



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicoterapéutica en caso clínico de una
paciente con problemas familiares en relación con los
padres**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Peñaloza Apolo, Nayeli Leonela

Director: Hurtado Armijos, Arianna Dennise

LOJA

2023



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-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>

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 15 de junio de 2023

Magister,

Gianella Lisseth Toro Sánchez

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 psicoterapéutica en caso clínico de una paciente con problemas familiares en relación con los padres, realizado por Nayeli Leonela Peñaloza Apolo, 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,

Directora: Mgtr. Arianna Denisse Hurtado Armijos

C.I.: 1104183643

Correo electrónico: adhurtado3@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Nayeli Leonela Peñaloza Apolo, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica en caso clínico de una paciente con problemas familiares en relación con los padres, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Marco teórico (Identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema, proceso de evaluación y proceso diagnóstico). Capítulo 2. Metodología (Tratamiento, objetivos terapéuticos y plan de intervención). Capítulo 3. Resultados (Discusión, conclusiones y recomendaciones), siendo Arianna Denisse Hurtado Armijos directora 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.

.....

Autora: Nayeli Leonela Peñaloza Apolo

C.I.: 1105890352

Correo electrónico: nlpenaloza@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico en primer lugar a Dios, quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para continuar adelante en mi etapa académica, a mis padres quienes todos los días han sido mi pilar y mi motivación para seguir adelante, quienes me han brindado aquellas palabras de apoyo y aliento, para continuar y no desistir, además, que siempre están presentes en todo momento de mi vida, y a mis hermanas, que con una sonrisa alegran mis días y de igual manera me han impulsado a seguir y no rendirme.

Esta etapa de mi vida ha sido muy satisfactoria, he conocido grandes personas, amigos, maestros, de quienes me llevo grandes conocimientos y momentos memorables que los guardo conmigo para siempre. Aunque muchas veces cometo errores o me equivoco, sé que estoy rodeada de las personas correctas quienes me ayudan a tomarlo como un aprendizaje y continuar siendo mejor cada día.

Agradecimiento

La elaboración de este trabajo de sistematización ha sido un proceso de aprendizaje y experiencia personal, con el cual adquirí nuevos conocimientos, lleno de retos, por esta razón agradezco de una manera muy especial a mi tutora Mgtr. Arianna Hurtado, por ayudarme, guiarme y brindarme el mejor apoyo durante todo el proceso. Asimismo, agradezco a mis padres y hermanas que sin su apoyo y motivación no hubiera podido lograr todo lo que tengo hasta ahora, a mis amigos, que siempre están presentes en todo momento y en especial a Dios por la vida y las bendiciones que recibo a diario. Gracias.

Índice de contenido

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido.....	VII
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	6
Marco teórico	6
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	6
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	7
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	7
1.2 Proceso de evaluación	9
1.3 Proceso diagnóstico.....	15
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	15
1.3.2 <i>Diagnóstico definitivo</i>	16
Capítulo 2	18
Metodología.....	18
2.1 Tratamiento/Intervención	18

2.1.1 <i>Objetivos terapéuticos</i>	18
2.1.2 <i>Plan de tratamiento/intervención</i>	18
Capítulo tres	39
Resultados	39
Discusión	42
Recomendaciones	47
Referencias	48

Índice de tablas

Tabla 1. Inventario de depresión de Beck	11
Tabla 2. Inventario de ansiedad de Beck.....	12
Tabla 3. Escala de autoestima de Rosenberg	13
Tabla 4. Cuestionario de Salamanca de Trastornos de la Personalidad.....	13
Tabla 5. Descripción de las sesiones terapéuticas	18

Índice de figuras

Figura 1. Genograma.....	6
Figura 2. Resultados del Inventario de depresión de Beck	39
Figura 3. Resultados del Inventario de ansiedad de Beck.....	40
Figura 4. Resultados del Cuestionario de autoestima de Rosenberg	40

Resumen

En el presente trabajo de sistematización, se describe la intervención psicoterapéutica en un caso clínico de una paciente con problemas familiares en relación con los padres. En primer lugar, se realizó el proceso de evaluación, mediante técnicas de observación, entrevista y aplicación de reactivos psicológicos como: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, Cuestionario de Personalidad de Salamanca y Test Proyectivo "Persona Bajo la Lluvia". Luego se elaboró un plan terapéutico, con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa, además de fomentar la comunicación en el núcleo familiar, donde se utilizaron técnicas del enfoque Cognitivo – Conductual ajustadas a las necesidades de la paciente, algunas de ellas fueron: resolución de conflictos, técnica ABCDE, parada de pensamiento, entrenamiento en asertividad, entre otras. Finalmente, los resultados obtenidos en el pre y post tratamiento fueron positivos, pues demuestran la efectividad del enfoque, debido a que se evidencia una disminución de la sintomatología ansiosa, adecuada resolución de problemas y mejoría en la dinámica y comunicación familiar.

Palabras clave: violencia, problemas familiares, denuncia

Abstract

This systematization work describes the psychotherapeutic intervention in a clinical case of a patient with family problems in relation to her parents. First, the evaluation process was carried out by means of observation and interview techniques and the application of psychological reagents such as: Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Rosenberg Self-Esteem Scale, Salamanca Personality Questionnaire and Projective Test "Person in the Rain". Then a therapeutic plan was elaborated, with the objective of reducing the anxious symptomatology, in addition to promoting communication in the family nucleus, where techniques of the Cognitive-Behavioral approach were used, adjusted to the patient's needs, some of them were: conflict resolution, ABCDE technique, thought stop, assertiveness training, among others. Finally, the results obtained in the pre and post treatment were positive, as they demonstrate the effectiveness of the approach, due to the fact that there is evidence of a decrease in anxious symptoms, adequate problem solving and improvement in family dynamics and communication.

Key words: violence, family problems, denunciation

Introducción

El maltrato físico, psicológico y sexual en la infancia es un problema de salud pública a nivel mundial, lo cual tiene consecuencias a futuro. Estudios han demostrado que personas que han tenido una infancia adversa, son propensos a desarrollar enfermedades físicas y psiquiátricas en la adultez (González, 2019).

Muchas de las veces el maltrato infantil, ocurren por parte de los progenitores como una manera de crianza y reprimendas, que en la mayoría de los casos se basa en castigos físicos y psicológicos, lo cual la sociedad ha llegado a normalizar; es así, que, adultos que pasaron por estos episodios en su niñez lo llegan a replicar con sus hijos, o también están propensos a sufrir de violencia en su vida matrimonial (Matángolo, 2019).

Según Flores (2020), la información que se existe sobre la violencia intrafamiliar es amplia, puesto que la Organización Mundial de la Salud ha determinado datos, los cuales señalan que una cuarta parte de la población adulta ha pasado por algún tipo de violencia en la infancia. Asimismo, otras organizaciones internacionales han demostrado que 1 de cada 3 mujeres han sufrido violencia en algún momento de su vida, incluso se ha llegado a prever que podría ser una de las principales causas de enfermedad y muerte en todo el mundo (Mayor y Salazar, 2019).

Por otro lado, en Latinoamérica la violencia intrafamiliar ha constituido una situación significativa tanto a nivel social como de salud, estudios desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en varios países de América Latina, indican que los casos de violencia contra la mujer en su mayoría se deben a factores ambientales, culturales, sociales o religiosos. Además, se ha señalado que la mayor parte de los casos se ubican dentro del propio núcleo familiar, ya sea por padres, pareja, abuelos, etc. (Illescas et al., 2018).

En ese mismo contexto, en Ecuador se han realizado estudios sobre la violencia de género, los cuales han delimitado que 6 de cada 10 mujeres han sido víctimas de violencia dentro de su hogar (Illescas et al., 2018). Aunado a esto, según el Fondo de las Naciones Unidas para los Niños ([UNICEF] (2020)) la violencia en el ámbito familiar se incrementó de

manera significativa, debido a que el ECU 911, en el mismo año, reportó 79.946 llamadas por esta causa.

Por ende, se ha demostrado que la violencia en la niñez puede generar complicaciones psicopatológicas en la adultez, una de ellas es el trastorno de estrés postraumático, que, además, lleva consigo varios problemas en las relaciones interpersonales, habilidades sociales, autorregulación afectiva y baja autoestima (Cervera et al., 2020).

En otro estudio realizado por Ortega y Peraza (2021) demuestra que las mayores consecuencias de vivir un hecho de violencia en la infancia es el desarrollo de trastornos psicológicos en la adultez, como: estrés postraumático, ansiedad, baja autoestima, depresión y en el peor de los casos, las víctimas pueden llegar al suicidio. Así como también, la presencia de estos problemas de salud mental interfiere en el desarrollo de la personalidad, lo cual no permite una que la persona adulta tenga adecuada adaptación en su entorno, al igual de no contar con un buen equilibrio emocional (Torres et al., 2020).

Por tal razón, varias instituciones, organizaciones y profesionales de la salud mental, se han visto en la necesidad de brindar atención psicológica y aplicar planes de intervención con el fin de disminuir la sintomatología que afectan a su bienestar emocional. Por lo antes mencionado, López (2022), propuso intervenir con un plan psicoterapéutico en adultos que han desarrollado alguna problemática que afectaba a su salud mental, tras haber sido víctimas de violencia física y psicológica en la infancia; en donde, utilizó técnicas referentes al modelo cognitivo-conductual, las cuales generaron una buena aceptación y adherencia al tratamiento en los pacientes y por ende obtuvo buenos resultados, que cumplieron con el objetivo antes mencionado.

Es así, que, en el presente caso de estudio, se abordó a una paciente de 57 años, quien ha sido víctima de violencia física y psicológica por parte de su figura paterna desde la infancia hasta su adolescencia; además, actualmente atraviesa un proceso legal, debido a una denuncia realizada en la fiscalía por su padre, por presunto maltrato físico hacia él,

razón por la cual A.G. desencadenó sintomatología ansiosa, problemas en la resolución de conflictos, así como un déficit en la comunicación familiar.

Ante dicha situación, se realizó una intervención psicoterapéutica enfocada en la Terapia Cognitiva Conductual, puesto que se ha demostrado la eficacia de este enfoque en el tratamiento de casos o situaciones similares; es así, las técnicas utilizadas fueron adaptadas a las necesidades y problemática presentada por la paciente, con la finalidad de reducir sintomatología ansiosa, ayudar en el manejo de situaciones estresantes, mejorar la regulación emocional y restablecer vínculos afectivos en su núcleo familiar.

De esta manera se justifica la importancia de este caso, el cual presenta una relevancia en el ámbito clínico, puesto que las técnicas utilizadas durante todo el proceso de intervención, son eficaces para este tipo de tratamiento; es así, que pueden utilizarse en futuras investigaciones o aplicaciones como mejora del bienestar emocional del paciente, en casos similares. Y en lo referente al ámbito social, este trabajo contribuye con el objetivo de la fundación, a la cual pertenece la paciente y cuya misión es brindar atención psicológica a personas víctimas de violencia física o psicológica y cubrir necesidades en cuanto a salud mental, priorizando su bienestar.

El presente trabajo consta de 3 capítulos, los cuales se desarrollan de la siguiente manera: En el primer apartado se aborda la identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema y descripción de la sintomatología, proceso de evaluación y diagnóstico. El segundo capítulo, se basa en la metodología donde se planteó los objetivos y la descripción y desarrollo del plan terapéutico. Finalmente, el último apartado, se presenta los resultados obtenidos, la discusión de los mismos; además, de conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

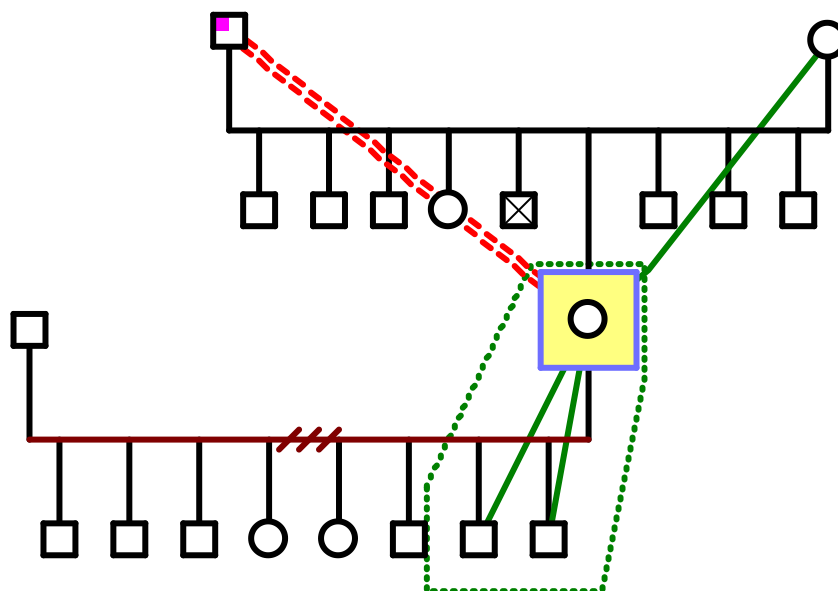
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

A.G. adulta de sexo femenino, de 57 años de edad, estado civil soltera, tiene 8 hijos, religión católica, identificación étnica mestiza, procede del cantón Yangana y reside en la ciudad de Loja hace 54 años, nivel de escolaridad primaria y actualmente se dedica a los quehaceres domésticos.

Figura 1

Genograma



Nota. En la figura se muestra el genograma familiar de la paciente

La paciente proviene de una familia nuclear conformada por padres y hermanos, ocupa el sexto lugar entre ellos. A la edad de 17 años conforma su hogar y procrea 8 hijos

producto de la relación con su pareja, con quien convivió durante 24 años y posterior a ese tiempo decidieron separarse. Actualmente la paciente convive con sus dos hijos menores de 16 y 20 años respectivamente, con los cuales mantiene una relación estrecha.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude a consulta a una Fundación de la ciudad solicitando medidas de protección y atención psicológica, debido a que es derivada por un Juez de la Unidad Judicial Especializada de Violencia contra la Mujer o Miembros del Núcleo familiar e Infracciones contra la integridad sexual y reproductiva del cantón Loja. Según refiere, su padre la denunció en la fiscalía por presunto maltrato físico hacia él; ante dicha situación, la paciente presenta temor, angustia y preocupación por lo que le pueda suceder; además, comenta que se encontraba viviendo con sus padres, pero debido a esta situación tuvo que salir del hogar y se mudó a vivir con su hija temporalmente.

Situación que le preocupa, puesto que siente temor por lo que pueda suceder con su madre y expresa: "Mi padre, nunca me ha querido, toda la vida me ha tratado mal, siempre le pegaba a mi mamá y pasaba tomando mucho y por eso tengo miedo que le haga algo ahora que están solos, me gustaría ayudar a mi madre, pero no quiero tener más problemas".

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La paciente, a la edad de 3 años, se muda a la ciudad de Loja junto a sus padres y hermanos, por motivos de trabajo. Refiere una infancia aparentemente normal; sin embargo, recuerda que desde siempre presentaron problemas en la relación con su padre, debido a que no existía buena comunicación, asimismo, menciona haber sido víctima de abuso psicológico y físico por parte de su padre y expresa "no me quería y me pegaba por cualquier cosa, incluso mi mamá algunas veces me tenía que llevar a comer en el baño para que no me grite o me maltrate mi papá".

Además, agrega que su padre presentaba problemas de alcoholismo y cuando se encontraba en estado etílico era más violento; por lo cual, intentaba mantener una distancia física y emocional, a diferencia de su madre y hermanos con quienes era una relación estrecha y afectiva.

Ingresó a la escuela a la de edad de 5 años, mantenía un buen rendimiento académico y disfrutaba de las relaciones con su grupo de pares, cuando culminó la escuela a la edad de 12 años no pudo continuar con sus estudios, debido a que su madre no contaba con los recursos económicos para apoyarla.

Los eventos antes mencionados ocurrieron durante su infancia y adolescencia, hasta los 17 años de edad, cuando conoce a su pareja y deja el domicilio de sus padres para conformar su hogar, sin embargo, mantenía una constante comunicación con su madre, quien la apoyaba, al contrario de su padre, con el cual tenía una relación indiferente con poca comunicación.

A.G. mantenía una buena relación de pareja durante los primeros años de convivencia; sin embargo, con el tiempo se fue deteriorando por constantes discusiones. A pesar de los conflictos que existían en la pareja, la relación con sus hijos era buena y estrecha, existía comunicación y confianza entre sus miembros, brindándoles el apoyo necesario.

Vivió en unión libre durante 24 años y procrearon 8 hijos, durante este tiempo se dedicaba a actividades de reciclaje y lavado de ropa para aportar económicamente en el hogar; no obstante, decidió separarse de su pareja hace 16 años, cuando él intentó agredirla físicamente al encontrarse en estado de gestación. Tras la separación con su pareja, continuó viviendo sola, pero tras el diagnóstico de cáncer de próstata de su padre, decide mudarse a su casa, para brindarle los cuidados necesarios.

Según refiere la paciente, al regresar a vivir con sus padres, inicialmente no existieron conflictos con su progenitor, manteniendo una relación "normal"; no obstante, hace seis meses atrás un sobrino de la paciente le anuncia, que "su padre la iba a denunciar en la fiscalía por maltrato físico hacia él". La denuncia se hizo efectiva y como consecuencia se emitió una boleta de alejamiento, desalojándola la policía del hogar de sus padres; por lo cual, se mudó a la casa de su hija. A raíz de esta situación fue derivada de fiscalía para que reciba atención psicológica, a lo que ella acude a la fundación solicitando medidas de protección y aludiendo "yo en ningún momento agredí a mi padre, ni si quiera sé porque dijo eso y me denunció".

De acuerdo a la historia del problema del caso presentado, se presentan los siguientes factores predisponentes: la violencia física y psicológica recibida por parte de su padre, desde su infancia, en cuanto a los factores precipitantes: la denuncia realizada a fiscalía por parte de su padre, refiriendo que estaba siendo maltratado y factores mantenedores el proceso legal que mantiene, lo cual le genera inestabilidad emocional.

1.2 Proceso de evaluación

En el abordaje del caso se realizó en 12 sesiones, las 2 primeras sesiones se destinaron al proceso de evaluación, por medio de la realización de la entrevista clínica y aplicación de reactivos psicológicos, enfocados específicamente a la sintomatología de la paciente. Las 9 sesiones restantes, se enfocaron en el proceso de intervención psicoterapéutico y finalmente 1 sesión dirigida al seguimiento del caso.

1.2.1 Entrevista con la paciente

En el campo de la psicología, la entrevista psicológica es una de las técnicas utilizadas para recolectar datos del, o de los sujetos y ciertas informaciones previas al diagnóstico psicológico en cualquier modalidad de intervención. Es una herramienta clínica que proporciona información y conocimiento del sujeto, es ideal para investigar las características psicológicas por su naturaleza relacional, comunicacional y subjetiva (Suarez, 2016).

- **Primera entrevista:** Se recabó información con la paciente para la posterior redacción de la historia clínica psicológica; así mismo, se obtuvo información de fuentes externas, como la psicóloga de la fundación, complementando los datos obtenidos previamente.
- **Segunda entrevista:** Consistió en la aplicación de reactivos psicológicos, con la finalidad de complementar el proceso de evaluación y finalmente plantear el diagnóstico.

1.2.2 Observación clínica

La observación se define como la técnica, de la cual se obtienen datos, mediante la percepción del profesional, es decir, la interpretación subjetiva que realiza, al lenguaje verbal

y no verbal del paciente. Además, se enfoca en abordar detalladamente la descripción física de cada sujeto, con el fin de identificarlo y diferenciarlo del resto (Belmes et al., 2007).

Mediante la observación en la entrevista clínica, se evidenció que la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, estado de la conciencia lúcida, adecuada capacidad para focalizar y mantener el nivel de atención, memoria anterógrada y retrógrada conservada, pensamiento sin alteraciones aparentes, en cuanto a su curso y contenido; referente a las sensopercepciones denota normal recepción y procesamiento de estímulos externos, lenguaje es fluido y congruente, tono de voz claro y diálogo sostenido. Por otro lado, la paciente demuestra voluntad en el proceso, es decir buena predisposición y colaboración, psicomotricidad tanto fina como gruesa normal, con respecto a la introspección, existe una adecuada capacidad de reflexión personal. Los hábitos, en relación a la alimentación y el ciclo del sueño se encuentran conservados; su inteligencia es normal acorde a la edad con un juicio y razonamiento lógico y formal. Finalmente, A.G. en el momento de la entrevista, se encontraba vestida acorde a su edad y género, presentaba buena higiene personal y no existían evidencias de lesiones físicas.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

En 1996 se publicó una nueva versión del Inventario para la Depresión de Beck, denominada Beck Depression Inventory—II (BDI-II), diseñado por Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown. Es un instrumento de auto aplicación que consta de 21 ítems, el cual ha sido realizado con el objetivo de evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada afirmación, la persona debe elegir, entre un grupo de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describa el modo como se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se aplica el instrumento. Con respecto a la calificación, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, después de sumar directamente la puntuación de cada ítem, se consigue una puntuación total que varía de 0 a 63 puntos (Sanz et al., 2003).

En cuanto a las propiedades psicométricas realizadas en varios estudios, muestran una fiabilidad elevada (coeficiente de alfa de 0,87), en términos de consistencia interna y validez factorial, el BDI-II muestra ser mejor instrumento para evaluar sintomatología depresiva en población general, ya que el análisis de la consistencia interna de los 21 ítems originales del BDI-II se mostró mediante un coeficiente alfa de 0,87; además, de presentar un coeficiente de correlación con una medida de heteroevaluación de la depresión cuyo valor fue de 0,66 (Sanz et al., 2003).

Tabla 1

Inventario de depresión de Beck

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de depresión de Beck	11	Depresión mínima

Nota. La tabla contiene los resultados obtenidos en el pre tratamiento

La paciente obtuvo un puntaje de 11, lo cual indica a niveles de depresión mínima, teniendo una mayor puntuación en los ítems 16 y 18, referente a cambios en los hábitos de sueño y en el apetito respectivamente; seguido de los ítems correspondientes a irritabilidad, dificultad de concentración, pérdida de energía y cansancio.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de ansiedad de Beck (BAI), creado por Aaron T. Beck, Gerald N. Epstein, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1988, es un instrumento de autoinforme que cuenta con 21 ítems, el cual se utiliza para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa en niños y adultos. Cada elemento del BAI presenta un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona selecciona la opción con la que más se identifique durante la última semana, incluyendo el día de la aplicación, utilizando para ello una escala tipo Likert de 4 puntos, que va desde 0 (en absoluto) hasta 3 (severamente). Para su interpretación, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos y tras sumar directamente la puntuación de cada uno, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63 puntos (Sanz y Navarro, 2003).

En cuanto a las propiedades psicométricas, el BAI presenta una alta consistencia interna ($\alpha = 0,92$) y confiabilidad test-retest, $r(81) = 0,75$ (Beck et al., 1988). Además, en un estudio realizado por Sáenz et al. (2012) en población española, se muestra una adecuada validez factorial y la fiabilidad en términos de consistencia interna de las puntuaciones totales que se obtienen es elevada (alfa de Cronbach = 0,90).

Tabla 2

Inventario de depresión de Beck

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de ansiedad de Beck	11	Ansiedad leve

Nota. La tabla contiene los resultados obtenidos en el pre tratamiento

La paciente obtuvo un puntaje de 11, lo que sugiere que se encuentra en un nivel de ansiedad leve, presentando una mayor puntuación en los ítems 4 (incapaz de relajarse) y 5 (con temor a que ocurra lo peor), seguido los ítems correspondientes a nerviosismo y con problemas digestivos.

Escala de autoestima de Rosenberg

Morris Rosenberg propone evaluar la autoestima de manera integral desarrollando su Escala de Autoestima Rosenberg Self-Esteem Scale -RSE en 1965, la cual busca evaluar directamente la autoestima de los sujetos a través de ítems que reflejan sentimientos generales sobre el self. Refleja 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 dirigidas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). Las respuestas se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a los ítems orientados negativamente; los valores teóricos oscilan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima) (Rosenberg, 1965).

Referente a las propiedades psicométricas, presenta una fiabilidad con coeficiente alpha de Cronbach de 0,87; la fiabilidad test-retest muestra una correlación sustancial y significativa, con una $r = 0,72$ y una validez de criterio de 0,55 (Vásquez et al., 2004).

Tabla 3*Escala de autoestima de Rosenberg*

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de autoestima de Rosenberg	23	Autoestima alta

Nota. La tabla contiene los resultados obtenidos en el pre tratamiento

La paciente obtuvo un puntaje de 23, lo cual refleja que se encuentra en un nivel de autoestima alta.

Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad

Diseñado por Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M. Esperanza Gómez Gazol en 2004; sin embargo, fue validado en 2007, como una prueba de screening, conformada por 22 ítems (2 por cada trastorno de personalidad), con el fin de evaluar los rasgos/trastornos de personalidad en el contexto clínico diario. Cada ítem presenta una respuesta dicotómica, verdadero o falso. En el caso de contestar, V (verdadero) se debe señalar el grado de intensidad de su respuesta: (1. A veces, 2. Con frecuencia y 3. Siempre). Este instrumento ofrece la agrupación descrita en los manuales diagnósticos (DSM-5 y CIE-10) en 3 categorías: A: “excéntrico/psicótico”, B: “dramático/borderline” y C: “ansioso/neurótico”. Dentro de las mismas, el cuestionario permite diferenciar 11 subcategorías de Trastornos de Personalidad (TP), las cuales son paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitativo, anancástico, dependiente y ansioso (Giner, 2015). Referente a las propiedades psicométricas, muestra una alta confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0,89 (Veloz, 2019).

Tabla 4*Cuestionario de Salamanca de Trastornos de la Personalidad*

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Cuestionario Salamanca de trastornos de personalidad	Anancástico- 2 puntos Histriónico - 4 puntos Narcisista - 3 puntos	Mayor puntuación en personalidad histriónica

Nota. La tabla contiene los resultados obtenidos en el pre tratamiento.

La paciente obtuvo mayor puntuación en el grupo de personalidad B, específicamente 4 puntos en la personalidad histriónica.

Test proyectivo “Persona bajo la lluvia”

Se creó en 1924, y la autoría del mismo no es clara, debido a que se le otorga la creación a Arnold Abrams, mientras que en otros casos se lo confieren a Abraham Amchin; sin embargo, en 2005 Silvia Querol e Inés Chaves realizan una adaptación del mismo.

La aplicación de esta prueba es sencilla, toma poco tiempo y el evaluador solo necesita una hoja de papel y un lápiz. Se puede administrar de manera individual y grupal. Es adecuado para cualquier grupo etario, todas las profesiones y ambos sexos. Esta prueba proyectiva, se la utiliza con la finalidad de complementar o recabar más información sobre la personalidad de un sujeto (Querol y Chaves, 2005).

En cuanto a la administración de este test, la persona que evalúa entrega una hoja de papel de manera horizontal y un lápiz, si el paciente cambia la posición de la hoja, se debe respetar la elección. Simplemente se menciona la instrucción “dibuje una persona bajo la lluvia”, es importante hacerle saber al paciente que no se pretende valorar la calidad del dibujo, sino que cualquier gráfico que realice está correcto (Querol y Chaves, 2005).

Por otro lado, en la interpretación se realiza el análisis en varios apartados: a) Análisis de recursos expresivos (dimensiones, emplazamiento, trazos, presión, tiempo, secuencia, movimiento, sombreados); b) Análisis de contenido (orientación de la persona, posturas, borrados en el dibujo, repaso de líneas, tachaduras, detalles de accesorios y su ubicación, vestimenta, paraguas como defensa, reemplazo del paraguas por otros elementos, partes del cuerpo, identidad sexual, el dibujo de un personaje y no de una persona); c) Expresiones de conflicto en el dibujo (neurosis fóbica, neurosis histérica, neurosis obsesiva, depresión, melancolía, psicótico psicosis maníaco-depresiva, paranoia, enfermedades psicosomáticas, epilepsia, alcoholismo; d) Mecanismos de defensa (desplazamiento, regresión, anulación, aislamiento, represión, inhibición, defensas maníacas) (Querol y Chaves, 2005).

A partir del análisis e interpretación del dibujo, se denota que la paciente presenta rasgos de personalidad eufórica, alegre, noble, espiritual e idealista. También, se resalta que

es una persona que está encerrada y protegida del mundo; sin embargo, es una persona que está dispuesta a enfrentar los problemas que se le presentan. Finalmente, se evidencia que presenta preocupación por críticas y opiniones de otros; no obstante, se destaca que es una persona equilibrada, adaptada y constante, además de ser pasiva y complaciente.

1.3 Proceso diagnóstico

Para llegar al proceso diagnóstico, se utilizaron las herramientas psicológicas: entrevista y observación, las cuales permitieron obtener información relevante para concluir con el diagnóstico, en conjunto con la aplicación de reactivos psicológicos. Con dicha información se plantearon hipótesis, las mismas que fueron sustentadas utilizando el manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Según el manual CIE-10, la característica principal de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que tiene síntomas predominantes como quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen en manifiesto temores, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos.

La paciente presenta varios síntomas descritos en el manual, como aprensión o preocupación por lo que pueda pasar, nerviosismo y problemas digestivos; sin embargo, se descarta por el tiempo, el cual debe estar presente varias semanas seguidas, lo cual no se cumple, además de la intensidad de los síntomas que en este caso son leves y no ha existido un malestar clínicamente significativo que altere su funcionamiento en las distintas esferas.

F43.0 Reacción a estrés agudo

En el manual CIE-10, se describe a este como un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora o un cambio brusco y

amenazador del entorno social del individuo. Además, deben presentarse síntomas mezclados y cambiantes como: depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento.

En el caso de la paciente, presenta un cambio brusco y amenazador que ocurrió en su entorno; no obstante, este trastorno es descartado debido a que, no presenta los síntomas mencionados con anterioridad.

Z63. Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares

En el caso de la paciente existe un deterioro de la comunicación en la relación entre padres e hijos, que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar, por lo que cumple para este diagnóstico.

Z63.1 Problemas relacionados con padres o familia política

Para cumplir con este diagnóstico, deben existir relaciones interpersonales complejas, las mismas que se dan en el núcleo familiar y los problemas se encuentran entre hijos, padres y familiares, en este caso la paciente cumple con este diagnóstico, debido a la relación conflictiva que presenta con su padre desde la infancia.

1.3.2 Diagnóstico definitivo

Debido a que la paciente no cumple con los criterios necesarios para ningún diagnóstico F, se utiliza la categoría Z, los cuales se detallan a continuación.

Z63. Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares

En el caso de la paciente existe un deterioro de la comunicación entre padres e hijos, lo cual ha generado problemas en la relación. Tal como se evidencia en la historia, desde la infancia ha mantenido una relación conflictiva con la figura paterna, caracterizada por expresiones de violencia física y psicológica. Asimismo, el acontecimiento suscitado actualmente, ya que fue denunciada a fiscalía, por parte de su padre. Por todas las situaciones antes mencionadas, la paciente cumple este diagnóstico.

Z63.1 Problemas relacionados con padres o familia política

Para determinar el diagnóstico, deben existir relaciones interpersonales complejas, las mismas que se dan en el núcleo familiar. En este caso la paciente cumple con la categoría, debido a la relación conflictiva que presenta con su padre desde la infancia, dado que su comunicación era nula, así como también haber sido víctima de violencia física y psicológica, situaciones que generaron la escasa afectividad y problemas en la relación entre padre e hija, dando lugar al evento que suscitó la atención psicológica de la paciente tras la denuncia recibida.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

El proceso psicoterapéutico llevado a cabo con la paciente, tuvo un enfoque cognitivo conductual, el cual estuvo estructurado por un total de 10 sesiones, donde se aplicaron las respectivas técnicas acordes al diagnóstico y necesidades de la paciente. Tuvo una duración de 3 meses, y fue realizado en modalidad presencial.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Identificar y modificar distorsiones cognitivas que generan malestar emocional en la paciente.
- Entrenar en estrategias de resolución de problemas para el manejo eficaz de conflictos familiares.
- Fomentar la comunicación asertiva dentro del hogar con la finalidad de reestablecer los vínculos familiares.
- Dotar de técnicas de regulación emocional para disminuir la sintomatología ansiosa frente a situaciones estresantes.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 5

Descripción de las sesiones terapéuticas

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivo de sesión	Técnica	Observación
1	Identificar y modificar distorsiones cognitivas que generan malestar emocional en la paciente.	Brindar información a la paciente sobre las distorsiones cognitivas. Registrar situaciones, pensamientos y emociones mediante	Psicoeducación Técnica ABCDE de Albert Ellis	Paciente mostró predisposición durante la sesión, además de encontrarse atenta y conforme con la explicación brindada sobre la técnica a trabajarse.

		un registro de pensamientos.		Asimismo, el registro utilizado para la técnica ABCDE, fue de fácil comprensión.
2	Identificar y modificar distorsiones cognitivas que generan malestar emocional en la paciente	Registrar situaciones, pensamientos y emociones mediante un registro de pensamientos	Técnica ABCDE de Albert Ellis	La paciente cumplió con la tarea enviada a casa, supo mencionar que registró de manera fácil los pensamientos, por otro lado, se mostró colaboradora y predispuesta para continuar con la técnica ABCDE, finalmente pudo comprender el procedimiento correcto para realizar el autorregistro.
3	Identificar y modificar distorsiones cognitivas que generan malestar emocional en la paciente	Detener los pensamientos negativos que generan malestar emocional en la paciente	Técnica de parada de pensamiento	Durante la sesión la paciente, se encontró tranquila y con predisposición al momento de realizar la técnica. Comentó que la técnica le parecía de gran ayuda, para los momentos en los que se presentaran los pensamientos intrusivos

4	Entrenar en estrategias de resolución de problemas para el manejo eficaz de conflictos familiares	Identificar las posibles situaciones que generan conflictos familiares y malestar emocional en la paciente Abordar la forma en la que la paciente percibe sus problemas, además de las valoraciones y creencias que tiene sobre ellos	Técnica de solución de problemas D'Zurilla Goldfried	de de de y	La paciente se mostró atenta a la explicación brindada acerca de la técnica a utilizar, además de encontrarse interesada en la misma, debido a que, le pareció de gran ayuda para solucionar situaciones que estaban afectando a su salud emocional
5	Entrenar en estrategias de resolución de problemas para el manejo eficaz de conflictos familiares	Definir los principales problemas que presenta la paciente, en términos de objetivos y metas realistas Generar posibles soluciones junto a la paciente mediante una lluvia de ideas, acorde a los objetivos planteados	Técnica de solución de problemas D'Zurilla Goldfried	de de de y	Paciente se mostró cómoda y receptiva ante las indicaciones dadas, además de que hubo un buen trabajo entre terapeuta y paciente, mostrándose colaboradora durante toda la sesión
6	Entrenar en estrategias de resolución de problemas para el manejo eficaz de conflictos familiares	Analizar ventajas y desventajas de las soluciones planteadas con anterioridad	Técnica de solución de problemas D'Zurilla Goldfried	de de de y	La técnica empleada con la paciente fue de gran ayuda, ya que, supo manifestar sentirse segura y confiada al

		Escoger la más adecuada y realista para cumplir los objetivos		momento de analizar las alternativas que tenía para dar solución a sus problemas,
		Explicar el plan de acción en solución de problemas definitivo a la paciente, para ponerlo en práctica		asimismo, mediante el plan de acción realizado le sería más fácil para llevarlo a la práctica
7	Fomentar la comunicación asertiva dentro del hogar con la finalidad de reestablecer los vínculos familiares	Generar en la paciente un cambio de perspectiva en cuanto a los comportamientos de su núcleo familiar Incentivar al tiempo de recreación y de ocio con la familia, para mejorar la comunicación y lazos afectivos	Técnica de asertividad (Banco de niebla) Ludoterapia (mediante role playing)	La paciente estuvo de acuerdo con la técnica a utilizar, debido a que le pareció una buena alternativa para mejorar sus relaciones familiares. Por otro lado, fue de su agrado implementar la ludoterapia mediante juegos para fortalecer los vínculos afectivos en la familia, así como pasar un mejor tiempo de calidad junto a ellos
8	Dotar de técnicas de regulación emocional para disminuir la sintomatología ansiosa frente a situaciones estresantes	Disminuir la sintomatología ansiosa y factores estresantes para la paciente	Técnica de relajación progresiva Jacobson	Paciente manifestó que antes de realizar la técnica se encontraba tensa, sin embargo, después de haberla realizado, se encontraba relajada y con más energía,

				además supo mencionar que fue de su agrado realizarla
9	Dotar de técnicas de regulación emocional para disminuir la sintomatología ansiosa frente a situaciones estresantes	Manejar y regular las emociones, mediante actividades recreativas y que sean preferencia de la paciente	Técnica de distracción Activación conductual	Existió buena predisposición por parte de la paciente, por ende, hubo un correcto aprendizaje de la técnica, para llevarlo a cabo en su diario vivir
10	Intervenir en la prevención de recaídas en la sintomatología presentada por la paciente		Aplicación de reactivos psicológicos (Re test) Prevención de recaídas	Paciente ha presentado buena evolución luego de haber aplicado el proceso terapéutico, la sintomatología ha disminuido y presenta cambios favorables que le han generado un bienestar emocional

Nota. Se detalla la descripción de las diferentes técnicas empleadas en el proceso terapéutico

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

Sesión 1.

Técnica ABCDE de Albert Ellis. Albert Ellis, fue un psicólogo norteamericano afamado en el campo de las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), por haber creado la Terapia Racional Emotiva (TRE) (Landiscrini, 2006). Dicha técnica, propuesta por Ellis contiene cinco elementos, que conforman el modelo A-B-C-D-E en el proceso de intervención:

«A» se refiere a un acontecimiento o situación real, al que el individuo se expone que, a su vez, origina «B», serie de pensamientos, algunos de los cuales son irracionales y autodestructivos, los cuales conducen a «C», emociones y conductas negativas (Pérez-Acosta et al., 2008).

Según Ellis et al. (1988), la técnica se la realiza de la siguiente manera:

Junto con el paciente se identifican las ideas irracionales, lo cual corresponde a la letra (A): acontecimientos activadores, descripción de la situación problemática, para esto se el terapeuta puede realizar las siguientes preguntas: ¿Qué percibió? ¿Cómo percibió lo que sucedió?

Seguidamente se realiza la letra (B): creencias, ideas, evaluaciones, interpretaciones de A. El paciente deberá analizar dos tipos de creencias (rB: creencias funcionales, lógicas, empíricas) y (iB: creencias disfuncionales que dificultan el funcionamiento eficaz).

A continuación, se trabaja con la letra (C): consecuencias de las creencias sobre A, el paciente deberá interpretar estas creencias, donde las consecuencias pueden ser emocionales y conductuales.

Para la letra (D): debate o cuestionamiento de las creencias irracionales, El paciente deberá cuestionar estas creencias para poder crear un pensamiento más racional, las mismas que se las puede cuestionar por medio de tres estrategias diferentes: **Estrategias cognitivas:** se realizan preguntas para el cuestionamiento, las cuales son lógicas, de comprobación de la realidad, entre otras. **Estrategias emocionales:** cuestionamiento por medio de la imaginación. **Estrategias conductuales:** cuestionamiento por medio de conductas, conductas opuestas a las ideas irracionales.

Finalmente, en la letra (E): efectos del debate o cuestionamientos de las creencias irracionales, el paciente se enfoca en las nuevas situaciones, efecto cognitivo (creencias racionales); efectos emocionales (sentimientos apropiados); efectos conductuales (conductas deseables).

Durante la sesión con la paciente se aplicó dicha técnica de la siguiente manera:

Se realizó psicoeducación acerca de las distorsiones cognitivas.

Se procedió a explicar a la paciente sobre la técnica ABCDE, de qué trataba y el procedimiento de la misma.

Seguidamente, se expuso el recurso terapéutico de autorregistro, utilizado en la técnica. En el caso de esta sesión se abordó hasta la letra C.

Junto a la paciente se evaluaron y analizaron cuales eran las situaciones que le generaban malestar, las mismas que a su vez causaban los pensamientos distorsionados y finalmente las emociones o conductas que ocasionan aquellos.

Una vez realizado el análisis, se procedió a ubicar cada una de los acontecimientos, pensamientos y emociones en las letras correspondientes.

Finalmente, se envió de tarea para la casa, en la cual se pidió a la paciente que complete el autorregistro con las letras A-B-C, durante toda la semana hasta la próxima sesión.

Cierre de la sesión.

Como logro de la sesión se pueden mencionar que la paciente, fue capaz de identificar sus pensamientos distorsionados, el acontecimiento o evento activador y la emoción que le genera, llevando de tarea registrar los pensamientos en el transcurso de la semana.

Sesión 2.

Técnica ABCDE de Albert Ellis. En esta sesión se continuó con la aplicación de la técnica ABCDE de Albert Ellis, la cual se la realizó de la siguiente manera:

Se revisó la tarea enviada a casa, la cual fue cumplida a cabalidad, tal cual se había explicado en la sesión anterior.

Se realizó retroalimentación de lo abordado en la sesión anterior, además de explicación de las letras D-E. Las cuales se abordaron en dicha sesión.

Se continuó completando el autorregistro, en la letra D, la paciente pudo cuestionar y debatir sus pensamientos irracionales, para finalmente en la letra E. la paciente pudo plantear nuevas situaciones, pensamientos y conductas para reemplazar aquellos hechos y distorsiones del pensamiento que generaban malestar.

Finalmente se realizó una revisión y retroalimentación de todo lo revisado en las dos sesiones.

Cierre de la sesión

En esta sesión se logró que la paciente pueda reconocer los pensamientos distorsionados e intrusivos que le causaban malestar y a su vez pudo reemplazarlos por unos

más adaptativos; los cuales, generaron un bienestar emocional. Además, la paciente mencionó sentirse tranquila, y lo útil que sería la actividad cada vez que se le presenten dichos pensamientos.

Sesión 3.

Técnica de Parada de Pensamiento. La técnica denominada detención de pensamiento (DP) fue propuesta por primera vez por Bain en su libro *Thought Control in Everyday Life*. A finales de la década de los 50 se popularizó por Wolpe (1958 y 1969) y otros psicólogos conductuales al ser expuesto como una estrategia de intervención para pensamientos de tipo obsesivo y fóbico.

Según Ruíz et al. (2012) el procedimiento de la parada del pensamiento es la siguiente:

Paso 1. Enumeración y descripción de los pensamientos disfuncionales: El paciente escribe tres o cuatro situaciones que generen malestar y no pueda dejar de pensar. Cada una de éstas, debe ser descrita brevemente, con las frases típicas que aparecen en la mente del paciente cuando piensa en los mismos.

Paso 2. Elaboración de una lista de pensamientos funcionales y agradables: En este momento se trabaja con el paciente la identificación de tres o cuatro temas cuyo pensamiento resulte agradable (por ejemplo, deporte favorito, futuras vacaciones, etc.) También en este caso se realizará una descripción de los temas elegidos.

Paso 3. Relajación e implicación en la secuencia de pensamiento disfuncional: Se induce un estado de relajación y se comienza a pensar sobre uno de los temas problema. Se comienza con aquel que resulte menos estresante. Se propicia la secuencia de pensamiento hasta que el paciente esté bien inmerso en el tema. El paciente avisa al terapeuta con un gesto (acordado previamente) de que está totalmente metido en la secuencia mental.

Paso 4. Interrupción de los pensamientos disfuncionales: En el momento en que el paciente da la indicación de estar inmerso en la secuencia mental, el terapeuta gritará

“STOP”, pudiéndose acompañar de alguna acción breve y contundente que aporte fuerza al término (por ejemplo, golpe en la mesa).

Paso 5. Cambio inmediato hacia una secuencia de pensamiento agradable:

Inmediatamente, aprovechando el vacío mental provocado por la interrupción en la secuencia de pensamientos desagradables, se dará la indicación de cambiar a uno de los temas agradables elegidos previamente. Se le indicará que disfrute de esta nueva secuencia de pensamiento, reforzando la escena con indicaciones de sensaciones físicas, emocionales, sonidos, sabores, etc. Si los pensamientos disfuncionales regresan antes de medio minuto, el paciente hará la señal y se gritará nuevamente “STOP”.

Paso 6. Repetición del ejercicio con variaciones: Se repite en varias ocasiones la secuencia de pasos descrita (rumiación disfuncional-STOP-pensamiento agradable). La práctica debe mantenerse hasta que la palabra STOP sea capaz de detener inmediatamente la cadena mental y sea fácil dirigir y mantener la atención en un tema agradable, tranquilizador o interesante. Una vez se ha conseguido este resultado siendo el terapeuta el que grita STOP, se pasará a practicar siendo el propio paciente el que grite STOP cuando se encuentre inmerso en la cadena mental a eliminar. Una vez se haya conseguido parar la secuencia de forma eficaz con esta nueva forma auto-aplicada, comenzará el proceso de desvanecimiento del estímulo externo (palabra STOP pronunciada en voz alta) hasta dejarlo progresivamente en una orden encubierta.

Paso 7. Generalización a la vida cotidiana: Una vez se ha conseguido parar las secuencias de pensamiento negativo simplemente con la orden encubierta, el paciente estará preparado para utilizar la técnica en su día a día.

Durante la sesión se aplicó dicha técnica de la siguiente manera:

Junto con la paciente se enumeraron y describieron los pensamientos más frecuentes que le generaban un malestar constante.

Luego se le pidió que realice de la misma manera anterior, una lista de los pensamientos funcionales en cuanto a situaciones que sean de agrado para la paciente.

Se le pidió que se enfoque en uno de los pensamientos o situaciones de las que había anotado y que se concentre lo que más pueda en esa situación como si la estuviera viendo en ese momento, asimismo se le indicó que con un gesto comunique cuando se encuentre lista.

El momento en el que el paciente dio la señal, se mencionó la palabra "alto" acompañado de un golpe en la mesa.

Seguidamente, se le pidió que se enfoque en una situación agradable de la lista y que se concentre en la misma aportando con sensaciones gratificantes al pensamiento nuevo.

Se repitió la secuencia con otros pensamientos anotados en la lista previamente.

Finalmente, se realizó una retroalimentación y se motivó a la paciente a realizar la técnica en los momentos que presente dichos pensamientos intrusivos y negativos.

Cierre de la sesión

La paciente fue capaz de categorizar los pensamientos intrusivos, incorporar la palabra que se le indicó (STOP) y sustituirlos por pensamientos alternativos que le generaron bienestar, ejecutándose la técnica con éxito debido a la buena predisposición de la paciente.

Sesión 4.

Técnica de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried. Según Bados y García (2014) la forma de llevar a cabo el procedimiento de esta técnica es la siguiente:

Orientación o actitud hacia los problemas: En esta primera fase se pretende que el paciente se dé cuenta de que los problemas forman parte de la vida diaria. Una vez reconocida su naturaleza cotidiana, se trata de afrontarlos sin que distorsionen su vida normal. Los interrogantes más importantes en esta primera parte son: ¿cómo percibo el problema?; ¿cómo lo valoro?; ¿qué poder tengo sobre él? y ¿qué parte de mi tiempo ocupa?

Definición y formulación del problema: Es normal que los pacientes presenten varios problemas y no uno solo. Cuando esto ocurre, hay que establecer qué problema o problemas se van a considerar primero en función de variables como gravedad de los problemas, malestar que producen, preferencias del cliente, relación de dependencia entre los problemas y facilidad de resolución de los problemas.

Además, en esta fase se divide en objetivos:

Recogida de información. Se debe recoger toda la información pertinente al problema.

Preguntas útiles son: ¿Quién está implicado?, ¿qué sucede o qué no sucede que molesta?, ¿con qué frecuencia, duración y/o intensidad sucede?, ¿dónde sucede?, ¿cuándo sucede?, ¿en qué circunstancias?

Comprensión del problema. Paralelamente a la recogida la información, se intenta organizar esta para comprender la naturaleza del problema y explicar por qué se mantiene.

Establecimiento de meta/s. Se trata de establecer la/s meta/s que se quiere conseguir.

Hay que hacerlo en términos específicos y concretos, evitar las metas no realistas o improbables de lograr.

Reevaluación del problema. Una vez que se ha definido bien el problema, se está en condiciones de reevaluar su significado o importancia de forma más precisa, en caso necesario. Para ello, hay que considerar los beneficios y costos que tendrá resolver el problema en oposición a no resolverlo.

Generación de solución de alternativas: Una vez definido y formulado el problema, se trata de generar posibles soluciones al mismo. Existen distintos principios importantes a la hora de generar alternativas.

Especificidad. Junto al paciente se describen las soluciones en términos específicos en vez de generales.

Lluvia de ideas. Para lograr un mayor número y creatividad de posibles soluciones, conviene seguir los siguientes principios: Cantidad: Hay que pensar en tantas soluciones como sea posible; Dilación de juicio: No valorar las consecuencias, en principio todas las alternativas pueden ser válidas; Variedad: Proponer soluciones diferentes y combinarlas.

Toma de decisiones: Una vez generado un número suficiente de posibles soluciones, se trata de ver cuál o cuáles de ellas son las más adecuadas para lograr la meta propuesta. Además, en este paso se observan las consecuencias de cada una de las alternativas anteriores y sus ventajas e inconvenientes. En suma, se trata de analizar todos los aspectos posibles, para luego elegir una opción y preparar el plan. Dicho esto, en la toma de decisiones

resulta útil que el paciente se haga las siguientes preguntas: ¿La idea es práctica y se puede ejecutar?; ¿Es realista?; ¿Es costosa?; ¿Cuánto tiempo requiere?; ¿Puedes ser implementada por uno mismo o requiere de otras personas?; Las consecuencias que se anticipan ¿llevan a la solución del problema?

Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad: Una vez que se tiene elaborado el plan de acción, es hora de poner en práctica la solución y comprobar en qué medida funciona. Los pasos son los siguientes:

Aplicación de la solución. Para comprobar si la solución funciona, hay que ponerla en práctica. Es en este momento cuando se pueden experimentar obstáculos inesperados ya sean de tipo ambiental o personal. Si estos obstáculos impiden la realización de la solución, hay que estudiar la forma de superarlos y actuar en consecuencia.

Autorregistro. Conviene observar y registrar en un papel la aplicación de la solución y los resultados que se van obteniendo.

En este paso es pertinente mencionarle al paciente que debe tener en cuenta que, si los resultados se asemejan a los previstos, lo ideal será celebrar y sentirse orgulloso del trabajo bien hecho. Así, se podrá potenciar la motivación para continuar con lo planteado. Y, si sucede lo contrario, es esencial no desistir, revisar el proceso de las fases anteriores y aprender de la experiencia.

Durante la sesión se aplicó dicha técnica de la siguiente manera:

Se informó a la paciente acerca de la técnica, el proceso y objetivo de la misma, la cual se iba a emplear en tres sesiones diferentes.

Una vez conforme con la explicación, se pidió a la paciente que identifique todas las situaciones conflictivas por las cuales atravesaba en ese momento.

Se realizó una lista de las mismas, en donde, se ubicaron los problemas en una escala de 1-10. Priorizando los que generaban un mayor malestar en la paciente.

Luego, se procedió a realizar la percepción, atribución y valoración del problema, esto se lo facilitó mediante una serie de preguntas realizadas a la paciente.

Finalmente se hizo una retroalimentación de lo trabajado en la sesión, además de promover la aceptación y motivación en la paciente, dándole a conocer que los problemas son parte de la vida cotidiana.

Cierre de la sesión.

Al final de la sesión, la paciente fue capaz de comprender que los problemas son parte de la vida diaria; sin embargo, es importante crear un plan de acción para dar soluciones factibles a los mismos.

Sesión 5.

Técnica de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried. En la sesión se aplicó dicha técnica de la siguiente manera:

Se hizo una retroalimentación de lo trabajado en la sesión anterior, con el fin de recordar y poder continuar con la segunda parte de la técnica.

Seguidamente se explicó los puntos a trabajar en esta sesión.

Luego de identificar y priorizar los problemas, se procedió a realizar una recogida de información por medio de preguntas que ayudaron a la misma.

Una vez, concluido este paso, se hizo énfasis en el por qué, el problema se sigue manteniendo.

Se elaboró una lista, en la cual se plantearon objetivos a alcanzar para cada problema, los cuales fueron realistas y en medida que podían ser por la paciente.

Junto a la paciente se desarrolló una lluvia de ideas y tomando en cuenta los objetivos planteados en el paso anterior, se elaboró varias soluciones.

Finalmente, se llevó a cabo una retroalimentación de lo trabajado durante la sesión, además de darle a conocer a la paciente que los dos siguientes pasos de la técnica se los trabajaría en la próxima sesión.

Cierre de la sesión.

Al finalizar la sesión, se consiguió plantear objetivos para cada problema presentado por la paciente, además de generar varias soluciones que sean factibles y realistas para cumplir con los objetivos propuestos.

Asimismo, la paciente realizó un gran trabajo, debido a que pudo analizar todas las situaciones y utilizar diferentes perspectivas para generar varias soluciones apropiadas para resolver sus conflictos.

Sesión 6.

Técnica de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried. En esta sesión se realizó una retroalimentación de lo realizado en la sesión anterior, con el fin de recordar y poder continuar con la tercera parte de la técnica.

Explicación de los pasos finales de la técnica (tercera parte) a trabajarse en la presente sesión.

Se continuó con el paso de toma de decisiones, en donde, se revisaron todas las soluciones propuestas y se analizaron las posibles ventajas y consecuencias de cada una, todo esto con la ayuda de preguntas realizadas hacia la paciente.

Una vez analizadas todas las soluciones, se procedió a escoger las que estaban más acordes y realistas, sobre todo al alcance de la paciente, para poner en marcha el plan de acción.

Se elaboró un plan de acción con cada una de las problemáticas y las soluciones a las mismas, lo cual sería llevado a la práctica por parte de la paciente.

Se entregó un autorregistro en el cual, la paciente podía registrar cada vez que ponga en práctica las soluciones, los resultados o avances que haya obtenido. Además, se le mencionó que cada vez que lo logre pueda darse una felicitación, como motivación para continuar.

Para finalizar, se realizó una retroalimentación de todo lo trabajado en la técnica durante las tres sesiones.

Cierre de la sesión.

Al finalizar, mediante la sesión abordada se pudo obtener como logro la buena toma de decisiones por parte de la paciente en cuanto a las soluciones de sus problemas, además, de sentirse motivada por trabajar en el plan propuesto y de poner en práctica lo aprendido, en su vida cotidiana.

Sesión 7.

Técnica de asertividad (Banco de niebla). La técnica del Banco de Niebla, propuesta por el psicólogo Manuel J. Smith, en 1996, consiste en crear una distracción ante los presentes mediante una serie de frases estratégicas, sin ceder en nuestra postura inicial y reconociendo los argumentos y quejas de lo demás; así, nuestra intervención no es considerada como un ataque directo. Además, esta técnica se recomienda para reaccionar ante críticas malintencionadas que intentan provocar sentimientos negativos de culpa, inseguridad, ansiedad, ira, etc. (Dongil y Cano, 2014).

Según Rodríguez (2022), la forma de llevar a cabo el procedimiento de esta técnica es la siguiente:

Ante una discusión o conflicto en una conversación, cuando una persona dice una frase o una crítica, es importante, reconocer una parte de verdad de esa afirmación, lo cual ayudará a ser reflexivo y cauto para poder tomar buenas decisiones.

No perder la calma, no ceder en nuestra postura, pero no dejarse llevar por las emociones que surgen en ese momento.

Controlar el tono de voz y el lenguaje, para no resultar agresivos.

Reflejar lo que nos dice la otra persona parafraseándola. Lo ideal es utilizar sus mismas palabras añadiendo una frase que deje clara nuestra postura.

Finalmente, evitar que la conversación no se desvíe, para poder cerrarla convenientemente.

Ludoterapia (mediante role-playing). La ludoterapia es la corriente psicoterapéutica que utiliza el juego como medio de interacción entre el terapeuta y el paciente, los cuales ayudan a modificar conductas, pensamientos y emociones de los mismos (Proaño, 2009).

La técnica del role-playing pretende facilitar la adquisición de capacidades tales como la perspectiva social, la empatía y el role-talking. En ella se trabajan conjuntamente aspectos tales como la dirección de las relaciones interpersonales, o las motivaciones racionales y emocionales que actúan en la toma de decisiones (Martín, 2014).

Según Martín (2014), la técnica de role-playing se realiza de la siguiente manera:

Motivación: en esta fase se crea un clima de confianza y participación entre el terapeuta y paciente, intentando que se reconozca el problema que se plantea.

Preparación de la dramatización: el terapeuta aporta los datos necesarios para llevar a cabo la representación, indicando cual es el conflicto, los personajes que intervienen y que situación o escena concreta se dramatiza. Para ello se puede ayudar de un breve escrito en el que se explique el problema.

Dramatización: durante la dramatización las personas que intervienen intentan asumir su rol acercándose lo más posible a la realidad y esforzándose por encontrar argumentos convincentes que hagan creíble su postura.

Debate: se analizan y valoran los distintos elementos de la situación que ha sido interpretada.

Durante la sesión se aplicaron dichas técnicas de la siguiente manera:

Psicoeducación acerca de la comunicación asertiva en la familia.

Se explicó a la paciente acerca de las técnicas a emplearse durante la sesión.

Se pidió a la paciente que mencione la situación familiar que le generaba conflicto.

Una vez lo mencionó, se procedió a explicarle que cuando esté en ese conflicto o discusión con su familia, es importante que pueda reconocer si en las frases dichas había algo de verdad.

Posterior a eso se informó a la paciente que debe mantener la calma ante el conflicto para no dejarse llevar por la situación, sin embargo, manteniéndose firme referente a lo que quiere comunicar y sus necesidades.

También, se explicó que es importante mantener un tono de voz adecuado y expresar un buen lenguaje corporal.

Finalmente, se procedió a realizar ludoterapia mediante la técnica de role-playing junto a la paciente de todo lo explicado, para mejor comprensión y lo pueda aplicar cuando se presente la situación conflicto.

Retroalimentación de lo aprendido.

Además, se envió como tarea para la casa a realizar ludoterapia en cuanto a juegos con la familia o actividades de recreación que sean de interés para todo el grupo familiar.

Cierre de la sesión.

Al finalizar mediante la aplicación de estas técnicas se logró que la paciente pueda reconocer e intervenir de mejor manera en los conflictos familiares, sobre todo aplicando una buena comunicación asertiva.

Sesión 8.

Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson. Edmund Jacobson, quien fue el creador del método de relajación progresiva a comienzos del siglo XIX fomenta un método para relajarse con el propósito de inducir al cuerpo a encontrar una tranquilidad mental al eliminar progresivamente tensiones musculares presentes. La técnica de relajación progresiva de Jacobson es un método, el cual nos permite la eliminación de tensión muscular, por medio de una relajación progresiva; ya que van a actuar cada una de las partes del cuerpo para encontrar estados adecuados de salud (Payne, 2005).

Este método tiene tres fases:

La primera fase se denomina de tensión-relajación. Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente.

La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.

La tercera fase se denomina relajación mental. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva posible o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo.

Según Payne (2005) esta técnica se la realiza de la siguiente manera:

Posición inicial: Se pide al paciente que cierra los ojos, se sienta en un sillón o se acueste en una cama lo más cómodamente para que su cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

Primera fase. Tensión-relajación.

Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):

Frente: Arrugar unos segundos y relajar lentamente. **Ojos:** Abrir ampliamente y cerrar lentamente. **Nariz:** Arrugar unos segundos y relajar lentamente. **Boca:** Sonreír ampliamente, relajar lentamente. **Lengua:** Presionar la lengua contra el paladar, relajar lentamente. **Mandíbula:** Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relajar lentamente. **Labios:** Arrugar como para dar un beso y relajar lentamente. **Cuello:** Flexionar hacia atrás, volver a la posición inicial. Flexionar hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente. **Hombros:** Elevar los hombros presionando contra el cuello, volver a la posición inicial lentamente.

Relajación de brazos y manos. Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relajar lentamente.

Relajación de piernas. Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas, glúteo, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relajar lentamente.

Relajación de tórax, abdomen y región lumbar. **Espalda:** Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros. **Tórax:** Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente. **Estómago:** Tensar estómago, relajar lentamente. **Cintura:** Tensar glúteos y muslos. El glúteo se eleva de la silla.

Segunda fase. repaso

La persona repasa mentalmente cada una de las partes que ha tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relajar aún más cada una de ellas.

Tercera fase. relajación mental

Finalmente, se pide al paciente que piense en algo agradable, algo que le guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien se le pide dejar la mente en blanco.

Durante la sesión se aplicó dicha técnica de la siguiente manera:

Explicación a la paciente de la técnica a emplearse en la sesión.

Se pidió a la paciente que se siente en un sillón lo más cómoda posible para que la técnica se realice de la mejor manera y que cierre los ojos.

Se inició con la fase de relajación – tensión, donde se explicó y se le pidió a la paciente que relaje y tensione cada uno de los músculos del cuerpo empezando desde el rostro, cuello, hombros, brazos y manos, piernas, tórax, abdomen y región lumbar.

Se continuó con la fase de repaso, la cual se realizó por dos veces más con intervalos de 15 segundos de descanso, entre cada serie, con el fin de relajar mucho más cada grupo muscular.

En la tercera fase se pidió a la paciente que se concentre o piense en un momento o situación que sea de su agrado, lo cual le ayudó a mantener una relajación mental.

Retroalimentación de lo aprendido.

Se envió como tarea para la casa, un autorregistro en el cual se le pidió a la paciente, que realice la relajación durante la semana y pueda anotar según una escala de 0 a 5, el nivel de relajación que sienta cada vez que lo realice.

Cierre de sesión.

Al final de la sesión, la paciente alcanzó un estado de relajación completa física y mental, debido a que supo manifestar que antes de iniciar el encuentro se sentía tensa; sin embargo, luego de realizar la técnica pudo estar más tranquila y relajada

Sesión 9.

Técnica de distracción. Las técnicas de distracción consisten en cambiar nuestro foco de atención, de manera voluntaria, desde nuestros pensamientos y sensaciones hacia otro estímulo que permita la disminución de esa ansiedad (Losada,2020).

Según Fernández (2020), la técnica se la realiza de la siguiente manera:

Para la selección de la tarea debemos tener en cuenta dos cosas: en primer lugar, que despierte nuestros intereses, y, por otro lado, es importante que la tarea suponga una relevante implicación conductual para la persona, es decir, que seamos sujetos activos a la hora de realizar esa actividad.

Escoger una tarea que nos resulte agradable y que implique cierta actividad (hacer ejercicio, cocinar, hacer sudokus o crucigramas, describir un objeto con todos los detalles posibles, leer, etc.)

Concentrarse en una tarea que facilita emociones placenteras, dejando de prestar atención a los elementos internos y disminuyendo los niveles de ansiedad.

Activación conductual (mediante role-playing). La activación conductual es un elemento indispensable en el entrenamiento de estrategias de regulación emocional, ya que ayuda a regular estas emociones mediante conductas placenteras para el individuo (Palacio, 2020).

Durante la sesión se aplicó dicha técnica de la siguiente manera:

Explicación a la paciente de la técnica a emplearse en la sesión.

Se le pidió a la paciente que se concentre en un objeto de los que se encontraba en la habitación.

Se realizaron preguntas referentes a las características del objeto, las cuales la paciente fue detallando.

Esta actividad se la repitió con dos objetos más.

Se le envió como tarea para casa, que escoja una actividad que sea de agrado para ella y la realice en los momentos que se sienta desregulada emocionalmente. Cabe recalcar

que se le mencionó que la actividad que haya escogido debe ser la que más le genere placer o satisfacción (en este caso, la paciente manifestó que le gustaba bailar y salir caminar).

Seguido se realizó un role-playing junto a la paciente en donde se plantearon situaciones que generen ansiedad, ira o miedo, en la paciente.

Luego se le dijo a la paciente que tenía que actuar al contrario de lo que sienta en el momento, es decir si se siente sin ganas de hacer nada, deberá realizar alguna actividad.

Esto se realizó en la sesión con tres situaciones diferentes (ira, tristeza, ansiedad).

Como tarea para casa, se envió a completar un registro, en donde, la paciente debía anotar como se siente antes y después de realizar la actividad propuesta.

Retroalimentación de lo aprendido.

Cierre de sesión.

Se logró que la paciente pueda reconocer y manejar de mejor manera sus emociones mediante las técnicas aplicadas.

Sesión 10.

Aplicación de reactivos psicológicos (re test) y seguimiento. Se realizó la aplicación nuevamente de los reactivos psicológicos (re test), con el fin de analizar los resultados y verificar si hubo o no mejoría en la sintomatología de la paciente luego de haber puesto en práctica el plan psicoterapéutico.

Retroalimentación y seguimiento de todo lo abordado en las diferentes sesiones, además, de hacer énfasis en todo lo aprendido durante las mismas, para que la paciente lo pueda poner en práctica cuando se le presenten algunas de las situaciones presentadas con anterioridad.

Finalmente, durante esta sesión, la paciente se observa con un buen estado de ánimo, además, de manifestar sentirse bien, tranquila y agradecida por todo el apoyo brindado durante toda la intervención psicoterapéutica.

Cierre de sesión.

Capítulo tres

Resultados

En relación a la intervención psicoterapéutica realizada pre y post- tratamiento, se evidencia que los resultados obtenidos son positivos y favorables, tanto en análisis cuantitativo, donde se compararon las puntuaciones de la aplicación de reactivos psicológicos; así como también, el análisis cualitativo, mediante la entrevista y observación psicológica.

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Figura 1

Resultados del Inventario de depresión de Beck



Nota. La figura muestra los resultados obtenidos pre y post- tratamiento.

En base a los resultados, tras la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI II), en el pre tratamiento la paciente obtuvo un puntaje de 11, lo que indica una depresión mínima, y luego de llevar a cabo el plan psicoterapéutico, en el post tratamiento, se alcanzó un puntaje de 2, lo cual se interpreta como una disminución significativa de los niveles de depresión (ver figura 2).

Figura 3

Resultados del Inventario de ansiedad de Beck

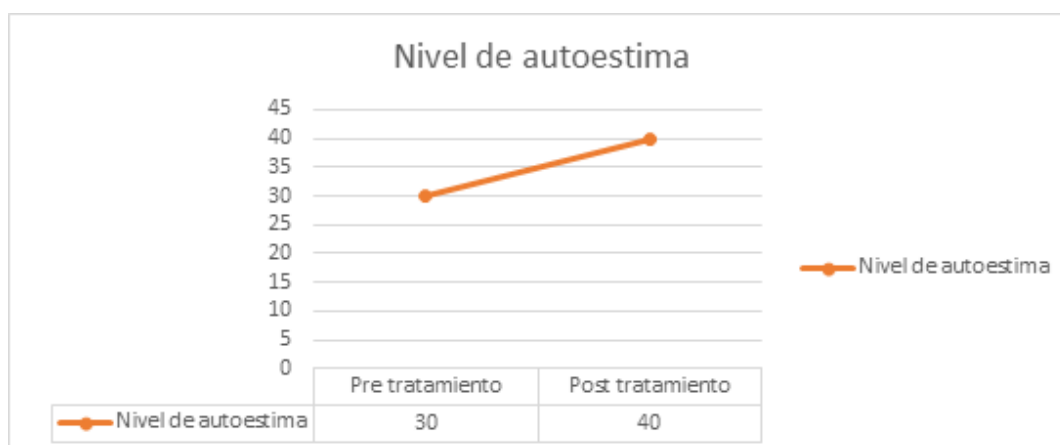


Nota. La figura muestra los resultados obtenidos pre y post- tratamiento.

En cuanto a los resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en el pre tratamiento la paciente obtuvo un puntaje de 11, interpretándose como ansiedad leve, y luego de la intervención psicológica, se observa una disminución considerable de los niveles de ansiedad, es así que, en el post tratamiento se consiguió un puntaje de 2, lo que denota ausencia de ansiedad (ver figura 3).

Figura 4

Resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg



Nota. La figura muestra los resultados obtenidos pre y post- tratamiento.

En relación a los resultados obtenidos, luego de la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, tanto en el pre como post tratamiento se consiguieron puntajes favorables, en el primer caso se obtuvo una puntuación de 30, lo que indica una autoestima

elevada, al igual que en el segundo caso, en donde, puntuó 40, es decir, la paciente posee una autoestima normal y se evidencia un incremento en el nivel (ver figura 4).

3.1. Análisis de resultados cualitativos

En cuanto a la interpretación realizada en base al test proyectivo “Persona Bajo la Lluvia” se evidenció en la paciente, es una persona con rasgos de personalidad eufórica, alegre, noble, espiritual e idealista. También, se resalta que es una persona que está encerrada y protegida del mundo; sin embargo, denota que está dispuesta a enfrentar los problemas que se le presentan.

Tras el proceso de intervención psicoterapéutica, mediante la aplicación de técnicas dirigidas a la regulación emocional, entrenamiento en resolución de problemas, comunicación asertiva se evidencia cambios favorables en la paciente a través de la observación clínica y apreciación del profesional, de modo que la paciente denotaba mayor motivación y estado de ánimo eutímico, adherencia al tratamiento, resolución eficaz de conflictos, proactividad, mejoría en el sistema familiar y la comunicación, así como una autovaloración positiva.

Discusión

En el presente caso de estudio, se expone los resultados obtenidos de una paciente de 57 años de edad, con un diagnóstico de problemas relacionados con los padres, además de realizar la comparación con otras investigaciones con el fin de analizar datos similares y conclusiones obtenidas de las mismas.

En cuanto al proceso de evaluación, se utilizaron varios instrumentos, uno de ellos fue el Inventario de Depresión de Beck, con el fin de evaluar la presencia de sintomatología depresiva; en el cual, al inicio del proceso, la paciente obtuvo una puntuación de 11, y tras la intervención, este puntaje disminuyó a 3. Estos resultados se relacionan con un estudio de caso, realizado por Pacheco (2020), en un paciente de 48 años con rol parental y dificultades en la relación con su figura materna, en el cual se evidencia que tras la intervención terapéutica y la aplicación del Inventario de Depresión de Beck existe una disminución significativa de la sintomatología. Asimismo, en otra investigación realizada por Peña (2019), en cuanto a la relación de la percepción de estilos de crianza y depresión en población adulta, concluyeron que, únicamente existe una relación estadísticamente significativa entre el estilo parental materno y el desarrollo de la depresión, respecto al estilo de crianza autoritario que podrían generar niveles de depresión elevados, caso contrario, a la figura paterna, debido a que no se encontró una relación entre el estilo de crianza paterno y la depresión, lo cual coincide con los resultados encontrados en este caso.

Además, se aplicó el inventario de Ansiedad de Beck, con el objetivo de evaluar la presencia de sintomatología ansiosa en la paciente, en dicho instrumento, antes de la intervención psicoterapéutica A.G. obtuvo una calificación de 11 puntos, y en el post tratamiento, existió una disminución significativa, a 2 puntos, resultados que coinciden con los de la investigación realizada por Muñoz et al. (2012), quienes concluyeron que, las personas que han sufrido violencia física o psicológica en su infancia, no ha influido significativamente para desencadenar un trastorno de ansiedad, tras la aplicación del inventario de Ansiedad de Beck a 4 adultos con problemas en las relaciones familiares.

Por otro lado, en cuanto a la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, con la finalidad de analizar el nivel de autoestima que presentaba la paciente, se obtuvieron resultados positivos tanto al momento del pre y post tratamiento, debido a que la paciente calificó 30 y 40 puntos respectivamente en este instrumento. Es así, que estos resultados, se relacionan con los de una investigación realizada por López (2022), a pacientes que acuden al servicio de psicología por problemas familiares, donde determinaron que los conflictos familiares influyen de cierta manera en la autoestima de los pacientes, ya que tras la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, los participantes, mostraron puntajes para una autoestima media, razón por la cual, consideraron conveniente realizar un plan terapéutico, para llevarlo a la práctica, el cual dio resultados favorables, puesto que en el post tratamiento los participantes elevaron su puntaje en la escala, manifestando autoestima elevada.

Finalmente, se utilizó el Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad, para evaluar si existía algún tipo de trastorno o rasgo predominante en la paciente, obteniéndose mayores puntajes en las personalidades: histriónico (4 puntos), narcisista (3 puntos) y anancástico (2 puntos). Dichos resultados concuerdan con los de un estudio realizado por Fernández et al. (2022), a personas adultas que han pasado por episodios de violencia familiar, tanto con pareja, padres, hermanos, etc. En el cual, tras la aplicación del Cuestionario de Salamanca de Trastornos de la Personalidad, evidenciaron que la población sujeta a investigación, puntuaron con mayor frecuencia para rasgos de personalidad con tendencia a la actuación, deseo y búsqueda por ser el centro de atención; es decir, una personalidad histriónica, así como también rasgos de personalidad que tienden a la dependencia emocional.

Luego del análisis de los resultados obtenidos tras el proceso de evaluación (aplicación de reactivos, observación e historia clínica), se llegó a la conclusión que, la paciente al no cumplir con los criterios necesarios para presentar un trastorno, se procedió a categorizarlo dentro de los códigos Z, específicamente el diagnóstico Z63.1 Problemas

relacionados con padres o familia política, el cual se ajusta a la problemática presentada por A.G.

Referente al proceso de intervención, se aplicaron técnicas correspondientes al enfoque cognitivo conductual, tales como: psicoeducación, técnica ABCDE, técnica de parada del pensamiento, resolución de problemas, relajación progresiva, activación conductual (role-playing), puesto que se ha evidenciado la efectividad de las mismas, en casos o investigaciones semejantes. Una de ella es la realizada por López (2022), a pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva desencadenada por problemas en las relaciones familiares; en donde, utilizaron todas las técnicas antes mencionadas, concluyendo que tienen una gran eficacia, debido a que, redujeron considerablemente la sintomatología de las variables descritas anteriormente, así como la mejora de las relaciones intrafamiliares.

Al igual, en otro estudio realizado por González (2019), a mujeres adultas víctimas de violencia psicológica en su núcleo familiar, desarrollaron síntomas depresivos, por lo que intervinieron con el objetivo de reducir dicha sintomatología, llegando a la conclusión que la terapia cognitiva conductual es eficaz para el tratamiento de estos problemas, específicamente la aplicación de la técnica de solución de conflictos, para un mejor manejo en la resolución de los problemas intrafamiliares.

De igual manera, Espada (2019), realizó una investigación de la eficacia de la terapia cognitivo conductual, en adultos que han sufrido violencia intrafamiliar desencadenando sintomatología y trastornos de ansiedad, en dicho estudio, algunas de las técnicas empleadas fueron la relajación progresiva y reestructuración cognitiva, enfocada en el autorregistro, determinando así, que son eficaces en la disminución significativa de sintomatología ansiosa, para este tipo de diagnóstico, así como también la modificación de pensamientos adaptativos para mejora en las relaciones intrafamiliares.

En función de lo expresado con anterioridad, cabe mencionar que el caso clínico presentado posee una relevancia en el ámbito clínico, puesto que las técnicas utilizadas durante todo el proceso de intervención, son eficaces para este tipo de tratamiento, es así que pueden utilizarse en futuras investigaciones o aplicaciones como mejora del bienestar

emocional del paciente, en casos similares. En cuanto al ámbito social, este trabajo contribuye con el objetivo de la fundación, de la cual es parte la paciente, el cual se enfoca en brindar atención psicológica a personas víctimas de violencia física o psicológica y cubrir necesidades en cuanto a salud mental, priorizando su bienestar.

Finalmente, en el proceso de intervención existieron limitaciones, una de ellas es que la paciente por su estado de salud debía acudir a varias citas médicas, lo cual le impedía asistir a las consultas planificadas previamente, retrasando muchas veces la continuidad del caso; sin embargo, se realizó la adaptación de los horarios a la disponibilidad de la paciente, concluyendo el caso con normalidad.

Conclusiones

Situaciones de violencia en la infancia pueden desencadenar sintomatología y manifestaciones emocionales en la vida adulta de las personas, lo cual interfiere en su calidad de vida y el desarrollo de relaciones interpersonales; es así, que en el presente estudio caso, tras haber realizado el proceso de evaluación, si bien existía un malestar emocional en la paciente debido a problemas familiares y eventos de violencia durante su infancia, así como la situación legal lo cual se encontraba atravesando, dichos síntomas evidenciados no cumplieron con la intensidad, duración ni tiempo para constituir un trastorno emocional.

A. G. a pesar de no cumplir con los criterios establecidos en los manuales para un trastorno como tal, si manifestó sintomatología ansiosa leve; en la cual se trabajó para lograr estabilidad emocional, mediante la aplicación de técnicas relacionadas al enfoque cognitivo conductual, debido a la alta eficacia que ha demostrado en el tratamiento de situaciones o casos similares.

Tras el proceso de intervención en la paciente se evidenció cambios positivos, tales como la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como también el mejoramiento de la comunicación asertiva y relaciones intrafamiliares; además, la buena predisposición y adherencia al tratamiento, lo cual favoreció al proceso y al cumplimiento de los objetivos planteados, culminando la intervención de manera exitosa y eficaz.

Recomendaciones

Se recomienda que la paciente pueda acudir a terapia familiar, con el fin de fortalecer los vínculos afectivos, asimismo que pueda solicitar asesoría hasta culminar la situación legal por la que atraviesa.

Se sugiere a la paciente que pueda aplicar las técnicas aprendidas durante las sesiones, en el caso de presentar alguna situación que le genere malestar; además, fortalecer sus redes de apoyo y reforzar la relación con sus hijos.

Finalmente, es importante que la paciente continúe con un seguimiento periódico, con el objetivo de seguir trabajando en la regulación emocional, comunicación asertiva, proactividad, autovaloración y autoestima; así como también, evitar posibles recaídas o exacerbación de la sintomatología que configuren un cuadro clínico.

Referencias

- Bados López, A., y García Grau, E. (2014). Resolución de problemas. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/54764>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Belmes, D., Pano, P., Gaitan, L., Nimcowicz, D., y Wainszelbaum, D. (2007). La observación, herramienta en la formación del psicólogo. In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-073/117>
- Cervera, I., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández-Fernández, V. y Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del psicólogo*, 41(3), 219-232. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Dongil, E. y Cano, A. (2014). Habilidades sociales. *Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*, 120-150.
- Espada, Y. (2019) Terapia cognitiva-conductual aplicada en casos de ansiedad generalizada en adultos por violencia intrafamiliar. *Universidad Panamericana*. <https://bit.ly/3Pc5nwc>
- Fernández, J. (2020). *Técnicas de distracción y descripción de la ansiedad*. Grupo NB Psicología. <https://bit.ly/43B0yRw>
- Fernández, P., Fernández, N. y Verdugo-Castro, S. (2022). Gestión emocional em menores maltratados. Verdugo-Castro, S. y Sánchez-Gómez, M. (Eds.), *Libro de material docente. Volumen I. Metodología de la investigación cualitativa*. (pp. 155-167). Universidad de Salamanca
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). *La violencia contra niñas, niños y adolescentes tiene severas consecuencias a nivel físico, psicológico y social*. UNICEF. <https://bit.ly/3N6z1k3>

- Flores, J. (2020). Aportes teóricos a la violencia intrafamiliar. *Cultura: Revista de la Asociación de Docentes de la USMP*, 34, 179-198. <https://doi.org/10.24265/cultura.2020.v34.13>
- Giner, F., Lera, G., Vidal, M., Puchades, M., Rodenes, A., Císcar, S., Chiclana, C., Martín, M., Garulo, T., Tapia, J., Díaz, E. y Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799.
- González, M. (2020). Intervención cognitivo conductual en mujeres víctimas de violencia psicológica con depresión de CINAMU-Los Santos. [tesis de maestría, Universidad Especializadas de las Américas]. Repositorio RI-UDELAS. <https://doi.org/10.57819/rf8p-j253>
- Illescas, M., Tapia, J. y Flores, E. (2018). Factores socioculturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Killkana Sociales: Revista de Investigación Científica*, 2(3), 187-196.
- Landiscrini, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de salud mental*, 6(25), 126-129.
- López Ortiz, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en pacientes asistentes a psicoterapia: ansiedad, depresión, autoestima, satisfacción con la vida y relaciones familiares. *Revista de psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 208-230. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/136898>
- Martín, X. (2014). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, lenguaje y educación*, 4(15), 63-68. <https://doi.org/10.1080/02147033.1992.10821033>
- Matángolo, G. (2019). La violencia en la institución familiar: estilos de crianza, disciplina y Maltrato Infantil. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 23(1), 1-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339666619003>
- Muñoz, E., Canales, A., Bados, A., y Saldaña, C. (2012). Terapia familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 42(2). 259-272. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/258940>

- Ortega, M. y Peraza, C. (2021). Violencia intrafamiliar: la reparación integral como un derecho en el Ecuador. *Iuris Dictio*, (28), 107-118. <http://dx.doi.org/10.18272/iu.v28i28.2145>
- Pacheco, M. (2020). Un caso de terapia sistémica breve para un hijo en rol parental. [tesis de maestría, Universidad Iberoamericana Puebla]. Repositorio Iberopuebla. <https://hdl.handle.net/20.500.11777/4933>
- Palacio, V. (2020). Propuesta de intervención en regulación emocional dirigida a mujeres adolescentes infractoras. [tesis de grado, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. Repositorio Institucional RIUCV. <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1338>
- Payne, R. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Editorial Paidotribo.
- Peña-Guerras, L. (2019). Relación entre la percepción de estilos de crianza, la depresión y el consumo de sustancias en el adulto. [tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/53185>
- Pérez-Acosta, A., Rodríguez, A., y Vargas, M. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, 16(2), 341-348.
- Proaño M. (2009). *El funcionamiento del juego en la psicoterapéutica del centro Kontikion*. [tesis de maestría, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio USFQ. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/244>
- Rodríguez, A. (2016). *El referente significativo parental y la conducta en los adolescentes de 10mo año de la Unidad Educativa Rumiñahui en la ciudad de Ambato Provincia de Tungurahua*. [tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Universidad Técnica de Ambato. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/19572>
- Ruíz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Desclée De Brouwer
- Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59–84.

- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280. <https://bit.ly/3qF85jD>
- Suárez, L. (2016). Conceptualizaciones acerca de la entrevista psicológica en el marco de la consulta [tesis de grado, Universidad de la República de Uruguay]. Repositorio Institucional Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7905>
- Sunieska, W. y Salazar, C. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta médica espirituana*, 21(1), 96-105.
- Torres, C. Hernández, E., Villalba, M., Hernández, C., Manrique, L. y Figueredo, S. (2020). Diferencias socioeconómicas presentes en la niñez con repercusiones en la salud en la edad adulta. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(2), 481-489. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3486>
- Vásquez, A., García-Bóveda, R. y Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Veloz, M. (2020). Rasgos de personalidad y tipos de atención en estudiantes a choferes profesionales. [tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Digital UNACH. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7170>
- Querol, S., y Chaves, M. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: JVE Psique.