimientos de culpa, miedo a la soledad, problemas de la autoestima, pocas habilidades para la toma de decisiones, estilos de afrontamiento inadecuados.

## **1.2 Proceso de evaluación**

El caso de estudio tuvo una duración total de 12 sesiones terapéuticas, de las cuales la primera sesión tuvo como objetivo evaluar y recoger información sociodemográfica, personal y de salud en general de la paciente, por medio de la entrevista y observación clínica, posteriormente esos datos fueron utilizados para la historia clínica. En la segunda y tercera sesión como parte del proceso terapéutico se evaluó a través de instrumentos psicológicos, para confirmar o descartar patologías como: depresión, soledad entre otros aspectos importantes como la personalidad, resiliencia, apoyo social percibido. Mientras que en las sesiones restantes se continuó con el proceso terapéutico establecido.

Cabe mencionar que se realizó la evaluación de funciones a través de la observación, donde no se evidencia ningún tipo de dificultad.

Con respecto a los instrumentos de evaluación psicológica se utilizaron los siguientes: entrevista, observación, Escala de Resiliencia de Connor y Davidson CD-RISC (2003), Test de Frases Incompletas de Sacks, Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, y Escala de Soledad UCLA.

### ***Escala de Resiliencia de Connor y Davidson CD-RISC (2003)***

La escala mide la capacidad de resiliencia, es decir la capacidad que tiene el individuo para adaptarse a fuentes de estrés o trauma y así poder sobrellevar cualquier tipo de dificultad que se le presente (Ponce, 2015). El instrumento consta de 25 ítems con respuestas de tipo Likert con cinco opciones “en absoluto”, “rara vez”, “a veces”, “a menudo”, y “casi siempre”, el rango de la escala es de 0 a 100 en donde mayores puntuaciones indican un alto nivel de resiliencia.

Presenta a su vez 5 dimensiones, el primero mide la persistencia, tenacidad y autoeficacia

del individuo. El segundo se relaciona con el control bajo presión. El tercero mide la capacidad de adaptabilidad y redes de apoyo con las que cuenta, el cuarto hace referencia al control y propósito y el quinto mide aspectos relacionados con la espiritualidad (Grau-Valdés et al., 2020).

En un estudio realizado con pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad generalizada y estrés postraumático, se aplicó el instrumento de Resiliencia de Connor y Davidson donde se pudo evidenciar que mantiene buenas propiedades psicométricas, su coeficiente de alfa de Cronbach fue de .89 para la población general y de .87 para los pacientes (García-León et al., 2019).

Según los resultados obtenidos la paciente puntúa de manera general con un nivel alto de resiliencia, teniendo mayor capacidad de superar situaciones difíciles o traumáticas. En los constructos que obtuvo mayor puntuación fue: persistencia-tenacidad y autoeficacia obteniendo 31 puntos, en el constructo de control y propósito donde obtiene una calificación de 12 puntos, categorizado como el valor más alto, al igual que en el constructo de espiritualidad con un valor de 8 puntos. Por otro lado, se encontró un puntaje medio bajo dentro del constructo de adaptabilidad y redes de apoyo.

### ***Test de Frases Incompletas de Sacks (1948)***

El test de Frases Incompletas de Sacks fue creado por Joseph M. Sacks consta de 60 ítems, mide las emociones del individuo en áreas de: familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto permitiendo identificar posibles psicopatologías que se encuentren presentes en la persona, estas 4 áreas a su vez están divididas en 15 actitudes, el modo de calificación se debe reunir las frases incompletas que corresponda a cada área y realizar la respectiva calificación, en donde 2 puntos: seriamente perturbado, 1 punto: levemente perturbado, 0 puntos: ningún trastorno identificado (Fatelevich, M., y Tonin, S., 2021).

Según los resultados obtenidos en el Test de Frases Incompletas de Sacks la persona evaluada se encuentra por debajo de la media en la dimensión área de adaptación familiar, esto quiere decir que tiene conflictos personales leves con la relación que tiene con sus

padres. En cuanto a la dimensión de área sexual tiene un puntaje de 2, esto refleja que no presenta conflictos en su actitud hacia el sexo contrario o hacia las relaciones heterosexuales.

Asimismo, obtiene una puntuación de 4, es decir se encuentra por debajo de la media en cuanto a áreas de las relaciones interpersonales. Pero en el área de auto concepto obtiene una calificación de 5 puntos, presenta un conflicto en cuanto al apartado de sentimientos de culpa, obteniendo una puntuación de 3, ubicándola por encima de la media, lo que quiere decir que, presenta conflictos emocionales y es posible que necesite ayuda terapéutica.

### ***Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) (1999)***

Es un instrumento corto tipo autoinforme que mide los niveles de depresión presentes en las dos últimas semanas y la severidad de los síntomas, el cual contiene nueve ítems y tiene cuatro opciones de respuesta con distintos puntajes, nada=1, varios días=2, más de la mitad de los días=3, casi todos los días=4 llegando a obtener una puntuación entre 0 a 27.

Los puntos de corte son de 0 -4: Mínimo o ninguno, 5-9: síntomas depresivos leves, 10-14 síntomas depresivos moderados, 15-19, síntomas depresivos moderadamente severos, 20-27 síntomas depresivos severos. Presenta una consistencia interna adecuada, alfa de Cronbach de 0,86- 0,89 (Cassiani-Miranda et al., 2021)

Según los resultados obtenidos en el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) la evaluada obtiene un puntaje de 6, es decir presenta una depresión leve; sin embargo, no necesita una intervención psicológica inmediata.

### ***Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y cols. (1988)***

Es un instrumento que mide el apoyo social percibido por tres áreas importantes para los individuos: familia, amigos y otras personas significativas. Se compone de 12 ítems con opción de respuesta desde el 1=casi nunca hasta 4=siempre o casi siempre indicando una mayor percepción de apoyo social percibido. Los puntos de corte son de 13 a 24: Débil apoyo social, 25 a 36: De ligero a débil apoyo social 37 a 48: Indeciso, 49 a 60: De ligero a fuerte apoyo social 61 a 72: Fuerte apoyo social, 73 a 84: Muy fuerte apoyo social.

Un estudio de universitarios estadounidenses se encontró un alfa de Cronbach de .88 en la escala total, en la dimensión de familia  $\alpha=.91$ , amigos  $\alpha=.87$  y otras personas significativas  $\alpha=.85$  (Oyarzún y Iriarte, 2020).

Según los resultados obtenidos en la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet consigue un puntaje total de 58 puntos, lo que denota la categoría de ligero a fuerte apoyo social. Dentro de la dimensión de familia, obtuvo un puntaje de 22, es decir un fuerte apoyo social; mientras que, por otro lado, dentro de la dimensión de amigos, obtiene 16 puntos, es decir posee un ligero a fuerte apoyo social. Al igual que en otros significativos obtiene un puntaje de 20 puntos obteniendo un ligero a fuerte apoyo social.

### ***Escala de Soledad UCLA (1980)***

La escala mide sentimientos de soledad, el apoyo social y familiar. Consta de tres dimensiones percepción subjetiva de soledad, apoyo familiar y apoyo social y dos factores: intimidad con otros y la sociabilidad. Tiene un total de 10 preguntas que puntúan entre 10 y 4 puntos obteniendo una puntuación mínima de 10 y máxima de 40, dentro de este instrumento los autores no establecieron puntos de corte. Pero puntuaciones menores a 20 indican un mayor grado de soledad (Velarde-Mayol et al., 2016).

Con relación a la fiabilidad del instrumento se obtuvo un valor alto de 0,95 de alfa de Cronbach al igual que la fiabilidad de cada ítem fueron elevados (Velarde-Mayol et al., 2016). La validez discriminante permitió identificar diferencias significativas entre los grupos de control, en sexo (mujeres: 76% vs. 80%  $p = 0,7$ ), como en edad (69,3 años,  $\sim$  DE = 16,5, vs. 68,4, DE = 16,7;  $p = 0,6$ ) (Velarde-Mayol et al., 2016).

Según los resultados obtenidos en la Escala de Soledad UCLA, la paciente presenta un grado medio bajo de soledad, por lo que el individuo percibe no mantenerse solo ni presentar sentimientos asociados que generen malestar.

### **1.3 Proceso diagnóstico**

El proceso diagnóstico parte sobre un cuadro clínico el cual consta de un padecimiento de un conjunto de síntomas o signos que se presentan a partir de la enfermedad, una

patología y el contexto sobre el cual la paciente se encuentra puede ser: social, económico, psicológico (Capurro y Rada, 2007).

Para realizar el proceso diagnóstico se utilizó el Manual Diagnóstico CIE10 (OMS, 1992). Con el cual se pudo establecer los siguientes diagnósticos.

### **1.3.1 Diagnóstico presuntivo**

Inicia con el planteamiento de hipótesis diagnósticas a partir de estas y de forma posterior se elabora distintos diagnósticos presuntivos que pueden llegar a descartarse con otras posibles opciones hasta llegar a un definitivo (Mongiat, 2016).

Según los datos recogidos y las evaluaciones realizadas durante el proceso se pudo identificar los siguientes diagnósticos presuntivos:

- Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja.
- Z63.5 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio.
- F34.1 Distimia

### **1.3.2 Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial permite identificar alguna condición de salud- enfermedad a través de la exclusión de otras causas que puede presentar el paciente y asemejarse con su padecimiento actual (Morales, 2015).

Debido a las características del caso se propone un diagnóstico diferencial entre: distimia, problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio y problemas en la relación entre esposos o pareja.

**F34.1 Distimia.** La paciente no cumple con los criterios: A. Presencia de un período de al menos dos años de humor depresivo constante. B. Ninguno o muy pocos de los episodios de depresión en el periodo de dos años fue demasiado severo o prolongado. C. Presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas: 1) Disminución de la energía o de la actividad. 2) Insomnio. 3) Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad. 4) Dificultad para concentrarse. 5) Llanto fácil. 6) Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras. 7) Sentimientos de desesperación o desesperanza. 8) Percepción de incapacidad para afrontar las responsabilidades rutinarias

de la vida diaria. 9) Pesimismo sobre el futuro. 10) Aislamiento social. 11) Disminución de la locuacidad (OMS, 2008). La paciente únicamente manifiesta tener aumento de apetito y no refiere tener ningún otro síntoma, con respecto al criterio A y B el tiempo de duración y la intensidad en la que se presenta tampoco se lleva a cabo, por lo cual se descarta el cuadro clínico.

### **Z63.5 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio.**

Se descarta debido a que la paciente refiere que hace un año y medio hubo una separación cuando ella vino a Ecuador y su esposo se quedó en Venezuela. Además, menciona varias veces durante el proceso psicoterapéutico querer separarse de su esposo, por los conflictos que presentan lo cual considera que está siendo difícil sobrellevar la relación; sin embargo, en la actualidad mantienen su matrimonio y convivencia.

**Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja.** Este código es el que cumple con mayores características debido a que la paciente manifiesta malestar debido a problemas en la comunicación con su actual esposo.

### **1.3.3 Diagnóstico final/definitivo**

Se acoge como diagnóstico definitivo “Problemas en la relación entre esposos o pareja” con el código Z63.0, debido a que durante las primeras entrevistas la paciente expresa tener dificultades en su relación de pareja, manifiesta haber sido víctima de violencia por su esposo años atrás.

En la actualidad presenta sentimientos hostiles hacia su esposo por una infidelidad presentada anteriormente, lo que ha generado problemas en la convivencia debido a la falta de comunicación, evitación de las problemáticas, además de dificultades económicas.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

##### 2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

###### Objetivo General:

Contener emocionalmente a la paciente frente a las dificultades presentadas en su matrimonio y promover la toma de decisiones.

###### Objetivos Específicos:

- Trabajar sentimientos de culpa y desesperanza.
- Fortalecer la autoestima.
- Identificar y trabajar la consecución de metas en la paciente.
- Identificar las prioridades de la paciente, gestionar y planificar el uso de su tiempo.
- Modificar la percepción de soledad.
- Trabajar la toma de decisiones.
- Trabajar en los conflictos emocionales de la paciente.
- Trabajar en conflictos no resueltos con la pareja.
- Trabajar en resolución de problemas.

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

**TABLA 1.**

*Plan terapéutico*

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
3	Trabajar sentimientos de culpa y desesperanza.	Relajación por visualización enfocada en el perdón.	Durante y después de la aplicación de la técnica se mostró con llanto fácil y sensibilidad. Se evidenció que la paciente presenta mayor afinidad con técnicas conductuales.

4	<p>-Fortalecer la autoestima.</p> <p>-Modificar la percepción de soledad.</p>	<p>la -Técnica del espejo.</p> <p>-Cuento sobre la soledad.</p> <p>de</p>	<p>-Se envió como tarea intersesión TIS realizar la técnica del espejo.</p> <p>-La paciente durante la aplicación del cuento se mostró identificada con el personaje principal.</p>
5	<p>Identificar y trabajar la consecución de metas en la paciente.</p>	<p>SMART.</p>	<p>Se envió como tarea TIS identificar las ventajas y desventajas de que su esposo regrese a Venezuela y posibles soluciones.</p>
6	<p>Identificar las prioridades de la paciente, gestionar y planificar el uso de su tiempo</p>	<p>Técnica de establecimiento de prioridades.</p>	<p>Se observó que la paciente enfocaba la mayor parte de su tiempo en trabajar.</p> <p>Menciona que ha descuidado su imagen personal debido a que le dedica 1 hora del día a esta actividad.</p>
7	<p>-Trabajar la toma de decisiones.</p> <p>-Trabajar en los conflictos emocionales de la paciente.</p>	<p>-Técnica de atención plena.</p> <p>-Técnica de solución de problemas de D`Zurilla y Goldfried.</p>	<p>La paciente muestra dificultades al plantear soluciones hacia su problema.</p>
8	<p>Trabajar en conflictos no resueltos con la pareja.</p>	<p>Silla vacía</p>	<p>-Al principio mostró cierta resistencia al hacer el ejercicio debido a que no existía una figura representativa en la silla que se encontraba vacía.</p> <p>-La paciente se mostró lábil emocionalmente durante la aplicación de la técnica.</p>
9	<p>Trabajar en resolución de problemas.</p>	<p>Técnica de resolución de problemas.</p>	<p>La paciente finalmente logró identificar su problema y además planteó soluciones que pretende poner en práctica.</p>

*Nota.* La tabla describe las actividades y técnicas desarrolladas en el proceso de intervención.

A continuación, se detalla las actividades y técnicas empleadas en el proceso de intervención psicoterapéutica:

### **Sesión 3**

En la presente sesión se aplicó una técnica de relajación por visualización enfocada en el perdón, la cual permite que a través de la imaginación de aspectos positivos se alcance un estado de relajación y consigo emociones más positivas erradicando o minorizando al mismo tiempo pensamientos o emociones negativas que pueden estar siendo presentadas en el momento actual (Pérez et al., 2017).

Se aplicó esta técnica debido a que la paciente no podía expresar cuál era la causa en sí de su malestar, ya que lo había guardado por muchos años, sin embargo, presentaba sentimientos de tristeza, desesperanza, culpa e ira. Se empezó explicando a la paciente en que consiste la técnica y en que le iba a ayudar, se le pidió que cierre los ojos se sienta cómoda, que siga su respiración con el acompañamiento de sonidos relajantes. Se le pidió que se situé en un lugar real o irreal que le provoque tranquilidad y a partir de ahí conectar con cada uno de sus sentidos tratando de exteriorizar estas acciones en el momento actual consiguiendo así un estado de relajación.

Cabe destacar que durante todo el proceso se enfocó en ser conscientes de la respiración; además de ello, se logró combinar la técnica y enfocarla en el perdón tanto a sí mismo como hacia otras personas que pudieron causarle daño y que probablemente sea la causa de que actualmente presente emociones de culpa, rabia, frustración entre otras permitiendo sentir las para posteriormente afrontarlas de una forma eficaz (Soberanes, 2016).

En este apartado se pudo evidenciar llanto fácil y contención emocional, sin embargo, la paciente manifestó haberle sido de gran ayuda esta técnica debido a que se identificó que era una de las causas de su malestar y además expreso que aún le falta por sacar sentimientos que tiene muy guardados.

### **Sesión 5**

Se aplicó la técnica del espejo que fue enfocada en la autoestima, esta técnica permitirá que la persona pueda contemplarse a sí mismo frente al espejo reconociendo aspectos sobre el autoconcepto y autonomía, obteniendo a la vez información relevante sobre su nivel de autoestima y aceptación (Arroba et al., 2014).

Se abordó esta técnica con el objetivo de que la paciente regrese la mirada y su atención hacia ella misma debido a que por situaciones personales, económicas, laborales, la paciente manifiesta haberse descuidado de sí misma y de aspectos importantes en su vida como: su familia, tiempo para sí misma, tiempo para realizar actividades de ocio.

Se realizó a través de 7 preguntas sobre su propia concepción de autoestima, en donde la paciente debía dar respuesta frente al espejo y el terapeuta y coterapeuta observar si alguna de ellas se le dificultaba responder y la forma en como lo hacía, por lo que se evidenció que la paciente dio respuestas muy positivas; sin embargo, estas expresiones pudieron haber sido facticias debido a que se encontraba en un lugar controlado.

Durante la misma sesión se narró un cuento "El árbol y la luna" como herramienta terapéutica con el objetivo que la paciente se identifique con el personaje principal y le permita reconocer aspectos positivos de la soledad, efectivamente se cumplió con el objetivo de la actividad la paciente logró reconocer que la situación de ella con la del cuento era muy similar e identificó lo que hizo el personaje del cuento para sobrellevar el evento.

Durante la misma, expresó haberle gustado realizar estas actividades y además menciono que, de forma inconsciente, sin saber de la existencia de la técnica del espejo, ella realizaba actividades similares frente al espejo con el objetivo de subir su autoestima como decirse frases positivas cuando tiene un mal día.

## **Sesión 6**

Se aplicó la técnica SMART, la cual hace referencia a un acrónimo de esta palabra, en donde cada letra tiene un significado, conociendo de forma específica la meta que la paciente tiene y de esta forma lograrla de manera efectiva (Fische et al., 2018).

Con el objetivo de identificar y trabajar la consecución de las metas mencionadas en sesiones anteriores por parte de la paciente se consideró la aplicación de esta técnica. Se empezó hablando sobre las metas que la paciente había mencionado en sesiones previas, se le hizo elegir una de ellas la cual fue “encontrar un trabajo con respecto a la carrera que había estudiado”.

La técnica se llevó a cabo, iniciando con la letra S que significa (específico) en donde la paciente aparte de identificar la meta que se ha propuesta debía ir la sintetizando en algo más específico, en este caso fue “trabajar en un centro educativo”. Luego en la letra M (medible) se le preguntó cómo o cuando se va a dar cuenta que esa meta se ha conseguido a lo que contestó “cuando me encuentre trabajando en ese lugar”. Siguiendo con la letra A (alcanzable) la paciente fijó si la meta planteada anteriormente es posible recordando si alguien ya sea cercano o no ha llegado a cumplir esa meta o alguna similar “una amiga si consiguió trabajar aquí en Ecuador en lo que se había especializado en Venezuela”. Con respecto a la letra R (relevante) se identificó si la meta para la paciente es realmente relevante para que de esta forma se pueda llegar a cumplir con mayor facilidad a lo que respondió “es muy importante para mí porque me sentiría feliz haciendo lo que me gusta” Finalmente, la letra T (temporal) en donde la paciente fijó un tiempo específico para el cumplimiento de la meta, ya sea un día o un mes exacto, la paciente decidió plantearla en 5 meses dando por culminado el último apartado.

Luego de la aplicación de la técnica se pudo evidenciar mayor entusiasmo en la paciente, debido a que había establecido ya una meta y mencionó que iba a trabajar para lograrla. Cabe mencionar que en el transcurso de las sesiones se preguntó sobre la misma a lo que la paciente dio respuestas positivas con respecto al cumplimiento de la meta, como que ya había conversado con la amiga para facilitarle el trabajo y que se reuniría de forma posterior.

## **Sesión 7**

Se llevó a cabo la técnica de establecimiento de prioridades con el objetivo que la paciente identifique en que actividades de su vida diaria está ocupando la mayor parte de su tiempo y si resulta saludable que mantenga esos patrones.

Luego de explicar la metodología de la técnica, la paciente procedió a realizar sus diagramas en donde en cada uno de ellos la paciente planteó actividades que realiza en un día normal (24 horas) y las clasificó según la actividad que realiza identificando el tiempo que se demora en hacerlo y proporcionándole según al tiempo el tamaño de la circunferencia, hasta contabilizar en total las 24 horas que tiene el día.

Después se realizó un análisis en conjunto de los diagramas realizados por la paciente, en donde pudo identificar que dedicaba de las 24 horas del día, solo 1 de ellas para su cuidado y que la mayor parte del tiempo, es decir 12 horas destinaba al trabajo ya sea en tareas del hogar o preparando los insumos de comida para vender en horas de la noche.

Luego de ello, procedió a identificar posibles cambios que desee hacer para de forma posterior volver a realizar un nuevo diagrama, el cual se ajuste con las necesidades y requerimientos del paciente, en donde la paciente en el segundo diagrama planteó 3 horas del día para su autocuidado, en el que incluía hacer ejercicio, meditar, arreglarse. Por otro lado, agrego 1 hora de su día en realizar alguna actividad con sus hijos, para fortalecer sus redes de apoyo.

Finalmente, propuso acciones que debe modificar ya sea aumentado, disminuyendo o creando nuevos espacios para que de esta forma pueda llegar a cumplir con el nuevo diagrama planteado, donde planteó reducir horas del trabajo en casa para de esta forma dedicarse tiempo para sí misma y para sus hijos.

## **Sesión 8**

Se aplicó una técnica de atención plena y resolución de conflictos. La atención plena se encuentra ligada al mindfulness, donde su objetivo es calmar la mente para poder observar con claridad debido a que nuestra mente puede llegar a errar varias veces, más aún cuando se encuentra alterada, es decir, tratará de pensar de una forma más consciente (Moñivas et al., 2012).

Se utilizó esta técnica con la finalidad de que la paciente encuentre por sí misma una solución a sus conflictos en un estado de calma para que así tome decisiones más conscientes y pueda encontrar una respuesta a su situación.

En el desarrollo de la técnica inicialmente se preparó a la paciente para que se encuentre en un estado atención plena utilizando sus 5 sentidos, en donde iba nombrando 5 elementos que podía observar, 4 elementos que podía oír, 3 elementos que podía sentir con su tacto, 2 elementos que podía oler para lo cual se ocupó jabón y alcohol. Finalmente, la paciente tuvo que saborear 1 elemento en este caso fue un chicle, describiendo su sabor, textura, densidad, entre otras. Todo esto se realizó con la finalidad de que la paciente no se encuentre inmersa en el problema sino en el presente.

Luego de ello, se aplicó la técnica de resolución de conflictos, donde la paciente comenzó a identificar el problema principal que estaba presentando, para posteriormente, hacer una lluvia de ideas con posibles soluciones planteadas por ella misma y así finalmente llegar a seleccionar la opción más acertada, evaluando las ventajas y desventajas de cada solución planteada, lo que le permitió a la paciente tomar decisiones con un sustento.

Cabe mencionar que la paciente mostró cierta dificultad al momento de plantear posibles soluciones a pesar de haber aplicado la técnica de atención plena utilizando los cinco sentidos.

### **Sesión 9**

Se aplicó la técnica de la silla vacía, la cual se basa en poner de forma literal una silla vacía frente a la paciente, donde va a imaginar a la figura con la que por cualquier motivo no haya podido expresar sus pensamientos y sentimientos (Alegre, 2011).

Se escogió esta técnica debido a que se pudo observar y analizar que la paciente presentaba sentimientos y pensamientos guardados por muchos años; además, de una necesidad de afrontar a la figura temida que vendría a ser el esposo, por medio de una conversación en donde va a tener la oportunidad de expresarse con libertad y sacar a flote todos los sentimientos y pensamientos interiorizados.

Se inició explicando cómo se iba a desarrollar la técnica y el fin que esta tenía; la paciente, en este momento expresó una resistencia de no poder hacer el ejercicio debido a que no podía imaginar a una persona en la silla que se encontraba vacía, por lo cual solicitó que se situara la coterapeuta en la silla simulando la presencia de la persona.

Al iniciar se le pidió a la paciente que cierre sus ojos e imagine a la persona con la cual deseaba entablar la conversación, luego se le solicitó describir el aspecto físico de la otra persona y posteriormente, el suceso que le está causando molestar y que emociones está sintiendo en ese momento.

Donde la paciente identificó como a la figura que se encontraba en la silla a su esposo, lo describió físicamente y relató la causa de su malestar, la cual fue las infidelidades que se han manifestado durante su relación.

A medida que la paciente fue entrando en conversación consigo misma y pasó a ocupar el lugar del esposo en la silla vacía que se encontraba frente, la paciente mostró sus sentimientos e intento simular cual sería la respuesta de su esposo ante lo expresado anteriormente por ella, se intentó que la paciente se muestre de forma pura, sin ningún prejuicio para una mejor ejecución de la técnica.

Luego se procedió hacer un intercambio continuo de sillas, donde la paciente jugaba el rol de ella misma y de la figura del esposo a modo de conversación, mostrando diversas emociones y reacciones de ira y tristeza por los acontecimientos realizados por el esposo: el tener dos hijos fuera de matrimonio y en si todas las infidelidades que se han presentado desde el noviazgo y que han permanecido en el matrimonio.

Finalmente, se produjo el cierre de la técnica donde la paciente manifestó haberle sido de gran ayuda este ejercicio “me quite la mochila invisible que estaba cargando por mucho tiempo”.

### **Sesión 10**

Se aplicó la técnica de resolución de conflictos, la cual consistió en el establecimiento de 5 pasos a seguir para llegar finalmente a una solución del conflicto que en ese momento la paciente estaba presentando.

Esta técnica se eligió debido a que la paciente presenta dificultad al plantear soluciones para que pueda a la vez anticipar los resultados al conocer las ventajas y desventajas, lo que le permitirá comparar y escoger de esta forma la solución más adecuada.

Se pudo evidenciar la utilidad de esta técnica para la paciente debido a que ponía de manifiesto todos los aspectos del problema y así llegó a identificar de manera más rápida a comparación con sesiones anteriores, la solución que iba a emplear.

El primer paso fue la orientación hacia el problema; es decir, como la paciente afronta una situación que le genere malestar. En el segundo paso se definió y formuló el problema específico de la paciente que en ese momento le estaba generando malestar. Luego de ello, en el tercer paso, la paciente generó alternativas o soluciones hacia el problema. El cuarto paso fue imprescindible en donde la paciente tomó una decisión definitiva sobre cuál de las alternativas mencionadas anteriormente va a hacer uso, según las ventajas y desventajas que cada una presente y así escoger la más acertada por la paciente. El quinto y último paso hace referencia a la verificación de la solución que se eligió previamente, para que de esta forma se lleve de manera más organizada y se cumpla de forma satisfactoria (González, 2002).

## Capítulo tres

### Resultados

Con respecto a las evaluaciones realizadas dentro del proceso terapéutico tanto de forma inicial y posterior, se llevó a cabo la aplicación de cinco instrumentos psicológicos, en el siguiente orden: Escala de Resiliencia (CD-RISC), Test de Frases Incompletas de Sacks, Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y Escala de Soledad UCLA.

#### Tabla 2.

##### Resultados Cuantitativos

Instrumento	Resultados		Observaciones
	Fase inicial	Fase final	
Escala de Resiliencia (CD-RISC)	89 puntos: alta resiliencia	89 puntos: alta resiliencia	La paciente presenta un nivel de alta resiliencia y de forma posterior al tratamiento este nivel se mantuvo.
Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)	6 puntos: depresión leve	4 puntos: depresión mínima	El nivel de depresión bajo.
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet	58 puntos: ligero a fuerte apoyo social	61 puntos: fuerte apoyo social	Se evidenció que obtuvo un incremento en el área de familia.
Escala de Soledad (UCLA)	47 puntos	33 puntos	Correspondiendo un mayor puntaje con un mayor nivel de soledad, en donde existe una disminución en la problemática.

*Nota.* La tabla presenta los resultados obtenidos por la paciente en la fase inicial y en la fase final.

Además de ello, se permitió la obtención de resultados cualitativos lo que permitió identificar y comparar los cambios logrados con respecto a la sintomatología que presenta al inicio del proceso terapéutico y de forma posterior.

#### Tabla 3

*Comparación cualitativa de resultados*

<b>Resultados cualitativos en función a los objetivos planteados</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Fase inicial</b>	<b>Fase final</b>
Reducir sus sentimientos de culpa y desesperanza.	No expresaba que tenía algún malestar, negaba tener problemas.	Tranquilidad y calma al hablar de sus problemas.
Fortalecimiento de autoestima.	No dedicaba mucho tiempo para su cuidado, se enfocaba la mayor parte en trabajar.	Refleja una mejor autoestima y autoconcepto al comprarse objetos que necesita para su cuidado y darle prioridad a esta área.
Identificar y trabajar la consecución de metas de la paciente.	Se muestra desorientada al tener muchas metas lo que le dificulta cumplir de forma satisfactoria todas ellas.	Se enfocó en la meta que mayor anhelo tenía por cumplir y trabajo constantemente para el cumplimiento de esta.
Identificar prioridades, gestionar y planificar el uso de su tiempo.	Se evidencia un exceso de trabajo lo que le dificultada realizar otro tipo de actividades.	Se muestra capaz de organizar su tiempo, tomando en cuenta sus prioridades personales y dando atención a áreas descuidadas como la familia.
Modificar la percepción de soledad.	Muestra una posición negativa al tener que imaginarse sola sin la presencia y ayuda de sus hijos y esposos.	Refiere poder mantenerse sola sin su esposo o hijos, si le llegan a faltar, confía en sus capacidades para lograr lo que se proponga.
Trabajar en resolución de problemas y toma de decisiones.	Evita pensar en el problema y qué hacer con él, llevándolo a no darle una solución eficaz solo manteniéndolo en el tiempo.	Capaz de manifestar sus problemas, busca soluciones considerando aspectos positivos o negativos. Además, se enfrenta hacia su esposo cuando no está de acuerdo con algo.
Trabajar en los conflictos no resueltos con la pareja.	Mantiene guardados en su interior sentimientos hacia su esposo por las infidelidades.	Es capaz de hacer frente hacia su esposo y hablar sobre lo que le está causando malestar.

	presentadas, sin expresarle su malestar.	
Trabajar en los conflictos emocionales de la paciente.	Los sentimientos de ira, tristeza, culpa se presenta al momento de hablar sobre la problemática de pareja.	Se evidencia una disminución de estos sentimientos y además una aceptación de la problemática.

*Nota.* La tabla presenta los resultados obtenidos por la paciente en la fase inicial y en la fase final.

Con respecto a los resultados cualitativos y en función a los objetivos planteados se puede evidenciar que la paciente redujo sus sentimientos de culpa y desesperanza y se evidencia por su tranquilidad y calma al hablar de sus problemas. Con respecto al objetivo de fortalecimiento de autoestima se evidenció cambios positivos, presentando aspectos físicos como “plancharse el cabello, maquillarse, comprarse nuevos lentes, zapatos” que realizaba con el pasar de las sesiones mostrando una mejor autoestima y autoconcepto.

Los resultados obtenidos acerca del objetivo de identificar y trabajar la consecución de metas de la paciente fueron evidenciados sesión a sesión, donde la paciente se manifestaba emocionada por sus avances obtenidos que estaban encaminados al cumplimiento de su meta propuesta en la técnica SMART.

Con relación al objetivo de identificar prioridades, gestionar y planificar el uso de su tiempo, se evidenció el avance del mismo, cuando la paciente refirió “He mejorado la relación con las personas con las que convivo, puedo contarle mis problemas y escuchar un consejo” por lo que se puede apreciar un cambio de patrones de conducta, fortaleciendo así sus redes de apoyo. La paciente refleja mayor seguridad al hablar sobre sus problemas personales y familiares frente al terapeuta y coterapeuta, sobre todo, manifiesta que ha formado lazos seguros con las personas con las que convive y se permite expresar sus pensamientos y emociones que le generan malestar con mayor seguridad, sin miedo a una reprobación por parte de ellos o sentirse como una carga.

Haciendo referencia a la percepción de soledad la paciente evidencia cambios positivos significativos, debido a que menciona “yo puedo mantenerme y seguir adelante si me quedo sola a la final yo soy la que trabajo y hago casi todo en el emprendimiento”; mientras que, durante las primeras entrevistas mostraba una posición negativa al tener que imaginarse

sola sin la presencia y ayuda de sus hijos y esposos, además, consideraba como una limitante importante la situación de migrante por la escases de recursos económicos.

Con respecto a los objetivos de trabajar en resolución de problemas y posteriormente llevar a cabo la toma de decisiones puede ser evidenciado cuando la paciente se muestra capaz de manifestar sus problemas, pero a la vez trata de buscar soluciones eficaces considerando los aspectos positivos o negativos que estas puedan traer consigo.

Con relación al objetivo de trabajar en los conflictos no resueltos con la pareja, la paciente refiere “al fin tuve la oportunidad de sacar lo que tenía guardado por años y decir las cosas que me molestan de mi esposo”, cabe mencionar que además se trabajó con el perdón para poder abordar los sentimientos de culpa presentados.

Finalmente, con respecto al objetivo de trabajar en los conflictos emocionales que puede presentar la paciente, se puede evidenciar la disminución de sus emociones de tristeza, ira, culpa al momento de hablar sobre la problemática de pareja.

## **Discusión**

Este estudio de caso hace referencia a la presencia de problemas de pareja entre esposos. Cabe mencionar que la paciente migró hace 2 años desde Venezuela a Ecuador y durante toda su relación ha vivenciado actos de violencia e infidelidad por parte de su esposo lo que ha ocasionado un malestar significativo en la vida de la paciente.

Es importante, indicar, según las características de la paciente lo mencionado por García (2013), las mujeres migrantes que recién arriban a su país de llegada presentan dificultades en el área de la comunicación, impidiendo un pleno desarrollo en su nuevo lugar de residencia, lo que además las posiciona en una situación de vulnerabilidad ante situaciones de violencia.

Otra de las problemáticas presentes en el caso es la violencia referida por la paciente que recibe de su esposo, en este sentido se debe indicar que toda acción de violencia con

respecto al género puede provocar daños de tipo físico, psicológico e incluso de tipo sexual; Incluyendo amenazas, coerción o privación de la libertad (Correa, 2018).

Estas problemáticas se asemejan con el caso particular presentado, en donde la paciente tiene condición de migrante y además ha sido víctima de violencia verbal, física y psicológica por parte de su esposo. Además, se evidencia presencia de miedo al hacer frente hacia su agresor, por lo que evita hablar con esta persona, dando como resultado final que ambas partes presenten problemas al momento de comunicar y esto a su vez produzca conflictos conyugales.

Dentro de este caso de estudio, se debe mencionar la presencia constante del factor de infidelidad por parte del esposo a lo largo de toda la relación, quien, al preguntarle sobre la situación, la paciente refiere que evita, oculta o grita; lo cual, considera que ocasiona mayores problemas en la relación de pareja.

Esto coincide con lo mencionado por autores como Barona (2018), el cual realiza un estudio sobre los problemas dentro del matrimonio por infidelidad, en donde se le atribuye como causa principal a la dificultad existente al comunicar dentro de la relación de pareja debido a que una o ambas de las partes utiliza tipos disfuncionales de comunicación como: reproche, crítica, agresiones dando lugar a una posible búsqueda de un tercero para satisfacer necesidades, produciéndose una infidelidad (Barona, 2018).

En función de esta problemática se evaluó áreas funcionales, la salud general del paciente por lo cual se utilizó el instrumento PHQ-9, en donde la paciente obtuvo un puntaje de 6 puntos, que significa que presenta una depresión leve. En estudios similares de Tueros y Remigio (2021) muestra ser un instrumento que a pesar de ser corto, es válido y confiable debido a que en los resultados evidenciados en su estudio realizado obtuvo buenas propiedades psicométricas.

Con respecto a la resiliencia se utilizó la escala CD-RISC, en donde la paciente obtuvo 89 puntos: alta resiliencia; al igual, que en el estudio realizado por Santillán (2019) a 125 inmigrantes de nacionalidad venezolana donde se muestra que más de la mitad presentan un nivel alto de resiliencia.

Para la evaluación del apoyo social percibido se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, donde la paciente obtuvo un puntaje de 58 puntos: de ligero a fuerte apoyo social evidenciando la dimensión “una persona significativa” como la más afectada. Mientras que, por otro lado, en un estudio similar realizado a personas sin hogar y migrantes extranjeros evidencian que el apoyo familiar es el más afectado (Rodríguez, 2020).

Y finalmente, para evaluar los niveles de soledad se utilizó la escala UCLA en donde la paciente obtuvo 47 puntos categorizando este puntaje como medio alto; sin embargo, en estudios realizados a personas mayores, con el objetivo de conocer los factores desencadenantes del sentimiento de soledad, se aplicó esta misma escala donde se evidenció que fue de gran utilidad debido a sus buenas propiedades psicométricas y además, se menciona que los hombres muestran un mayor nivel de soledad en comparación con las mujeres, viéndose afectadas las áreas social y familiar (Doblas, 2020).

Luego del proceso de evaluación, se determina el diagnóstico relacionado con los códigos Z con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares, dando como resultado final el código Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja.

Es por ello que el objetivo general del trabajo terapéutico desarrollado fue contener emocionalmente a la paciente frente a las dificultades presentadas en su matrimonio y promover la toma de decisiones; para lo cual, el modelo de intervención usado en el presente caso clínico abarcó técnicas cognitivo conductuales y gestálticas, tales como: técnicas narrativas, de resolución de problemas, de relajación y silla vacía; lo cual coincide con estudios de Saavedra y Silva (2021) quienes mencionan que el enfoque cognitivo conductual y sus técnicas van enmarcados en mejorar habilidades comunicativas de la persona y la solución de problemas con el objetivo de identificar y cambiar pensamientos irracionales o erróneos.

Así mismo, este abordaje es semejante al estudio de Osollo (2018) donde se manejó reestructuración cognitiva utilizando la técnica de silla vacía, con la finalidad de superar resentimientos o enojos no resueltos hacia la pareja, lo que dio como consecuencia final en esta investigación. Los resultados tienen similitud en este estudio de caso, dado que, la

paciente a través de aplicar la técnica de silla vacía evidenció un desahogo emocional y como lo manifestó la paciente “dejé de cargar la mochila invisible que tenía en mi espalda” dando resultados positivos dentro del proceso psicoterapéutico.

De igual manera, Osollo y Rodríguez (2018) menciona que el uso de cuentos y metáforas es favorable para que el paciente note a través de un personaje ficticio las distintas actitudes o formas de pensar que puede estar presentando en ese momento; de igual manera, brindar una distinta perspectiva del problema y formas diferentes de solucionarlo.

Es por ello que con el objetivo de abordar la percepción de soledad se trabajó con técnicas narrativas, con ayuda de un cuento como herramienta terapéutica, para que la paciente consiga obtener una imagen diferente sobre la soledad, ya que presentaba un miedo significativo a quedarse sola. Luego de la intervención se evidencia cambios positivos en su autoestima, mejoras en la percepción de soledad, establecimiento de prioridades y fortalecimiento de redes de apoyo.

Del mismo modo, en un estudio de Habigzang et al. (2019) evidenciaron cambios positivos y favorable con el uso de la técnica de resolución de problemas, donde al finalizar el programa los participantes se sintieron con mayor capacidad para tomar decisiones y pensar en posibles soluciones. Es por ello, que se hizo uso de esta técnica para la resolución de problemas y toma de decisiones. Además, la paciente durante la intervención aprendió técnicas de resolución de conflictos, relajación, atención plena; lo cual, ayudó significativamente a atravesar esta problemática de mejor manera, evitando así daños mayores en la paciente.

Este estudio de caso no estuvo exento de limitaciones, dentro de las cuales se puede evidenciar el poco o nulo involucramiento del esposo dentro del proceso terapéutico, al referimos a un problema de pareja, aun cuando la paciente mencionó haber invitado a su esposo a terapia por varias ocasiones. Además, se considera como otra limitante, la falta de tiempo por cuestiones laborales de la paciente, lo cual afectaba al desarrollo de las tareas enviadas en el proceso; sin embargo, se llevaron a cabo durante la sesión con la finalidad que no se pierda el contenido de valor de las mismas. La pandemia y un rebrote en la ciudad

obligó a acoger las restricciones impuestas por el COE cantonal, esto condujo a que las sesiones se den de forma virtual, lo cual se convirtió en otra limitante debido a los problemas de conectividad y la falta de privacidad que tenía la paciente en casa.

## Conclusiones

Se concluye que la migración es un tema de interés social, debido al grande desplazamiento de personas que se ha dado durante los últimos años; lo cual, acarrea un sin número de dificultades en las familias, generando un aumento de conflictos que alteran la convivencia y la estabilidad biopsicosocial de la persona; tal como, se evidenció en el presente caso, determinándose luego del proceso de evaluación un diagnóstico de (Z63.0) Problemas en la relación entre esposos o pareja.

Se comprueba que la elección adecuada de instrumentos, como fueron: Escala de Resiliencia de Connor y Davidson CD-RISC, Test de Frases Incompletas de Sacks, Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y Escala de Soledad UCLA, permitieron identificar que el área de relación de pareja estaba afectada; a pesar, de que el discurso verbal de la paciente no expresaba ningún malestar inicialmente; por lo cual, se concluye, que los instrumentos utilizados son válidos y efectivos para establecer un diagnóstico Z y descartar otro tipo de patología grave.

La integración de los modelos terapéuticos con enfoque cognitivo conductual y terapia Gestalt generaron cambios altamente positivos en la paciente, debido a que se abordó la problemática, respecto a los problemas de relación de pareja y todo lo que conlleva, como: afectaciones en la autoestima, percepción de soledad, incapacidad de expresar sentimientos y emociones, entre otras; de una forma específica, a través de la elaboración de un plan de intervención ajustado a las necesidades de la paciente, para lo cual se utilizaron diversas técnicas, cumpliéndose con los objetivos previamente establecidos.

## Recomendaciones

Con respecto al diagnóstico cualquiera que sea el caso, es importante tomar en consideración los códigos Z relacionados con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares, al momento de descartar cualquier tipo de patología.

Se recomienda con respecto a la evaluación de los instrumentos, la forma de auto aplicación resultó favorable en este estudio; sin embargo, es importante reconocer con qué tipo de aplicación se siente cómodo el paciente para que sea una evaluación satisfactoria y no se distorsionen los puntajes.

Se considera importante volver a evaluar al paciente luego del proceso terapéutico, con el objetivo de contrastar resultados de forma cuantitativa; lo cual, permitirá que tanto el paciente como el terapeuta visualice datos y pueda identificar el cambio terapéutico logrado a través de la intervención psicológica.

En cuanto a recomendaciones generales sería de gran importancia adaptar un espacio que brinde atención psicológica para trabajar con personas migrantes.

## Referencias

- Alegre, R. (2011). *Técnica de la Silla Vacía Related papers*.
- Arroba, M., Mera, A., & Ortiz, Y. (2014). Acompañamiento psicológico para favorecer la reinserción familiar de las niñas de la casa hogar Mercedes de Jesús Molina, en sus respectivos hogares, en el período de agosto a noviembre del 2021. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*.
- Barona, M. (2018). “La infidelidad y los problemas conyugales en las estudiantes casadas de la facultad de jurisprudencia y ciencias sociales de la universidad técnica de Ambato de la provincia de Tungurahua.” [Repositorio Institucional de La Universidad Técnica de Ambato].  
Repositorio Institucional  
<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/12640>
- Capurro, D., y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 534–538. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872007000400018>
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., Paez, A., Cabanzo-Arenas, D. F., Ribero-Marulanda, S., y Llanes-Amaya, E. R. (25 de enero de 2020). Validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adult primary care users in Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
- Castillo, A. y Altamirano, L. (2019). *Relación entre la soledad, la autoestima y la violencia de pareja en jóvenes y adultos del Distrito de San Juan De Lurigancho, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Archivo digital. <https://bit.ly/3ckrKOS>
- Correa, M. C. (8 de marzo de 2018). La violencia contra las mujeres en la legislación penal colombiana. *Nuevo Foro Penal*, 14(90), 11–53. <https://doi.org/10.17230/nfp.14.90.1>
- Doblas, M. (2020). *Factores desencadenantes del sentimiento de soledad en la población envejecida*. [Tesis de pregrado, Universidad de León]. Repositorio Institucional Abierto. <https://bit.ly/3ObOfm3>
- Fische, R., Ferreira, M., Fernandez, M., y Tassara, F. (2018). Modelo SMART de gestión por

- objetivos en la Universidad: el caso de la Universidad de Flores. [ Relato de un caso, UFLO Argentina]. Repositorio Institucional UFSC. <https://bit.ly/3PxMhxv>
- García-León, M. Á., González-Gómez, A., Robles-Ortega, H., Padilla, J. L., & Peralta-Ramírez, M. I. (enero de 2019). Psychometric properties of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC) in the Spanish population. *Anales de Psicología*, 35(1), 33–40. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.31411>
- García, L. (2013). *Violencia De Género Y Mujeres Inmigrantes*. [Tesis doctoral, Universidad Pompeu Fabra]. Repositorio upf. <https://bit.ly/3IHxsX6>
- Pérez, P., Abeledo, A., y García, M. (2017). Uso de la relajación-visualización en la claustrofobia previa al tratamiento irradiante. *Medicentro (Villa Clara)*, 21(2), 165–168. <https://bit.ly/3Ryq7Ns>
- González, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516–522. <https://bit.ly/3AXIqpw>
- Habigzang, F., Gomes, M., y Zamagna, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249–264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Manzur, S. (febrero de 2016). *Afrontamiento de la pareja ante la infidelidad* [Tesis de pregrado, Universidad del Aconcagua Facultad de Psicología]. Repositorio Institucional de la Universidad del Aconcagua. <https://bit.ly/3o7Efj8>
- Mongiati, P. E. (2016). *Diagnosticar en psicoterapia*. [Trabajo final integrador]. <https://bit.ly/2HJGMMa>
- Moñivas, A., García-Diex, G., & García-de-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría [ Mindfulness: Concept and Theory ]. *Portularia*, 12(Addenda), 83–89. <https://doi.org/10.5218/prts.2012.0009>
- Morales, D. (2015). *El proceso del diagnostico diferencial (t.d.a.h.- depresion- trastorno bipolar)*. [Curso virtual interdisciplinario a distancia. salud mental, psicología y psicopatología del niño, adolescente y su familia. dir. prof. dr. Hector s. Basile]. <https://bit.ly/3PvTsX4>

- Grau-Valdés, Y., Oliva-Hernández, I., Rojas-Ricardo, L., Grau-Abalo, J. A., y Martínez-Rodríguez, L. (2020). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Personalidad Resistente (versión no laboral) en la población cubana. *Terapia Psicológica*, 38(2), 153-167. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200153>
- OMS. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (Vol. 3, Issue 1).
- Osollo, A., y Rodríguez, J. (marzo de 2017). Integración de modelo cognitivo-conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 20, (1), 2017. <https://bit.ly/3uU87n4>
- Oyarzún, D., y Iriarte, I. (2020). Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Adolescentes Chilenos. *Revista Liminales. Escritos Sobre Psicología y Sociedad*, 9(17), 39–58. <https://doi.org/10.54255/lim.vol9.num17.422>
- Ponce, F. P. (2015). Análisis exploratorio de modelos de ecuaciones estructurales sobre la escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en Chile y España. *Salud & Sociedad*, 6(3), 238–247. <https://doi.org/10.22199/s07187475.2015.0003.00004>
- Quezada, G. (2011). *La infidelidad y el impacto emocional en las mujeres: estudio realizado en el grupo de apoyo “aprendiendo a vivir”*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Carlos de Guatemala]. Repositorio USAC. <https://bit.ly/3AW24SD>
- Rodríguez, M. (2020). *Síntomas depresivos, autoestima y apoyo social percibido en personas sin hogar en función del tiempo en calle*. [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas. <https://bit.ly/3BcHaz9>
- Saavedra, H. H., y Silva, G. A. (2021). *Revisión Sistemática de Programas de Intervención de la Violencia en Relaciones de Parejas en Europa y Latinoamérica, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional Universidad César Vallejo. <https://bit.ly/3cgCxJM>
- Santillán, S. (2019). *Resiliencia y Estrategias de Afrontamiento en Inmigrantes Venezolanos*. [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital Universidad Central del Ecuador. <https://bit.ly/3c9gNPQ>

- Soberanes, H. (2016). *El proceso del perdón en la separación conyugal: una intervención fundamentada en el desarrollo humano* [Tesis de maestría, Instituto Tecnológico Y De Estudios]. Archivo Digital. <https://bit.ly/3o7wBW3>
- Fatelevich, M., y Tonin, S. (2021). Test de Frases Incompletas: origen, desarrollo y adaptaciones en diferentes ámbitos de evaluación psicológica. [Trabajo Libre, Universidad de Buenos Aires]. <https://bit.ly/3PuQkvb>
- Tueros, N., y Remigio, R. (2021). *Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) en Adultos Peruanos: Evidencias Psicométricas*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional Universidad César Vallejo. <https://bit.ly/3PC5Yoa>
- Valdez, J., Colín, B., Maya, M., Montes de Oca, Y., Gónzales, N., & Torres, M. (2013). Las Causas Que Llevan A La Infidelidad: Un Análisis Por Sexo. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1271–1279. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(13\)70966-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(13)70966-9)
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen*, 42(3), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Zárate, L. (2018). *Disfunción familiar como producto de infidelidad matrimonial*. [Tesis de pregrado, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio Digital UNEMI. <https://bit.ly/3zbyl1m>