



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN EN TERAPIA  
COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO DE CONFLICTO DE  
PAREJA**

**PRESENTADA POR  
KAREN VALERIA VIGO MARTINEZ**

**ASESOR  
PAUL ROGER BROCCA ALVARADO**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2021**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN EN TERAPIA  
COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO DE CONFLICTO DE PAREJA**

**TESIS PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:  
KAREN VALERIA VIGO MARTINEZ**

**ASESOR:  
Mg. PAUL ROGER BROCCA ALVARADO  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1093-028X>**

**LIMA, PERÚ  
2021**

A Dios y mi familia, por brindarme fuerzas para lograr salir adelante y guiarme siempre en cada paso.

## **Agradecimientos**

A mi alma mater, a la Universidad de San Martín de Porres, que me ha brindado la oportunidad de asumir y lograr retos referentes a mi vida profesional.

A mis padres, por el apoyo incesante en mi crecimiento profesional.

A mis maestros de la Universidad, que contribuyeron grandemente en mi desarrollo profesional otorgándome siempre información adecuada y pertinente que me ayudó a reforzar mi pasión por la carrera.

A mi asesor, Paul Brocca, por su brillante labor, brindándome sus conocimientos para realizar este estudio, por su exigencia y reforzar plenamente mis conocimientos cada vez que lo requería.

## Índice

Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Introducción	vii
Capítulo I: Marco Teórico	8
1.1 Modelo: Terapia Cognitiva Conductual	8
1.1.1 Antecedentes Históricos	8
1.1.2 Principios del Modelo Cognitivo Conductual	10
1.1.3 Principales Representantes	10
1.1.4 Técnicas Cognitivo – Conductual	14
1.2 Relación de Pareja	18
1.2.1 Concepto de Relación de Pareja	18
1.2.2 Componentes de una Relación de Pareja	19
1.2.3 Tipos de Pareja	20
1.3 Conflicto de Pareja	21
1.3.1 El Conflicto en las Parejas	21
1.3.2 Componentes de un Conflicto desde la Terapia Cognitiva Conductual	23
1.3.3 Áreas Influyentes en el Conflicto de Pareja	26
1.4 Celos	27
1.4.1 Definición	27
1.4.2 Causas de los Celos	28
1.4.3 Tipos de Celos	29
1.5 Autoestima	31

1.5.1 Definiciones	31
1.5.2 Dimensiones de la Autoestima	33
1.5.3 Autoconcepto y Autoestima	35
1.5.4 Esquemas Disfuncionales	36
1.6 Déficit de Asertividad	38
1.6.1 Definición de Asertividad	38
1.6.2 Dimensiones de la Conducta Asertiva	39
Capítulo II: Presentación del Caso	41
2.1 Datos de Filiación	41
2.2 Motivo de Consulta	41
2.2.1 Episodios Previos	44
2.3 Procedimiento de Evaluación	50
2.3.1 Historia Personal	50
2.3.2 Examen Mental	58
2.3.3 Pruebas Psicológicas	59
2.4 Informe Psicológico	60
2.5 Identificación del Problema	65
Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica	71
3.1 Especificación de los Objetivos del Tratamiento	71
3.1.1 Objetivo General	72
3.1.2 Objetivos específicos	72
3.2 Diseño de Estrategias de Tratamiento o Intervención	72
3.3 Aplicación del Tratamiento o Procedimiento	75
3.3.1 Sesiones de Intervención Terapéutica	75
Capítulo IV: Resultados y Seguimiento	111
4.1 Resultados	111

4.2 Seguimiento	113
4.2.1 Sesión de Seguimiento N° 1	113
4.2.2 Sesión de Seguimiento N° 2	115
Capítulo V: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones	118
5.1 Resumen	118
5.2 Conclusiones	119
5.3 Recomendaciones	120
Referencias Bibliográficas	121
Anexos	130

## Introducción

El presente estudio que lleva como título “Intervención en Terapia Cognitiva Conductual en un caso de Conflicto de Pareja”, en el cual se entiende el conflicto de pareja como el proceso interpersonal que se da cuando las acciones de una persona interfieren con las de la otra, sin lograr contar con habilidades pertinentes, como, comunicación asertiva y habilidades de solución de conflictos para llegar a un acuerdo mutuo, además, donde los motivos de estos conflictos pueden ser, por dinero, actividades del hogar, desconfianza o expectativas, así también, se reconoce como uno de los factores relevantes a los esquemas cognitivos disfuncionales de cada integrante de la pareja.

La característica principal de este estudio es el trabajo que se realiza con solo un integrante de la pareja, por lo que son sus pensamientos, conductas e inadecuado manejo de emociones que generan conflicto en su relación marital.

Para analizar esta problemática es necesario de mencionar sus causas. Una de ellas es la autoestima, déficit de asertividad, celos y la dificultad en el control emocional, por el cual se trabaja mediante el fortalecimiento de su autoestima, el incrementar habilidades sociales, siendo recursos de afrontamiento importantes que permiten reducir los niveles de ansiedad y de estrés, y mejorar la convivencia con uno mismo y con otros, corrigiendo creencias, conductas, que llevan a la persona a repetir, a rumiar y a evitar situaciones generándoles malestar significativo; sabemos que la terapia cognitiva conductual favorece la flexibilización de estas creencias y patrones conductuales.

La investigación de este estudio se realizó por el interés de conocer sobre los factores que generan los conflictos con los demás y con las relaciones de pareja, así mismo, se observa en la gran incidencia de casos que son atendidos en nuestro sistema de salud, en donde el contexto de pandemia por la Covid - 19 ha influenciado también significativamente en las relaciones de pareja, por el cual se evidencia un alto número de divorcios donde los daños repercuten sobre todo en los niños o hijos de esas familias (Minsa, 2021).

Por estas razones, es que se requiere una intervención psicológica que demuestre cambios significativos tanto en el paciente como en el desarrollo de su relación a lo largo del tiempo. Bajo estas premisas, la Terapia Cognitivo Conductual es la que se llevará a cabo debido a que se intervendrá principalmente en la modificación y reestructuración de los pensamientos distorsionados por otros más adaptativos, logrando con ello que la paciente se adapte y logre afrontar situaciones difíciles de manera adecuada.

## Capítulo I: Marco Teórico

### 1.1 Modelo: Terapia Cognitiva Conductual

#### 1.1.1 Antecedentes Históricos

Entre los antecedentes filosóficos más antiguos, se encuentra la filosofía estoica dada en los años 350 a.C. al 180 d.C., siendo fundada por Zenón de Citio, el cual da inicio a la influencia cognitiva, ya que es basada en el autocontrol de las emociones o pasiones que perturbaban la vida del sujeto, con el fin de dirigir la vida de la persona hacia la felicidad y libertad, a través de la razón y la virtud.

Así mismo, es importante mencionar a Epicteto, quien desarrolló esta doctrina en su obra "Enchiridion" donde afirma que: "Los hombres no se perturban por las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen", basándose Ellis en estos escritos filosóficos para sustentar su teoría inicial llamada "Terapia Racional", en el cual se evidencia el lado subjetivo de la realidad y la función que cumplen los pensamientos en las emociones o pasiones (Ruiz y Villalobos, 2012).

Por otro lado, la cultura oriental realiza también un aporte similar, desde la filosofía religiosa del budismo y el taoísmo.

Con relación al budismo se encuentra representado por Buda o Gautama (566 a.C.) quien proponía la liberación de sufrimiento y el camino hacia ella mediante el dominio propio de pensamiento o pasiones humanas, e incluso mediante acciones virtuosas, que llevarían al sujeto a un estado de liberación del sufrimiento, el cual llamaban "Nirvana".

En cuanto al taoísmo, fue fundado por Lao – Tse (VI a.C) esta doctrina plantea la forma correcta de realizar las cosas, mediante la armonía y sincronización, siguiendo el modo natural del funcionamiento del universo, y tiene como objetivo el poder alcanzar la inmortalidad (Hernández y Sánchez, 2007).

Con el pasar del tiempo aparece la influencia de otras corrientes; como es el Racionalismo, teniendo como autores a René Descartes, Leibniz y Spinoza, quienes afirmaban que el razonamiento deductivo era fuente principal del conocimiento basándose en elementos evidentes; por lo contrario, el Empirismo, representado por Francis Bacon, John Locke y Hume, proponían que el conocimiento se basa de la experiencia del sujeto.

Adicionalmente en el Siglo XX, se muestra la corriente Fenomenológica, representada por Husserl, y la corriente Existencial propuesta por Heidegger, quienes destacan la importancia del rol de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, al igual que el papel de la conciencia y actos conscientes.

Dentro de los orígenes históricos del modelo cognitivo conductual, existe también orígenes psicológicos, adicionales a los orígenes filosóficos anteriormente mencionados, en el cual destaca el aporte por parte de la escuela soviética, con Pavlov quien realizaba estudios experimentales de condicionamiento, en el cual a ciertos estímulos llamó "estímulos neutros" y eran los que provocaban distintas respuestas.

Luego, Watson en su publicación "Manifiesto Conductista" promueve el uso de métodos objetivos en las investigaciones psicológicas, lo que generó que el campo de la conducta humana sea sometido a investigación (Plasencia, 2013).

En el Siglo XX, fue Thorndike quien desarrolló dos leyes básicas relacionadas al aprendizaje, siendo éstas, la ley del efecto y la ley de la práctica, en ellas se explicaba cómo se puede adquirir una respuesta, mientras que en el segundo explicaba el efecto del aprendizaje en sí. Son los trabajos realizados por Thorndike que incentivó la investigación de su alumno Skinner acerca del Condicionamiento Operante, lo cual consistía de la presencia de dos condicionamientos con diferentes tipos de respuestas, donde por una parte se hablaba del condicionamiento respondiente, el cual continuaba lo explicado por Pavlov, mientras que el condicionamiento operante se daba en función de la ley del efecto Thorndike, con ello Skinner reafirma que las conductas eran dirigidas en base a las consecuencias de la misma, y son estas

consecuencias que van a acompañar a las respuestas y predecir su probable aparición con el tiempo (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

### **1.1.2 Principios del Modelo Cognitivo Conductual**

Según Habigzang (2019), menciona los siguientes principios básicos acerca del Modelo Cognitivo Conductual, el cual son los siguientes:

- El ser humano se perturba mayormente por la percepción que presenta hacia diversas situaciones, más que por las situaciones como tal.
- Se basa en la interacción de aspectos biológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de la persona en relación con diversas situaciones experimentadas.
- Los procesos cognitivos están asociados a los procesos y mecanismos de aprendizaje.

Por otro lado, Amaro y Tomas (2009), refieren tres principios, relacionados también con el modelo, coincidiendo con los anteriormente mencionados, lo cual mencionaremos a continuación:

- El modelo cognitivo conductual mezcla la teoría del aprendizaje con el procesamiento cognoscitivo de la información.
- Explica la instauración de las conductas desde la infancia y adolescencia.
- Se convierte en la fusión de la teoría del modelo conductual y modelo cognitivo.

### **1.1.3 Principales Representantes**

**1.1.3.1 Aaron Beck.** Nacido en 1921, Aaron Temkin Beck fue Psiquiatra estadounidense, graduado de la Universidad de Brown en el año 1942 y de la Escuela de Medicina de Yale en el año 1946; además, fue el creador de la terapia Cognitiva a comienzos de los años sesenta, en la actualidad es presidente del Instituto de Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva y se desempeñó como profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pensilvania.

Por otro lado, este autor definía a su terapia como el procedimiento activo, directivo y estructurado utilizado para tratar diversas alteraciones psiquiátricas (Beck et al. 2002), basándose en que la conducta del individuo y las consecuencias de este, van a estar

determinados por el modo en que percibe su mundo; teniendo como finalidad del modelo el cambio en las cogniciones, emociones y conductas del sujeto, sobre todo en los esquemas desadaptativos que pueda presentar (Beck et al., 2010).

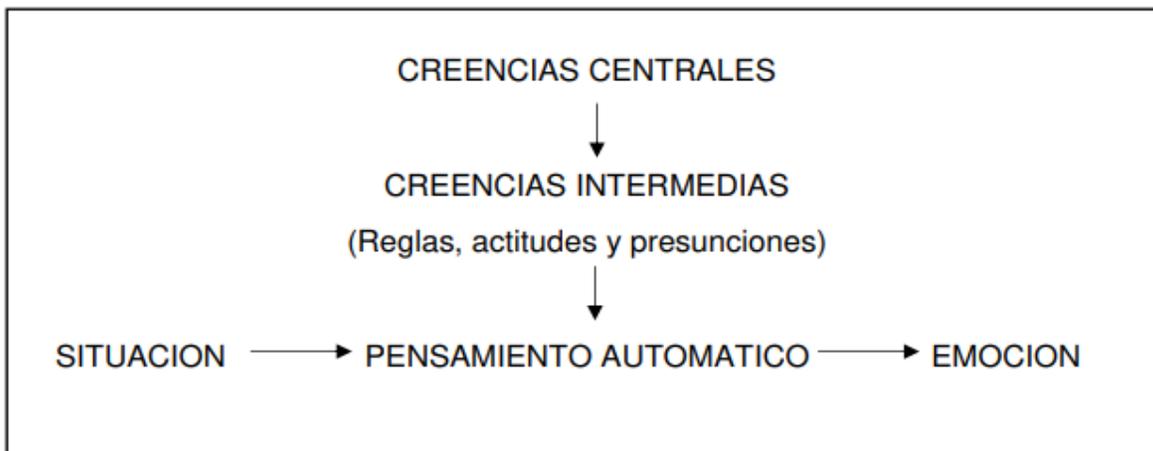
No obstante, es importante mencionar las principales características de este modelo, que daremos a conocer a continuación (Beck et al., 2002):

- El empirismo colaborativo, donde el terapeuta se encuentra en constante interacción con el paciente, y realiza la estructuración de cada sesión según sus objetivos.
- La terapia centrada en los problemas actuales, es decir se centra en los síntomas mencionados en el motivo de consulta, más que en los sucesos en edades tempranas, a excepción si esto ayudara a resolver algún hecho actual; su objetivo central será trabajar en los pensamientos y sentimientos del paciente en cada sesión, mediante programas y tareas para el paciente.
- Significativa importancia en la investigación empírica de los pensamientos, sentimientos, deseos o actitudes en la exploración de las experiencias psicológicas internas del paciente.
- Explica la aparición de creencias o ideas distorsionadas que pueda presentar el paciente sobre sí mismo, su entorno y su futuro, en forma de hipótesis, con el fin de comprobar estos pensamientos de modo sistemático.

En esta terapia se presentan tres tipos de pensamientos, dentro de ellos se encuentran; las creencias centrales, creencias intermedias y los pensamientos automáticos, como se muestra en la Figura 1.

### Figura 1

*Tipo de pensamientos según Beck*



Tomado de Beck, A. Rush, J. Shaw, B. & Emery, G. (2002)

Los Pensamiento automáticos, son mayormente proposiciones específicas referidas a una situación concreta, de forma verbal o como imágenes mentales, donde generalmente son fugaces y breves, e incluso si fuesen irracionales, pueden llegar a ser aceptados como ciertos, lo que genera que el sujeto tome mayor importancia a la emoción que se da desde ellos, teniendo en cuenta que se da mediante el aprendizaje desde la infancia y mediante la familia, amigos, o medios de comunicación para la interpretación de los sucesos (Taípe et al., 2017).

Del mismo modo que adquirimos o construimos los pensamientos automáticos, sucede con las creencias centrales, ya que son interpretaciones profundas, sin tener una clara conciencia de ellas, consideradas en la persona como verdades absolutas que salen a flote generalmente cuando se encuentran interpretando una situación, dejándose llevar por aquella creencia y omitiendo otros fundamentos que la puedan contradecir, además; constituyen el nivel esencial de creencia, son globales, rígidas y se generalizan en exceso.

Por último, las creencias intermedias vienen a ser más fáciles de modificar ya que se asocian a aspectos más secundarios y tienen menor relevancia que las centrales, y se activan generalmente en situaciones problema, estas pueden ser reglas o supuestos, lo que influye en la forma que la persona ve algunas situaciones e incluso en su pensar, sentir y actuar (Camacho, 2003).

**1.1.3.2 Albert Ellis.** Se conoce a Albert Ellis como el fundador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en el año 1955, con ello desafía el enfoque psicoanalítico y se dirige hacia un tipo de psicoterapia más activa y directa, influenciado por filósofos como Epícteto y Marco Aurelio, coincidían en que las personas son capaces de dirigir sus actos en base a las creencias que poseen y elaboran reacciones propias desde la percepción que presentan de un suceso (Ríos, 2018).

La teoría de Ellis relacionada a la TREC, se basa en la interpretación que realiza el ser humano hacia su vida y hechos que le ocurran (Ruiz y Fusté, 2015), además afirma que las cogniciones, emociones y el propio comportamiento se encuentran directamente relacionados (Ellis, 2004), es decir que las cogniciones darán lugar a una o varias emociones y con ello generará un comportamiento específico, dando a entender que las emociones conllevan un rol importante, ya que ayuda a la persona a superar dificultades y lograr objetivos, el ser humano tiene la capacidad de adaptarse adecuadamente cuando no se presenta la situación según sus deseos o expectativas, lo que impulsa al individuo a generar emociones positivas o negativas (Ellis y Grieger, 2003).

**1.1.3.2.1 Terapia Racional Emotiva Conductual.** Ellis (1997), plantea que los seres humanos presentan tanto tendencias innatas como adquiridas que permiten al sujeto tener control de su propio destino y sus emociones. Con ello emplea una teoría llamada A – B – C, en donde “A” es igual a la situación o evento que enfrenta la persona; “B” viene a ser la creencia o pensamiento que desarrolla el sujeto y “C” es la reacción que puede ser una conducta o emoción que va a manifestar la persona.

La interacción de estos tres elementos viene a ser de la siguiente manera: La situación o hecho activador (A) va a generar una serie de pensamientos o creencias (B) lo que traerá como consecuencia diversas emociones y conductas (C).

Sin embargo (A) no va a ser siempre el causante de malestar del sujeto, sino la percepción o interpretación que tenga el sujeto sobre ese suceso.

Adicionalmente, Ellis agrega y sustenta los siguientes componentes dentro de la TREC; en primer lugar, el componente “D” que viene a ser el debate o discusión interna entre las creencias racionales e irracionales con el fin de deshacer la creencia o pensamiento irracional, y “E” como la nueva respuesta emocional o conductual del sujeto (Lega et al., 2017).

Por otro lado, los pensamientos o creencias que genera el sujeto, pueden ser creencias racionales o creencias irracionales; en donde las creencias racionales vienen a ser las cogniciones evaluativas de cada individuo, el cual se expresará en forma de afirmaciones asertivas, como “Me gustaría” o “Desearía”, y se consideran racionales también porque no limitan el logro de objetivos del paciente ni de las demás personas con quien se relacione (Ruiz y Fusté, 2015).

Mientras que las creencias irracionales, suelen ser absolutas y poco lógicas, sin presentar sustentos o evidencias de ello, originados desde la infancia temprana del individuo y transmitido por la familia, la sociedad y las instituciones, esto genera en el sujeto emociones negativas como culpabilidad que van a impedir el logro de objetivos de la persona y lo expresará en términos como: “Debería” o “Tengo que” (Marín, 2006).

#### **1.1.4 Técnicas Cognitivo – Conductual**

En cuanto a las Técnicas Cognitivas, tienen la finalidad de explorar y detectar pensamientos automáticos y comprobar su veracidad, asimismo las Técnicas Conductuales, tienen el objetivo de brindar experiencias vividas o concretas para comprobar diversas asociaciones cognitivas del sujeto y con ello reforzar las conductas deseables o eliminar las conductas desadaptativas.

Entonces las Técnicas Cognitivo-Conductuales tienen como fin, disponer de herramientas que permitan la ejecución de nuevas experiencias, modificando diversas distorsiones cognitivas o creencias personales del sujeto (Ruiz et al., 2012).

**1.1.4.1 Técnicas Cognitivas.** Siguiendo a Beck, se considera a las Técnicas Cognitivas como el conjunto de técnicas que permite la autocuestionamiento en el sujeto, con el fin de identificar y reestructurar los pensamientos negativos, se menciona a continuación los dos procedimientos fundamentales de estas técnicas (Beck, 2015):

**a) Autorregistro**

Se emplea desde la primera parte de la intervención con el paciente para recoger información sobre el estado emocional diario e identificar ante qué condiciones es que incrementa o disminuye su malestar.

Este autorregistro se compone de seis columnas, lo cual en la primera se coloca el día y hora de los sucesos; en la segunda, se ubica la situación desencadenante de manera concreta; en cuanto a la tercera columna se anota la emoción o emociones que experimenta el sujeto, así como su intensidad de cada una de ellas; en la cuarta columna, se apuntan los pensamientos automáticos o imágenes referentes a la situación.

Una vez desarrollado la identificación de pensamientos automáticos, estableciendo el autodebate y comprobando la veracidad de ellos, se adiciona dos columnas más, que vienen a ser; la quinta columna, donde se ubica las respuestas alternativas a los pensamientos automáticos de forma explícita, y la sexta columna contendrá el resultado de la reevaluación de credibilidad de los pensamientos iniciales junto a la intensidad de las emociones.

**b) Descubrimiento guiado**

Aquí el paciente será guiado por el terapeuta a alcanzar nuevas perspectivas que enfrenten sus creencias disfuncionales mediante un cuestionamiento socrático, esto se da por medio de preguntas abiertas, como:

- ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?
- ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?
- ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esa manera?

Dentro de estas técnicas, se encuentran técnicas específicas, siendo más utilizadas, las siguientes:

- Técnicas de retribución: Se aplica cuando el paciente tiende a culpabilizarse de las situaciones que vive, en donde el profesional y el paciente deberán buscar los sucesos que dieron lugar a la atribución, para aclarar al paciente la responsabilidad que le corresponde de la situación vivida.
- Técnica de conceptualización alternativa: Se basa en la búsqueda de diferentes interpretaciones a las que genera el paciente en un primer momento, con la ayuda del terapeuta, y con ello tener explicaciones diversas a los problemas que plantea el sujeto.
- Técnicas basadas en la imaginación: Estas técnicas tienen la finalidad de detectar imágenes visuales, y desde ahí cambiar los pensamientos asociados a ello que le generan malestar, manteniendo la imagen en mente y consultando el cambio de sentimiento y conductas que le genera.
- Resolución de problemas: Se emplea con la finalidad de hallar soluciones a situaciones que el paciente consideraba no tenerlas, realizando, la identificación del problema, descripción de ello, ejecutar lista de alternativas de solución, evaluar y escoger una opción de la lista, finalmente ponerlo en práctica para verificar su eficacia.

- Reestructuración cognitiva: Modifica las distorsiones y las sustituye por otros pensamientos más asertivos y realistas en el paciente, pasando antes por una psicoeducación sobre la relación entre pensamiento, emoción y conducta.

**1.1.4.2 Técnicas Conductuales.** Las técnicas mencionadas a continuación tienen el objetivo de comprobar la validez y veracidad de sus pensamientos automáticos o creencias, con ello descubrir que algunos pensamientos van a influir negativamente en la emoción y motivación para ejecutar alguna actividad o conducta, siendo estas técnicas las siguientes (Ruiz et al., 2012):

- Programación de actividades: Consiste en la programación de actividades diarias que ejecutará el paciente, con el fin de que se sienta funcional y con la capacidad de controlar y realizar sus actividades, el cual es importante que estas actividades sean realistas y propuestas entre terapeuta y paciente.
- Role – playing: Se trata en ocupar un rol determinado, ya sea por el terapeuta, el paciente o ambos; en donde el paciente pueda observar de manera diferente a las situaciones que le generan malestar, comprobando que los pensamientos sobre lo que ocurrirá no son necesariamente ciertos.
- Relajación: Se utiliza para reducir la ansiedad que interfiere en el afrontamiento adecuado a una situación particular.
- Entrenamiento asertivo: Esta técnica permite entrenar al paciente para que pueda desarrollarse adecuadamente en situaciones que producen ansiedad o algún malestar, brindándole herramientas de comunicación para que logre, establecer límites, expresar su punto de vista o pedir ayuda sin ocasionar conflicto.

## **1.2 Relación de Pareja**

### **1.2.1 Concepto de Relación de Pareja**

Al hablar de una pareja, nos referimos a una entidad social conformada por la relación entre dos personas, siendo reconocido por su entorno como una unidad o sistema. Así mismo, cada díada marca y definen sus propias características básicas como pareja, dentro del margen del respeto, marco de leyes y costumbres (Wainstein y Wittner, 2004).

Siguiendo a algunos autores mencionan a la pareja como un matrimonio formal que tienen un objetivo social, el crear una familia y plasmar sus intenciones legalmente en un contrato matrimonial (Gracia y Musitu, 2000). Así también, se creía que el rol de una pareja y la familia, constituidas por un par de personas de distintos sexos, debería tener el compromiso de compartir sus cuerpos y apoyarse mutuamente en toda circunstancia de por vida.

Sin embargo, en la actualidad, es aprobado por un entorno social, el hecho que dos personas que constituyen una pareja no tengan la intención de formar una familia o plasmar su relación por medio de un contrato en concreto. Es así también como gracias a los cambios culturales surge el divorcio de una pareja como una conducta social habitual o normal (Wainstein y Wittner, 2004).

Por otro lado, para poder comprender la interacción que una pareja tiene en su relación, es primordial estudiar a cada miembro de la pareja de manera individual, conocer el contexto donde han sido formados, debido a que cada uno de ellos puede tener un nivel social, cultural y religioso diferente, y esto influir en la forma en que actúan dentro de su relación, es por ello que la funcionalidad que la pareja pueda tener en su relación va a depender de la educación, aprendizaje, antecedentes de relaciones anteriores, inseguridades, costumbres culturales y sociales, entre otros factores importantes e influyentes a lo largo de la relación sentimental.

Con todo lo mencionado anteriormente, es importante hablar sobre la parte emocional que pueda surgir en una relación de pareja, refiriéndonos al sentimiento de amor, que está relacionado con la reproducción y la crianza de cada ser, y evidentemente es un proceso

determinado por nuestras funciones sistémicas (Fisher et al., 2002). Sin embargo, no podemos concluir que el amor y la relación de pareja es lo mismo, debido a que el amor es un proceso biológico mediado por estructuras cerebrales, mientras que la relación de pareja es todo un panorama mucho más amplio, que involucra el análisis de su componente biológico y comprensión humana socio – cultural de donde el individuo haya sido formado, por ello se entiende al amor como una parte o elemento de la relación sentimental experimentada, más no como el único que lo conforma (Maureira, 2011).

### ***1.2.2 Componentes de una Relación de Pareja***

Según Maureira (2011), dentro de la relación de pareja se encuentran diversos componentes, estos se encuentran divididos en; componentes biológicos y componentes psicosociales, siendo el amor parte del componente biológico de una relación, debido a la interacción de neurotransmisores y ciertas estructuras cerebrales que participan en una experiencia amorosa.

Siguiendo a Eleno (2013), dentro de una perspectiva más psicosocial; se encuentra: la pasión, la intimidad y el compromiso. Se entiende el compromiso como el interés y responsabilidad que se experimenta hacia la pareja y relación establecida, el salvaguardar la relación en las dificultades que puedan existir.

La intimidad, no solo se refiere al contacto corporal, sino al apoyo afectivo, la comunicación y la capacidad de contarse experiencias personales y profundas entre ambos, rescatando la confianza, la seguridad que sentiría el uno hacia el otro y la disposición a compartir aspectos económicos y emocionales, entre otros.

Finalmente, la pasión, referida al deseo de unión con la pareja, no necesariamente de manera sexual o carnal, lo que conlleva al romance entre ambos.

Dentro de los componentes base de una relación, señala Maturana (1996), se encuentra el lenguaje generado entre los integrantes de la pareja, debido a que todas las relaciones humanas inician desde el lenguaje y la comprensión entre ambos.

### **1.2.3 Tipos de Pareja**

Sánchez y Mancinas (2012) identifican tres tipos de parejas, el cual son las siguientes:

- Las parejas tradicionales: Se trata de las parejas que presentan una marcada diferencia de género en relación con la ejecución de actividades cotidianas, es decir donde la mujer se encarga de realizar las actividades reproductivas y los hombres las actividades productivas, se presenta una jefatura masculina, resaltando una división sexual del trabajo (Meler, 2006).
- Parejas innovadoras: Estas parejas se caracterizan por la equidad en sus interacciones, compartiendo labores domésticas y extra domésticas; dentro de esta pareja la mujer se encuentra empoderada, con la búsqueda de su éxito profesional y reconocimiento por ella misma como persona y no solo por un rol de madre o esposa (Burin y Meler, 2006), además la resolución de conflictos que pudiesen presentar se da mediante distintas alternativas de forma asertiva y con bajos niveles de violencia, debido al reconocimiento emocional, económico y racional de manera simultánea por ambos integrantes de la pareja.
- Parejas transicionales: Se caracterizan por presentar rasgos de las parejas tradicionales y algunos rasgos de las parejas innovadoras, es decir la mujer suele realizar actividades dentro del ámbito familiar y domestico pero sobre todo por el poder de afecto que presenta hacia ellos, mientras que el hombre labora en el ámbito extra doméstico enfocado en lo racional y económico; mayormente las parejas tradicionales se posicionan en el tipo transicional de manera circunstancial, como el desempleo masculino o accidente que imposibilite realizar actividad extra domésticas al hombre, donde la mujer deba tomar su función y las actividades se inviertan (Burin, 2006).

## **1.3 Conflicto de Pareja**

### **1.3.1 El Conflicto en las Parejas**

Según la Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento, dentro del código Z63.0 se encuentran los problemas en la relación entre esposos o pareja, el cual se define como las discrepancias entre la pareja que generan una pérdida de control grave o prolongada, produciendo conductas hostiles y un ambiente de violencia interpersonal (CIE 10, 2000).

Al iniciar una relación formal de pareja, ambos integrantes deciden comprometerse en una relación que los convierte en un equipo, donde deberán alinear sus metas, estilos de vida e incluso la capacidad de resolución de conflictos por parte de cada miembro de la pareja.

Sin embargo, la aparición de conflictos que puedan iniciar en una pareja es completamente natural, debido a que ambas personas conllevan historias distintas, costumbres, estilo de vida y aprendizajes diferentes, que les harán percibir los estímulos diarios de forma particular, por ello se considera fundamental la aceptación y comprensión de dichas diferencias para confrontar los conflictos de manera adecuada, pero esto no podrá ser llevado a cabo si no se desarrolla una comunicación asertiva de pensamientos o emociones mutuas (Arévalo, 2016).

Así mismo, se considera al conflicto de pareja como la percepción de dos o más partes de manera incompatible, debido a la diferencia de los intereses que presentan ambas partes y a los diferentes estilos habituales de responder ante el conflicto (Laca et al., 2017).

Para Bernal (2005), el conflicto de pareja genera un costo emocional que se relaciona a la duración de este, es decir mientras más pronta sean las propuestas de soluciones al conflicto entre la pareja, menor será el sufrimiento de las personas implicadas en ello, sin afectar su funcionabilidad en otras áreas de la vida del sujeto.

Por otro lado, se define al conflicto como un proceso interpersonal que se da cuando las acciones de una persona interfieren con las de la otra, debido a que surgen situaciones en donde los cónyuges pueden no llegar a un mutuo acuerdo, ya sea por problemas donde el motivo del

conflicto son: el dinero, las actividades de casa, relaciones con los parientes, expectativas, entre otros; sobre todo donde se evidencia carencia de conocimientos de comunicación asertiva y habilidades de solución de conflictos, la acumulación de estos puede dar lugar a que se disminuya o estanque la relación de la pareja (Peterson, 1983, véase en Dattilio, F y Padesky, C; 2000).

Desde otra perspectiva se logra visualizar el conflicto de pareja como algo natural e inevitable, debido a las diferencias que existirán entre ambas partes y por el cual se requerirá de esfuerzo, aceptación y adaptación para transformar esas diferencias a oportunidades de crecimiento y desarrollo a nivel personal y de pareja, es decir, el conflicto los llevará a realizar un cambio o evolución, y la evolución está ligada al aprendizaje, sin embargo, si la pareja no cuenta con óptimos recursos o habilidades para solucionar los conflictos que presenten, al llegar constantemente a ello puede ocasionar un grave problema para la vida en pareja e influir en el resto de áreas de su vida (Iglesias et al., 2018).

Así mismo, podemos encontrar que los conflictos de pareja pueden estar relacionados a los esquemas cognitivos disfuncionales de cada miembro de la pareja, es decir, cada una de ellas presentan procesadores de información, estructuras estables y duraderas de forma única y particular, que son resistentes al cambio, estos esquemas se inician en la etapa de la infancia y en el desarrollo de la vida del individuo se va consolidando aún más, por lo que se representan en las conductas, pensamientos disfuncionales y experiencias adquiridas en el entorno; cabe resaltar que las experiencias tempranas con los padres y madres tienen un valor significativo en este proceso (Huerta et al., 2016).

Entonces, en toda relación de pareja se encontrará la unión de diferentes opiniones, personalidades y valores; donde los conflictos serán visto de una forma diferente por cada miembro de la pareja, es decir algunos conflictos podrán resultar sin importancia para uno de los integrantes de la pareja, mientras que para el otro puede ser muy complejo e intenso, lo que podría ocasionar angustia e incluso distanciamiento entre ambos para protegerse.

Dicho esto, podemos dividir los conflictos conyugales o de pareja en dos categorías; los conflictos que pueden ser resueltos y los perpetuos, quiere decir, con los que la pareja tiene que aprender a vivir y aceptar; según Gottman, cuando se aprende a identificar y definir qué tipo de conflicto se está atravesando, se podrá elaborar de mejor manera diversas estrategias de enfrentarse a ellas (Gottman, 2018).

Por ello, Gottman menciona que una forma de poder reconocer si el problema es soluble, es cuando parece menos doloroso y menos intensos, siendo esto porque al discutir con la pareja sobre un problema soluble, se encuentran ambos en tan solo un dilema o situación particular y no con un conflicto adicional a ello que intensifique el problema.

No obstante, las parejas que presentan conflictos en su relación y tienen mayores discusiones e interacciones problemáticas, les es muy difícil encontrar una solución a las disputas. Desde la terapia cognitivo conductual, se ha estudiado el tipo de interacción que sucede relacionado a la presencia de conflictos y que los convierte en perpetuos o irresolubles; en el cual se identificaron componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos (Cáceres, 1996).

### ***1.3.2 Componentes de un Conflicto desde la Terapia Cognitiva Conductual***

Mayormente las personas esperan encontrar en su pareja una fuente de apoyo e intimidad, con quien logre realizar proyectos o desarrollarse de manera personal, pero cuando esto no llega a ser así, aparecen los conflictos maritales de manera consecutiva, generando insatisfacción y problemas tanto en la vida de pareja, como en los hijos o familiares, incluso se han encontrado investigaciones que demuestran que largos periodos de malestar en una pareja brinda mayor probabilidad a generar ansiedad y depresión en ambas partes, es por ello dentro de la terapia conductual de parejas, refieren los siguientes componentes: El intercambio de reforzadores, para lograr mejorar su clima relacional, así también, se prioriza las habilidades de comunicación con el fin de generar una buena comprensión y empatía entre ambos, además, la capacidad de resolución de problemas para poder llegar a acuerdos y tomar decisiones que beneficien a ambos (Barraca, 2016).

Adicionalmente, dentro de los componentes conductuales, se encuentran; la reciprocidad negativa, se da cuando se responde de la misma forma, a una comunicación negativa que se recibe de la pareja, generando una escala de violencia. Otro componente conductual, se refiere cuando la mujer responde de manera hostil, mientras que el hombre se retira o no contesta, esto genera que la mujer incremente su hostilidad (García, 2002).

Así también, dentro de los componentes conductuales siguiendo a Gottman (1998), añade la presencia de los cuatro jinetes del Apocalipsis, que pueden ocasionar el divorcio en una pareja, siendo estos los siguientes:

La crítica, la actitud defensiva de la pareja, el desprecio y el hablar mucho con el fin de que la otra persona no pueda elaborar su opinión; muchas veces efectúan estas conductas con el fin de solucionar el problema presente, pero evidentemente no lo consiguen, volviéndose un motivo de divorcio o separación en algunas situaciones.

En cuanto a los componentes cognitivos, tenemos a la atención selectiva, las atribuciones de manera inadecuada, como el atribuir toda la responsabilidad de los problemas comunes a un solo miembro de la pareja; además de las expectativas, las suposiciones, y creencias irracionales.

Finalmente, se encuentran los componentes fisiológicos, como; la actividad autonómica ante el estrés, que se genera mayormente en los hombres ante un conflicto persistente, donde estos aumentos se da con mayor facilidad y es más difícil de recuperarse que en la mujer, por ese motivo ellos buscan evitar estas situaciones de conflicto mediante habilidades conciliadoras intentando llevar la situación de una manera más racional, pero cuando se desencadena mayor enfado y conductas hostiles en la pareja femenina, generando enfado y hostilidad en él, se produce miedo en ella y esto conlleva a un nivel mayor del conflicto (García, 2002).

Con ello existe mayor posibilidad de un efecto de violencia de pareja en base a un conflicto, a lo que la OMS (2021), define como los comportamientos de la pareja o expareja que

causan daños sexual o psicológico, dentro de ellas incluye a la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y conductas de control.

Cabe resaltar que, a nivel mundial, hasta la actualidad el 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por su pareja; mayormente la violencia de pareja y la violencia sexual son ejecutados por hombre contra mujeres.

En la actualidad durante la pandemia de COVID – 19 y sus consecuencias sociales y económicas, han generado mayor exposición de mujeres a parejas con comportamiento abusivos y a factores de riesgos, debido a que se limitó el acceso a diferentes centros o servicios.

Por ello es importante mencionar los factores de riesgo, ya que estos son los que aumentan el riesgo a que produzca la violencia de pareja o violencia sexual, a nivel individual, familiar, comunitario y social, en el cual se encuentran los siguientes:

- Bajo nivel de instrucción
- Exposición al maltrato infantil
- Presentar antecedentes de violencia familiar
- Padecer de trastorno de la personalidad antisocial
- Consumo excesivo de alcohol
- Comportamientos masculinos dañinos (Tener múltiples parejas o conductas de aprobación de la violencia)
- Escaso acceso de la mujer a un empleo remunerado
- Bajos niveles de igualdad de género

Y dentro de los factores relacionados específicamente a la violencia de pareja se encuentran:

- Antecedentes de violencia
- Discordia e insatisfacción marital
- Dificultades de comunicación entre la pareja
- Conductas de control

### **1.3.3 Áreas Influyentes en el Conflicto de Pareja**

En una relación de pareja existen diversas áreas que los conyugues deben afrontar y donde se determina la capacidad de resolución de conflictos por parte de ambos integrantes; al no existir óptimas estrategias de solución, la relación puede convertirse en una relación disfuncional o de lo contrario, si es que se lograra afrontar de manera asertiva dichos conflictos, la relación puede tornarse más fortalecida y consolidada.

Siguiendo otras literaturas Castellanos (2018), refiere algunas áreas que influyen para el efecto de un conflicto en una relación de pareja, siendo estas las siguientes:

- La dependencia o independencia que desarrolle algún miembro de la pareja, por la acumulación de emociones no manifiestas por temor al abandono.
- Comunicación en la pareja: Área principal en toda relación interpersonal, sin embargo, puede variar en cada ser humano, debido al aprendizaje, crianza y cultura que haya tenido desde su infancia.
- Demostraciones de afecto: Son necesarias para que la pareja pueda sentirse apoyada y sentir el amor o cariño de su pareja hacia él o ella, generando un vínculo de confianza y protección entre ambos.
- Las relaciones sexuales: La satisfacción sexual en una pareja se caracteriza por una respuesta de tipo afectiva, se considera como reforzadores importantes en la pareja, ya que puede generar un vínculo satisfactorio o insatisfactorio en ellos mismos, sin embargo, esto se define de manera subjetiva, por lo que se toman en cuenta las respuestas que generan actitudes y comportamientos en el ámbito sexual.
- Manejo de los aspectos económicos: Los temas económicos y tareas domésticas son fundamentales dentro de una relación, debido a que, si existe una estabilidad económica, la pareja podrá tener mayor seguridad en el hogar, relacionado a sus necesidades básicas, así

mismo sucede con el cumplimiento de los roles en casa, si cada miembro de la pareja ejecuta sus actividades de manera activa, evitará conflictos en la relación.

- Educación y crianza de los hijos: La concepción de hijos en la relación, es un hecho que genera cambios significativos dentro de la misma, debido a que suceden transiciones en sus decisiones, actitudes y comportamientos, pudiendo ocasionar debilitamiento de la relación de pareja en sí, por la llegada de un nuevo integrante o mayor unión entre ambos.
- Manejo del tiempo libre: El compartir tiempo libre con la pareja, va a generar el fortalecimiento de la autoestima individual y de pareja, porque les da la oportunidad de conocer al otro de manera dual o individual, reforzando la unión en la relación, por otra parte, si la pareja no es considerada en las actividades del otro, pueden llegar a ocasionar daños o deterioro en la relación.
- Cuestiones ideológicas: Se trata de la filosofía de vida, ética, religión o política, que puedan diferenciar entre ambos, en algunos casos estos factores llevan a la pareja a tener obstáculos en el entendimiento y comprensión de sí mismos en la relación.

## **1.4 Celos**

### **1.4.1 Definición**

Se considera a los celos como una emoción compleja donde se involucran diversas emociones simples pero negativas, como, el miedo, ira y tristeza, pero, estas se desencadenan ante la percepción de una amenaza a la relación por parte de una tercera persona, debido al sentimiento fundado en el deseo de poseer al ser querido y temor a perderlo (Calderón et al., 2018).

Se trata de un mecanismo psicológico producido en hombres y mujeres, que consiste en la emoción que se da como resultado de la sospecha real o imaginaria de riesgo a una relación que se considere valiosa o importante (Canto et al. 2009).

Así mismo, se entiende como el sentimiento o emoción consecuente a la necesidad de poseer algo o alguien de manera única, el cual el sustento de ello viene a ser una infidelidad real o imaginaria de la persona amada (Echeburúa y Fernández, 2001).

Según Echeburúa y Fernández (1999), los celos se tornan condicionados por el sentido de propiedad que, por el líbido, sin embargo, es muy frecuente en nuestra sociedad, donde no necesariamente se evidencia la existencia de un problema patológico.

Sin embargo, la aparición de los celos intensificados puede denotar la existencia de una inseguridad personal, además de un sentimiento de posesión sobre la pareja y miedo a perder a la persona amada o sentirse rechazado por el mismo, el cual refleja signos de inestabilidad emocional y a confundir el amor con la posesión (Mullen, 1991).

Es evidente que cada una de las definiciones mencionadas son solo algunas de la gran variedad que existen, pero con ello podemos entender que los celos son un mecanismo psicológico reflejado en un estado emocional que se muestra debido al miedo de perder a la persona o pareja amada, al encontrarse ésta en una situación sentimental con una tercera persona, sin la necesidad de tener pruebas de ello, es decir pudiendo ser real o imaginaria, este efecto no discrimina género, por tal motivo puede experimentarse tanto en hombres o mujeres.

#### **1.4.2 Causas de los Celos**

Dentro de los factores causantes de los celos propuestos por Barrón y Martínez (2001), encontramos los siguientes:

- **Factor Biológico:** Parte desde el área biológica, dentro de una posible organicidad a la base del comportamiento celoso, es decir la presencia de síntomas psicopatológicos como los que se podría presentar en trastornos esquizofrénicos, dependencia a sustancias psicoactivas o antecedentes familiares significativos a enfermedades mentales que sean hereditarias; donde la intervención del médico especialista sea a nivel farmacológico.

- **Factor Psicológico:** En este factor se procede desde el conocimiento del tipo de personalidad de cada miembro de la pareja, tomando relevancia a su historia personal e historia de aprendizaje, relacionando los rasgos de ambas personas, se puede deducir las dificultades que puedan experimentar, pudiendo ser en la comunicación o en las estrategias para la resolución de conflictos como pareja.
- **Factor Social:** Se inicia con una indagación integral relacionada a su historia personal, familiar y de aprendizaje del individuo, que nos permita descartar situaciones como, algún abandono o rechazo experimentado en su infancia, que pueda desencadenar un apego o dependencia emocional, inseguridad, ambiente disfuncional desde la infancia o relaciones sentimentales complejas en su vida adulta. Tener en cuenta también la cultura donde se desarrolló, tal vez en un escenario de constantes comportamientos celosos, creencias o mitos asociados al concepto de amor.

### **1.4.3 Tipos de Celos**

Desde los conceptos mencionados anteriormente, podemos entender que existen dos tipos de celos; encontramos los celos que se centran en evidencias reales y los que se basan en la imaginación de la persona quien lo experimenta, pero siguiendo diversos autores, han encontrado la clasificación de los celos, como: los celos sexuales (Byrne, 2001); los celos paranoicos delirantes (Cameron, 2009); celos competitivos o normales, celos proyectivos y los celos delirantes (Galimberti, 2002); los celos justificados y no justificados (Branden, 2005); siendo la más común, celos normales y los celos patológicos (Lazarus y Lazarus, 2000, citados en Monroy et al., 2015).

Por otro lado, siguiendo Brehm (2002), han clasificado en dos tipos de celos, de las cuales se trata de los siguientes:

a) **Los celos reactivos:** Tratándose de la respuesta a una amenaza real a su relación, se interpreta como la reacción natural ante situaciones reales, pero también pueden darse probablemente para lograr mayor apego de la pareja a la relación, sin ser necesario que la

persona que experimente esta respuesta presente algún trastorno de salud mental, sin embargo se puede manifestar a través de tristeza, llanto, autoestima baja, envidia, miedo al abandono, búsqueda de protección, enojo y se relacionan a los antecedentes de relaciones pasadas (Monroy et al., 2015).

**b) Los celos sospechosos:** Se da cuando un miembro de la pareja no ha violado ninguna regla dentro de la relación y las sospechas de la otra pareja no concuerdan con los hechos, esto puede producir pensamientos de que los demás se aprovecharan de él, le harán daño o que lo van a engañar de alguna forma; en algunos casos los síntomas pueden coincidir con los criterios dictados por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – IV) en cuanto al trastorno delirante (tipo celotípico), como consecuencia se puede manifestar irracionalidad, ansiedad, ira, inseguridad, delirios, agresividad, venganza, egocentrismo, violación de la propiedad y violación de la privacidad hacia la pareja (Monroy et al., 2015).

Pero ¿Los celos se pueden romantizar? ¿Es necesario ser celoso para demostrarle interés o amor a mi pareja?

Según, Martínez, Sierra y Fernández (2005), existen los celos románticos que cumplen un rol positivo o favorable para el individuo, permite que se mantengan o protejan los lazos sociales frente a las amenazas o riesgos que puedan atravesar tanto el individuo como la relación de pareja, es decir, al experimentar ello podría producir mayor consolidación de la relación o sensación de protección hacia la pareja o la relación, e incluso incrementar el grado de compromiso entre ambos.

Pero, es muy importante tener en cuenta la diferencia de las conductas negativas que estos mismos puedan producir, como es la violencia doméstica, debido a que se ha encontrado que estudios donde el nivel de agresión es directamente proporcional al sentimiento de enamoramiento o compromiso que se tenga con la relación, esto se manifiesta mediante el enojo, deseos de castigo o ejecución de la persona amada (Mathes y Verstraete, 1993).

Mediante DeSteno y Salovery (1996) se encontró un tipo de celos, llamado los celos relacionales, se trata de los celos que se podría sentir hacia otras personas, no estrictamente involucradas en una relación romántica, pero sí de apego, por ejemplo, entre amigos, miembros de familia o celos profesionales (White y Mullen, 1989), es decir cuando la persona percibe que un tercero se involucra de forma significativa, en una de sus relaciones valoradas por él o ella, el cual puede experimentar temor a ser desplazado o remplazado por otra persona.

Entonces podemos concluir que los celos experimentados en una persona son la respuesta emocional ante la percepción de una amenaza, tanto basada en evidencias reales o basados en su imaginación, pero que no solamente se desarrolla en una relación romántica, sino puede darse también en un centro laboral, en un entorno social entre amigos o en un entorno familiar, por ejemplo, entre hermanos, donde la persona perciba no poder cumplir sus expectativas por la aparición de una tercera persona.

## **1.5 Autoestima**

### **1.5.1 Definiciones**

La autoestima viene a ser una de las áreas más importantes y elementales en el desarrollo integral del ser humano, a continuación, se plantean algunas definiciones acerca de ello:

Según El diccionario conciso de Psicología APA (2010), define a la autoestima como, la percepción positiva de las cualidades y características en su propio autoconocimiento, mientras más positiva sea la percepción que presente hacia sus cualidades, mayor será el grado de la propia autoestima.

Así mismo, la autoestima se encuentra ligada a la autonomía e independencia que presenta la persona, es decir, al tener mayor autonomía podrá desarrollar mayor empoderamiento, ello se relaciona también a la valoración que tenga respecto a sí mismo, en base a sus características psicológicas, físicas y cognoscitivas, por otro lado, investigaciones califican a la autoestima como fuente de resistencia ante el estrés, esto quiere decir, una persona

con autoestima alta tendrá mayor afrontamiento al mismo, gozará de mejor salud y no evidenciará síntomas depresivos (Soria et al., 2020).

Así también, encontramos la teoría de Clarck, Clemens y Bean (2000), quienes se refieren a la autoestima como el concepto propio de nuestra valía, basados en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que se ha recogido a lo largo de la vida, y la conclusión que se realiza de uno mismo en base a las impresiones, evaluaciones y experiencias que vaya atravesando, lo que puede generar un sentimiento positivo hacia uno mismo o un sentimiento incomodo por creer no ser lo que esperábamos.

Por otro lado, se considera que la autoestima forma parte de uno mismo e influye en cada parte de nuestro cuerpo, mente, modo de accionar y de pensar, acerca de nosotros mismos y de los demás, pero se va formando a raíz de una introyección que va teniendo el individuo acerca de lo que cree de él mismo y de lo que los demás piensan, mientras que con esa idea que tienen, uno mismo va realizando una imagen de sí mismo hasta convertirla en su identidad (Montoya, 2001).

Branden (2005) la autoestima se define como la confianza en nuestras capacidades de enfrentarnos a diversos desafíos de la vida, además de la valoración y reconocimiento de lo que uno es y puede llegar a ser, sin medir nuestro valor en base a determinados éxitos o fracasos, porque se puede estar seguro de sí mismo en el área profesional y sin embargo, sentirse inseguro en situaciones sociales o al interrelacionarse.

La autoestima incluye todos los sentimientos y creencias que tenemos de nosotros mismo, viéndose reflejado en lo que hacemos, pero suele ser compleja y cambiante, además se considera un aspecto fundamental de la autoestima; el conocerse a sí mismo, presentar una idea realista de lo que somos en base a nuestros actos y sentirnos conforme con ello (Feldman, 2000). Así mismo, según Feldman, la autoestima no se considera innata, sino, se desarrolla durante la vida con las experiencias y con las relaciones de los demás, como, amigos, familia, maestros, la manera en que la sociedad ve al sujeto, va a influir en cómo se ve él a sí mismo.

Por otra parte, se suele confundir la autoestima con el autoconcepto, usando ambos términos como sinónimos, si bien es cierto, ambos términos están relacionados, más no son exactamente lo mismo, debido a que cuando se habla de autoconcepto, se basa en aspectos cognitivos o de conocimiento del individuo, los conocimientos que presenta acerca de su persona, en el área corporal, psicológica, emocional, social, entre otras, pero al referirse a autoestima, se relaciona a la dimensión valorativa y afectiva del ser humano por sí mismo (Roa, 2013).

Siguiendo a Laporte (2002), se refiere a la autoestima como el valor que uno se atribuye en las diferentes situaciones de la vida, además señala la diferencia entre autoestima y amor propio, ya que son conceptos muy ligados uno al otro, pero la diferencia entre ellos, se encuentra en la distinción que se puede realizar entre amar y estimar, en esta diferenciación uno puede darse cuenta que una persona no puede amarse a sí misma sin estimarse, es decir, sin atribuirse un valor como persona en base a sus cualidades, capacidades o forma de ser.

### ***1.5.2 Dimensiones de la Autoestima***

Mézerville (2004) presenta un modelo propio del proceso de la autoestima, donde considera dos dimensiones complementarias, el cual son las siguientes:

a) La dimensión actitudinal, conformada por los siguientes componentes:

La autoimagen, que consiste en la capacidad de observarse a sí mismo, desde una perspectiva realista, con sus virtudes y defectos; este componente se encuentra en constante evolución, debido a que se basa en las experiencias vividas en la vida del sujeto.

La autovaloración, es decir considerarse importante para sí mismo y para los demás, así también se relaciona con aspectos como la autoaceptación y el autorespeto, el objetivo de este componente es el presentar confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser feliz, de reconocer nuestras necesidades y carencias, y con ello identificar medios adecuados que satisfagan la necesidad de la persona para mejorar en su identidad y calidad de vida.

La autoconfianza, se caracteriza en la seguridad que siente el individuo al realizar diversas actividades, esta percepción incrementa la autoestima, la seguridad y la comodidad para afrontar diversas situaciones que le permitan demostrar sus competencias.

b) La dimensión conductual observable, se encuentra conformada por los siguientes componentes:

El autocontrol, consiste en manejar de manera adecuada diversas situaciones de la vida, es decir, tener la capacidad de ejercer un dominio propio de nuestras, emociones, pensamientos y actitudes, que fomente el bienestar personal y colectivo.

La autoafirmación, se define como la libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones propias con madurez, además de presentar la capacidad de expresar sus pensamientos, deseos o habilidades de manera adecuada.

La autorrealización, es el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades, que permita vivir a la persona de manera satisfactoria, cumpliendo sus metas o proyectos de vida.

Por otro lado, Valles (1998), señala que la autoestima está formada por tres dimensiones: La cognitiva, el cual se refiere a los pensamientos, ideas, creencias o valores que presenta el individuo; la conductual, es decir lo que dice o hace; y la afectiva, relacionado al valor que se le da a las situaciones, personas o cosas que nos rodean.

Así mismo, Cava y Musitu (2000), distinguen tres dimensiones del autoconcepto, pero en una de ellas se encuentra la autoestima, tales dimensiones son las siguientes:

- Dimensión cognitiva: Se encuentra constituida por varios esquemas donde el sujeto organiza la información que se refiere a sí misma.
- Dimensión afectiva: Relacionada con la autoestima, es decir las emociones positivas o negativas que un individuo siente por sí mismo.
- Dimensión conductual: Refiere a las conductas dirigidas a la autoafirmación o la búsqueda de reconocimiento ya sea por uno mismo o por su entorno.

Por otro lado, Rodríguez (1988), señala que, para desarrollar y conocer la autoestima, es necesario escalar ciertos conceptos que nos llevan a la realización de la autoestima, siendo estos los siguientes:

- a) El autoconocimiento, consiste en conocer las partes que conforman el yo, relacionado a las habilidades, necesidades y manifestaciones, que nos llevan a conocer el porqué de nuestro actuar o sentir, al lograr ello, el sujeto presentara una personalidad e identidad mucho más fuerte.
- b) El autoconcepto, es decir la serie de creencias acerca de uno mismo, manifestadas a través de la conducta o experiencias.
- c) La autoevaluación, es la capacidad interna de poder evaluar situaciones o eventos, como buenos o malos para uno mismo, que le permita crecer y aprender como persona.
- d) La autoaceptación, se refiere a admitir y reconocer las características personales, así sean positivas o negativas.
- e) El autorespeto, se basa en la atención y satisfacción de las propias necesidades y valores, además de saber expresar y manejar los propios sentimientos y emociones de manera adecuada hacia uno mismo y hacia un entorno social.
- f) La autoestima: Viene a ser la síntesis de los conceptos mencionados anteriormente, con ello podemos decir que la autoestima viene a ser el resultado del conocimiento y conciencia de sus propios cambios a lo largo de la vida, creando sus propios valores, se acepta y respeta, y con ello desarrollará y obtendrá una autoestima positiva.

### **1.5.3 Autoconcepto y Autoestima**

Ambos términos son mencionados muchas veces como sinónimos, sin embargo, el hecho de que se relacionen, no significa ser lo mismo, por el cual se dará a conocer la diferencia entre ellos, a continuación:

De acuerdo con Rice (2000), el autoconcepto viene a ser la percepción desde el área cognitiva que presenta una persona sobre sí misma, es decir los pensamientos y creencias que tiene acerca de sí mismo, este concepto que presentara el individuo sobre sí mismo deberá ser auto aceptado y valorado, para que con ello llegue a autoestimarse.

Pero la autoestima, se refiere a los juicios negativos o ambivalentes que podemos hacer en base a nuestro autoconcepto o autoimagen, si valoramos y aceptamos lo que somos, incluyendo nuestras necesidades y carencias, se podrá lograr una autoestima alta (Jiménez, 2015).

Según el planteamiento anterior, podemos darnos cuenta que distintos autores hablan de una relación entre el autoconcepto y autoestima, a lo que Paz (2000), menciona que el autoconcepto al ser la representación mental que tiene uno de sí mismo, si se logra comprender y autoaceptarlo se podrá llegar a lo que es la autoestima.

#### **1.5.4 Esquemas Disfuncionales**

(Young y Klosko, 2012) el concepto esquema procede de la psicología cognitiva, estos son creencias profundamente enraizadas, adquiridas en los primeros años de vida, así también son importantes para la formación de nuestro autoconcepto, lo que lo relaciona con el desarrollo de la autoestima en un sujeto.

Los esquemas disfuncionales son definidos como procesadores de información, estructuras estables y duraderas resistentes al cambio, estas se inician en la infancia y se van desarrollando a lo largo de la vida del sujeto, siendo esencial las experiencias tempranas con los padres y madres (Young, 1999).

Así mismo Young, plantea 18 esquemas cognitivos organizados en cinco categorías o dominios, en el cual algunos esquemas disfuncionales se relacionan directamente con el incremento o descenso de la autoestima de un individuo.

Por otro lado, en el estudio presente podemos evidenciar en base a las pruebas aplicadas ciertos esquemas disfuncionales que dan cabida a una posible baja autoestima en la persona

evaluada, como por ejemplo; La privación emocional, que se relaciona con el sentimiento de soledad que la persona ha podido vivenciar durante su infancia; así también el esquema de subyugación, el cual evidencia una crianza autoritaria e invalidación emocional dentro de su historia personal; por otro lado, se encuentra el esquema de autosacrificio, lo que se relaciona a la dificultad de establecer límites y al deseo de agradar a todos realizando siempre lo que ellos necesiten o le pidan; asimismo el esquema de estándares inflexibles, se manifiesta en la autoexigencia, búsqueda de perfección y la dificultad de aceptar errores a lo largo de su vida.

Siguiendo a Young (2012), menciona que la familia es la influencia más importante, debido a que, a lo largo de nuestras vidas, solemos repetir las situaciones que se haya podido vivir en la infancia familiar, sin embargo, existen también otros factores, como, la relación con otras personas, la escuela, entre otras, pero no son tan significativos como el ambiente familiar donde el sujeto interactúa las 24 horas del día.

Por ello es importante mencionar algunas situaciones destructivas en la primera infancia, según Young y Klosko (2012):

- Uno de los padres con actitud pasiva, mientras que el otro como maltratador, portando conductas agresivas.
- Padres distantes emocionalmente y autoexigentes.
- Discusiones constantes entre padres, mientras que el hijo como mediador.
- Hijo como cuidador de uno de sus padres.
- Criticas constantes por parte de los padres en todas las actividades.
- Sentimiento de diferencia o rechazo de amigos y compañeros hacia uno mismo.

Cabe resaltar que otros factores también influyen sobre los esquemas que desarrollan las personas, ya que es probable que cuenten con otras personas en sus vidas que refuercen el esquema disfuncional o por otro lado que se encuentren con personas que logren satisfacer las necesidades del sujeto, debilitando e impidiendo que se consolide el esquema formado, pudiendo darse en una relación íntima, social o afectiva sana (Weishaar et al., 2014).

## **1.6 Déficit de Asertividad**

### **1.6.1 Definición de Asertividad**

El origen de la palabra “asertividad” proviene del Latin “asertus” y quiere decir afirmar con certeza alguna posición, es decir que se considera a una persona asertiva cuando logra comunicar sus opiniones o deseos con certeza y sin conflicto (Terroni, 2009).

Se define a la asertividad como la capacidad de afirmar una situación u opinión, haciendo respetar sus derechos y de los demás, así mismo, las personas que presentan la habilidad para responder de manera adecuada y cuentan con esquemas mentales que logren hacerlos sentir bien consigo mismos, son llamadas personas asertivas; de lo contrario, las personas que presentan dificultad en relacionarse, ya sea por timidez, por sentirse no respetados, o reaccionan de manera agresiva, son llamado personas con déficit de asertividad o falta de asertividad (Castanyer, 2010).

Actuar con asertividad, quiere decir expresar las necesidades, pensamientos y sentimientos con sinceridad y sin ambages, sobre todo sin violar los derechos de los demás, una persona asertiva podrá mejorar su autoestima manifestándose de una manera honesta y directa, además, logrará defender sus derechos cuando sea necesario y podrá negociar provechosamente con los demás, así también, proceder ante los deseos o necesidades de uno mismo sin evocar conflictos (Sherton y Bulton, 2017).

Por otro lado, Caballo (1983), considera que el término “asertividad” presenta denominaciones equivalentes, como, “habilidades sociales” y por ende en su intervención se denomina “entrenamiento asertivo” o “entrenamiento en habilidades sociales”, ya que actualmente es así como aparece en numerosos estudios clínicos y experimentales, sin embargo, otros autores lo consideran como un tipo de “habilidad social”.

Para Fensterheim y Baer (1976), una persona asertiva se caracteriza por presentar libertad de expresión, comunicación directa, sincera y de manera adecuada, además, facilidad de comunicarse con toda clase de persona y presenta un comportamiento respetable.

Siguiendo a Navarro (2000), la asertividad presenta una significativa relación directa con la comunicación, dado que se basa en la habilidad para transmitir y recibir mensajes de forma honesta, respetuosa y oportuna, sin dejar de lado el autocontrol emocional, y lenguaje corporal del sujeto, como el contacto visual, los gestos o entonación al emitir un mensaje.

### **1.6.2 Dimensiones de la Conducta Asertiva**

Según García (2010), una conducta asertiva presenta tres dimensiones o componentes; la primera relacionada a la dimensión conductual, es decir el tipo de habilidad que presenta; la segunda refiere a la dimensión personal, tratándose de las variables cognitivas; y la tercera viene a ser la dimensión situacional, es decir el contexto en el que se desarrolla.

Sin embargo, Caballo (1993), establece cuatro dimensiones conductuales que presentan las habilidades sociales o asertividad, el cual eran las siguientes:

- La capacidad de decir "No"
- La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
- La capacidad de expresar sentimientos positivos o negativos.
- La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Por otro lado, para Galassi, Delo, Galassi y Bastien (1974), mencionan que la asertividad se compone de tres dimensiones, siendo las siguientes:

- Asertividad positiva, es decir la expresión de sentimientos de afecto, admiración o aprobación.
- Asertividad negativa, se refiere a las expresiones justificadas de ira, insatisfacción o desacuerdo.
- Autonegación, incluye el exceso de disculpas, mucha ansiedad interpersonal y exagerado interés por los sentimientos de los demás, en el individuo.

Se ha encontrado según Castanyer (2014), tres perfiles de la asertividad, siendo ellas:

La asertividad, la agresividad y la sumisión, donde a lo largo de la vida y en las diversas situaciones en la que nos estemos relacionando, podemos actuar más sumisos, agresivos

o asertivos. Pero es importante considerar a los “patrones de conducta” de cada sujeto, el cual viene a ser la tendencia a reaccionar de una forma u otra del sujeto, por ello se menciona las características de los tres patrones de conducta:

- La persona agresiva, defiende en exceso sus propios derechos e intereses, sin tomar en cuenta el de los demás, se muestra como un ganador ante cualquier encuentro social, sobre todo ante personas sumisas.
- La persona sumisa, no presenta respeto hacia sí mismo, ni hace valer sus propios derechos, e incluso se interesa mucho más en las necesidades del otro con el fin de complacer o ser aceptado.
- La persona pasiva – agresiva, o “Sumisa – agresiva”, viene a ser la persona que utiliza con frecuencia el chantaje emocional con tal de lograr lo que ellos quieren, o de lo contrario hacerlos sentir culpables o en deuda con ellos.

## Capítulo II: Presentación del Caso

### 2.1 Datos de Filiación

<b>Nombres</b>	:	C
<b>Sexo</b>	:	Femenino
<b>Edad</b>	:	52 años
<b>Fecha de Nacimiento</b>	:	25 de agosto de 1969
<b>Lugar de Nacimiento</b>	:	Lima
<b>Número de hermanos</b>	:	seis hermanos
<b>Lugar que ocupa</b>	:	5/6
<b>Estado Civil</b>	:	Casada
<b>Hijos</b>	:	tres hijos
<b>Grado de Instrucción</b>	:	Técnico
<b>Lugar de Residencia</b>	:	Lima
<b>Informante</b>	:	Paciente
<b>Fecha de Entrevista</b>	:	26, 29/05 /21 y 04/06/21
<b>Evaluador</b>	:	Vigo Martínez Karen

### 2.2 Motivo de Consulta

La evaluada asiste a entrevista por voluntad propia, sin compañía y refiere que a raíz de una infidelidad por parte de su actual esposo hace 22 años, presenta complicaciones en su relación, debido a su inseguridad; en situaciones cuando su esposo no le responde el celular, llega tarde de laborar, o tiene reuniones con sus compañeras y compañeros de trabajo, presenta constantes pensamientos de que su pareja pueda volver a engañarla o no decirle la verdad, en esas situaciones siente mucha cólera, impotencia y celos, además de dolor de estómago, dolor de cabeza y espalda de forma muy intensa que la tienen muy incómoda hasta la actualidad.

Estos episodios le suceden cuando –señala la paciente- “Mi esposo sale a trabajar, a hacer compras o a alguna reunión y no me responde el celular, cuando llega tarde a casa o cuando sube al segundo piso de su casa a ayudar o saludar a su familia, pienso que ha estado con otras mujeres, que nunca va a cambiar, que es un hombre muy inmaduro, mujeriego y todo lo hace a propósito, en ese momento me siento con demasiada ira, impotencia, frustración, dolor de cabeza, malestar estomacal y dolores musculares en la espalda y cuello”. Asimismo, añade “Al pasarme todo esto, me dejo llevar por lo que se me viene a la mente y empiezo a oler y revisar sus prendas, su celular, le pido todas las claves de sus redes sociales, rebusco entre sus pertenencias, e incluso le prohíbo salir o subir a ver a su familia, muchas veces hemos llegado a perder el control y golpearnos muy fuerte e insultarnos cosas muy hirientes.

Siento mucho miedo de no poder controlar esta inseguridad o desconfianza, pese a que mi esposo accede a todo lo que le pido, me jura haber cambiado, me brinda todas sus claves, celular, redes sociales, para poder recuperar mi confianza enviándome también fotos de lo que hace cuando sale, pero para mí es muy difícil creerle, quiero recuperarme de esto porque es un tormento para todos, sobre todo para mis hijos que han vivenciado todos nuestros problemas”, sin embargo refiere sentir la necesidad de recibir el apoyo y afecto de su pareja para sentirse bien o feliz.

La paciente señala que la última discusión con su esposo fue debido a que su esposo deseaba subir al segundo piso de su casa a pasar el día con su tía, primo y hermano pero a ella no le agradaba la idea, debido a que no lleva buena relación con la familia de él porque son personas que les gusta mucho tomar alcohol y los considera ser hipócritas con ella, en la actualidad las razones de peleas son mayormente por ese motivo, porque por la coyuntura del Covid-19, su pareja se encuentra trabajando de forma remota la mayor parte de la semana, pero aun suele revisar sus conversaciones o redes sociales, cuando se desencadenan diversos pensamientos negativos en ella y al sentirse enojada pierde las ganas de alimentarse, además al renegar o entablar un dialogo con su pareja suele estar a la defensiva debido a que según ella

su esposo siempre da la contraria a lo que ella le suele decir, así también, al percibir las situaciones problema mencionadas anteriormente pierde la motivación por realizar las actividades diarias de casa o atender a sus hijos, los dolores musculares en el área de la espalda aumentan intensamente y empieza a dolerle el estómago y cabeza, esto se manifiesta con frecuencia de una vez por semana aproximadamente.

Actualmente también presenta conflictos con su esposo, debido a problemas económicos y dificultad para ponerse ambos de acuerdo, ya que ambos suelen contradecir e invalidar sus propias opiniones mutuamente, la paciente señala “Él siempre me contradice todo lo que yo pueda opinar o decirle, y eso me hace pensar que lo hace a propósito con la intención de hacerme sentir poca cosa, hacerme parecer tonta, o dar a entender que yo soy ignorante y él sabe más”, con ello, suele sentir ira, impotencia, frustración, y actúa gritando, a la defensiva, con lisuras o amenazas, así también indica muchas veces haberle dejado de hablar hasta por un día debido a ese motivo. Adicionalmente, según la evaluada, presentan problemas en relación al tiempo que su esposo le dedica a la televisión, celular o computadora, deseando ella que descansa o lo dedique a la relación, refiere “Cuando termina de trabajar en la computadora, se queda en la televisión, en el celular o en la computadora misma hasta las doce o una de la mañana, entonces por dormir tarde se levanta tarde y ya no me apoya temprano con las cosas de la casa, y cuando se acuesta a esa hora y yo ya estoy descansando, me despierta y me quita el sueño”, entonces al comunicarle esta incomodidad a su pareja, él reacciona con incomodidad y le responde de mala manera, debido a que piensa que lo hace por manipularlo, la paciente menciona “ Cuando le digo que no debería dormir tan tarde, suele responder diciendo que no es mi hijo para estar mandándolo a dormir, pero no entiende, ni se corrige”, al suceder esto, ella actúa dejando de hacer sus labores de casa diarias, para que él se dé cuenta que realmente le está incomodando, hasta que esa noche evita dormir tarde y ella mejora su estado de ánimo, señala además que muchas veces en las respuestas de su esposo la señala como mayor de una forma despectiva, como por ejemplo, “Es que como tú tienes más edad ya quieres dormir temprano, pero como yo

soy joven aún, tengo más energía y necesito gastar esa energía para que me de sueño como a ti”, ocasionando en ella tristeza, ira e impotencia, siendo estos sucesos con la frecuencia de dos veces a la semana aproximadamente.

Con relación a su estado de ánimo, se encuentra más irritable por el dolor muscular que presenta en su espalda, teniendo en cuenta que está siendo tratado por profesionales médicos, como consecuencia suele gritar a su esposo e hijos cuando no hacen los deberes del hogar como a ella le gusta.

### **2.2.1 Episodios Previos**

Paciente refiere, a la edad de ocho años aproximadamente vivenció una familia nuclear disfuncional, constantes peleas entre sus padres, en relación a problemas económicos y celos por parte de su madre, quien era una persona muy nerviosa y poco afectiva, mientras que su padre si era afectivo y cariñoso, pero agresivo en las discusiones que presentaban, además de agradecerle tomar licor constantemente, todos los problemas lo solucionaban con gritos y golpes, donde ella era intermediaria para separarlos, pensaba en que sus padres deberían separarse y que ella no repetiría la misma historia de sus padres, sintiendo profunda tristeza y solía encerrarse en su habitación rezando que sus padres dejen de pelear.

A los 14 años, en la escuela sus amistades solían molestarla en relación a la apariencia de su nariz, la paciente refiere “No les hacía caso en el momento y me reía con ellos o también los insultaba”, sin embargo al llegar a casa solía verse al espejo, tomarse foto y cuestionar algunos aspectos de su físico, como su nariz, cicatrices que se hacía al jugar de niña, señala “Tenía muchas cicatrices en mi piernas que eran demasiado grandes porque jugaba en tierras rocosas y me golpeaba, hasta que a los 26 años decido hacerme un tatuaje en uno de ellos para que se vea bien, y operarme la nariz a los 35 años porque no solo era grande, sino que estaba dislocada debido a un golpe que me hice jugando con mi hermano de niña”, la paciente reconoce haber sido muy acomplejada con algunos de sus aspectos físicos (su nariz, cicatrices).

Así también, menciona “Con mis padres era muy rebelde, contestona, renegona y floja porque mi madre siempre quería que hagamos algo en relación a la limpieza de la casa”, indica que muchas veces se sentía muy ansiosa o preocupada por las reacciones de su madre cuando no obedecían, porque solía gritar, castigarlos o golpearles.

La evaluada recuerda un episodio a sus 15 años aproximadamente donde empujó a su hermana por las escaleras, debido a que al ser la menor, siempre la engreían y dejaron de hacerle caso a ella, sus padres la golpearon como castigo y tuvo que pedirles perdón, sentía celos, y pensaba que por culpa de su hermana no podría salir más, porque siempre la dejaban cuidándola a su hermana, por ser la mayor, sin embargo, al cumplir 18 años recuerda que solía ilusionarse constantemente con chicos que conocía en las discotecas y le obligaba a su hermana que la escuche hablar de ellos, por la madrugada sin dejarla dormir.

Aun en su adolescencia, a los 17 años se entera sobre el diagnóstico de su hermano mayor de esquizofrenia, refiere que esta situación le causaba mucho miedo, vergüenza y preocupación, por las conductas extrañas y agresivas que tenía con su familia, una de las conductas extrañas que a ella le causaba vergüenza y por el cual se burlaban sus compañeros, era el presentar sus cuadernos de ella y dibujar moscas en la pizarra, fue ahí donde todos se reían al relacionarla con su hermano, así mismo señala “El día que fue diagnosticado de esquizofrenia, tuvo conductas muy agresivas, como golpearme a mí y a mi hermano Eduardo con cachetadas y puñetes sin motivo alguno, a mi hermano le apretó demasiado fuerte los testículos hasta hacerlo llorar, y fue ahí donde llamaron a la ambulancia porque estaba a punto de matarlo, lo desconocíamos completamente porque él era el hermano más tranquilo de todos”. La evaluada afirma “me sentía demasiado asustada, vivía con miedo a que vuelva a hacer lo mismo, pero me daba demasiada pena verlo así, y mi relación con él se volvió más distante porque temía que me haga algo de nuevo, sin embargo, lo apoyaba, dándole sus medicinas o lo que necesitara”, así también, pensaba “Que será de la vida de mi hermano, si ya no volverá a hacer como antes nunca más”. Al pasar todo ello su rendimiento de la escuela disminuyó

considerablemente y sus relaciones sociables fueron evitadas por un tiempo con sus amistades porque temía ser burlada; sin embargo, al estar su hermano más estable ya con medicación, los médicos le informaron acerca de esa enfermedad y sabían mejor cómo manejarlo, la relación entre ambos se mantuvo siendo buena, pero sentía demasiada pena por él, sin embargo, continuó con su vida con regularidad.

En su etapa adulta a los 18 años empezó a salir a fiestas con sus primos, hermanos y amigos, indica “Me encantaba salir a bailar a las discotecas, me sentía demasiado bien al hacerlo, me relajaba, me ponía feliz e incluso cuando trabajaba les daba mi sueldo completo a mis padres solo para que me dejen salir a bailar con mis amigas”. Según la evaluada, sus padres eran personas muy estrictas, autoritarios y no le daban permiso constante para salir, a excepción que fuese con sus hermanos varones mayores, pero eso no lo agradaba a ella, refiere “Muchas veces tuve que escaparme de casa sin que nadie sepa, y regresaba por la madrugada subiendo por el techo, así fue también como me hice muchas heridas más en la pierna porque mi techo tenía vidrios cortados por seguridad, pero ponía mi casaca para poder trasladarme sin hacerme daño, hasta que mi padre una vez me descubrió y me golpeó súper fuerte dejándome el ojo hinchado y morado, cuando me pasó eso deje de salir por un tiempo”.

La paciente en esas situaciones pensaba en demostrar a sus padres que no tenían la razón en que alguien que sale a fiestas es una chica “perdida” y que solo salía para divertirse, posterior a ello cuando le prohibían las salidas solía llorar, sentía mucha ira y tristeza.

A los 18 años experimenta su primera relación sentimental con un compañero de promoción de colegio, el cual empezó como una amistad y por mutuo acuerdo decidieron tener una relación por un año, sus padres no permitían que ella tenga pareja, por ese motivo solían salir a escondidas y con sus demás amigos, existía buena relación, ambos eran afectivos, existía facilidad para demostrar sus sentimientos, sin embargo ciertas discusiones se daba por la contradicción de sus ideas y porque ella solía enojarse muy rápido en las discusiones, hasta que él decide entrar al servicio militar, la relación continuaba a distancia, pero hubo dificultades

porque su madre no le permitía salir a visitarlo, las cartas que ella le escribía no le llegaban y no sabía nada de él, sintiendo mucha pena, tristeza, llanto y pensaba en que él la buscaría pero no llego a ser así, aproximadamente cinco meses después decide empezar a salir a fiestas para no sentirse triste o pensar en él y conocer amigos, después de 5 meses más se entera que él se retira del servicio militar y salía con otra mujer, en esa situación refiere “ me sentía morir, mucha tristeza, me sentía vacía”, así también pensaba “ no quiero saber nada de los hombres, todos son mentirosos y sónicos” y empezó a dejar de comer, no tenía apetito, fue así como le dio anemia por un tiempo, estando así por tres meses hasta que consiguió un centro laboral lejos de casa.

Después de dos años, conoce a su esposo en su centro de trabajo (salón de belleza), quien era hijo de su jefa, quien empezó a preguntar por ella a todas las colaboradoras y empezó a invitarla a salir constantemente para conocerse mejor por cuatro meses, la evaluada indica “A mí no me atraía, solo aceptaba por respeto al ser hijo de mi jefa, además que era muy caballeroso y amable”. Hasta que él decide declararse y ella se negó a tener una relación “Lo que le dije fue que no quería estar con nadie porque venía de una decepción amorosa, y solo deseaba su amistad; al yo decirle eso, él me dijo que yo le gustaba mucho y que haría todo para que me enamore de él”. Durante un año empezó a demostrar sus sentimientos con detalles cómo osos de peluches, carteras, salidas a los mejores restaurantes de Lima, zapatos, etc.

Cuando él ya no iba a su trabajo a visitar a su mamá, notaba que lo extrañaba o se preocupaba por él, fue así como se da cuenta que se estaba enamorando y le atraía, las salidas fueron mucho más continuas, hasta que él le pide formalizar la relación nuevamente y ser enamorados. Al empezar su relación las salidas continuas se mantienen y deciden tener relaciones sexuales al tener ocho meses de relación, no existían discusiones, ni peleas, ambos eran afectivos y tenían buena comunicación, sin embargo menciona que le molestaba su impuntualidad, porque en una situación la dejó plantada en un parque y sentía mucha cólera e ira, pensando en ese momento “He dejado de salir con mis hermanos por venir y me hace esto”, decide evitar sus llamadas hasta que se tranquilizara y al verse nuevamente con él lo

solucionaron conversando. La relación fue estable por dos años, hasta que salió embarazada y al saberlo su esposo, se asustó mucho porque la madre de su esposo le amenazaba en quitarle sus estudios si se vuelve papá, ella se sentía tranquila y deseaba tenerlo, sin embargo, su esposo no deseaba ser padre y cuando él le dice a su madre, le obliga abortar al bebe y la paciente al escuchar esto decide alejarse y darle tiempo para que pueda asimilar la noticia y tomar una decisión formal, fue su hermano mayor quien la orientaba a ella porque él ya tenía ya una familia, en esa situación ella se sentía muy triste, apenada, sin embargo también se sentía feliz y tranquila de que sería madre porque tenía el apoyo de su familia, con ello pensaba en mantenerlo sola y con el apoyo de mi familia; al pasar cuatro meses su pareja la busca y deciden hablar sobre el embarazo con más tranquilidad, cuando ella le comenta el sexo del bebe, su pareja se emociona, llora y deciden formalizar la relación y continuar juntos teniendo a su hija.

La madre de su esposo nunca estuvo de acuerdo con su relación, por ello llevaba mujeres, cuando iba su hijo a visitarla, además de alquilarle habitación a una de ellas, quien fue con quien su esposo la engañó.

Este episodio de infidelidad, le sucedió al estar gestando a su primera hija hace 22 años cuando tenía seis meses de embarazo, indica que no vivían juntos, por esa razón decide ir a visitarlo a su casa, donde al llegar encuentra en su habitación de la casa de su actual esposo, a su esposo y a otra persona semis desnudos y sumamente nerviosos, refiere también que al abrir la puerta, la mujer con quien se encontraba su pareja se va corriendo por la ventana y la paciente al intentar darle el alcance para poder encararla se desmaya y pierde la conciencia por varios minutos, sin recordar lo que sucedió luego, señala que al pasar ello se sentía muy confundida, con llantos constantes y muy sensible, en el momento pensó negarle la paternidad a su hija y criarla si misma. Así también, refiere “Él solo atinaba a pedir perdón, llorar y hablarme mal de esa mujer, diciéndome que era una chica “loca”, que ella lo buscaba pero que él me quería a mí y con ello me ofreció irme a vivir con él para consolidar la relación y darme tranquilidad según él”. Al pasar los días él intentaba recuperar su confianza y estar bien, con regalos, cenas, detalles,

hasta que una amiga de ella le aconseja sobre su situación, “Mi amiga me decía que lo perdone y no le dé importancia a la otra mujer, porque íbamos a tener una hija y ella tenía a su hija sin su padre y le era muy difícil; entonces decidí perdonarlo tres semanas después de lo que sucedió y continuar la relación por mi hija”.

Su esposo se muda a la casa de ella, porque quería estar cerca a su familia para apoyarla en el embarazo, empezaron a trabajar ambos, mientras él aun intentaba recuperar su confianza, pero ella no le creía absolutamente nada de lo que le contaba, según indica la evaluada.

Luego de un mes de reconciliarse, la paciente –afirma- “La otra mujer ubicó el número de mi casa y empezó a llamar insultándome y amenazándome para que terminara con mi pareja, diciendo que ellos aún se veían y que él solo se burla de mí. Todo esto se entera mi familia y me apoyaban tanto a mi como a él diciéndome que si mi pareja no me quisiera no haría todo lo que había demostrado, al irse a vivir conmigo y dedicarse a mí, las palabras y apoyo de ellos me daba tranquilidad, mientras que mi pareja solo lo negaba todo y me decía que no haga caso a lo que me diga.

Pasando los días encontré en su camisa un recibo de un tragamonedas, y era el lugar donde ella trabajaba, decido ir a buscarla y conversar con ella haciéndole entender que estábamos formando una familia; luego de todo eso dejo de llamar y molestarme, pero ya no confiaba en él, por lo que decido ir a todos sus trabajos a esperarlo en la puerta y llamarlo muy seguido”.

En cuanto a sus familias, la familia de ella siempre apoyó su relación, mientras que, en la familia de él, solo su padre apoyaba la relación de ambos, la madre de su pareja no aceptaba la relación hasta que su hija nació y decide involucrarse mediante llamadas con ella, pero no existía mucha confianza y la relación era distante.

## **2.3 Procedimiento de Evaluación**

### **2.3.1 Historia Personal**

**2.3.1.1 Historia Pre – natal.** La evaluada fue un embarazo deseado, más no planificado, es la quinta de seis hermanos. Su madre se enteró de su embarazo al primer mes de gestación, siguió sus respectivos controles médicos en el hospital “La maternidad de Lima”, al nacer no presentó complicaciones, ni tratamientos médicos o psiquiátricos previos, mucho menos amenaza de aborto o riesgos, durante y después del embarazo contaron con el apoyo de las familias de ambos padres.

**2.3.1.2. Historia Peri – Natal.** El nacimiento fue por parto normal a los nueve meses de gestación y fue un parto eutócico, con duración aproximadamente de 30 minutos, indica que su madre no recordaba el peso exacto debido a que son varios hermanos, sin embargo, recuerda que estaba dentro del peso y talla promedio, y presentó llanto inmediato, sin complicación alguna, refiere según lo que su madre en vida le comentó.

**2.3.1.3. Historia Post – Natal.** Respecto a su alimentación señala que lactó de forma regular y exclusiva hasta los nueve meses, desde los 9 meses su alimentación estuvo intercalada, entre comidas caceras como puré, papillas y alimentos blandos. Señala que la madre de la evaluada utilizó una técnica común de la sierra del Perú, colocándose esencia de rocoto en el pezón para que dejara el gusto por lactar, por otro lado, su familia, hermanos y tíos siempre la ayudaban o cuidaban hasta que empezó a comer por sí misma a los tres años de edad.

En cuanto a su psicomotricidad, indica que presentó reflejos de succión desde el nacimiento, reflejo de presión a las semanas de nacida, dirigía la mirada en reconocimiento de la voz parental, a los seis meses mantiene una postura sentada, asimismo inicia en dicha etapa el gateo logrando una postura bípeda a los ocho meses e iniciando, con ayuda, sus primeros pasos logrando caminar al promediar los doce meses.

Con relación a su habilidad en el lenguaje, refiere que empezó a hablar al año y seis meses, con un promedio de 30 palabras, recuerda también que su madre solía comentar que era muy hábil y atenta.

**2.3.1.4 Escolaridad.** Su etapa escolar empieza en inicial a los cinco años en el colegio “Virgen del Carmen 3065” ubicado en Comas, el desapego a su mamá se realizó sin inconvenientes desde el primer día de clases, señalando que le agradaba ir al colegio y jugar con los compañeros y juguetes que tenían, en relación a su rendimiento académico era bueno y en el área social era bastante extrovertida, sin presentar problemas con los maestros o compañeros, refiere la evaluada.

Cursó la primaria en la misma escuela a los seis años, del mismo modo no presentó inconvenientes con los profesores o compañeros, y su rendimiento era promedio, sin embargo, le agradaban mucho más los cursos de letras que las matemáticas, indica también que nunca le realizaron alguna evaluación psicológica en la escuela, en cuanto a sus responsabilidades o tareas, sus hermanos mayores siempre la apoyaban con ello y con los cursos que no comprendía.

A los 12 años inicia la secundaria, manteniéndose en el mismo colegio, siendo su madre quien la llevaba a la escuela la primeras semanas por precaución hasta que hizo amistades y empezó a ir y regresar junto con ellas, mantenía su récord académico en promedio y no tenía problemas con maestros y compañeros, sin embargo, señala que sus amistades solían molestarla en relación a su nariz, insultándola o poniendo apodos, el cual ella lo tomaba de manera deportiva y sin darle importancia en ese momento.

La evaluada comenta que en tercer grado de secundaria, su hermano mayor ingresa a su misma escuela, debido a que repitió de año, y su hermano fue quien empezó a robarse sus tareas para presentarlas, causando incomodidad e ira en ella, hasta que luego de esos sucesos comenzó a presentar actitudes muy extrañas como pintar mariposas en la pizarra, no presentar tareas, sin participar en clase y encerrándose en su habitación de su casa durante todo el día, todas estas

conductas se las hacen llegar a la evaluada y se entera que su hermano tuvo un desencadenamiento de esquizofrenia, menciona que hasta la actualidad su hermano presenta esa enfermedad mental y se encuentra con tratamiento farmacológico, en esa etapa escolar empezó a sentir vergüenza al ir al colegio, debido a que la molestaban o insultaban a su hermano, se sentía muy triste, preocupada, y no podía centrarse en sus estudios, por ello desaprueba el área de matemáticas y fue llevada a cursos vacacionales del colegio, recibiendo también el apoyo constante de sus otros hermanos mayores.

Finalizó la escuela en quinto de secundaria con un récord de notas académicas mucho más mejoradas, sin embargo, por motivos de escasez económica en su familia no podían apoyarla con el viaje de promoción, pero era muy querida por sus compañeros y decidieron hacer colecta para que pueda asistir junto con ellos, refiere además que hasta la actualidad mantiene comunicación con cada uno de sus compañeros y maestros.

Al terminar su etapa escolar, empezó a trabajar en una fábrica textil, porque debía apoyar en casa económicamente, laborando ahí por tres años aproximadamente. Decide retirarse del trabajo porque eligió estudiar cosmetología en el “Instituto Superior de Cosmetología”, se sentía muy feliz y tranquila haciendo lo que más le gustaba, presentaba muy buenas calificaciones, culminando su carrera con éxito a los 23 años.

**2.3.1.5 Salud.** Respecto a su salud, a los 10 años se enfermó de Tifoidea, recuperándose con antibióticos y diversos medicamentos, además a los 18 años recuerda haberse enfermado de fiebre Gibraltar, indica: “Me contagie porque comía mucha comida chatarra, en la calle, no me gustaba la comida de mi casa”, siendo curada tres meses después en base a medicamentos e inyectables. A los 30 años deciden realizarle una resonancia magnética a su cerebro, debido a los dolores de cabeza constantes, y le diagnostican migraña crónica, brindándole tratamiento farmacológico, así también a los 47 años de edad debido a constantes dolores musculares en la espalda y cuello, fue diagnosticada de hernia cervical, hasta la actualidad se encuentra en tratamientos constantes.

**2.3.1.6. Historia Psicosexual.** Por su parte en el área psicosexual, indica que su primer periodo de menstruación se dio a los 13 años, señala que la información sobre ello la recibió en la escuela y de amistades, hasta pedirle ayuda a su madre sobre los cuidados durante la menstruación, sin embargo, no conversaba con sus padres sobre cuidados o métodos anticonceptivos, señala “eran personas muy cerradas y reservadas con ese tema, además de pensar que se debe llegar virgen al matrimonio”. En cuanto al enamoramiento comenta haber tenido dos parejas significantes para ella hasta la actualidad, empezando a los 17 años finalizando la secundaria, pero no llegaron a tener una relación formal ni a relaciones sexuales, debido a que sus padres le prohibían tener enamorado, pero se veían a escondida de sus padres hasta que él decidió hacer servicio militar y no tuvieron mayor comunicación, tan solo por cartas hasta que le comentaron que lo vieron con otra persona y decidieron separarse por completo, actualmente con esa persona son amigos y mantienen comunicación, a los 28 años conoce a su esposo actual con quien tuvo su primera relación sexual y salió embarazada de su primera hija, consolidando su relación a través del matrimonio a los 32 años, indica que su esposo es menor que ella por cinco años, es una persona muy divertida, extrovertido, sociable, cariñoso, solidario, muy responsable con sus hijos, pero le agrada siempre tener la razón y suele contradecir en muchas opiniones, lo que ocasiona muchas veces conflicto entre ellos y con sus hijos, luego de su matrimonio con su esposo nace su segunda hija, a sus 33 años de edad y a los 43 años a su último hijo.

Considera tener una vida marital sumamente divertida y unida cuando no se presentan los problemas de desconfianza mencionados en el motivo de consulta, por otro lado señala que su hija mayor ha asistido a terapia psicológica debido a que fue quien vivenció mayormente todos los problemas de agresiones verbales y físicas que sucedían en casa, actualmente mantiene la terapia psicológica y es diagnosticada de presentar rasgos de trastorno de la personalidad, mientras que su hija menor de 15 años es una adolescente tranquila, no suele expresar mucho sus emociones y es muy reservada con sus pensamientos o experiencias y su hijo de 12 años,

muestra problemas de control de impulso, frustración y ansiedad en diversas situaciones, refiere la evaluada.

En cuanto a sus características de personalidad, la evaluada, se considera como una persona jovial, sociable, alegre, extrovertida y cariños, manifiesta “tener muchas amistades que perduran con el tiempo”; por otro lado, afirma ser rencorosa, impulsiva, enojarse muy rápido, orgullosa y con dificultad para manifestar o comunicar sus emociones o pensamientos.

**2.3.1.7 Vida laboral.** Su etapa laboral la inicia a los 17 años en una empresa textil, donde se mantuvo por tres años, para poder solventar los gastos económicos de su hogar y gastos personales, donde tuvo muy buena relación con compañeros y jefes. A los 24 años ingresa a un salón de belleza a ejercer su carrera por dos años, donde del mismo modo aprendió mucho y mantuvo una relación cordial con sus superiores y compañeras, por otro lado; a los 26 años es parte de una empresa de tintes llamada “Placenta Life”, manteniéndose allí por cuatro años, indica que en todos sus centros de trabajo ha sido premiada y reconocida como “mejor desempeño laboral” y nunca presento problemas con personas relacionadas a las empresas, su motivo de retiro de las empresas anteriores era “buscar algo mejor”, hasta salir embarazada y centrarse plenamente en su hija, actualmente abrió su propio salón de belleza hace dos años y se encuentra laborando en ello, sintiéndose muy contenta y productiva.

**2.3.1.8 Hábitos e intereses.** Finalmente, sus hábitos personales estaban centrados en ir al gimnasio, bailar, hacer karaoke, salir con sus amistades y familia al cine a comer (antes de la Covid-19), actualmente suele hacer videos de maquillaje en sus redes sociales, ver constantemente videos relacionado a ello, cantar y ver series, además de dedicarse a su salón de belleza.

**2.3.1.9 Historia familiar.** Carmen refiere que sus padres fallecieron en el 2016 a causa de cáncer, su madre de cáncer a los ganglios y su padre de cáncer al estómago. Señala que su madre era una persona de carácter fuerte, poco afectiva, estricta, alegre, y muy nerviosa, además de presentar problemas de infidelidad con su esposo (su padre), la relación entre ambas era

ciertamente compleja, debido a que era difícil ponerse de acuerdo, la sobreprotegía y muchas veces el conflicto constante era porque no le dejaba salir a fiestas o con sus amigas, sin embargo, al nacer su hija señala “cambió completamente, se volvió cariñosa, muy atenta y me apoyaba demasiado con mi hija”, estando ya anciana intentaba comprenderla y ayudarla en lo que necesite. Mientras que con su padre la relación entre ambos era muy buena, solía engreírlos, se ponían de acuerdo con facilidad, comenta que él era una persona muy cariñosa, muy alegre, divertido, sociable, pero agresivo verbal y físicamente con los demás cuando se enojaba mucho, además de poco despreocupado con relación a las responsabilidades con sus hijos; del mismo modo al nacer su hija la apoyo en todo y solían engreír muchas veces a su nieta. Ambos padres fueron de provincia, con solo formación académica primaria, dedicados a trabajar como comerciantes y ama de casa a lo largo de sus vidas.

Por otro lado, son seis hermanos, su hermano mayor de 60 años, es contador de profesión, refiere que es una persona muy alegre, divertido, cariñoso, además de tímido y nervioso, por el cual fue diagnosticado por un médico psiquiatra, de ansiedad hace 1 año, fue medicado y en la actualidad ya es dado de alta, es soltero hasta el día de hoy y no tiene hijos, pero mantienen la comunicación y buena relación de siempre con él.

Su segundo hermano mayor, con edad de 58 años, es abogado y no presenta alguna enfermedad, manifiesta que es una persona rígida en cuanto sus pensamientos, pero alegre, sociable y extrovertido; la relación con él es de manera neutral debido a que no vivieron muchos años juntos desde la adolescencia, porque su hermano fue a vivir con su abuela por motivos de estudio, en la actualidad tiene dos hijas, es casado y convive con su familia, del mismo modo tienen constante comunicación.

Por otro lado, su hermano de 56 años es publicista y tiene una personalidad alegre, sociable, solidario, ciertas veces despreocupado con algunas responsabilidades o problemas, siempre han mantenido una buena relación, comento ser con él con quien más jugaba de niña y

joven; en la actualidad tiene dos hijos, una mujer y un hombre, casado y convive con su familia en Paris – Francia, continuando su comunicación constante de manera virtual.

Su hermano menor en relación a los varones, es su hermano de 54 años de edad, quien sufre de esquizofrenia y solo concluyo estudios hasta la secundaria, sin embargo refiere ser una persona tranquila, muy conversador, sociable, es hábil para el baile y dibujo; la relación entre ellos siempre ha sido muy buena, solían apoyarse mutuamente, y hasta el día de hoy es del mismo modo debido a que él se quedó en casa de sus padres desde que fallecieron, a cargo de una enfermera quien se dedica todos los días a atenderlo y hacerle compañía, aun así, todos sus hermanos suelen coordinar para visitarlo y estar pendientes de lo que le falte.

Por último se encuentra su hermana menor con edad de 49 años, quien es Docente de Ingles como profesión, no presenta alguna enfermedad, en cuanto a su personalidad, es una persona muy extrovertida, sociable, divertida, pero poco afectiva; la relación entre ellas fue un poco difícil porque comenta que al ser niñas o adolescentes sentía celos hacia ella por la importancia y atención que le brindaban, sin embargo de jóvenes y adultas mejoró su relación, hoy en día cuenta con una hija, es casada y vive con su familia en Francia, manteniendo también la comunicación.

En relación con su infancia, señala que esta no fue tan buena porque sus padres vivían en peleas constante, debido a problemas de dinero o desconfianza, donde ella vivenciaba cada pelea física y verbal que ellos tenían, además recuerda que su madre se iba de casa donde su abuela por un mes aproximadamente cuando esto sucedía, quedándose su padre a cargo con apoyo de su tía, se sentía sola, muy triste y lloraba mucho cuando estos problemas se presentaban. Al iniciar su adolescencia, estos inconvenientes disminuyeron porque sus hermanos trabajaban y había más sustento económico, sin embargo, recuerda también momento muy cálidos y bonitos donde compartían todos como familia, mencionando muchas anécdotas entre ellos; señala que la forma de corregir de sus padres siempre fue con agresión, gritos o botándolos de casa.

Cuando se embaraza su familia le dio su apoyo durante y después de la gestación, haciéndose cargo de ella para que pueda laborar y solventar los gastos que requería su hija, vivió en casa de ellos hasta los 33 años aproximadamente, debido a que con el tiempo logró mudarse a casa de su esposo con quien convive hasta la actualidad.

En cuanto a su esposo, tiene 47 años, es administrador de profesión y labora como ejecutivo de ventas de seguros de vida, no presenta enfermedades actuales y en relación a su personalidad, es una persona extrovertida, sociable, afectiva y perseverante, pero “cerrado en cuanto a sus pensamientos, le gusta siempre tener la razón”, refiere la evaluada. Ambos tienen tres hijos juntos, la mayor con 22 años de edad, estudiante de la carrera de derecho; fue diagnosticada de rasgos impulsivos por el Psicólogo y Psiquiatra, en la actualidad lleva tratamiento psicológico y farmacológico, manifiesta “ha mejorado mucho, sus actividades la cumple con normalidad y le va muy bien en la universidad”, en relación a su personalidad, es muy alegre, sociable, extrovertida, le gusta apoyar a todos, pero tiene dificultad en demostrar o manifestar sus emociones o pensamientos, además de ser muy exigente y perfeccionista con ella misma.

Luego se encuentra su hija menor de 15 años, estudiante de tercero de secundaria, es una persona muy noble, tranquila, poco extrovertida, callada y tímida, con dificultad también para manifestar lo que siente o piensa, muy hábil en la danza y dibujo, le agrada leer mucho y eso le alegra a su madre.

Su último hijo tiene 12 años, cursa primero de secundaria y es una persona muy sociable, alegre, extrovertido, hábil para el baile, suele irle muy bien en la escuela, pero del mismo modo que sus hermanas cuentan con dificultad para comunicar lo que siente o piensa, además de problemas en control de impulsos y ansiedad; señala la evaluada que con sus tres hijos existe buena relación y no han tenido algún problema significativo entre ellos.

La interacción familiar suele ser buena cuando no se presentan los conflictos mencionados en el motivo de consulta, todos contribuyen con las tareas de casa, coordinan en

la semana actividades en familia, como ver una película, cantar o bailar en casa, en cuanto al corregir a sus hijos menores lo realizan de manera virtual o decomisando objetos tecnológicos (Televisión, celular, laptop), señala que a su hija mayor, la corregían con golpes o gritos, dejándolo de hacer cuando cumplió 13 años por orientación de la psicóloga de su escuela.

### **2.3.2 Examen Mental**

Paciente aparenta edad cronológica indicada, de sexo femenino, contextura acorde a su talla, utiliza prendas de acuerdo con la estación y su género. Su postura es rígida y marcha adecuada, estableció contacto visual durante todas las sesiones, a la vez un tono de voz fuerte y con seguridad, hasta relatar sus problemas donde su voz se tornaba temblorosa y de tono bajo, además de movimientos continuos de manos y piernas.

Del mismo modo, se encuentra lucida y orientada en tiempo, lugar y persona. Muestra un lenguaje coherente, aunque con un tono de voz bajo al indagar en sus problemas con su pareja o situaciones de infancia,

En el área de inteligencia se evidencia un nivel de pensamiento abstracto que le permite comprender y analizar información, su nivel de percepción se encuentra conservado, al igual que su memoria a corto, mediano y largo plazo.

En sus procesos afectivos, se evidencia ansiedad que se manifiesta a través de tensión muscular, cefaleas, y dolores estomacales, no manifiesta alteración de sueño, ni apetito, encontrándose conservadas.

Finalmente, tiene conciencia de enfermedad y del nivel de las consecuencias que el problema actual le genera, manifestando que quiere iniciar un tratamiento para mejorar sus conductas y pensamientos.

### **2.3.3 Pruebas Psicológicas**

Se procedió a recoger información mediante la entrevista, observación y la selección de pruebas pertinentes, los datos se consignan en el informe psicológico; las pruebas utilizadas fueron las siguientes:

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI III)
- Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI – R)
- Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE)
- Inventario de Depresión de Beck II (IDB II)
- Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF)

## 2.4 Informe Psicológico

### INFORME PSICOLÓGICO

#### I. Datos de Filiación

Nombre : C  
 Edad : 52 años  
 Sexo : Femenino  
 Lugar de Nacimiento : Lima  
 Fecha de Nacimiento : 25 de agosto de 1969  
 Grado de Instrucción : Técnico – Superior  
 Estado Civil : Casada  
 Hijos : Tres hijos

Referente : La paciente  
 Motivo de evaluación : Evaluación de Personalidad y área afectiva  
 Fechas de evaluación : 21/06/21, 23/06/21, 24/06/21  
 Evaluador : Karen Vigo Martínez

Técnicas Aplicadas : Observación y Entrevista Psicológica  
 Pruebas Aplicadas : Inventario Clínico Multiaxial de Millon–III  
 Inventario de Personalidad Neo Revisado  
 Escala de Ansiedad Estado – Rasgo  
 Inventario de Depresión de Beck II  
 Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF)

## **II. Motivo de Consulta**

Paciente refirió: “A raíz de la infidelidad de mi esposo hace 22 años, me siento muy insegura, pienso constantemente que me puede volver a engañar, que muchas veces no dice la verdad, que hace las cosas con intención de molestarme, y en situaciones cuando no me contesta el celular, llega tarde del trabajo, tiene reuniones o fiestas en su trabajo, empiezo a oler sus prendas, reviso su celular, rebusco en sus prendas esperando encontrar algo que me demuestre que hizo en el día e incluso he llegado a pedirle que me envíe foto de todo lo que hace o ir a su trabajo en algunas situaciones, siento demasiada impotencia, cólera y muchas veces se me va el apetito, me empieza a doler el estómago, la cabeza y la espalda con mucha intensidad, además ha habido situaciones en las que hemos llegado a agredirnos física y verbalmente entre ambos, así también, me genera molestia el hecho que hable con su tía porque yo sé que su tía coquetea con él, me hace sentir mucha cólera e impotencia porque siempre está a favor de ella, además cuando se queda hasta tarde en la televisión, computadora o celular me molesta, me da a pensar que prefiere estar en ello que descansar o conversar conmigo y suele contradecirme en todo lo que yo pueda opinar o decirle, sobretodo en problemas económicos y cosas domésticas de la casa, lo que me genera mucha rabia y actúo de forma agresiva algunas veces hasta que se dé cuenta ”.

## **III. Observaciones Generales y Conducta**

Paciente de género femenino, de tez blanca, de cabello corto y color marrón, de contextura y estatura promedio. Aparenta la edad cronológica que posee, viste acorde a su género, edad y estación del año, con aparente aliño e higiene personal apropiada. Se presentó con marcha normal y postura erguida, lenguaje fluido con ritmo y tono adecuado; pensamiento coherente y sostenía el contacto visual, está lúcida, orientada en tiempo, persona, lugar y colabora con la entrevista y proceso de evaluación.

#### **IV. Análisis e Interpretación de Resultados**

En la infancia se caracterizaba por ser una persona sociable, extrovertida y amigable, disfrutaba de las actividades lúdicas con sus pares, así mismo le costaba seguir indicaciones parentales, solía oponerse y enfrentarse a los castigos que le indicaban como consecuencia de su desobediencia, desarrollándose estas situaciones mayormente en el hogar que, en la escuela, así también en ambos escenarios le agradaba tener la atención de su familia y compañeros.

En el área familiar, en cuanto a la interacción familiar se desarrolló en una familia disfuncional, donde ella era intermediaria entre los conflictos parentales, llegando a separarlos cada vez que solían agredirse físicamente, en ocasiones reaccionaba defendiendo a su madre, luego de ello optaba por ir a su dormitorio, llorar y no comentar sobre lo que pensaba o sentía con nadie, así mismo se desarrolló en un ambiente invalidante donde para su padre lo que ella sentía o decía no era tomado con importancia, siendo su madre quien escuchaba ciertamente a lo que ella sentía y pensaba.

En la adolescencia mantuvo su carácter sociable, extrovertido y amigable, participaba de salidas y fiestas constantemente con sus pares, agradándole estar siempre rodeada de amigas o amigos, sin dificultad para entablar o iniciar una conversación, así también, buscaba experiencias de aventura y riesgo, como escaparse de casa, regresar por la madrugada e ingresar por el techo de su vivienda, según su anécdota contada. Por otro lado, busca ser aceptada y agradable, sin embargo, afrontó situaciones de burla en relación a su aspecto físico, por parte de sus compañeros de escuela, donde ella reacciona respondiendo de la misma forma, en base a insultos y a la defensiva, además de dificultad para expresar sus emociones y pensamientos de forma verbal, suponiendo que la otra persona debería adivinar lo que piense o sienta.

En su etapa adulta atraviesa situaciones difíciles en relación a su vida amorosa, lo que genera en ella desconfianza hacia los hombres y mujeres, relata una extensa historia de infidelidad, lo que conlleva a desconfianza, ansiedad y malestar constante, presenta

pensamientos relacionados a la traición de sus pares, familia o pareja, generando ansiedad y estrés en ella, incrementando sus síntomas de migraña, mayor dolor muscular y malestar estomacal. Por otro lado, sus fuertes reacciones emocionales, interfieren en su propio equilibrio haciéndola reaccionar de forma irracional e impulsiva, asimismo, toma de forma personal cualquier comentario o crítica de terceros.

Por otra parte, presenta tendencia al sentido del deber, organización y orden, así como la búsqueda y logro de sus objetivos, evidenciados en el logro de su propia empresa en el rubro de Cosmetología, no obstante, presenta dificultad para aceptar un “No” cuando desea algo de otras personas y disgusto por los límites o normas que no le permitan realizar lo que desea, así también evidencia preocupación por desarrollar alguna enfermedad grave, aun cuando según sus exámenes médicos no muestra diagnóstico de enfermedad grave; sin embargo denota temor a ser abandonada o quedarse sola.

En el área afectiva, la evaluada presentó estados altibajos considerados normales, debido a que no presenta un estado de tristeza patológica, ni desánimo acerca de su futuro, sin embargo evidencia autocríticas en relación a sus defectos, sensación de querer llorar pero sin poder lograrlo, más no presenta pensamientos de querer matarse, también ha sentido mayor tensión e inquietud que de costumbre junto a la disminución de energía de la que solía tener, sin afectar su funcionalidad, ya que sale con sus amigas en sus ratos libres y disfruta de su familia y sus tiempos de ocio cuando estos existen.

En cuanto al área emocional, Carmen presentó una ansiedad estado promedio y tendencia promedio a ansiedad rasgo, lo cual precisa una predisposición ansiosa, que implica que la paciente a lo largo de su vida, tienda a percibir las situaciones como amenazadoras, no permitiéndoles realizar un adecuado manejo de sus niveles de ansiedad, mayormente presenta incomodidad y preocupación con respecto a su vida marital, temor a ser traicionada por su esposo y preocupación por el futuro de su familia e hijos.

## **V. Conclusiones**

- En el área de personalidad, la paciente se presenta como una persona sociable y extrovertida, se muestra persistente y responsable con sus proyectos personales; sin embargo, evidencia déficit de conductas asertivas, alta sensibilidad al rechazo, necesidad de reconocimiento y admiración, lo que la vuelve vulnerable a generar altos niveles de ansiedad o depresión al ser desplazada o traicionada por algún miembro de su entorno, así mismo significativos rasgos de desconfianza hacia otras personas.
- En relación al área afectiva Carmen presenta estados altibajos considerados normales, se descarta presencia de tristeza patológica.
- En cuanto al área emocional la paciente evidencia un nivel de ansiedad estado promedio; así como, un nivel de tendencia promedio a ansiedad rasgo.

## **VI. Recomendaciones**

- Terapia Cognitivo Conductual

## 2.5 Identificación del Problema

La evaluada es una mujer de 52 años, quien presenta un malestar intenso debido a los conflictos de pareja que se manifiesta en su matrimonio, el cual se refleja en alto nivel de desconfianza hacia su esposo, pensamientos continuos relacionados a la infidelidad o traición, dificultad para solucionar problemas en su relación, así mismo, dificultad para comunicarse de manera asertiva y constantes comparaciones con personas del entorno de su esposo.

Lo mencionado anteriormente genera en ella síntomas, como, dolor de cabeza, dolor estomacal y malestar muscular en la zona cervical, además de disfuncionalidad ante sus actividades cotidianas, debido a los pensamientos consecutivos de que su pareja le esté mintiendo o siendo infiel, lo que hace que actúe pidiéndole sus pertenencias, revisando su prendas, obligando a informarle mediante fotos y llamadas lo que realiza su esposo o prohibiéndole asistir a reuniones sociales; adicionalmente, se presentan otros causantes de estos síntomas, como los conflictos por motivos económicos, problemas para llegar a un acuerdo con su pareja y dificultad para manifestar lo que sienta o piense sin gritos y lisuras.

Por ello se creyó conveniente trabajar con el modelo Cognitivo Conductual, debido a los pensamientos distorsionados que se genera en cada situación relacionada con su esposo, convertirlos en pensamientos más adaptivos y en paralelo modificar la reacción o conducta ante un evento que le cause malestar; instruyendo y entrenando también en las habilidades sociales, sobre todo en conductas y comunicación asertiva, reforzando habilidades de solución de problema, técnicas de relajación para mejor afronte a situaciones difíciles y en su autoestima.

Cabe mencionar que se realizó entrevistas y autoinformes para una mejor recolección de toda la información relacionada al problema, así mismo la segunda fase de evaluación se dirigió también al estudio de las conductas que la paciente manifieste para lograr realizar un plan de intervención con objetivos terapéuticos concretos, por lo que al inicio del tratamiento se evaluó mediante las siguientes pruebas: Inventario Clínico Multiaxial de Millon–III, Inventario de Personalidad Neo Revisado, Escala de Ansiedad Estado – Rasgo, Inventario de Depresión de

Beck II y Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF); y al finalizar la intervención del plan terapéutico planteado según las necesidades de la paciente, se culminó con la reevaluación y aplicación de los Cuestionarios de Escala de Ansiedad Estado – Rasgo, Inventario de Depresión de Beck II y Cuestionario de Esquemas de Young, para poder visualizar de manera clara el progreso y resultado de la intervención realizada. Por lo que se considera necesario dar a conocer la validez y confiabilidad de cada una de las pruebas aplicadas:

**Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III):** Tiene como autor a Theodore Millon, se trata de un cuestionario que evalúa la personalidad a través de 11 escalas básicas, tres rasgos patológicos, siete síndromes de gravedad moderada y tres síndromes de gravedad severa; y cuatro escalas de control, es de rápida aplicación a pesar de contener 175 ítems con formato de respuesta verdadero y falso. La duración de la aplicación de dicha prueba se encuentra entre los 20 y 30 minutos, así mismo puede darse de forma individual o colectiva y en adultos.

Por otro lado, las escalas se organizan en Patrones clínicos de personalidad, como: Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo, Compulsivo, Negativista y Autodestructivo; en cuanto a las patologías graves de la personalidad, se encuentran: Esquizotípico, Limite y Paranoide; y en relación a los Síndromes clínicos evalúa el Trastorno de ansiedad, Trastorno somatomorfo, Trastorno bipolar, Trastorno distímico, Dependencia de alcohol, Dependencia de sustancias y Trastorno de estrés post traumático; finalmente en cuanto a síndromes clínicos graves, tenemos: Trastorno de pensamiento, Depresión mayor y Trastorno delirante, así mismo sus índices modificadores son: Sinceridad, deseabilidad social, devaluación y validez.

En cuanto a la puntuación, se presenta de la siguiente manera:

- Puntajes mayores o iguales a 85 equivale a un indicador elevado
- Puntajes entre 75 a 84 equivale a un indicador moderado
- Puntajes entre 60 a 74 equivale a un indicador sugestivo

- Puntajes entre 35 a 59 equivale a un indicador bajo
- Puntajes entre 00 a 34 equivale a un indicador nulo

Cabe resaltar que la adaptación fue realizada por Cardenal y Sánchez (2007) con el fin de adaptarla al español y poder tipificarla en el MCMI- III, el cual tuvo un tiempo de procedimiento de cuatro años aproximadamente (Millon et al. 2007). Asimismo, por efecto de diversas investigaciones realizadas en la realidad brasilera y argentina, se lograr concretar la validación del inventario para la utilidad del mismo en una realidad latinoamericana, además demuestra su validez y confiabilidad mediante la consistencia interna del Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.66 y 0.89. Y la fiabilidad test – retest para las puntuaciones decimales de 0.85 y 0.93.

Así también, posee tres escalas de validez, en el cual se encuentran, la escala X que corresponde al índice de sinceridad y franqueza de la paciente; luego se encuentra la escala Y, relacionado al índice de deseabilidad, pretender ser neutral con el fin de la simulación de alguna patología y el índice de alteración correspondiente a la escala Z de deseabilidad, que se relaciona con los elementos que contribuyen al evaluado a denigrarse a sí mismo.

**Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI – R):** Se utilizó la versión final del NEO PI – R, el cual fue completada en el año 1992 por sus autores, Paul Costa y Robert McCrae. Este inventario tiene como objetivo brindar información sobre las cinco dimensiones o rasgos de personalidad, el cual cada una de ellas está conformada por seis facetas.

En cuanto a la descripción del material, es un cuestionario auto aplicado que consta de 240 afirmaciones, donde 106 son formuladas de manera inversa y para cada dimensión existe un total de 48 ítems, asimismo las 30 facetas de la prueba son contestadas por ocho ítems cada una, pero adicionalmente cuenta con tres ítems de validez (Costa y McCrae, 1992).

La aplicación de este cuestionario puede darse a jóvenes y adultos de ambos sexos, que cuenten con un nivel mínimo de instrucción, aproximadamente desde los 15 años, además puede ser aplicado de forma colectiva o individual, con la duración promedio de 30 a 50 minutos. En relación con las respuestas de la prueba, es realizada mediante una escala Likert de cinco

puntos, donde se tiene: Totalmente de Desacuerdo (TD), Desacuerdo (D), Neutral (N), de Acuerdo (A), y Totalmente de Acuerdo (TA).

Para la calificación es necesario tomar en cuenta la respuesta del evaluado relacionados a los tres ítems de validez, ya que el ítem “A” busca asegurarse que el evaluado haya respondido de manera sincera y precisa; para el ítem “B” y “C”, se pretende saber si contesto todos los ítems y si marco de forma correcta.

En cuanto a su validez y confiabilidad, se reporta un puntaje de Cronbach de 0.56 a 0.81 en las facetas y de 0.86 a 0.92 en los dominios, por ello cuenta con validez convergente, discriminante y de criterio externo del instrumento. Y en relación con la adaptación de la prueba, fue realizado en el Perú por Cassaretto (1999), mediante adolescentes universitarios, donde se encontró una confiabilidad de nivel aceptable.

**Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE):** El inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE, es la versión adaptada al español del State – Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1975), el cual se encuentra formada por escalas de autoevaluación donde se miden dos dimensiones, la Ansiedad – Rasgo y Ansiedad – Estado, dicha prueba puede ser aplicada tanto en adultos “normales” como en pacientes neuropsiquiátricos con el fin de medir su nivel de ansiedad.

Respecto al área de la escala Ansiedad – Rasgo de IDARE comprende de 20 afirmaciones en las que incitan al evaluado a describir cómo se siente mayormente. Mientras que en la escala Ansiedad – Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las indicaciones se tratan de que mencionen como se sienten en un determinado momento, así mismo ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, estando una en cada lado de la misma y debido a la comprensión sencilla de la prueba, se considera un instrumento auto – aplicable, tanto de forma individual o grupal, además no cuenta con límite de tiempo.

La validez del IDARE se basa en la comprensión de las instrucciones por parte del evaluado, hacia el área de “rasgo” en donde indica cómo se siente generalmente, y se debe

resaltar que no deben omitir ninguno de los ítems, además de solucionar sus dudas relacionadas a la prueba, sin influir en su respuesta.

**Inventario de Depresión de Aron Beck II (BDI – II):** La prueba tiene como autor a Aron Beck, Robert Steer y Gregory Brown, siendo esta adoptada en Lima Sur por Espinosa (2016), el objetivo del inventario es evaluar el nivel de Depresión de un individuo, contando con un tiempo de aplicación de 10 minutos como máximo y es aplicable a personas con mayoría de edad y en caso de adolescentes con una edad mínima de 13 años.

En cuanto a su descripción, la prueba es auto aplicable y consta de 21 ítems, donde el evaluado debe elegir con la que mejor se describa según el estado de ánimo del cual se encuentre. Su contenido prioriza mayormente el componente cognitivo de la depresión que los síntomas, el cual representan 50% de la puntuación total, es decir los síntomas tipo somático – Vegetativo, donde 15 hacen referencia a síntomas psicológico cognitivos y los seis restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Su confiabilidad mediante índices psicométricos han sido analizados de manera profunda evidenciando un óptima consistencia interna, un alfa de Cronbach 0,76 – 0,95.

En Lima sur, fue Espinoza en el año 2016, quien mediante una muestra de 1000 universitarios demostró la confiabilidad por consistencia interna coeficientes Alfa de Cronbach de 0.865 para el nivel general y coeficientes mayores a 0.60 para las tres áreas en esta población que componen el inventario.

La Validez de este cuestionario como instrumento de diagnóstico ha sido estudiada en nuestro país en una población general de 18 a 64 años, donde se obtuvo un buen rendimiento, sensibilidad 100%, especificidad 99% y valor predictivo positivo de 0.72 y valor predictivo negativo de 18.

**Cuestionario de Esquemas de Young – Forma Abreviada (YSQ – SF):** Esta prueba fue elaborado por Young y Brown (1994), y adaptado a nuestro medio por Hilario (2016) en una muestra de universitarios en el distrito de Villa el Salvador.

En cuanto a su descripción, el cuestionario evalúa 15 esquemas mal adaptativos tempranos a través de 71 ítems expuestos de forma de afirmación, mediante respuestas según escala Likert que están ubicadas desde, 1: “Completamente falso sobre mí” a 6: “Me describe perfectamente”. Puede aplicarse de forma individual, o colectiva, pero tiene una duración de 20 minutos aproximadamente, y se califica mediante la suma de los puntajes de cada ítem por factores.

La confiabilidad del cuestionario fue presentada por Schmidt et al (1995) mediante una investigación global de las propiedades psicométricas del mismo en una población no clínica, donde se obtuvo coeficientes alfa, que oscilaban entre .83 y .96; y coeficientes test – retest entre .50 y .82, lo que demostraba una confiabilidad interna alta y fiabilidad test – retest.

La validación la realizó Castrillón et al. (2005) en una población universitaria de Colombia, donde se obtuvo como resultado once factores con cargas superiores a .5, además, el análisis de consistencia interna se calculó con el coeficiente Cronbach, evidenciando valores entre .71 y .85, con una consistencia interna de .91 para el total, ello permite considerar al instrumento adaptado con adecuadas psicométricas.

### **Capítulo III: Programa de Intervención Terapéutica**

#### **3.1 Especificación de los Objetivos del Tratamiento**

De acuerdo con la información recopilada durante todo el proceso de evaluación, se evidencia dificultades a nivel cognitivo y conductual de la evaluada, ya que presenta conflictos en su vida marital, debido a que muestra tendencia a interpretar de manera distorsionada diversas situaciones con su pareja, reforzando su desconfianza o inseguridad hacia su esposo, su baja autoestima y evidenciando conductas no asertivas, como imponer constantemente hacia su pareja o hijos, y manifestando conductas de celos hacia su pareja de forma constante, lo que genera en ella ansiedad que se manifiestan a través de reacciones fisiológicas como dolor de cabeza, dolor estomacal e intenso dolor muscular en la zona cervical, además, esto se ve reforzado a nivel conductual, por la disfuncionalidad en sus actividades cotidianas del hogar y respuestas emocionales como irritabilidad, tristeza o ira proyectada ante sus hijos o miembros de su familia.

Por lo mencionado anteriormente, se inicia el proceso psicoterapéutico a través del modelo cognitivo conductual, con la finalidad de identificar, evaluar y modificar los pensamientos que presenta hacia un posible conflicto de pareja, por lo tanto se espera que la paciente logre interiorizar herramientas que le permitan tener respuestas más saludables de manera emocional y conductual, con el objetivo de que la paciente logre analizar sus propios pensamientos y tome conciencia de la influencia de sus creencias respecto a sus emociones y conductas, en donde se debatirá las interpretaciones que genera acerca de sus experiencias, con ello reconocer sus esquemas cognitivos desadaptativos y aprendiendo estrategias que le permitan manejar mejor las situaciones conflictivas a través del entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas.

### **3.1.1 Objetivo General**

- Disminuir los conflictos de pareja, incorporar conductas asertivas y mejorar la autoestima, modificando sus creencias irracionales y esquemas desadaptativos.

### **3.1.2 Objetivos específicos**

- Explicar a la paciente realizando psicoeducación de la problemática que presenta, a través del modelo cognitivo conductual.
- Lograr que la paciente identifique y modifique sus creencias o pensamientos irracionales.
- Entrenar a la paciente en técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular.
- Mejorar su tendencia a juzgarse.
- Incrementar el autoconocimiento de sus fortalezas.
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales.
- Mejorar la capacidad de solución de problemas.

### **3.2 Diseño de Estrategias de Tratamiento o Intervención**

Se explicará previamente de forma clara y concisa como se desarrollarán las sesiones de Terapia Cognitivo Conductual, con el fin de poder fomentar la adherencia al tratamiento.

Así mismo, se establecerá un consentimiento informado hacia la paciente, donde además se dicta el compromiso por parte de la paciente y profesional a presentar una participación durante el proceso de psicoterapia. De esta forma se espera contar con la colaboración profesional por parte de la terapeuta explicando y ejecutando diversas técnicas terapéuticas; y por parte de la paciente se espera el desarrollo de técnicas y el cumplimiento de tareas o actividades que se le asignen.

El desarrollo de la terapia se llevará a cabo en 10 sesiones, las cuales tendrán una duración de 50 minutos, en donde se aplicará técnicas cognitivas conductuales para lograr los objetivos propuestos anteriormente, posterior a ello se realizará dos sesiones de seguimiento intermitentemente luego del alta de la paciente.

Postratamiento se reevaluará con los cuestionarios psicológicos aplicados al inicio de la evaluación, como: Escala de Ansiedad Estado – Rasgo, Inventario de Depresión de Beck II y Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-SF), con el fin de observar los objetivos logrados.

**Análisis Funcional:** Problema de Relación de Pareja, se observa en la Figura 2.

**Figura 2**

*Análisis Funcional del Problema de Relación de Pareja*

E.D	R	E.R
<p><b>EXTERNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando su esposo sale a trabajar o a reuniones.</li> <li>• Cuando el esposo va a saludar o ayudar a su familia.</li> <li>• El esposo se queda hasta tarde en la computadora o medios electrónicos.</li> <li>• Su pareja la contradice constantemente en conversaciones juntos o ante los demás.</li> <li>• Cuando le responde dubitativamente sobre lo que ha realizado.</li> </ul> <p><b>INTERNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordar cuando su pareja le fue infiel y ocultaba cosas.</li> <li>• Pensamientos anticipados: “Es un inmaduro, nunca va a cambiar”.</li> </ul>	<p><b>COGNITIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Me va a ocultar cosas, no me está diciendo la verdad de lo que ha hecho o con quien haya estado en ese lugar”.</li> <li>• “Va a coquetear con mujeres”.</li> <li>• “No tolero a su tía porque se nota que lo coquetea y le gusta llamar la atención”.</li> <li>• “Prefiere estar en el aparato, que conversar o descansar conmigo”.</li> <li>• “Me quiere dejar como tonta, creyéndose superior a mí”.</li> </ul> <p><b>FISIOLÓGICO EMOCIONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ira</li> <li>• Impotencia</li> <li>• Frustración</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Dolor de cabeza</li> <li>• Dolor estomacal</li> <li>• Dolor muscular, zona cervical</li> <li>• Pérdida del apetito</li> </ul> <p><b>MOTORA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa el celular de su pareja, revisa sus pertenencias y huele sus prendas.</li> <li>• Amenaza con armar problemas si va donde su tía.</li> <li>• Cierra su puerta con llave para que su esposo no ingrese a la habitación.</li> <li>• No realiza sus actividades cotidianas en el hogar.</li> </ul>	<p><b>EXTERNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El esposo accede a lo que le pide (Dinero, tarjetas, celular, fotos de donde ha estado o de lo que ha hecho).</li> <li>• El esposo la juzga como “Desconfiada”, “Enferma” constantemente.</li> <li>• Al conversarlo, el esposo la contradice y no llegan a un acuerdo.</li> <li>• El esposo presta atención a las conductas de ella.</li> </ul> <p><b>INTERNO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos confirmatorios.</li> <li>• Pensar: “Siempre será mujeriego”.</li> <li>• Creer que todo lo que su pareja le diga es mentira.</li> </ul>

E.D	R	E.R
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grita con lisuras y amenazas para que su pareja le dé la razón.</li> <li>• Ignora y no dirige la palabra a su esposo por 1 o 2 días hasta que él logre hacer lo que ella desea.</li> </ul> <p><b>DIMENSIONES DE LA CONDUCTA</b>  <b>Intensidad: 10/10</b>  <b>Frecuencia: Cada vez que se encuentra en estas situaciones</b>  <b>Duración: Variable</b></p>	

### 3.3 Aplicación del Tratamiento o Procedimiento

#### 3.3.1 Sesiones de Intervención Terapéutica

##### Sesión N° 1

##### Objetivos de la sesión:

- Fortalecer la alianza terapéutica
- Explicar la problemática de la paciente a través del modelo cognitivo conductual
- Dar a conocer los objetivos de la terapia y llegar a conocer las expectativas que tiene la paciente acerca de su mejora

##### Técnicas:

- Psicoeducación
- Escucha activa
- Explicación del análisis funcional

##### Descripción de la sesión:

Se inició dándole la bienvenida a la paciente, luego de ello se procedió a la explicación de su problemática actual mediante el Modelo Cognitivo – Conductual, lo que corresponde a la

psicoeducación y se solicitó la participación de la paciente para conocer los últimos sucesos que le hayan ocasionado malestar.

T: Buenos días, Carmen, hoy empezaremos las sesiones de intervención, pero me gustaría saber, ¿Cómo te encuentras?

P: Bien, gracias

T: Que gusto que te encuentres bien, antes de comenzar con la sesión de hoy me gustaría saber que me digas que perspectivas tienes acerca de esta terapia.

P: Bueno realmente quisiera sentirme más tranquila con mi esposo, no pensar mal de él tan seguido y sobre todo lograr que me entienda o yo entenderlo a él, que podamos comprendernos y llegar a acuerdos de buena manera, más que todo por el bienestar de mi familia.

T: Entiendo, cuando me mencionas “que podamos comprendernos” ¿A qué te refieres?

P: Lo que pasa que cada vez que hay un problema por tema económico o alguna situación siempre terminamos gritando o peleando, ya que siempre contradice lo que le digo y eso me da mucha cólera, además como te comenté anteriormente, se encuentran los problemas de desconfianza por mi parte y bueno eso más que todo.

T: Claro, según la información que me brindaste en el proceso de evaluación puedo deducir que es una situación muy incómoda y frustrante para ambos.

P: Si lo es, hace tiempo hemos querido empezar a asistir al psicólogo, pero decidimos hacerlo primero de forma individual y luego ya como parejas, siento que primero necesito mejorar yo misma, por eso quedamos en que primero me trataré yo, porque él también debería, solo que luego que yo termine o avance, él lo hará.

T: Perfecto, gracias por la confianza y comentarte que toda información brindada dentro del transcurso de las terapias queda en completa confidencialidad.

P: Gracias, sé que me ayudarás

T: Antes de iniciar con la explicación del modelo cognitivo conductual, en el cual basaremos las sesiones, quisiera saber qué expectativas tienes hacer de la terapia psicológica.

P: Mis expectativas son lograr controlar mis pensamientos de desconfianza hacia mi esposo, poder conversar con él y con todos sin irritarme tanto, y tener mejor relación con él y con mi familia.

T: Bien Carmen, quisiera explicarte ahora a que se debe la reacción o conductas que presentas ante tu pareja.

Para ello es necesario explicarte desde el siguiente esquema, lo que es el análisis funcional de las conductas, como podemos observar, este se compone de las siguientes variables: Antecedente, Conducta y Consecuencia, pero, la razón principal por el cual se realiza un análisis funcional es el centrarse en las cadenas de respuestas que nos pueda brindar y lograr identificar el proceso que mantiene hasta la actualidad una conducta.

Por ejemplo, en la situación de que tu esposo se quede hasta tarde en la computadora o algún aparato tecnológico, tenemos ese suceso como antecedente; pero ello genera una conducta en ti que viene a ser, cerrar tu habitación con llave, gritarle o dejar de hacer tus actividades diarias al día siguiente, lo que trae como consecuencia que tu pareja ceda a acostarse contigo, pero ambos ya disconformes o incómodos llegando a un conflicto entre ambos.

P: Si, tienes razón, mayormente es de esa manera.

T: Bien, ahora entendiendo esto voy a explicarte en la pizarra la relación que existe entre la situación, tus pensamientos y el porqué de tus conductas, para ello nos vamos a basar en la teoría cognitiva conductual, dentro del modelo cognitivo conductual.

Entonces la relación entre estos tres conceptos es la siguiente: Cuando tu experimentas una situación, por ejemplo, manteniéndonos en el primer ejemplo que te di para explicarte el análisis funcional, teníamos la situación cuando tu esposo se queda hasta tarde en aparatos tecnológicos, ¿Qué es lo primero que piensas en ese momento?

P: Que prefiere estar ahí, a veces jugando ajedrez o escuchando su música, que venir a conversar o pasar tiempo conmigo

T: Okay, y eso ¿Que te hace sentir?

P: Enojo, rabia, resentimiento

T: Exacto y es por ello que actúas cerrando la habitación con llave, gritando o amenazando y dejando de hacer tus actividades cotidianas, ¿Cierto?

P: Así es, para que se dé cuenta que estoy molesta

T: ¿Y eso es sin todavía haber escuchado la explicación de él?

P: Si porque siempre le digo que eso me molesta, pero le da igual y bueno lo sigue haciendo

T: Bien, ¿y cuando te explica que te dice?

P: Me muestra fotos de lo que ha hecho cuando es por su trabajo o me comenta que quería relajarse jugando ajedrez o escuchando música

T: Al tener más claro lo que ha realizado, ¿Te sientes más tranquila?

P: Si, a veces si

T: Bien Carmen, podemos darnos cuenta de que son estos pensamientos los que influyen en tus emociones y por ende en la conducta a manifestar. Sin embargo es necesario que sepas que los pensamientos que presentas se dan de la percepción o interpretación que tú les das a los hechos o sucesos de ese momento, pudiendo ser este, real o irracional, es decir en la situación anterior, tu interpretaste que él no quiere pasar tiempo o conversar contigo y por ello se quedó en su computadora o celular, generándote cólera, rabia, y lo que te hizo actuar de tal manera, hasta que te explico el motivo real y recién allí fue que te sentiste más calmada, entonces, es muy importante la interpretación que solemos darle a las situaciones externas, porque mayormente no es lo que sucede lo que nos afecta, sino lo que pensamos de ello y cómo lo percibimos. ¿Me dejo entender?

P: Entiendo, entonces, ¿Quiere decir que me afecta más lo que pienso que lo que realmente está pasando?

T: Exacto Carmen, me alegra mucho que lo hayas comprendido.

P: Nunca lo había visto de esa forma

T: No te preocupes, a lo largo de la terapia vamos a ir logrando estrategias que te permitan tener mayor autocontrol tanto de tus pensamientos como de tus conductas.

P: Espero poder lograrlo

T: Claro que si, como ves, lo has entendido muy bien y eso es un paso más cerca de lograrlo, así que seguiremos trabajando en ello.

Posteriormente se le explicó el objetivo general y específico del proceso de la terapia y se le asignó una tarea, el cual consistía en identificar las situaciones, pensamientos y emociones o conducta que presente durante la semana. (Se adjunta cuadro modelo de Registro de Situación- Pensamiento – Emoción & Conducta.)

### **Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planificados para la primera sesión, ya que la paciente pudo comprender la problemática que presenta según el modelo cognitivo conductual.

### **Sesión N° 2**

#### **Objetivos de la sesión:**

- Explicar y entrenar a la paciente mediante mecanismos fisiológicos de afrontamiento o control hacia situaciones diarias, que le generan ansiedad o malestar

#### **Técnicas:**

- Respiración diafragmática

#### **Descripción de la sesión:**

Se inicia la sesión dándole la bienvenida y revisando la tarea asignada la sesión anterior.

T: Carmen, que gusto verte nuevamente, ¿Cómo estás?

P: Bien, gracias, traje la actividad que me dejaste la sesión pasada

T: ¡Excelente!, vamos a revisarla juntas. (Se revisó la tarea en presencia de la paciente para corroborar como se sintió y la comprensión de lo realizado la sesión anterior)

T: Buen trabajo Carmen, se nota que has comprendido lo que hicimos la sesión pasada; ¿Tienes alguna duda?

P: No, la verdad que me ha ayudado mucho poder reconocer cuales son las situaciones que me generan emociones tan fuertes y sobre todo saber que son a causa de lo que pienso, solo que cuando paso situaciones difíciles y tengo emociones negativas fuertes, me duele demasiado la espalda y el cuello, creo que le dicen somatizar, porque también duele el estómago y me empieza a doler la cabeza cuando sucede algo que me molesta mucho.

T: Así es, la somatización es cuando se transforma de manera inconsciente los problemas psicológicos en síntomas que afectan nuestro cuerpo, como los que mencionas, mayormente se da ello en base a emociones negativas o problemas emocionales; justamente Carmen el día de hoy aprenderemos técnicas para el control de las respuestas corporales o fisiológicas como las que mencionas; aplicando lo que haremos hoy y teniendo mejor control de nuestros pensamientos, podremos reducir significativamente esos malestares que te dan.

P: Si, por favor, me gustaría saber

T: Vamos a aprender a respirar mejor, esta técnica se llama Respiración abdominal o diafragmática.

P: Suena sencillo

T: Bien, te enseñare en que consiste:

(Lo realiza primero el terapeuta, para que la paciente lo imite)

Primero: Debes concentrarte en tu respiración.

Segundo: Debes hacerlo desde el abdomen, más no con el pecho.

Tercero: Inhalas, puedes hacerlo en seis segundos, contienes cuatro segundos y exhalas lentamente en seis segundos también.

P: De acuerdo, ¿Esos ejercicios debo hacer en el momento que tenga esas sensaciones de malestar cierto?

T: Así es, en el momento que empiezas a percibir los síntomas que mencionaste, tienes que empezar a controlar tu respiración, puedes empezar a practicarlo echada en un sofá o cama, luego lo vas haciendo ya sentada, hasta que logres realizarlo en cualquier momento de forma correcta.

P: Okay, entonces así lo hare.

T: Recuerda que esta técnica tiene el objetivo que logres el control de la situación evitando una hiperventilación debido a las emociones negativas.

T: Para iniciar esta técnica te voy a pedir que la realices todos los días, con el fin de que cuando llegue una situación difícil de manejar, puedas realizarlo de manera automática.

P: Si, está bien ¿Todos los días en la mañana o en la noche?

T: Para empezar, como recién estas aprendiéndola, lo vas a realizar todos los días cuando te levantas y al acostarte, esa será tu tarea de esta sesión, y no olvides traer tu ficha de registro la próxima sesión porque también trabajaremos con ello.

### **Conclusión:**

Se logró la comprensión y entrenamiento de la técnica de respiración abdominal.

### **Sesión N° 3**

#### **Objetivos de la sesión:**

- Explicar y entrenar a la paciente mediante mecanismos fisiológicos de afrontamiento o control hacia situaciones diarias, que le generan ansiedad o malestar
- Retroalimentar y entrenar sobre la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta
- Instruir a la paciente en el tema de las emociones

#### **Técnicas:**

- Relajación muscular progresiva de Jacobson
- Psicoeducación

- Retroalimentación

**Descripción de la sesión:**

T: Carmen, el día de hoy vamos a realizar un breve retroalimentación de lo que conversamos la primera sesión acerca de la relación entre nuestras experiencias, pensamientos, emociones y conductas, asimismo conoceremos acerca de nuestras emociones y por ultimo veremos la segunda técnica de relajación, complementando la sesión anterior, esta técnica es llamada Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson, el cual nos ayudara en el control corporal o fisiológico de nuestro organismo; pero antes cuéntame, ¿Cómo te fue con la técnica de respiración abdominal?

P: Bien, la practique como me dijiste, me hacían sentir un poco más relajada.

T: Me alegra mucho Carmen, y como te está yendo con la ficha de registro, ¿Has presentado alguna duda con relación a ello?

P: No, pero si la traje para trabajarlo como me mencionaste la sesión anterior.

T: Excelente, muy buena memoria (Se revisó la ficha de registro junto con ella y se procedió a analizar sus apuntes).

P: Bueno el problema que más me incomodó fue justo el problema que pusiste como ejemplo en la primera sesión, sucedió en casa nuevamente, se quedó en la computadora hasta las 12 de la noche y yo quería que me haga masajes, pero no me hacía caso por más que lo llamaba hasta que empecé a gritarle fuerte y tirarle la puerta y recién me hizo los masajes, pero yo ya estaba con mucha cólera.

T: Oh entiendo, la situación que me acabas de brindar nos sirve mucho para poder explicarte con mayor detalle sobre este registro que hemos realizado y explicarte el motivo por el cual lo estamos haciendo.

P: Si claro, te escucho

T: Primero voy a comentarte mediante este cuadro la relación que existe entre cada componente y por qué, veamos:

### Figura 3

*Relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta*

SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Son los acontecimientos que experimentamos a día a día.	Las creencias inmediatas que tenemos frente al suceso experimentado.	La emoción o emociones que nos genera ese suceso.	Las acciones que realizamos (golpear, gritar, correr, etc.) en esas situaciones.

T: Entonces nos damos cuenta en base al pensamiento se desligan los demás elementos, pero es necesario conocer también cuales son las emociones que tengo en ese momento y saber identificarlas.

P: Si, a veces se me hace complicado reconocerlas.

T: De acuerdo para ello te voy a entregar una lista de emociones, lo leeremos juntas y te lo llevaras a casa, entonces cuando yo consulte en otras sesiones cómo te hizo sentir tal emoción, podremos ir más allá que solo responder "Bien", "Mal", "Triste" o "Cólera", porque son muchas más las emociones que existen solo que debemos conocerlas.

P: Esta bien, no hay problema

T: Por último, para tener en claro el cuadro anterior lo vamos a realizar, pero con la situación que comentaste el día de hoy y colocando las emociones que estamos conociendo de la lista.

**Figura 4***Ejemplo de la paciente*

<b>SITUACION</b>	<b>PENSAMIENTO</b>	<b>EMOCIÓN</b>	<b>CONDUCTA</b>
Quería masajes, pero mi esposo se quedó en la computadora hasta las 12 de la noche.	Siempre es lo mismo. Me tiene harta. Prefiere la computadora. No le importo	Ira Frustración Impotencia	Gritar con lisuras Amenazarlo Botarlo de la habitación Echar seguro a la puerta de la habitación.

T: De esta manera, vamos a continuar realizando nuestro registro de situaciones y del mismo modo lo traerás la próxima sesión. ¿Alguna duda hasta aquí?

P: Todo claro

T: Ahora vamos a trabajar la Técnica de relajación progresiva de Jacobson.

Se explicó la justificación de la técnica y su procedimiento basándonos en Clark y Beck (2012).

T: Esta técnica tiene como objetivo también lograr diferenciar la sensación de tensión y relajación de tus músculos cuando están tensos a causa de situaciones difíciles que puedas experimentar.

P: Me pasa que la zona de mi cuello y hombro se pone súper duro y me empieza a hincar, mayormente cuando estoy estresada, incómoda, o preocupada por algo.

T: Perfecto, con esto lograremos interrumpir el aumento de tensión muscular. Vas a sentarte cómodamente en la silla con las piernas separadas y las manos encima de las mismas, y vas a realizar la respiración abdominal de 6 segundos cada una de ellas por tres veces y con los ojos cerrados.

Una vez relajada y tranquila se procedió a realizar el ejercicio de las manos, brazos y bíceps, realizando por treinta segundos cada ejercicio, mencionando en cada uno la sensación

de tensión y malestar, para luego reconocer la nueva sensación de bienestar y relajación, utilizando también mensajes verbales como “ Sentirás como se va relajando poco a poco cada uno de tus músculos de tu brazo, siente la calma y concéntrate en tu respiración, vas sintiendo como tus brazos se encuentran completamente relajados”, realizando esto por 60 segundos cada ejercicio.

Posteriormente, se realizó los ejercicios relacionados con el tercer grupo, es decir con los músculos de la cara y luego los ejercicios del cuarto grupo, que viene a ser con los muslos, pantorrillas, y pies, haciendo el ejercicio 3 veces por cada parte del cuerpo, mencionando en cada uno la sensación de tensión, para reconocer la sensación de bienestar y relajación, del mismo modo con mensajes verbales como “Estas completamente relajada”, “La sensación de tranquilidad y bienestar aumenta”.

T: Lo has hecho muy bien ¿Qué te pareció este ejercicio?

P: Me siento bastante relajada la verdad

T: Que bueno, ahora vas a tener la tarea de realizarlo todos los días al acostarte, adicional a la técnica de respiración abdominal que no debes dejar de realizar. Entonces tu tarea de esta sesión es practicar la técnica de relajación de Jacobson, todos los días al acostarte, y continuar registrando las situaciones en la ficha que te di, no olvides traerlo la siguiente sesión.

P: Perfecto

### **Conclusión:**

Se lograron los objetivos establecidos para la sesión, la paciente pudo comprender mucho mejor acerca de la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta, del mismo modo las técnicas brindadas de relajación y mayor conciencia acerca de las emociones.

## Sesión N° 4

### Objetivos de la sesión:

- Explicar acerca de los pensamientos automáticos
- Identificar pensamientos automáticos previos

### Técnicas:

- Retroalimentación
- Psicoeducación
- Reestructuración Cognitiva
- Columnas paralelas

### Descripción de la sesión:

La paciente asiste a su sesión de manera puntual, por el cual se le agradeció y felicitó, se procedió a preguntarle cómo había estado los días anteriores y si quisiera hablar de algún tema en particular, el cual respondió que se encontraba tranquila, se procedió a educar la paciente sobre los pensamientos automáticos mediante un ejemplo que brindó ella misma, y la identificación de estos.

T: Carmen buenos días, ¿Cómo has estado?

P: Bien, con los mismos problemas con mi esposo, pero ahorita estoy tranquila

T: ¿Qué problema han presentado estos días?

P: Bueno casi lo mismo de siempre, esta vez cenó como a las 12 de la noche, cuando él sabía que tenía que ayudarme con mis masajes y que yo me acuesto temprano.

T: Entiendo Carmen, entonces vamos a trabajar con esa situación el día de hoy, ¿Te parece?

P: Si, claro

T: Te explico, vas a realizar un cuadro igual al que tenemos en nuestra ficha de registro y al que hicimos la sesión anterior con la situación que me comentas, luego vas a realizar otro cuadro con los mismos elementos y la misma situación, pero con pensamientos más adaptativos.

P: Esta bien

T: Ok, te ayudaré también

Una vez realizado el ejemplo por la paciente, se procede a explicarle la modificación del pensamiento automático descrito en su situación de ejemplo.

T: Bien hecho, entonces la situación es que tu pareja cenó a las 12 de la noche y no te ayudó en hacerte masaje, lo que te hizo pensar que lo hace a propósito para no ayudarte y que de seguro lo tienes hartado, además de que él debería saber a qué hora hacerte los masajes, todo ello te hizo sentir impotencia, enojo y frustración, por lo que actúas botándolo de la habitación y gritándole con lisuras o amenazas.

P: Si así es como pasa

T: Okay, ahora me comentarás con qué pensamiento más adaptativo, podemos reemplazar los pensamientos automáticos que colocaste.

P: Podría pensar que tal vez recién le ha dado hambre, que no tiene nada de malo que cene tarde y mejor la próxima le diré que me ayude con mis masajes antes de que cene.

T: Bien, ¿Tú crees que pensando todo ello, sentirás las mismas emociones con la misma intensidad del primer ejemplo?

P: No, sentiría un poco de frustración o ira, pero aproximadamente un 4 de 10, y lo que haría sería acompañarlo a cenar, preguntarle si aún puede hacerme los masajes y coordinar con él en qué momentos está libre para que me ayude con eso.

T: Muy bien Carmen, entonces hemos realizado el cuadro según lo que has vivenciado estos días, pero ¿Por qué si la situación es la misma encontramos diferentes respuestas en cada cuadro?

P: Porque en el segundo cuadro cambia los pensamientos.

T: Exacto, entonces que podemos decir de eso.

P: Si yo hubiera pensado diferente ya no me hubiera sentido así y no hubiera actuado como lo hice.

T: Entonces, son los pensamientos los que hacen que uno se sienta de una manera en particular, lo que influye en cómo nos sentimos y actuamos.

P: Ya entiendo

T: Perfecto Carmen, entendiendo esto, ¿Quién es el único responsable de lo que sientas o hagas?

P: Yo misma

T: Así es, pero cuando estas en estas situaciones, ¿Tú controlas que pensar de ello, en ese momento?

P: No, a veces se me vienen muchas cosas a la mente y esto me genera más cólera.

T: Exacto, entonces me dices que estos pensamientos se presentan de manera inesperada y no están dentro de nuestro control ¿Cierto?

P: Así es

T: Justamente a esos pensamientos le llamamos Pensamientos Automáticos y muchas veces se generan por nuestras experiencias vividas a lo largo de nuestra vida, tal vez situaciones parecidas. Por ejemplo, te ocurren situaciones difíciles con tu pareja en relación a situaciones cotidianas y esto te genera frustración, ira e impotencia, porque evalúas la situación en base a tus experiencias y creencias que te has formado de ello, y esto te lleva a actuar mediante conductas agresivas como mencionaste en el primer cuadro (Gritar con lisuras, amenazas, etc.) e incluso esas creencias que presentas se pueden haber formado desde tu infancia, como creer que es necesario actuar de tal manera para conseguir lo que esperas.

P: O sea ¿No podré controlarlo?

T: Por ello estamos trabajando en eso, para poder desarrollar mejor la comprensión e identificación de estos pensamientos, vas a realizar en casa lo siguiente: Escribirás en una hoja tres situaciones que te causen malestar o alta incomodidad y pondrás también los pensamientos automáticos que te ocurren al pasar esas situaciones.

P: Entendido Karen, lo haré y lo traigo para la próxima sesión ¿Verdad?

T: Si, por favor.

**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos propuestos de la sesión.

**Sesión N°5**

**Objetivos de la sesión:**

- Identificar las creencias intermedias

**Técnicas:**

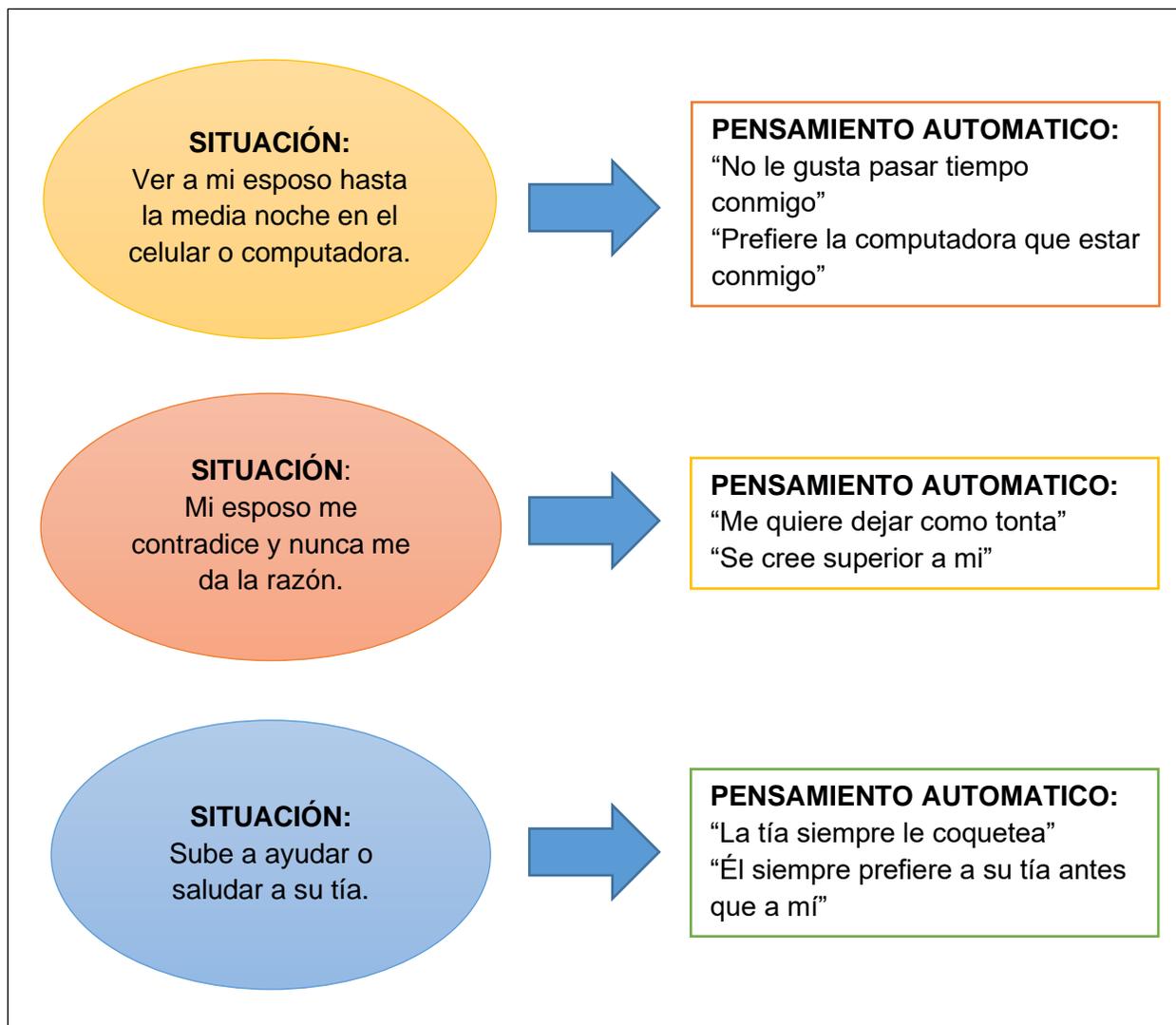
- Retroalimentación
- Reestructuración cognitiva
- Psicoeducación

**Descripción de la sesión:**

Se inicia la sesión revisando la ficha de registro que se le asignó la sesión anterior de las tres situaciones que le generan mayor malestar, con ello se procedió a identificar el pensamiento automático, para después mediante la conversación identificar las creencias intermedias de la paciente.

**Figura 5**

*Actividad realizada por la paciente respecto a sus pensamientos automáticos*



T: Me da mucho gusto que hayas logrado reconocer los pensamientos automáticos

P: Gracias, fue un poco difícil al principio

T: Pero los has hecho muy bien, ahora permíteme preguntarte ¿Qué te gustaría que tu esposo haga cuando está en la computadora, cuando te contradice o cuando sube a ayudar o visitar a su tía?

P: Bueno preferiría que me priorice, que prefiera estar conmigo antes de quedarse todo el día en el aparato, que intente acabar rápido para pasar tiempo conmigo, y cuando me contradice, que intente reconocer que a veces tengo razón, y cuando sube donde su tía que me diga a mí para subir juntos y no tener que estar diciéndole que me lleve.

T: ¿Lo que mencionas te ayudaría a sentirte bien?

P: Yo creo que sí

T: Pero, debemos hacernos la siguiente pregunta siempre en situaciones similares a las que tenemos, por ejemplo, ¿El hecho que tu esposo se quede en el celular o computadora es una prueba concreta de que no le importas o que prefiero eso antes que a ti?

P: Eso me hace pensar

T: Bien, eso es lo que tú interpretas de esa situación, ¿Cierto? ¿Pero no ha habido situaciones en las que también te ha demostrado su interés y respeto hacia ti?

P: La verdad es que sí muchas veces me sorprende con detalles lindos

T: ¿Y tú crees que es conveniente anular todas las demostraciones de amor que te ha hecho tu pareja, por un momento en el que tal vez él necesita para sí mismo también o para su trabajo?

P: Bueno tienes razón, como que tiro al tacho todo lo bueno que hace solo por una situación que no me agrada.

T: Luego en la situación que te contradice constantemente, ¿Lo hace solo contigo?

P: No, con mis hijos también y con su familia, es como parte de su personalidad, pero irrita.

T: Entiendo, entonces si sabemos que puede que sea un rasgo de él como persona, podemos entender que no lo hace de manera personal con el fin de hacerte creer que eres tonta,

sino que es una manera errónea de manifestar sus pensamientos, y que tal vez validándolo puedas tú también hacerle entender lo que estás pensando al respecto así sea diferente a su posición y sin llegar a un conflicto entre ambos.

P: Bueno si es cierto

T: Por último, cuando tu pareja visita o va ayudar a su tía ¿Encuentras evidencias que ella le coquetea o que pretende alguna relación que no sea familiar con él?

P: No, pero la señora es muy melosa, muy coqueta con todos y a veces con mi esposo, quien es su sobrino. Él siempre está a favor de ella.

T: Probablemente esté siempre a su favor solo por ser su familia, pero ¿Qué te dice tu esposo al respecto?

P: Ah que ella siempre es así, y jamás se metería con su tía, que estoy loca por pensar así.

T: Entiendo Carmen, ¿Y cuál crees que sería el efecto de cambiar ese pensamiento automático?

P: Sentirme mejor y dejar que mi esposo frecuente a su familia sin que me afecte.

T: Bien, con todo esto quiero que entendamos la importancia de darle un significado negativo a cualquier situación que pasemos, así sea los eventos que mencionaste u otro, dándoles el poder de generarte un gran malestar.

P: Si, recuerdo sobre la interpretación que le damos a las cosas es lo que más nos afecta que lo que realmente está pasando.

T: Perfecto, ahora voy a explicarte un poco acerca de las Creencias centrales y las Creencias intermedias, estas tienen mucha relación con los Pensamientos automáticos que solemos presentar.

P: Genial, te escucho.

T: Cuando hablamos de creencias centrales nos referimos a los pensamientos más profundos acerca de uno mismo, de nuestro entorno y del mundo; cada uno de estos

pensamientos vienen formándose desde nuestras experiencias de vida y mayormente se generalizan como verdad absoluta.

T: Y cuando hablamos de Creencias intermedias, nos referimos a los pensamientos que están compuestos por tres puntos importantes, y estos son: Actitudes, supuestos y reglas; donde las actitudes vienen a ser la forma en que observamos lo vivido o el significado que le brindamos a ello; los supuestos son las conductas que generamos como protección hacia nosotros mismos y las reglas viene a ser las normas o deberes que nos autoimponemos.

P: Entiendo

T: Okay Carmen, has aprendido a identificar tus pensamientos automáticos en distintas situaciones, con eso vamos a conocer mejor tus creencias intermedias, como te comenté, están compuestas por actitudes, suposiciones y reglas que nosotros mismos nos autoimponemos acerca de si mismos, de los demás y del mundo, estos se activan cuando tenemos algún problema y no somos consciente de ello, hasta que por ser tan constantes se vuelve como una exigencia que a la larga nos va generando incomodidad y malestar. Para entenderlo mejor vamos a relacionarlo a las situaciones que experimentas.

P: Si, está bien.

T: Vamos a empezar colocando un ejemplo para cada componente de las creencias intermedias, en la situación de que tu pareja se quede hasta tarde en la computadora, en primer lugar pondremos en las actitudes, que vendría a ser el significado que le brindamos a lo vivido.

P: Respecto a actitudes podría decir: "Es horrible que mi esposo no me entienda y no sepa lo que quiero"

T: Bien, lo vas anotando en tu hoja; en cuanto a supuestos qué podemos decir.

P: Si no me prioriza en todo, no me ama y no le importo.

T: Claro es algo que estamos suponiendo. Bien, ¿Ahora en cuanto a reglas?

P: Mi esposo debería hacer siempre todo conmigo.

T: Bien Carmen, ¿Se entendió hasta aquí lo que conversamos?

P: Si, me deja pensando la verdad, jamás lo vi de esa manera.

T: ¿Qué piensas o qué opinas acerca de ello Carmen?

P: Bueno como te digo nunca lo había visto de esa manera, y si tienes razón en todo lo mencionado, a veces impongo a los demás creyendo que debe ser así, sin darme cuenta que también me autoimpongo muchas cosas cuando no necesariamente debería ser de esa manera en las que las pienso, bastante interesante y mucho que aprender de esta sesión Karen, gracias.

T: Me alegra mucho que lo hayas comprendido e interiorizado.

### **Conclusión:**

Se lograron los objetivos planteados al inicio de sesión.

### **Sesión N° 6**

#### **Objetivos de la sesión:**

- Explicar e identificar las creencias centrales.
- Instruir a la paciente con los tipos de pensamientos distorsionados.

#### **Técnicas:**

- Reestructuración Cognitiva
- Retroalimentación
- Psicoeducación

#### **Descripción de la sesión:**

Se dio la bienvenida a la paciente y se le felicitó por su compromiso en la puntualidad y asistencia; luego se le pregunto cómo se encontraba estos días, a lo que respondió que se encontraba tranquila, pero le incomodaba todavía el hecho que su esposo continuara priorizando quedarse hasta tarde en la computadora o celular en vez de estar con ella o ayudarla con sus masajes, lo que la hace sentir tonta porque cree ser la única persona de la relación que le gustaría

pasar tiempo en pareja. Por lo tanto, se vio necesario profundizar en las creencias ahora centrales o nucleares, mediante un dialogo, además se desarrolló los tipos de pensamientos distorsionados mediante separatas y ejemplos.

T: Carmen, entiendo que aún las situaciones que te provocan malestar continúen ¿Consideras que si tu pareja dejara de quedarse hasta tarde en la computadora o celular te haría sentir bien?

P: Si yo creo que sí, aunque a veces ya no es la computadora o celular y es su guitarra y se queda tocando música hasta la una o dos de la mañana solo, pero me hace quedar y sentir como tonta a mi esperándolo para poder conversar o estar juntos en la habitación, y cuando ingresa solo quiere dormir o tener relaciones cuando yo quiero pasar tiempo con él, pero conversando y escuchándonos, no solo practicar el tema sexual.

T: De acuerdo ¿Y qué otras situaciones te hacen sentir así, como “Tonta”?

P: Más que todo eso y cuando me contradice o cuando sube donde su tía sin importarle que a mí me incomode o sin pedirme permiso.

T: Bien ¿Consideras que es muy importante el que deba incluirte en todas sus actividades o pedirte permiso para todo lo que tenga que realizar?

P: Creo que si porque así ya no me afectaría tanto o le diría que vaya o que lo haga junto conmigo.

T: Okay, pero ¿Recuerdas acerca de lo que conversamos sesiones anteriores? Sobre los pensamientos que tenemos acerca de las situaciones y que son ellos los que más no afecta que los propios sucesos.

P: Si lo recuerdo, solo que a veces pienso que puede hacer cosas que saben que incomodan.

T: Entonces, ¿Consideras que es saludable pensar en ello de la forma en qué lo haces? ¿Te ayuda en algo personalmente pensar de esa manera acerca de lo que tu pareja hace o hará?

P: No, para nada

T: ¿Y cuentas con evidencia o pruebas que te demuestren lo que estás pensando?

P: No, la verdad que no

T: Bien, ¿Qué crees tú qué se debería hacer para lograr que esos sucesos no te afecten?

P: Tratar de no pensar negativamente de mi esposo, creer y conversar mejor con él para poder aclarar lo que pienso, porque como dices no me ayuda en nada tampoco pensar siempre así y sentirme mal siempre por lo mismo.

T: Exacto, porque son situaciones naturales, el hecho que tu pareja desee un tiempo del día para él para relajarse tocando música o jugando ajedrez luego de trabajar, o el hecho que desee saludar a su tía o a su familia e incluso el hecho que no te dé la razón constantemente, son situaciones que van a existir y que no vamos a poder evitar, pero si podemos afrontarlas de mejor manera.

P: Es cierto, si cambio mi manera de pensar de esas situaciones podre evitar problemas con mi esposo.

T: Así es Carmen, ¿Qué podríamos pensar acerca de esas situaciones, en vez de lo que me mencionaste?

P: Que no lo hace con el fin de hacerme quedar como tonta, que muchas de las cosas que hace no son con el propósito de molestarme y que tampoco tengo algo que me demuestre lo que estoy pensando, sino que yo lo interpreto así, y eso es lo que genera que peleemos o discutamos siempre, y si tal vez le pregunto, aclaramos y llegamos a un acuerdo donde ambos nos sintiésemos bien, podamos ponerles una solución a esos inconvenientes.

T: Excelente, te felicito porque lo has comprendido muy bien. Ahora pasaremos a hablar acerca de los pensamientos distorsionados.

P: Si claro

Luego de explicarle cada uno de los pensamientos y comprobando su comprensión de estos, se procedió a entregarle la ficha con cada uno de los pensamientos distorsionados y se le asignó la

tarea de realizar ejemplos propios de los Pensamientos Distorsionados con los pensamientos que más se identifique.

**Conclusión:**

Se lograron los objetivos planteados al inicio de sesión.

**Sesión N° 7**

**Objetivos de la sesión:**

- Retroalimentar sobre los pensamientos distorsionados.
- Identificar y reestructurar distorsiones cognitivas.

**Técnicas:**

- Reestructuración cognitiva
- Pensamientos distorsionados
- Psicoeducación
- Debate

### Descripción de la sesión:

Una vez dada la bienvenida, se procede a la explicación de los objetivos de la sesión programada y a la revisión de la tarea anterior, que fue realizada de la siguiente manera:

### Figura 6

*Ejemplo realizado por la paciente*

<b>FILTRAJE</b>		<b>“Ayer mi esposo me compró rosas, pero hoy se quedó jugando ajedrez hasta tarde, no le importo”</b>
<b>INTERPRETACIÓN PENSAMIENTO</b>	<b>DEL</b>	“Si sale a favor de su tía, es porque le gusta que le coquetee”
<b>SOBRE GENERALIZACIÓN PENSAMIENTO POLARIZADO</b>		“Todos los hombres son iguales de mentirosos” “Si no me ayuda con mis masajes, es de lo peor”
<b>FALACIA DE JUSTICIA</b>		“No es justo que yo esté en mi habitación esperándolo, mientras él está tocando guitarra”
<b>DEBERÍA</b>		“Debería incluirme en todas sus actividades”
<b>FALACIA DE CAMBIO</b>		“Si dejara de estar tanto tiempo trabajando en la computadora, estaríamos mejor”

T: ¿Cómo te sentiste al reconocer estos pensamientos?

P: Me sentí extraña, porque exagero muchas veces en varias situaciones me he dado cuenta.

T: Debemos tener en cuenta que estos pensamientos distorsionados no corresponden a lo que vivimos, sino como su nombre lo indica, distorsionan nuestra interpretación o percepción de la realidad, lo que nos lleva a hacer evaluaciones negativas de nosotros mismos o de nuestro entorno y esto genera malestar o emociones negativas en nosotros mismos.

P: ¿Quiere decir que tengo algún trastorno o algo? Porque son muchas con las que me identifico.

T: Claro que no, los seres humanos contamos con uno o con todos los tipos de pensamientos distorsionados, porque estos se van formando y reforzando también según nuestras experiencias tempranas, lo importante es identificarlo con el objetivo de cambiarlas.

P: Ah ahora entiendo.

T: Imaginemos que cada una de estas distorsiones son como unas gafas de sol con las que observamos cada suceso, pero muchas veces estas gafas están tan sucias que no nos dejan ver bien con claridad la realidad de lo que está pasando.

P: Me agrada esa relación de las gafas con las distorsiones, puedo recordar cada tipo de pensamiento distorsionado como un tipo de gafa de sol

T: Claro que si

P: Espera ya entiendo, entonces yo decido que gafa ponerme al interpretar cada situación

T: Exacto Carmen, muy bien, recuerda siempre cuestionar ese pensamiento distorsionado que reconozcas mediante un auto debate, podemos hacerlo de la siguiente manera:

### Figura 7

*Reestructuración de pensamiento distorsionado mediante ejemplo de la paciente*

TIPO PENSAMIENTO DISTORSIONADO	DE PENSAMIENTO	AUTODEBATE	NUEVO PENSAMIENTO
<b>FALACIA DE CAMBIO</b>	“Si dejara de estar tanto tiempo trabajando en la computadora, estaríamos mejor”	¿Realmente debería dejar de trabajar para estar conmigo? ¿Qué me demuestra que si no trabaja estaremos mejor?	“Si no trabaja, no tendríamos sustento económico y vendrían peores problemas con los gastos del hogar, ya habrá un tiempo para compartir ambos”

T: Con este ejercicio lograremos instaurar el hábito de corregir automáticamente nuestros pensamientos distorsionados mentalmente, para ello primero debemos hacerlo de forma escrita, por lo que tendrás que realizar, en el mismo cuadro que me has traído hoy, colocar el auto debate y el nuevo pensamiento de cada uno de los ejemplos que colocaste. ¿Tienes alguna duda?

P: Perfecto, todo claro Karen.

T: Me alegra mucho que lo hayas comprendido.

**Conclusión:**

Se logró la identificación y reestructuración de sus pensamientos distorsionados, así también la mejor comprensión de cada uno de ellos.

**Sesión N° 8**

**Objetivos de la sesión:**

- Explicar la Técnica de Solución de Problemas e Incrementar la habilidad de la paciente para afrontar experiencias estresantes cotidianas.

**Técnicas:**

- Solución de Problemas
- Registro de pensamiento

**Descripción de la sesión:**

Se inicia dando la bienvenida a la paciente y agradeciendo su puntualidad, además se le cuestiona si tiene alguna duda de las actividades dadas, a lo que responde que no y se le solicita que lo continúe realizando.

T: ¿Cómo has estado Carmen?

P: La verdad que tranquila estos días

T: Eso es bueno, te cuento, el día de hoy vamos a conocer la Técnica de Solución de Problemas, el cual tiene como objetivo que puedas solucionar de manera adecuada y exitosa cualquier situación difícil.

T: Mediante esta técnica vamos a lograr conseguir varias alternativas de solución hacia algún problema en específico, pero para ello se debe seguir ciertos pasos.

P: Si claro, ¿Cuáles son?

T: En primer lugar debemos definir el problema, con ello vamos a crear una lista de alternativas de solución, para luego evaluar las ventajas y desventajas de cada alternativa y seleccionar la que tenga mayores beneficios, llevarlas a cabo y evaluar los resultados, en caso no nos den los beneficios esperados podríamos reevaluar otra alternativa.

Una vez dado a conocer los pasos, se solicitó a la paciente que indique una situación que le resulte un problema para poder llevar a cabo los pasos y darle una solución.

P: Bueno, actualmente tengo varias dudas acerca de mi negocio, yo tengo mi propio salón de belleza, pero no hay clientes, solo abro uno o dos veces por semana por lo que sigo con los malestares en la espalda y no puedo hacer fuerza, pero lo peor es que no encuentro personal para poner a trabajar porque solicitan sueldo fijo y no sé si cerrarlo o qué hacer.

T: Ok, entonces ya hemos definido el problema porque me lo has descrito

P: Así es, tocaría como paso 2, describir la lista de alternativas.

Se trabajó los pasos mencionados para conseguir una solución a su problema y pueda tomar una decisión.

T: Entonces según el proceso y pasos que hemos cumplido, ¿Qué decides hacer?

P: Buscaré por dos meses más alguna chica que desee trabajar por porcentaje y si no, alquilaré mi local.

T: Bien, recuerda que todas las alternativas tienen sus ventajas y desventajas, pero te vas con varias opciones por si no funciona la que seleccionaste.

P: Muchas gracias.

### **Conclusión:**

Se logró la comprensión de la técnica de solución de problemas y la interiorización de esta.

## **Sesión N° 9**

### **Objetivos de la sesión:**

- Explicar a la paciente componentes de la técnica de habilidades sociales y entrenar en estilos de comunicación

### **Técnicas:**

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo

### **Descripción de la sesión:**

Se empezó dándole la bienvenida a la paciente y explicando de qué se tratará la sesión de hoy.

T: Carmen, el día de hoy conoceremos acerca de las habilidades sociales, esto nos permitirá desarrollarnos mejor cuando nos exponamos a cualquier tipo de situación y con diferentes tipos de personas, mediante una adecuada comunicación, por el cual conoceremos también sus componentes y tipos de este.

P: Si, porque suelo responder mal muchas veces y a mis hijos no le agrada.

T: Claro, recuerda que en tu control esta la manera en cómo interpretas la respuesta de otras personas, para que ello no te afecte, sin embargo, como adultos también debemos ser responsable de nuestras conductas o reacciones.

\*Se explica acerca del concepto de habilidades sociales\*

T: Entonces ahora que ya tenemos claro lo que quiere decir habilidades sociales, tenemos que conocer también la importancia de comunicar lo que nosotros sentimos y escuchar lo que las demás personas nos expresan, para ello se realizará de la siguiente manera:

\*Se explicó acerca de la comunicación verbal y no verbal\*

P: A veces creo que comunico más con mis gestos que verbalmente.

T: ¿Por qué lo dices?

P: Porque muchas veces mi expresión fácil es muy seria o incluso mis hijos y mi esposo me dicen que hablo con la mirada.

T: Pero ¿No crees que sería mejor comunicarles verbalmente lo que piensas o sientes, en vez de esperar que ellos interpreten tus gestos y así evitar malos entendidos?

P: Creo que si debo intentar decirlo.

T: Claro, de eso se trata las habilidades sociales también, saber manifestar lo que opino, siento, o pienso de manera verbal, con respeto y sin dañar a la otra persona, respetando sus derechos también.

T: Entonces, sabemos que las habilidades sociales consisten en saber iniciar una conversación y saber mantenerla o finalizarla, así como hacer peticiones, dar a conocer nuestras emociones, recibir o hacer críticas respetando a la otra persona, sobre todo saber comunicar hacia la otra persona, por eso ahora hablaremos sobre los tipos de comunicación.

P: Perfecto, está bien.

T: Te daré a conocer los tipos de comunicación y serás tú misma quien me dirá con cuál de ellas te sientes identificada, ¿De acuerdo?

P: Esta bien

T: Primero tenemos a la comunicación agresiva, en donde la persona sobrevalora sus opiniones y sentimientos personales, obviando o incluso despreciando e invalidando la de los demás. Luego, tenemos a la comunicación pasiva, el cual es propio de las personas que evitan mostrar lo que sienten o piensan por temor a ser rechazados o incomprendidos, o por pensar que pueden ofender a otras personas, por lo que dan mayor valor a las opiniones o sentimientos de los demás.

P: Hasta ahora podría decir que me identifico con la primera, la comunicación agresiva, porque siempre trato de imponer a gritos lo que pienso o siento y obligo que se haga como yo quiero, sé que eso está muy mal.

T: Okay Carmen, sin embargo, no hemos terminado, porque por último tenemos a la comunicación asertiva, el cual es el tipo de comunicación ideal, donde las opiniones de los demás tienen el mismo valor que las propias, y se respeta la postura de la otra persona que no necesariamente debe coincidir con la nuestra, pero podemos comprenderlo, valorarla y negociar en base a ello, sin necesidad de gritar o amenazar, sino respetando los derechos de la otra persona.

P: Creo que debería trabajar en eso.

T: Así es, puedes empezar por comunicarte agregando siempre las siguientes frases, antes del mensaje que deseas dar, es decir: “Me gustaría que...”, “Yo espero que...”, “Yo opino que...”, “No me parece que...”, de esta manera el receptor con quien te comunicas podrá entender que es tu opinión, deseo o forma de pensar, más no lo estás juzgando, o imponiendo una posición desvalorizando la suya, y así tengan la opción de negociar un acuerdo.

P: Lo apuntaré

T: Ahora que sabemos cómo expresarnos y que tipo de comunicación utilizar, nos va a ayudar a afrontar diversas situaciones de la mejor manera.

P: Así es, me he dado cuenta de que tipo de comunicación es la que tengo mayormente pero como dices, eso está dentro de mi control, más no las respuestas de otras personas, pero si puedo decidir cómo las deseo interpretar o percibir.

### **Conclusión:**

Se logró los objetivos propuestos al inicio de sesión, debido a la completa comprensión de la paciente sobre los tipos y formas de comunicación, relacionado a las habilidades sociales.

## Sesión N° 10

### Objetivos de la sesión:

- Explicar los componentes de la autoestima y reforzar la valía personal
- Reconoces proyectos y objetivos del paciente a corto, mediano y largo plazo

### Técnicas:

- Psicoeducación
- Dialogo expositivo
- Defectos y virtudes

### Descripción de la sesión:

Se dio la bienvenida a la paciente y se procedió a la explicación de la sesión programada.

T: Carmen me alegra que estés bien, el día de hoy hablaremos acerca de Autoestima.

¿Qué entiendes por Autoestima?

P: El quererse a uno mismo

T: Si, al hablar de Autoestima, hablamos del conocimiento que tenemos de nuestro valor propio como persona, el cual se da de nuestras propias ideas, opiniones y sentimiento acerca de nosotros mismos, el cual se va construyendo desde nuestra niñez, por medio de la influencia de nuestros padres, amigos, maestros, familia y nuestro entorno con los que interactuamos en nuestra vida.

P: Entiendo, yo siento que si me quiero

T: Me alegra eso, es necesario saber que la autoestima es un crecimiento continuo y modificable, por eso continuaremos con unos ejercicios para seguir reforzándola, ¿Está bien?

P: Si por supuesto.

\*Se procede a explicar acerca de los escalones que una persona debe superar para llegar a una autoestima adecuada\*

T: Ahora que sabemos que los escalones para lograr una óptima autoestima vienen a ser: El autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y el auto respeto, y sabiendo también la definición de cada una, procederemos a hacer una actividad relacionada a cada escalón.

P: Perfecto

T: Como sabemos encontramos a la Autoestima como último escalón, es decir para llegar a ella debemos pasar por un proceso o superar antes los escalones anteriores, y esto es importante porque nos ayuda a tener buenas relaciones con tu entorno, te da seguridad y te permite ser exitosa en diversas áreas de la vida.

P: Ahora entiendo

T: Ahora vamos a ver si hemos superado cada escalón o como nos encontramos en cada uno de ellos, para lo cual realizaremos los siguientes ejercicios.

P: Esta bien

T: Empezamos entonces con AUTOCONOCIMIENTO, para ello vamos a resolver el siguiente cuadro:

### Figura 8

*Actividad relacionada al autoconocimiento*

AUTOCONOCIMIENTO	
VIRTUDES	DEFECTOS
- Divertida	- Perfeccionista
- Trabajadora	- Sensible
- Humilde	- Desconfiada
- Solidaria	- Renegona
- Honesta	- Exigente

T: Perfecto, ahora vamos al siguiente escalón que viene a ser AUTOCONCEPTO, para ello escogeremos tres palabras que te definan.

P: Yo creo que me defino como: Trabajadora, divertida y humilde.

T: Excelente Carmen, lo estás haciendo muy bien, continuamos al tercer peldaño que viene a ser AUTOEVALUACIÓN, vamos a evaluar los defectos y virtudes que me mencionaste, identificando si te beneficia o perjudica.

### Figura 9

*Actividad relacionada a la autoevaluación*

<b>VIRTUDES</b>	<b>BENEFICIA</b>	<b>PERJUDICA</b>
DIVERTIDA	X	
TRABAJADORA	X	
HUMILDE	X	
SOLIDARIA	X	
HONESTA	X	

<b>DEFECTOS</b>	<b>BENEFICIA</b>	<b>PERJUDICA</b>
PERFECCIONISTA	X	
IMPULSIVA		X
DESCONFIADA		X
RENEGONA		X
EXIGENTE	X	

T: Carmen, podemos ver que tenemos algunos defectos que nos perjudican, pero otros que nos beneficia en ciertos aspectos como el ser perfeccionista y exigente, solo necesitas buscar un equilibrio para que logres mayores éxitos. Vamos a continuar con el cuarto escalón que viene a ser AUTOACEPTACIÓN.

La AUTOACEPTACIÓN tiene mucho que ver en la manera en que te tratas o cómo te hablas, por eso es primordial que empieces a reemplazar algunas frases por otras, como el siguiente ejemplo:

**Figura 10***Actividad relacionada a la autoaceptación*

<b>“QUE TONTA QUE SOY, POR SENTIRME ASI.”</b>	“ES NORMAL QUE ME SIENTA ASÍ, ESO NO ME HACE MENOS.”
<b>“QUE HORRIBLE LLEGAR A ESTAR VIEJA COMO YO”</b>	“ME ENCANTA COMO DISFRUTO MI EDAD, ME VEO BIEN Y ME SIENTO BIEN CONMIGO MISMA.”

T: Y ya casi llegando al último escalón, nos toca ahora ver el AUTORESPETO, para esto vas a escribir en cada lado según corresponde, las acciones que haces cuando te respetas y cuando no.

T: Menciona en que situaciones crees que no te respetas.

P: Cuando dejo que me griten, cuando no me valoro y me comparo, cuando no digo lo que pienso.

T: Muy bien, ahora vamos a conocer en que situaciones si te sientes respetada.

P: Cuando no dejo que me humillen, cuando me arreglo para mí y cuando me doy tiempo a mí misma haciendo lo que me gusta.

T: Excelente, llegamos al último escalón, aquí vamos a tener que desarrollar una propaganda de ti misma, tendrás que venderte a un público imaginario, debes mencionar tus virtudes y todo lo que te agrada de ti misma.

P: Me causa gracia, a ver empezaré: “Hola con todos, yo soy Carmen, soy una persona muy divertida, conmigo siempre te vas a reír, ¡Ah! Pero también soy muy trabajadora y solidaria, si necesitas ayuda aquí estoy, con honestidad y cariño”.

T: Bravo, lo hiciste muy bien.

P: Me sentí muy cómoda con esta actividad.

T: Excelente por último realizaremos un pequeño cuadro con proyectos y objetivos que tengas en mente a corto, mediano y largo plazo, lo que nos ayudara en centrarnos en ello y reconocer que estamos haciendo ahora que nos permitan acercarnos a cada meta, ¿De acuerdo?

P: Si, genial

### Figura 11

*Actividad relacionada a proyectos y objetivos de la paciente*

	<b>¿QUÉ QUIERO LOGRAR?</b>	<b>¿PARA QUÉ QUIERO LOGRAR?</b>	<b>LO ¿CÓMO LO LOGRARÉ?</b>
<b>CORTO PLAZO (6 meses)</b>	Tener mejor relación con mi esposo y mi familia. Conseguir personal para mi salón de belleza.	Para sentirme bien conmigo misma y hacer feliz a mi familia. Para dedicarme a administrar y no malograrme la columna atendiendo.	Continuando con las terapias programadas y siguiendo las recomendaciones del profesional. Publicando ofertas en bolsas de trabajo.
<b>MEDIANO PLAZO (2 años)</b>	Viajar con mi familia al extranjero. Modernizar mi salón de belleza.	Para unirnos más y disfrutar juntos. Para poder dar mejor atención.	Trabajando y juntando dinero. Juntando dinero.
<b>LARGO PLAZO (5 años)</b>	Construir segundo piso en mi casa.	Para que mis hijos tengan su habitación propia.	Trabajando mi esposo y yo para juntar capital.

T: Felicidades Carmen, has logrado de manera muy satisfactoria todas las tareas asignadas en las sesiones y te agradezco nuevamente tu compromiso y puntualidad en cada una de ellas. Me gustaría saber cómo te has sentido todo es tiempo, ya que como lo habíamos conversado, el día de hoy culminaríamos las sesiones.

P: La verdad que me siento mucho mejor a como inicie, siento que puedo controlar mejor muchas situaciones en casa que antes me agobiaban y quisiera agradecerte de todo corazón.

T: Cada logro obtenido ha sido solo por tu esfuerzo y compromiso, Ahora nos veremos de aquí a un mes aproximadamente para realizarte las mismas evaluaciones que hicimos al inicio del tratamiento.

**Conclusión:**

Se logró los objetivos propuestos al inicio de la sesión.

## Capítulo IV: Resultados y Seguimiento

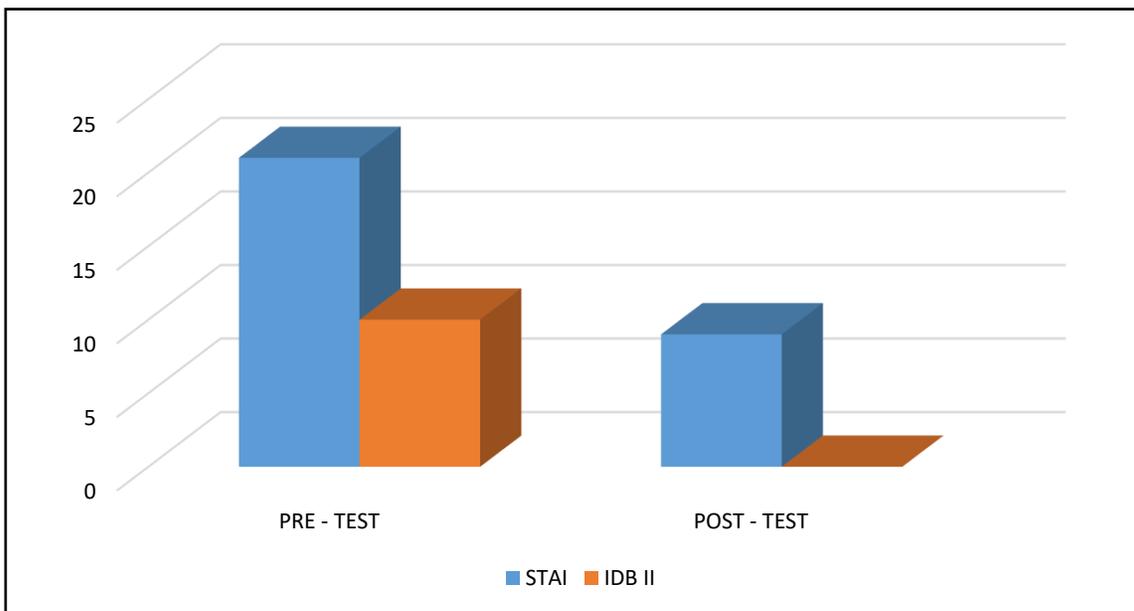
### 4.1 Resultados

Los resultados del presente estudio a nivel cuantitativo y cualitativo, nos permiten reflejar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para el presente caso de Conflictos de pareja, en donde a nivel cualitativo la paciente presencia mayor control y dominio de sus pensamientos y emociones, utilizando de forma adecuada los recursos de afrontamiento al lograr reestructurar sus pensamientos negativos por pensamientos mucho más adaptativos a la realidad, así mismo, haciendo uso de sus habilidades sociales y comunicación asertiva para dar a conocer sus opiniones, pensamientos y emociones de forma adecuada, además de manifestar mayor bienestar en relación a su valía personal y autoconfianza, centrándose actualmente en sus proyectos y objetivos, viéndose ello reflejado en la mejoría en su relación de pareja.

A nivel cuantitativo, en el área afectiva no presentó indicadores que mostraran algún tipo de alteración, tanto al inicio del tratamiento como durante de ello, por lo cual puede obtener puntajes más bajos que los presentados por primera vez, sin embargo, se califica también como ausencia de depresión.

### Figura 12

*Resultado Pre – Test y Post – Test*



En cuanto al área emocional, su nivel estado disminuyó significativamente, mayormente por el control que presenta la paciente actualmente de sus pensamientos y por la manera de interpretar cada uno de ellos, definiendo ella misma la manera en que desea sentirse a partir de los mismos.

De la misma manera se obtuvieron los resultados del Post test del Cuestionario de Esquemas de Young, el cual describiremos a continuación; se evidencia disminución en el factor o esquema de Abandono (AB) presentando al inicio un puntaje de 14 y actualmente una sumatoria de 11, asimismo, en el esquema de Vulnerabilidad al daño y Enfermedad (VDE) se obtuvo como primer resultado un puntaje de 18 y en el post test un puntaje de 13, demostrando el trabajo realizado en sus pensamientos automáticos y control de ansiedad; por otro lado, en cuanto al esquema de Autosacrificio (SS) se muestra una diferencia de 16 a 12 como sumatoria total de ese esquema, el cual se trabajó en ello mediante el reforzamiento de la autoestima y reestructuración cognitiva. Además, en cuanto a Estándares Inflexibles – Hiper criticismo (EIH) presento al inicio un total de 16 y posteriormente un total de 11, del mismo modo, en el esquema de Intitulación – Grandiosidad (IG), ya que evidencio un puntaje de 19 antes de iniciar el procedimiento de intervención, y al finalizar obtiene un puntaje de 12, trabajando en el entrenamiento de sus habilidades sociales y el área cognitiva.

Por otro lado, en relación al criterio funcional de la paciente, se observa que al transcurrir las sesiones de tratamiento ha presentado un cambio en cuanto al nivel cognitivo, emocional, fisiológico y conductual, por lo que podemos decir que la paciente cuenta con óptimos recursos para afrontar situaciones que anteriormente le generaban malestar.

Desde el punto de vista del Terapeuta, se toma en cuenta la evaluación y diagnóstico, para el cual se usaron técnicas como entrevista, observación y registro, además, se consideró el modelo cognitivo conductual, por el cual se puede evidenciar cambios positivos en la paciente en todos los ámbitos como, personal, social y familiar; debido a que ha logrado comprender e

interiorizar cada una de las técnicas instruidas y entrenadas en cada sesión, por tal motivo las situaciones que al principio generaban un malestar significativo, actualmente no se convierte en un conflicto, por el uso de habilidades sociales como técnicas asertivas, comunicación adecuada, y lograr manifestar de manera correcta sus pensamientos y emociones, así mismo, ante diversos sucesos difíciles que pueda vivenciar, ha sido instruida con técnicas para el control de manifestaciones fisiológicas como, dolores de cabeza, dolor muscular, dolor estomacal, etc.

Con ello por las evidencias mostradas se puede comprobar el aprendizaje y la aplicación de cada una de las técnicas que se brindó en el transcurso del tratamiento, lo que nos corrobora el logro de los objetivos planteados en el presente Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

## **4.2 Seguimiento**

### **4.2.1 Sesión de Seguimiento N° 1**

#### **Objetivos de la sesión:**

- Averiguar sobre los cambios de conductas y pensamientos favorables percibidos por la paciente
- Indagar sobre las estrategias de afrontamiento aplicadas en situaciones problema

#### **Técnicas:**

- Escucha activa
- Dialogo expositivo

#### **Descripción de la sesión:**

Se le dio la bienvenida a la paciente y se le explico que las sesiones de seguimiento son sobre todo para evaluar los cambios producidos durante el proceso de la terapia.

Por ello será necesario realizar dos tipos de evaluación, los cuales son una Evaluación Cualitativa, la que consiste en averiguar la evolución que ha tenido la paciente y como ha afrontado situaciones problemas, desde su propia percepción, así mismo, una Evaluación Cuantitativa donde se hará uso de pruebas psicológicas para medir el progreso de la paciente

en relación con su nivel de ansiedad, depresión y esquemas cognitivos disfuncionales. La sesión se condujo de la siguiente manera:

Se inició la sesión de seguimiento, realizando la evaluación de la paciente en las situaciones que le ocasionaban un malestar significativo, como el hecho que su esposo permaneciera hasta muy tarde en la computadora, celular o jugando ajedrez, así también el hecho que su pareja visitara a su tía y familia, ó cuando suele contradecirla constantemente sin darle la razón. A lo que la paciente manifiesta que al inicio del alta de la sesiones terapéuticas, presentaba temor a no poder realizar las estrategias brindadas por sí misma, sin embargo las situaciones problemas se mantenían pero presentó mayor control en sus pensamientos y puso en práctica sus habilidades sociales y comunicación asertiva para lograr llegar a un acuerdo con su esposo, quien también por tener conocimiento de su asistencia a las sesiones psicológicas, le ha ayudado mucho a que pueda conversar o coordinar acuerdos beneficiándose ambos.

Así mismo, la paciente refiere sentirse mucho mejor, más segura de sí misma, y considera que el reconocer su valor personal también ha logrado que no se compare contantemente con las compañeras de trabajo de su esposo, por lo contrario, conversa sobre ellas con él y le brinda mayor confianza a su esposo a contarle sus vivencias sin provocar enojo en ella misma, y en cuanto a sus pensamientos, refiere haber sido difícil la primera semana pero con la apertura que ha tenido su esposo para comunicarse mejor con ella, ha logrado reemplazar sus pensamientos distorsionados por pensamientos más adaptativos, logrando manifestar lo que siente o piensa con tranquilidad y sin reaccionar de forma negativa con su esposo.

Finalmente, se procedió a realizar la evaluación psicométrica, por lo cual se aplicó pruebas psicológicas; para el área afectiva, usando el Inventario de Depresión de Beck y en el área emocional con la aplicación de la Escala de Ansiedad Estados – Rasgo, además se indago en los Esquemas Cognitivos Disfuncionales con el Cuestionario de Esquemas de Young, en el cual se obtuvo los siguientes resultados:

**Tabla 1***Resultados Pre – Test y post-Test*

PRUEBA PSICOLOGICAS	PRE – TEST	POST – TEST
Inventario de Depresión de Beck (IDB)	Estados Altibajos considerados Normales	Ausencia de Depresión
Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)	Nivel de Ansiedad Promedio	Nivel de Ansiedad mínimo

**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planteados al inicio de la sesión de seguimiento.

**4.2.2 Sesión de Seguimiento N° 2****Objetivos de la sesión:**

- Evaluar el desempeño y mejoría de la paciente con el objetivo de evitar recaídas

**Técnicas:**

- Escucha activa
- Dialogo expositivo
- Retroalimentación

**Descripción de la sesión:**

Se inició la sesión programada dándole la bienvenida a la paciente y felicitándola por el compromiso permanente en cada una de sus sesiones terapéuticas y de seguimiento.

T: Hola Carmen, que gusto verte nuevamente. ¿Cómo has estado?

P: Si, después de un buen tiempo, pero venir me hace sentir bien. He estado muy bien la verdad, por ahí uno que otros inconvenientes, pero he aprendido a sobre llevarlo.

T: Bien, he recopilado todos los registros que hemos trabajado en las sesiones con el fin de revisarlo juntas y opinar sobre ello, sobre todo poder saber si se mantienen o no.

P: Claro que sí, ahora que lo vemos me da un poco de vergüenza porque son pensamientos un poco extraños

T: Tranquila, hemos trabajado juntas en esto así que no tienes por qué sentirte avergonzada, deberías sentirte orgullosa de haber logrado reestructurar cada uno de estos pensamientos

P: Ah sí, tienes razón

T: Bien Carmencita, vamos a hacer lo siguiente:

Yo te voy a mencionar situaciones como las que te provocaban un gran malestar al inicio de todo este proceso terapéutico y tú me mencionarás que pensamientos se te vendría en esa situación y lo que harías, ¿De acuerdo?

P: Estoy lista

T: Perfecto, primera situación: Tu esposo se mantiene en la computadora o celular, trabajando o jugando ajedrez hasta las 12 o una de la madrugada, mientras que tú deseas que te ayude con tus masajes y conversar con él...

P: Pienso: "Debe tener demasiados clientes, o está tan estresado que necesita relajarse". Actúo, yendo a consultarle si quiere que le ayude en algo para que pueda ayudarme con mis masajes unos minutos y tal vez yo pueda hacerle a él también.

T: Segunda situación: Tu pareja tiene una reunión de integración en su trabajo donde estarán todos los miembros de la empresa, y culminará a las 11 de la noche...

P: Pienso: "Yo también he tenido reuniones cuando trabajaba en empresas y es normal, no quiere decir que por eso vaya a traicionarme". Actúo, preguntándole si puedo acompañarlo, si es privada, le pido que no tarde mucho en llegar, que se cuide y procure tener el celular prendido para no preocuparme, y que intente contarme acerca de cómo le fue cuando regrese.

T: Tercera situación: Tu esposo va a saludar a su tía y ella le invita a almorzar, en donde él acepta compartir con ella...

P: Pienso: "Es natural que comparta con su familia, como yo compartía con la mía". Actúo, preguntando si puedo acompañarlo y recomendándole que preferible que no se pongan a tomar alcohol y solo almuercen.

T: Vamos muy bien, última situación: Tu esposo no te da la razón, cuando tú crees tenerla...

P: Pienso: "Mejor espero a tener evidencias para demostrarle que si estoy en lo cierto, y explicarle que tengo la razón". Actúo, diciendo que no siempre va a tener la razón y eso no lo hace menos, solo que esta vez tengo evidencias que estoy en lo cierto.

T: Carmen felicitaciones, realmente cada una de tus respuestas son totalmente más adaptativas a lo que pensábamos al principio de este proceso, el cual me hace sentir muy orgullosa de ti.

P: Hasta yo me sorprendo de que haya logrado dejar de pensar tan mal como antes, porque justamente pensaba que siempre sería así.

T: Hemos comprobado que no, por último, vas a realizar una carta. ¿Te parece?

P: ¿Para quién?

T: Dirigida a ti misma, en donde puedas expresar cómo te sientes, donde le puedas manifestar lo orgullosa que estas de tus logros y todo lo que tengas por decirte a ti misma.

P: Buena idea

(La paciente emite la carta de forma muy emotiva, esta carta se muestra también en los anexos del presente estudio)

**Conclusión:**

Se alcanzaron los objetivos planteados debido a que se logró evaluar el desempeño y mejoría de la paciente, junto a la evidencia de motivación por su parte a continuar aplicando todo lo aprendido.

## **Capítulo V: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones**

### **5.1 Resumen**

El presente caso clínico intervenido, es sobre una mujer de 52 años, casada en una relación de 23 años, con tres hijos y Cosmetóloga de profesión, quien presentaba recurrentes pensamientos negativos sobre su pareja, dificultad para comunicar sus emociones o pensamientos con él, desconfianza hacia él mismo y por lo tanto demostraciones de celos continuamente, lo que generaba conflictos de pareja constantes en su relación sentimental, que le provocaban malestar emocional y le resultaba difícil de controlar.

Se decidió iniciar el proceso de evaluación psicológica mediante el uso de técnicas de entrevista, observación y registro, se indagó en la historia personal, familiar y social, así mismo en las situaciones, pensamientos y conductas que le generaban malestar, finalizando la evaluación mediante la aplicación de pruebas psicológicas para averiguar sobre la personalidad, el área emocional, área afectiva y esquemas cognitivos disfuncionales de la evaluada, para con ello proceder a la elaboración de un diagnóstico clínico y realizar un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual, donde se inició motivándola a la participación y compromiso de todo el proceso terapéutico haciéndole entrega de un consentimiento informado en el cual se informa los fines del presente estudio y condiciones del mismo, se procedió con la firma de dicho documento y se dio inicio al programa de intervención, el cual consistió en 10 sesiones de intervención y dos sesiones de seguimiento, con la duración de 50 minutos a una hora por sesión aproximadamente. El objetivo general de la presente intervención fue disminuir los conflictos de pareja, incorporando conductas asertivas y mejorando la autoestima de la paciente, además de modificar sus esquemas desadaptativos y reestructurando pensamientos distorsionados. Para el logro del objetivo general se consideraron diversos objetivos específicos, como la psicoeducación sobre las dificultades que manifiesta, y se dio a conocer las variables involucradas, para lo cual se procedió con técnicas cognitivas conductuales.

En las sesiones de seguimiento se pudo corroborar que la paciente ponía en práctica las técnicas brindadas en las sesiones de terapia, mayormente la reestructuración cognitiva, habilidades sociales y autovaloración, evidenciando su bienestar a nivel personal, familiar y social.

Dichos resultados del progreso de la paciente se pueden observar tanto de manera cualitativa como cuantitativa en la comparación del pre test y post test que se realizó, lo que nos permite concluir el programa de intervención cognitivo conductual de manera exitosa en la paciente.

## **5.2 Conclusiones**

- Se logró el objetivo general propuesto en el programa de intervención, mediante el desarrollo de cada uno de los objetivos específicos planteados
- Se evidenció mediante criterio clínico y psicométrico la eficacia del modelo cognitivo conductual, a través de técnicas y herramientas aplicadas
- La paciente posee actualmente la capacidad de reconocer y cuestionar sus creencias intermedias, con el fin de reestructurarlas por pensamientos más adaptativos, así mismo logro interiorizar la relación entre pensamientos, emociones y conducta, lo que la llevo a tener mayor aceptación y afronte en la relación de pareja, disminuyendo las críticas y mejorando la comunicación, así mismo, disminuyendo los celos que en ciertos casos se presentaba
- Es capaz de hacer uso tanto de la reestructuración cognitiva, como de técnicas de relajación para el control de diversas situaciones que le generen malestar
- La paciente ha logrado aplicar las técnicas de habilidades sociales y solución de problemas, lo que se evidencia en la reducción de conflictos con su pareja
- Se obtuvo el reconocimiento y reestructuración de esquemas cognitivos disfuncionales en la paciente, mediante la reestructuración cognitiva

- En el área emocional, las evaluaciones psicométricas del post test evidencian una disminución significativa de los niveles de ansiedad en comparación a los resultados obtenidos en el pretest
- En el nivel de afectividad, se encontró ausencia de sintomatología depresiva, evidenciado en la evaluación del post test

### **5.3 Recomendaciones**

- Promover la creación de programas específicos según problemáticas del paciente, considerando los conflictos de pareja y factores relacionados
- Seguir difundiendo la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual, mediante investigaciones y estudios de casos.

## Referencias Bibliográficas

- Amaro, F. y Tomás, J. (2009). *Aproximaciones cognitivo conductuales* [Archivo PDF]. [http://www.centrelondres94.com/files/aproximaciones\\_cognitivo\\_conductuales.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/aproximaciones_cognitivo_conductuales.pdf)
- American Psychological Association (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*. Editorial El Manuel Moderno.
- Arévalo, E. (2016). Conflictos en la relación de pareja conyugal: Un análisis psicométrico. *Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego*, 27(1), 159 – 169.
- Barraca, J. (2016). *Terapia integral de pareja. Una intervención para superar las diferencias irreconciliables*. Editorial Síntesis.
- Beck, A. y Clark, D. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (6ª ed.). Editorial Desclee de Brouwer.
- Beck, A. Rush, J. Shaw, B. y Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión* (16ª ed.). Editorial Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006) *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Editorial Paidós.
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Bernal, S.T. (2005). Conflictos de pareja y el rol del mediador. *Revista de Psicología*, 3(1), 1-25.
- Branden, N. (2005). *Segunda parte, cuestiones especiales en: La autoestima de la mujer*. Editorial Paidós.
- Brehm, S., Miller, R., Perlman, D. y Campbell, S. (2002). *Intimate Relationships*. Editorial McGraw-Hill.
- Burin, M. y Meler, I. (2006). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Editorial Paidós.

- Byrne, B. (2001). *Capítulo 11. La agresividad: naturaleza, causas y control en: Psicología Social*. Editorial Prentice Hall.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Editorial Siglo Veintiuno.
- Cáceres, J. (1996). *Manual de terapia de parejas e intervención en familias*. Fundación Universidad – Empresa.
- Calderón, Y., Flores, M. y Rivera, S. (2018). Celos e infidelidad en personas heterosexuales y homosexuales: Estudio intracultural. *Acta de investigación psicológica*, 1(8), 17 – 28.  
<http://dx.doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.1.02>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva* [Archivo de PDF].  
<http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>
- Cameron, N. A. (2009). *Capítulo 4. Reacciones paranoicas en: Desarrollo de la personalidad y psicopatología: un enfoque dinámico*. Editorial Trillas.
- Canto, J., García, P. y Gómez, L. (2009). Celos y emociones: Factores de la relación de pareja en la reacción ante la infidelidad. *Athenea Digital*, 15, 39 – 55.  
<https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n15/15788946n15p39.pdf>
- Carlen, A; Kasanzew, A y López, A. (2009). Tratamiento cognitivo conductual de los celos en la pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(3), 173 – 186.  
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num3/Art9Vol12No3.pdf>
- Cassaretto, M. (1999). *Adaptación del inventario de Personalidad NEO PI –R* [Tesis para Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]
- Castanyer, O. (2010). *La asertividad: expresión de una sana autoestima* (32ª ed.). Editorial Desclée de Brouwer.
- Castanyer, O. (2014). *Aplicaciones de la asertividad*. Editorial Desclée de Brouwer.  
<https://elibro.net/es/ereader/biblioteca/mh/115847?page=10>

- Castellanos, A. (2018). Impacto de los patrones transgeneracionales en las relaciones disfuncionales de la pareja [Tesis para licenciatura, Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/35093>
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form – Second edition (YSQ - L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana 117 de Psicología*, 37(3), 541–560. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n3/v37n3a07.pdf>
- Cava, M. y Musitu, G. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Editorial Paidós.
- Clark A., Clemens, H. y Bean, R. (2000). *Como desarrollar la autoestima en los adolescentes*. Editorial Debate.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y práctica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Costa, P. y McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI - R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Dattilio, F. y Padesky, C. (2000). *Terapia cognitiva con parejas (2ª ed.)*. Biblioteca de Psicología.
- De Mézerville, G. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. Editorial Trillas.
- DeSteno, D. y Salovey, P. (1996). Jealousy and the characteristics of one's rival: A self-evaluation maintenance perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(9), 920 – 932.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1999). La patología de los celos: Análisis descriptivos y Propuestas terapéuticas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(99), 5-25. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2893293.pdf>
- Echeburúa, E y Fernández Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva. Un enfoque clínico*. Editorial Ariel.



- Gottman, J. (2018). *Los siete principios para hacer que el matrimonio funcione*. Hachette Reino Unido.
- Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. (2000). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000) *Psicología Social de la Familia*. Editorial: Paidós.
- Habigzang, L., Petersen, M. y Maciel, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249-264.
- Hernandez, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo – conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red.
- Hilario, J. R. (2016). *Adaptación y propiedades psicométricas del Cuestionario de Esquemas de Young-Forma Abreviada (YSQ-SF) en universitarios de Villa el Salvador* [Tesis para licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. <https://esdocs.com/doc/2327015/hilario-sanez---repositorio-de-la-universidad-aut%C3%B3noma-del>
- Huerta, R., Ramírez, N., Ramos, J., Murillo, L., Falcón, C., Misare, M., y Sánchez, J. (2016). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima. *Revista de investigación en psicología*, 19(2), 145-162.
- Iglesias, M., Contreras, A. y Martínez, A. (2020). Escala de frecuencia y respuesta a los conflictos de pareja: Fiabilidad y validez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 3(56), 47-57. <https://doi.org/10.21865/RIDEP56.3.04>
- Jiménez, Á. (2015). *Quiero y puedo acrecentar mi autoestima*. Editorial Paulinas. <https://elibro.net/es/lc/bibliotecafmh/titulos/133357>.
- Laca, F. y Mejía, J. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 66-75. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161006>.

- Laporte, D. (2002). *Escuela para padres: como desarrollar la autoestima en los niños de 6-12 años*. Editorial Lectorum.
- Lega, L., Sorribes, F., y Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual*. Editorial Paidós.
- Mahoney, M. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teorías, investigación y práctica*. Editorial Desclee de Brouever.
- Marín, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de salud mental*, 6(25), 126-129.
- Martínez y Barrón (2001). *Los celos una perspectiva psicológica y social*. Ediciones Aljibe.  
<https://www.agapea.com/libros/Los-celos-Una-perspectiva-psicologic>
- Martínez, L., Sierra, G. y Fernández, H. (2005). Diferencias entre celos románticos y celos relacionales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(20), 133-148. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645451007>
- Mathes, E. y Verstraete, Ch. (1993). Jealous aggression: ¿who is the target, the beloved or the rival? *Psychology Reports*, 72, 1071-1074.
- Maturana, H. (1996). *La realidad ¿objetiva o construida?* Editorial Anthropos. <https://cc-catalogo.org/site/pdf/Maturana-Humberto.-La-Realidad-Objetiva-O-Construida.pdf>.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 321-332.
- Meler, I. (2006). "Amor y convivencia entre los géneros a fines del siglo XX", en Mabel Burin e Irene Meler, *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Editorial Paidós.
- Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III: Manual*. TEA ediciones.
- Ministerio de Salud (2021). La pandemia ha disparado los divorcios en el mundo y los niños son los más afectados. <https://www.gob.pe/es/n/342355>

- Monroy, E., Sosa, V., Castillo, E., Mendoza, A., Rubio, E. y Amador, R. (2015). Reactivos o sospechosos: Construcción y validación de una escala para medir el tipo de celos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 1-12. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num1/Vol18No1Art11.pdf>
- Montoya, A. (2001). *Autoestima*. Editorial Pax México.
- Mullen, P. (1991). Celos: la patología de la pasión. *Revista británica de psiquiatría*, 158(5), 593-601.
- Navarro, M. (2000). *Asertividad y Teoría de decisiones: El rol del orientador escolar*. Editorial Durango.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Paz, M. (2000). *Déficit de autoestima: evaluación, tratamiento y prevención*. Editorial Pirámide.
- Placencia, O. (2013). *Terapia cognitivo conductual en un caso de fobia social* [Tesis para licenciatura, Universidad San Martín de Porres]
- Retana, B. y Sánchez, R. (2008). El papel de los estilos de apego y los celos en la asociación con el amor adictivo. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 15-22. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915922003.pdf>
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Editorial Prentice Hall.
- Ríos, M. (2018). Terapia racional emotiva conductual: una revisión teórica del enfoque de Albert Ellis. *Experiencias significativas en la psicología de hoy: Clínica, educación y ciudad*, 17-36.
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA*, 44, 241 – 257.
- Rodríguez, M (1988). *Autoestima: clave del éxito personal* (2ª ed.). Editorial Manual Moderno.

- Ruiz, J. y Fusté, A. (2015). La evaluación de creencias y actitudes disfuncionales en los modelos de Ellis y Beck: Similitudes y diferencias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(40), 51 – 61.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Salovey, P. (1991). Procesos de comparación social en envidia y celos. *Comparación social: teoría e investigación contemporánea*, 261-285.
- Shelton, N. y Burton, S. (2017). *Asertividad: haga oír su voz sin gritar* (3ª ed.). FC Editorial. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecafmh/128143?page=16>
- Spielberger, C. D., y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. El Manual Moderno.
- Taipe, J., Llacua, M. y Valdiviano, C. (2017). Creencias irracionales y pensamientos automáticos en una relación de pareja. Estudio de caso clínico atendido en un Centro de Servicios Psicológicos de una Universidad Nacional de Lima. *Revista ECIPerú*, 14(2), 8-8.
- Terroni, N. (2009). La comunicación y la asertividad del discurso durante las interacciones grupales presenciales y por computadora. *Psico – USF*, 14(1), 35-46. <https://www.scielo.br/j/psuf/a/FMrqYWXdxjv7hYGxMYPP56w/?format=pdf&lang=es>
- Soria, R. y Benitez, K. (2020). Autoestima en parejas heterosexuales con un hijo adolescente con problemas de conducta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 4(23), 1551 – 1572.
- Valles, A. (1998). *Como desarrollar la autoestima de los hijos*. Editorial EOS.
- Wainstain, M y Wittner, V. (2004). Enfoque psicosocial de la pareja. Aproximaciones desde la terapia de la comunicación y la terapia de solución de problemas. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 131-144.
- Weishaar, M., Klosko, J. y Young, J. (2014). *Terapia de esquemas: guía práctica*. Editorial Desclee de Brouwer.

- White, G.L. y Mullen, P.E. (1989). *Jealousy; Theory, research, and clinical strategies*. Guilford Press.
- Young, J. y Klosko, J. (2012). *Reinventar tu vida: Como superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Editorial Paidós.
- Young, J. (1999). *Terapia cognitiva para los trastornos de la personalidad: un enfoque centrado en el esquema* (3ª ed.). Prensa de recursos profesionales / Intercambio de recursos profesionales.
- Young, J. E., y Brown, G. (1994). Young Schemas Questionnaire - S1 [Cuestionario de Esquemas de Young]. *Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange*, pp. 63–76.

## Anexos

### Anexo A

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en el estudio psicológico de caso clínico.

Léalo atentamente y consulte con el investigador las dudas que presente:

- A. La presente investigación realizada por Karen Vigo Martínez, tiene por objeto la evaluación diagnóstica e intervención para un caso de Conflicto de Pareja, para Optar el Título Profesional en Psicología en la Escuela de Psicología de la Universidad San Martín de Porres que se realizará en 10 sesiones con una duración de 50 minutos por sesión.
- B. Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de la investigación. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.
- C. Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento del proceso usted desea dejar de participar en las sesiones de evaluación o intervención psicoterapéutica, le rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejarán de utilizar la información obtenida con fines académicos de formación y desarrollo profesional.

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Carmen he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la Investigación de Caso Clínico – Diagnóstico e Intervención psicológica en un caso de Conflicto de pareja, he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para la obtención del Título Profesional en Psicología en la Universidad San Martín de Porres.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el Estudio de Caso Clínico y de las sesiones de Diagnóstico e Intervención Psicológica y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.



FIRMA: Sra. Carmen M.

26 de Mayo del 2021

Anexo B

STAI

A/E  
A/R

↑ D I ↑  
 PD = 30 + 8 - 17 = 21  
 PD = 21 + 15 - 14 = 22

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres CARMEN ROSA Edad 52 Sexo F Dec: 5  
 Centro ..... curso / puesto ..... Estado civil C  
 Otros Datos ..... Fecha 22/06/21

A - E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
(-) 1 Me siento calmado <u>2</u>	0	X	2	3
(-) 2 Me siento seguro <u>2</u>	0	X	2	3
(+) 3 Estoy tenso <u>2</u>	0	1	X	3
(+) 4 Estoy contrariado <u>1</u>	0	X	2	3
(-) 5 Me siento cómodo (estoy a gusto) <u>2</u>	0	X	2	3
(+) 6 Me siento alterado <u>1</u>	0	X	2	3
(+) 7 Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras <u>1</u>	0	X	2	3
(-) 8 Me siento descansado <u>2</u>	0	X	2	3
(-) 9 Me siento angustiado <u>2</u>	0	X	2	3
(-) 10 Me siento cómodo <u>2</u>	0	X	2	3
(-) 11 Tengo confianza en mí mismo <u>1</u>	0	1	X	3
(+) 12 Me siento nervioso <u>1</u>	0	X	2	3
(+) 13 Estoy desasegado <u>0</u>	X	1	2	3
(+) 14 Me siento muy "atado" (como oprimido) <u>0</u>	X	1	2	3
(-) 15 Estoy relajado <u>2</u>	0	X	2	3
(-) 16 Me siento satisfecho <u>2</u>	0	X	2	3
(+) 17 Estoy preocupado <u>1</u>	0	X	2	3
(+) 18 Me siento aturdido y sobreexcitado <u>0</u>	X	1	2	3
(-) 19 Me siento alegre <u>2</u>	0	X	2	3
(-) 20 En este momento me siento bien <u>0</u>	0	1	2	X

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA  
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

21

## A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca  
1 = A veces  
2 = A menudo  
3 = Casi siempre

	3	2	1	0
(-) 21. Me siento bien..... <sup>2</sup> .....0	X		2	3
(+) 22. Me canso rápidamente..... <sup>2</sup> .....0		1	X	3
(+) 23. Siento ganas de llorar..... <sup>1</sup> .....0	X		2	3
(+) 24. Me gustaría ser tan feliz como otros..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(-) 26. Me siento descansado..... <sup>2</sup> .....0	X	X	2	3
(-) 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada..... <sup>2</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(-) 30. Soy feliz..... <sup>2</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente..... <sup>2</sup> .....0		1	X	3
(+) 32. Me falta confianza en mi mismo..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(-) 33. Me siento seguro..... <sup>2</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 35. Me siento triste (melancólico)..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(-) 36. Estoy Satisfecho..... <sup>2</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos..... <sup>1</sup> .....0	X	X	2	3
(-) 39. Soy una Persona estable..... <sup>2</sup> .....0	X	X	2	3
(+) 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me..... <sup>1</sup> .....0 pongo tenso agitado	X	X	2	3

29

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

## Anexo C

# IDB - II

INVENTARIO DE  
DEPRESION BECK  
SEGUNDA EDICION  
Por: Aaron T. Beck  
Traducido y Adaptado por:  
Máximo Brush C.

Subtotal Pag. 1:   
Subtotal Pag. 2:   
Puntaje Total:

No: 000143

Nombre: CARMEN ROSA Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: 22/06  
Evaluado por: \_\_\_\_\_ C.P.P.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

## 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.  
1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.  
2 Estoy triste todo el tiempo.  
3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

## 2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.  
1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.  
2 No espero que las cosas me salgan bien.  
3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

## 3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).  
1 He fracasado más de lo que debería.  
2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.  
3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

## 4. Falta de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.  
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.  
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

## 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.  
1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.  
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  
3 Me siento culpable todo el tiempo.

## 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.  
1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.  
2 Espero ser castigado(a) por la vida.  
3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

## 7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.  
1 He perdido la confianza en mí mismo(a).  
2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).  
3 No me gusta quien soy.

## 8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.  
1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.  
 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.  
3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

## 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.  
1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.  
2 Quisiera matarme.  
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

## 10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía llorar.  
1 Llora más de lo que solía llorar.  
2 Llora por cualquier cosa.  
 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

Continúa al Reverso

5 Subtotal Pag. 1

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

**12. Falta de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

**14. Falta de Valor Personal**

- 0 No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

**15. Falta de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

**16. Cambios en el Patrón de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

**18. Cambios de Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

**19. Dificultades de Concentración**

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

**21. Falta de Interés en el Sexo**

- 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

**Instrucciones para después de la administración.**

A Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los Subtotales por página, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el Puntaje Total, que es la suma de los subtotales por página.

B Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

C Si desea mayor información acerca de la prueba contactese con el siguiente e-mail:

[psichometrika@hotmail.com](mailto:psichometrika@hotmail.com)

## Anexo D

POST-TEST

**IDB - II** INVENTARIO DE  
DEPRESION BECK  
SEGUNDA EDICION  
Por: Aaron T. Beck  
Traducido y Adaptado por:  
Máximo Brush C.

Subtotal Pag. 1: 

No: 000143

Subtotal Pag. 2: Puntaje Total: AUSENCIA  
DE DEPRESIONNombre: CARMEN ROSA Estado Civil: CASADA Edad: 49 Sexo: Ocupación: AMA DE CASA Educación:  Fecha: Evaluado por: VIGO ROSEN C.P.P.:  Fax: 

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

## 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

## 2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro.
- 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre.
- 2 No espero que las cosas me salgan bien.
- 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.

## 3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.

## 4. Falta de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.

## 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

## 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.
- 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida.
- 2 Espero ser castigado(a) por la vida.
- 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.

## 7. Auto-Desprecio

- 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
- 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a).
- 3 No me gusta quien soy.

## 8. Auto-Crítica

- 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre.
- 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo.
- 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos.
- 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.

## 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría.
- 2 Quisiera matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

## 10. Llanto

- 0 No lloré más de lo que solía llorar.
- 1 Lloro más de lo que solía llorar.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.

Continúa al Reverso

Subtotal Pag. 1

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
  - 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
  - 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

**12. Falta de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
  - 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
  - 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
  - 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
  - 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

**14. Falta de Valor Personal**

- 0 No siento que soy inservible.
- No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 1 Me siento inservible en comparación con otras personas.
  - 2 Me siento completamente inservible.

**15. Falta de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
  - 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
  - 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

**16. Cambios en el Patrón de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 
- 1a Duermo algo más que de costumbre.  
1b Duermo algo menos que de costumbre.
- 
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.  
2b Duermo mucho menos que de costumbre.
- 
- 3a Duermo todo el día.  
3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
  - 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
  - 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

**18. Cambios de Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.  
1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
- 
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.  
2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
- 
- 3a No tengo nada de apetito.  
3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

**19. Dificultades de Concentración**

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
  - 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
  - 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
  - 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
  - 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

**21. Falta de Interés en el Sexo**

- 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
  - 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
  - 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

**Instrucciones para después de la administración:**

A Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

B Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

C Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:

[psichometrika@hotmail.com](mailto:psichometrika@hotmail.com)

**psichometrika**

Apartado 167 Lima 14 Cel: 909-5707  
Telefax : 476-9445

Subtotal Pag. 2

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

## Anexo E

POST-TEST.

STAI

A/E

A/R

$$\begin{array}{l} \text{PD} = 30 + 0 - 23 = 7 \\ \text{PD} = 21 + 2 - 14 = 9 \end{array}$$

BATO

BATO

## AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres CARMEN ROSA Edad 52 Sexo F  
 Centro ..... curso / puesto ..... Estado civil CASADA  
 Otros Datos ..... Fecha .....

A - E

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
(-) 1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
(-) 2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
(+) 3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
(+) 4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
(-) 5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
(+) 6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
(+) 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
(-) 8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
(-) 9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
(-) 10. Me siento cómodo.....	0	1	2	3
(-) 11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
(+) 12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
(+) 13. Estoy desasegado.....	0	1	2	3
(+) 14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
(-) 15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
(-) 16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
(+) 17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
(-) 18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
(-) 19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
(-) 20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA  
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

## A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

0 = Casi nunca

1 = A veces

2 = A menudo

3 = Casi siempre

		A	B	M
Y 21. Me siento bien.....	0	1	2	3
D 22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
D 23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
D 24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
D 25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....	0	1	2	3
Y 26. Me siento descansado.....	0	1	X	3
Y 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	X	3
D 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
D 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
Y 30. Soy feliz.....	0	1	X	3
D 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	X	3
D 32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
Y 33. Me siento seguro.....	0	1	X	3
D 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
D 35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
Y 36. Estoy Satisfecho.....	0	1	X	3
D 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
D 38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
Y 39. Soy una Persona estable.....	0	1	X	3
D 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

## Anexo F

<u>ACTIVIDAD N°1</u>			
SITUACIÓN	PIENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Entro tarde a dormir por estar en la computadora	"Sabe que tiene que hacerme masajes y no le importa"	Ira Frustración Impotencia	Gritos Lifuras Amenaza
Discusión por dinero.	"No quiere pagar los gastos" "De propósito no quiere pagarme a mi hermana"	Ira Molestia Pena	Gritos Amenazas.
Tomó solo, mucho alcohol	"No me gusta que tome mucho, el sabe" "No cambia" "Me tiene harto"	Cólera Molestia	Ignoro, sin hablarlo hasta que se da cuenta.
Quería masajes pero se quedó en la computadora hasta las 12 de la noche.	"Siempre es lo mismo" "Me tiene harto" "Precioso la computadora" "No le importo"	Ira Frustración Impotencia	- Gritos con lifuras - Amenazas - Botar de la habitación. - Poner seguro a la puerta.

**LISTA DE EMOCIONES:**

- Compromiso
- Fervor
- Competencia
- Plenitud
- Omnipotencia
- Encanto
- Euforia
- Éxtasis
- Ilusión
- Interés
- Confianza
- Cuidado
- Apoyo
- Dignidad
- Enérgico
- Vitalidad
- Nostalgia
- Terror
- Simpatía
- Cariño
- Estima
- Comprensión
- Solidaridad
- Respeto
- Pasión
- Paz
- Amor
- Generosidad
- Gozo
- Afecto
- Júbilo
- Compasión
- Esperanza
- Libertad
- Agradecimiento
- Aceptación
- Acompañamiento
- Bondad
- Admiración
- Benevolencia
- Amabilidad
- Alivio
- Orgullo
- Empatía
- Integridad
- Apego
- Aprobación
- Armonía
- Honestidad
- Humildad
- Concentración
- Templanza
- Tolerancia
- Motivación
- Felicidad
- Firmeza
- Fortaleza
- Autonomía
- Serenidad
- Optimismo
- Satisfacción
- Seguridad

## Anexo G

ACTIVIDAD Nº2SITUACIÓNPENSAMIENTO AUTOMÁTICO

Ver a mi esposo  
hasta la media  
noche en el celular  
o computadora



"No le gusta  
pasar tiempo  
conmigo"

Mi esposo me  
contradice y nunca  
me da la razón



"Me quiere dejar  
como tonto"  
"Se cree superior  
a mi"

Sube a ayudar a  
Saludor a su tía



"La tía le coquetea"  
"Él siempre prefiere  
a su tía, antes que  
a mí"

**TIPOS DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS**

1- Filtraje. Se toman los detalles negativos y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación. Palabras clave: terrible, tremendo, horroroso, no puedo resistirlo.

2- Pensamiento polarizado. Las cosas no son blancas o negras, buenas o malas. La persona ha de ser perfecta o es una fracasada. No existe término medio.

3- Sobregeneralización: Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia. Si ocurre algo malo en una ocasión esperará que ocurra una y otra vez. Palabras clave: todo, nunca, nadie, siempre, todos y ninguno.

4- Interpretación del pensamiento: Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto, es capaz de adivinar qué sienten los demás respecto a ella.

5- Visión catastrófica: Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse: "Y si": "¿Y si estallara la tragedia?" ¿Y si me sucede a mí?

6- Personalización: La persona que los sufre cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También se compara con los demás, intentando determinar quién es más elegante, tiene mejor aspecto.

7- Falacias de control: Si se siente externamente controlado (impotente), se ve así mismo desamparado, como una víctima del destino. La falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean (omnipotente).

8- Falacia de la justicia: La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella.

9- Culpabilidad: La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos.

10- Debería. La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma.

11- Razonamiento emocional: Cree que lo que siente tendría que ser verdadero, automáticamente. Si siente como estúpida y aburrida una cosa, debe ser estúpida y aburrida.

12- La falacia de cambio: Una persona espera que los demás cambiaran para seguirle si los influye o camela lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello.

13- Las etiquetas globales: Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global.

14- Tener razón: Continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.

15- La falacia de recompensa divina. Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.

## Anexo H

Actividad N°3

## Pensamientos Distorsionados: →

1 - Filtraje	→	"Ayer mi esposo me compró rosas, pero hoy se quedó jugando ajedrez, no le importo"
2 - Interpretación del Pensamiento	→	"Si sale a favor de su tío es porque le gusta que lo coqueteé"
3 - Sobregeneralización	→	"todos son iguales de mentirosos"
4 - Pensamiento Polarizado	→	"Si no me ayuda con mis mosaicos, es de lo peor"
5 - Falacia de Justicia	→	"No es justo que yo esté en mi habitación, mientras él está tocando guitarra"
6 - Debería	→	"Debería involucrarse en todas sus actividades"
7 - Falacia de Cambio	→	"Si dejara de estar tanto tiempo trabajando en la computadora, estaría bien"

## Pensamiento Nuevo:

- ① "El detalle que tuvo ayer me demostró que le importo, merece también relajarse"
  - ② "Es normal que apoye a su familia, yo también lo haría!"
  - ③ "No todas las personas son iguales, porque todos viven diferente".
  - ④ "Entiendo que le agote hacerme masajes!"
  - ⑤ "Es natural que desee tener tiempo para él mismo, ya luego pasaremos juntos"
  - ⑥ "No es sano que me meta en todas sus cosas, ambos merecemos nuestro espacio".
  - ⑦ "Estaré bien así el trabajo o no, porque debo apoyarlo!"
-

## Anexo I

Querida Carmen,

Hay terminados las terapias que desde siempre quisimos hacer, mucho más fuertes, con menos miedos, más seguros y con técnicas que nos han enseñado. Recuerdas que tenías no poder salir de esos pensamientos tan tormentosos? Pues lo lograste y es un orgullo decirlo, ahora queda recuperar el tiempo perdido gracias a esos pesados pensamientos y recuperar mi relación con mi esposo e hijos que amo tanto, sigue adelante siempre y no olvides que todo tiene solución, ahora es momento de proyectarnos y poner en marcha todo lo que queremos, tú puedes Carmen, como siempre has podido, caminemos hacia adelante y sigamos aprendiendo.

