



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES APLICADA EN UN CASO DE ACOSO  
PSICOLÓGICO

**Ana María Flores Ortiz**

**Teresa Borja, Ph.D., Mentora y Directora**

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención  
del título de Psicóloga Clínica

Quito, diciembre de 2012

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO  
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE APROBACIÓN

TERAPIA DE CONSTRUCUTOS PERSONALE APLICADA EN UN CASO DE ACOSO PSICOLÓGICO

ANA MARIA FLORES ORTIZ

TERESA BORJA, PH.D

DIRECTORA DE TESIS

---

ESTEBAN LASO

CODIRECTOR Y MIEMBRO DEL COMITÉ DE TESIS

---

ESTEBAN RICAURTE

MIEMBRO DEL COMITÉ DE TESIS

---

CARMEN FERNANDEZ SALVADOR

DECANA DEL COLEGIO

---

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

-----

Nombre: ANA MARIA FLORES ORTIZ

C. I. 171208607-1

Fecha: 21 DE DICIEMBRE DE 2012

## DEDICATORIA

A MANUELA Y A TODAS LAS MUJERES QUE LUCHAN DÍA A DÍA POR EL  
EMPODERAMIENTO DE SUS DERECHOS.

## AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A LOS LECTORES Y TUTORA DE ESTA TESIS POR SU ENSEÑANZA Y DEDICACIÓN. UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO A ESTEBAN LASO, POR EL TIEMPO BRINDADO DESDE LA DISTANCIA Y POR SUS ENSEÑANZAS DE UNA NUEVA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

## RESUMEN

El estudio de caso presentado a continuación se centra en una mujer de 50 años que sufre de acoso moral por parte de su marido. Llega a terapia con síntomas de Trastorno de Ansiedad no especificado y Distimia, debido a la situación que vive desde hace 7 años. La terapeuta aplica la Terapia Constructivista de Kelly, primeramente, para comprobar la eficacia de esta terapia en la disminución de los síntomas y luego para analizar si los contenidos de las transcripciones de las sesiones cambian al aplicar la terapia en las áreas de: auto-reflexión, capacidad de crear estrategias a los problemas experimentados y si la paciente logra una visión más positivas de las experiencias que vive día a día. Para este estudio de caso se han tomado las 12 primeras sesiones de un período de 5 meses. Los inventarios aplicados a la paciente son el SCL-90 de Derogatis y el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2).

*Palabras Clave:* Terapia Constructivista, Acoso psicológico, Metacognición, Análisis de Contenido.

## ABSTRACT

The case study presented below focuses on a 50-year-old woman suffering from psychological harassment inflicted by her husband. The clinical symptoms are unspecified anxiety disorder and dysthymia. The therapist applies George Kelly's constructivist therapy to test its effectiveness in reducing the symptoms, and to see whether the contents of the transcripts of the sessions change when the therapy is applied in the following areas: self-reflection, ability to create strategies to solve the problems experienced, and achievement of more positive experiences in her daily living. In this case study the author considered the first 12 sessions conducted over a period of 5 months. The inventories applied to the patient are SCL-90 by Derogatis, and the MMP1-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2).



## Tabla de Contenidos

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| RESUMEN .....  | 7                                    |
| ABSTRACT .....   | 8                                    |
| TABLAS.....  | 8                                    |
| FIGURAS .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA .....                               | 9                                    |
| Antecedentes .....   | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| El problema .....  | 13                                   |
| Pregunta de investigación .....                              | 15                                   |
| Contexto y marco teórico .....                               | 15                                   |
| El propósito del estudio .....                               | 16                                   |
| Definición de términos .....                                 | 16                                   |
| Presunción del autor .....                                   | 19                                   |
| REVISIÓN DE LA LITERATURA .....                              | 20                                   |
| Géneros de literatura incluidos en la revisión .....         | 20                                   |
| Pasos en el proceso de revisión de la literatura .....       | 20                                   |
| Formato de la revisión de la literatura por temas. ....      | 20                                   |
| METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....               | 35                                   |
| Justificación de la metodología seleccionada .....           | 35                                   |
| Herramienta de investigación utilizada .....                 | 36                                   |
| Descripción de participantes .....                           | 42                                   |
| Características especiales relacionadas con el estudio ..... |                                      |
| ANÁLISIS DE DATOS .....                                      | 44                                   |
| Detalles del análisis .....                                  | 44                                   |
| Detalles de los test .....                                   | 47                                   |
| Temas e intervenciones terapéuticas .....                    | 62                                   |
| Importancia del estudio .....                                | 71                                   |
| Resumen de sesgos del autor .....                            | 72                                   |
| CONCLUSIONES .....   | 73                                   |
| Respuestas a las preguntas de investigación .....            | 73                                   |
| Limitaciones del estudio .....                               | 74                                   |
| Recomendaciones para futuros estudios .....                  | 75                                   |
| REFERENCIAS .....  | 76                                   |
| ANEXO A: Título .....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |

## TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1: Cuantificación de la percepción de las experiencias ..... | 40 |
| Tabla 2: Resultados pre-test y post-test Inventario SCL-90.....    | 46 |
| Tabla 3: Resultados análisis de contenido, experiencia .....       | 54 |
| Tabla 4: Resultados análisis de contenido experiencia .....        | 56 |
| Tabla 5: Resultados análisis de contenido, mastery .....           | 58 |

## FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Línea del tiempo.....   | 11 |
| Figura 2. Genograma familiar .....                                      | 12 |
| Figura 3: Dilema Implicativo .....                                      | 47 |
| Figura 4: Dilema Implicativo Manuela .....                              | 51 |
| Figura 5: Escalas de validez y clínicas MMPI-2 .....                    | 47 |
| Figura 6: Escalas de contenido MMPI-2 .....                             | 51 |
| Figura 7: Escalas suplementarias MMPI-2.....                            | 52 |
| Figura 8: Gráfico análisis de contenido, experiencia .....              | 53 |
| Figura 9: Gráfico análisis de contenido, capacidad auto-reflexiva ..... | 55 |
| Figura 10: Gráfico análisis contenido, mastery .....                    | 57 |

## INTRODUCCIÓN

El caso que se investiga y que se presenta a continuación, es el de una paciente que asiste a las consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito, a quien en adelante se llamará Manuela, para guardar la confidencialidad del caso. El motivo de consulta es “conocerse a sí misma para poder tomar una decisión frente a su matrimonio”, ya que la paciente sufre de acoso psicológico por parte de su pareja desde hace seis años. La paciente llega muy confundida a consulta y manifiesta estar olvidando quién es realmente debido a que los insultos y desprecios diarios de su marido —que se han agravado por una relación extra matrimonial que ella mantuvo hace seis años—, la han llevado al auto convencimiento de que es una persona “mala, tonta e inútil”. Ella dice haber tenido, en general, ciertos “fallos” en su vida y no entiende por qué razón decidió cometerlos. Además, siente que en su interior existen “dos Manuelas”, y esto le está causando problemas de culpabilidad. Al utilizar la técnica de análisis de contenido en las transcripciones de la terapia, se medirá la eficacia del desarrollo de herramientas como: la de auto-reflexión, estrategias de control mental y, la percepción negativa o positiva de la realidad en la terapia constructivista de George Kelly en este estudio de caso.

### **Antecedentes**

#### ***La historia de Manuela: una breve reseña***

Manuela es una mujer ecuatoriana de 50 años. Nació en una ciudad pequeña, en una provincia de la sierra ecuatoriana, pero se trasladó a vivir a Quito desde los 15 años de edad. Terminó el colegio en la ciudad de Quito y estudió dos años de universidad. Se

presenta en terapia bien vestida, maquillada y aseada. Tiene una contextura mediana y parece gozar de buena salud.

Manuela se casó con Pedro (nombre ficticio del esposo) cuando tenía 28 años y tienen una hija que estudia en la universidad. Para su marido este era su segundo matrimonio; en el anterior él había tenido un hijo que vive con la pareja y la paciente se ha encargado de la crianza de ese varón junto con su esposo, es decir, en la actualidad está casada y vive con el esposo, su hija y el hijo de su marido. Manuela no tiene un trabajo fijo, pero realiza manualidades en un taller y esto le ayuda para tener un ingreso; sin embargo, este no es constante, por lo que depende económicamente de su esposo.

### ***Historia Personal***

Manuela creció en la capital de una provincia de la sierra ecuatoriana. Una ciudad que cuenta con aproximadamente 200.000 habitantes (INEC, 2010). Manuela la describe como una ciudad pequeña, encerrada y conservadora. Estudió en un colegio de monjas hasta los 15 años, edad en la que se trasladó a la capital, Quito (alrededor de 2 millones de habitantes). Ella fue enviada a la capital a vivir con una tía. A Manuela le costó mucho dejar su ciudad natal y describe el suceso como un “cambio brusco”. Desde entonces — dice la paciente— su vida se volvió difícil, ya que tuvo que crecer sola sin el apoyo económico y afectivo de sus padres. En el colegio tenía un rendimiento bastante bueno, pero con dificultades en el inglés. “Me costó adaptarme a la nueva sociedad, ya que no conocía a nadie”. Dice que sentía que en su provincia ella pertenecía a un estatus socio económico más alto que en Quito. Considera que era una niña tímida, lo cual no facilitó su adaptación al nuevo ambiente.

Tiene su primera relación sexual a los 17 años y esto parece ser una decisión que cambia la manera de percibirse a sí misma, ya que deseaba llegar virgen al matrimonio. A

los 19 años sus padres se trasladan a Quito, por lo que Manuela regresa e vivir en el hogar paterno. A los veinte años comenzó a trabajar, pero a la vez tenía que cuidar de sus hermanos, dice que este fue un período muy difícil, pues no sentía apoyo suficiente por parte de sus padres.

Menciona que desde su primera relación sexual comienza a tener otras relaciones sentimentales muy inestables y tormentosas. A los 28 años decide casarse con su esposo actual. Él era divorciado y tenía un hijo. Al casarse se siente atrapada en un matrimonio con un hombre “machista” que la trataba con rigidez y dominancia. A los cuarenta y cuatro años conoce a un hombre con el cual mantiene una relación sentimental extramarital, durante un mes. Ellos no tuvieron relaciones sexuales, pero su marido cree lo contrario. Cuatro años después de esta relación, su marido la descubre y comienza a acosarla psicológicamente. Aunque no la agrede físicamente, la insulta y desvaloriza a diario. En la *Figura 1* se presenta la línea de vida de Manuela que se realizó en terapia, en ella constan los eventos más significativos para la paciente.



Figura 1. Línea del tiempo

### ***Historia Familiar***

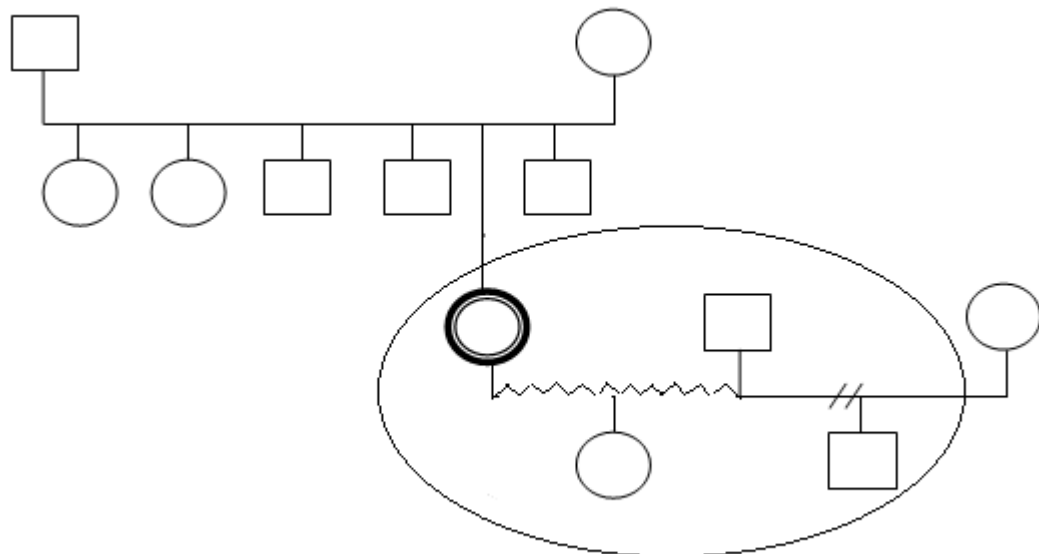
Manuela crece con su familia en una provincia de la sierra ecuatoriana. Es la quinta de seis hermanos, de los cuales tres son varones y tres mujeres. Describe a su madre “una mujer trabajadora, luchadora, fuerte, descuidada en el aspecto físico, orgullosa, poco detallista, fría, distante con sus hijos, llena de refranes al hablar”. Dice haber tenido desde pequeña una relación distante, ya que “siente que no le dio la atención que una hija merece”. No siente confianza hacia ella, ni apoyo materno.

Menciona que su padre es “un hombre ocurrido, chistoso, cariñoso, haragán, amigüero, mujeriego, sometido por la madre, muy trabajador y con poca visión de la vida”. Dice sentir más afinidad con su padre, que con su madre.

Cuando Manuela tenía 15 años, su padre mantuvo una relación extramatrimonial, por lo que la madre decidió mandar a todos los hermanos a otras provincias para desligarlos

de su círculo social. Dice Manuela que el gran número de hermanos influyó para fomentar un descuido hacia ellos por parte de sus padres.

Hasta los 28 años Manuela se mantuvo soltera, por lo que tuvo que tomar a cargo el cuidado de sus hermanos y encargarse de los quehaceres del hogar, pues sus padres trabajaban y siempre pasaban ocupados. Ella mantiene una buena relación con sus hermanos, a excepción del cuarto, ya que con él tenía muchas riñas y peleas desde pequeños hasta el día de hoy. En la actualidad todos viven en Quito y se encuentran casados.



*Figura 2: Genograma familiar de Manuela*

### **El Problema**

Manuela busca ayuda psicológica a pedido de su hija, en los Servicios Psicológicos Gratuitos de la Universidad San Francisco de Quito. La paciente acude a consulta por su gran sentimiento de culpabilidad, ya que hace seis años mantuvo una relación extramarital durante un mes. Esto se agrava, pues el marido —que ya demostraba malos tratos hacia

ella—, al descubrir la infidelidad inicia un comportamiento de acoso psicológico continuo, lo cual agrava su sentido de culpa dando paso a un conflicto en cuanto a su auto conocimiento ya que comienza a creer que todos los insultos de su marido hacia ella son ciertos. Ella manifiesta no saber quién es y, que en su casa está viviendo “un infierno”.

La paciente reporta tener síntomas de ansiedad, preocupación constante, agitación, tensión, dificultad para conciliar y mantener el sueño, nerviosismo y agitación psicomotora. También presenta anedonia, llanto constante y falta de motivación para realizar tareas cotidianas y en general para vivir. Se puede observar que la expresión al hablar es muy rápida y coherente. Conecta ideas con facilidad.

El motivo de consulta de la paciente, es “poder descubrir quién soy yo, para poder tomar una decisión frente al problema matrimonial que estoy viviendo”.

Este caso se lo entenderá a partir de la teoría constructivista de Kelly (1955), el cual asume que el dilema o disfunción aparece cuando el sistema de construcciones de la persona no puede acomodarse a los sucesos a que se está enfrentando. Esta fue diseñada para reconstruir la vida alrededor del problema que el paciente está viviendo, pero no es un sistema construido alrededor de la patología (Vinet y Winter, 2005).

Al analizar los problemas que presenta la paciente, la posible solución que se puede dar al caso es hacer que Manuela pueda construir su identidad a partir de la visualización de los eventos que ha vivido, se cómo estos la han marcado y cómo han afectado en la construcción de la persona que es ahora. Una segunda solución sería que la paciente, mediante técnicas terapéuticas logre experimentar en sesión la culpabilidad que se ha otorgado para que de esta manera pueda visualizar que se trata de un problema de pareja, más que de una falta ocasionada solamente por ella. Es importante que Manuela reconozca la violencias coercitiva controladora que ejerce su marido sobre ella para que así pueda



darse cuenta que no es posible vivir siendo asediada psicológicamente. Lo que se quiere lograr básicamente, es que la paciente viva nuevas experiencias que le ayuden a construir un sistema de constructos más flexible, para que así se pueda romper el dilema implícito que causa disfunción en su vida cotidiana.

### **Pregunta de investigación**

¿Al aplicar la terapia constructivista de Kelly, se podrá observar un cambio en las transcripciones de las sesiones terapéuticas en las áreas de auto-reflexión, estrategias de control mental (mastery) y la percepción de las experiencias cotidianas?

¿La paciente disminuirá sus síntomas de depresión y ansiedad?

### **Contexto y marco teórico**

Al aplicar la Terapia Constructivista de Kelly con un enfoque cognitivo se busca que la paciente, amplíe sus experiencias, para así iniciar la construcción de una realidad alterna para que pueda enfrentar lo que está viviendo en la actualidad. De esta manera podrá percibirse de un modo diferente. El estudio de este caso personifica la aplicación de la terapia constructivista, en un problema de acoso moral, en una mujer de 50 años. Al ser una terapia no estructurada rígidamente, se puede intervenir con técnicas eficaces de ambas corrientes para que así el paciente construya su identidad y pueda afrontar su realidad de una manera más adaptativa. Al analizar los resultados positivos del caso de Manuela con las terapias constructivistas de Kelly, este estudio puede llevar a otros estudiantes y terapeutas a la aplicación de la combinación de dos terapias, que ayuden a un caso muy poco estudiado en terapia como es el acoso psicológico en las familias.

## **El propósito del estudio**

Lo que se espera encontrar en este estudio de caso, es que al aplicar la Terapia Constructivista de George Kelly, los síntomas de ansiedad y distimia disminuirán en la paciente. Por otro lado se cree que en un inicio, al analizar las transcripciones de las seis sesiones del proceso terapéutico, se encontrará una visión negativa y pesimista de las experiencias cotidianas. También se percibirá un bajo nivel de capacidad auto-reflexiva y poca capacidad para afrontar con estrategias mentales los problemas diarios. Una vez desarrollada la terapia se asume que el contenido de la narración de la paciente cambiará a un fondo más positivo de las experiencias, y que desarrollará metacognición. Específicamente se verá reflejada en las transcripciones la habilidad de la paciente para auto-reflexionar sobre los eventos que vive y sobre las emociones que siente y la creación de estrategias para afrontar estos cambios de estado de ánimo. Manuela introducirá diferentes herramientas para manejar el problema de acoso psicológico que vive con su marido.

## **Definición de términos**

### **Terapia constructivista.**

La terapia constructivista, es una teoría y filosofía fundada por George Kelly. Esta teoría sostiene que la realidad la construye cada individuo mediante los constructos personales que cada uno va creando. Esto quiere decir, que una persona no es víctima de la realidad que vive, sino es abrumado por cómo ha ido construyendo su realidad (Feixas, Fernandes y Senra, 2005). La terapia constructivista está compuesta de la investigación psicoterapéutica de los últimos treinta años: recopila diferentes corrientes clásicas de la terapia como el psicoanálisis, Gestalt, psicodrama, terapia cognitiva y terapia familiar sistémica, para así motivar al cambio y la satisfacción vital de los pacientes (Laso, 2011).

### **Terapia centrada en la emoción (EFT).**

La EFT, por sus siglas en inglés referentes a Emotional Focused Therapy o en español llamada terapia centrada en la emoción, es una corriente psicoterapéutica que tiene raíces en la Terapia Centrada en el Cliente, Existencialismo, Gestalt y Focusing. Para la EFT las emociones son una fuente de información que ayuda a la adaptación, aunque a veces pueden hacerse desadaptativas por experiencias traumáticas (Greenberg, 2011).

### **Acoso psicológico.**

El acoso psicológico es una conducta invasiva de parte del perpetrador, que se puede manifestar como conductas, comentarios orales, acciones, señas o gestos, los cuales se caracterizan por determinados componentes. El acoso psicológico es repetitivo, tiene un carácter hostil, afecta a la integridad y dignidad de la víctima y finalmente perjudica el entorno, ya sea familiar o laboral de la persona. Este fenómeno psicosocial puede darse por parte de compañeros, empleados, jefes o familiares (Psychological Harassment Organization, 2012). Se han usado diferentes términos para describir este tipo de maltrato como: acoso moral, violencia coercitiva controladora, o bullying en un ámbito académico. En inglés se lo puede encontrar como coercive controlling violence, mobbing o psychological harassment, y en francés como harcèlement moral. Algunos de los síntomas que muestran las víctimas del acoso psicológico son: ansiedad, estrés post traumático, baja autoestima, irritabilidad y depresión. También se han encontrado varios estudios que demuestran una correlación positiva entre la alteración del sueño y el acoso moral o psicológico (Moreno, Rodríguez, Rodríguez y Sanz, 2008).

### **Metacognición.**

La primera definición de este término fue empleado en 1976, por Flavell que sostenía que metacognición son " Conocimientos acerca de los procesos y productos

cognitivos acerca de uno mismo, o todo lo que esté relacionado a ellos”.(Kallay, 2012) A través de la investigación, se ha ido desarrollando y puntualizando este término. Para Semerari (2002) hoy en día la metacognición es “el conjunto de conocimientos y los procesos de control correspondientes al propio funcionamiento”(p. 173). Para este autor, la metacognición se puede dividir en tres funciones: la función autoreflexiva, el entendimiento de los estados mentales de los demás, y las estrategias de control del individuo o también denominado ‘mastery’ (Semerari, 2002). La metacognición en el ámbito terapéutico no es una herramienta que trae el éxito por sí mismo, sino un proceso de aprendizaje. Se ha investigado que personas con altos niveles de metacognición tienen más habilidad para la planificación, gestión de información, monitoreo, depuración y evaluación (Bay, Bagececi y Cetin, 2012)

### **Tríada Cognitiva.**

La "tríada cognitiva" es un grupo de tres esquemas o creencias básicas de las personas en cuanto a su percepción cognitiva de la vida. Esta se compone de la percepción del self, de las experiencias vividas y del futuro (Wong, 2008). Según la terapia Cognitiva-Conductual, los pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales son los componentes de este modelo. Cuando esta tríada cognitiva se ve afectada con distorsiones cognitivas, comienza a surgir la disfunción y manifestación de síntomas (Beck, 1995).

### **Presunción del autor del estudio**

La presunción del autor al aplicar la terapia constructivista, radica en que esta terapia es la más adecuada para el caso que se presenta a continuación. Se espera que los estudios y datos que se ha encontrado sobre esta terapia, tengan un sustento científico.

En cuanto a la paciente, se presume que la paciente dice la verdad tanto en las terapias psicológicas como en los inventarios aplicados.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### **Géneros de literatura incluidos en la revisión**

#### **Fuentes.**

Las fuentes utilizadas a continuación, para la revisión de la literatura, proceden de artículos desarrollados en revistas académicas especializadas en Psicología o psiquiatría y páginas web de Universidades que contienen información sobre las diferentes corrientes. Igualmente, se ha utilizado bibliografía referente al tema, extraída de libros.

### **Pasos en el proceso de revisión de la literatura**

Para dar paso a la revisión de literatura, la autora se centró en investigar a profundidad la terapia Constructivista de George Kelly. Procedió a indagar la historia de esta terapia; la estructura teórica de la corriente constructivista, y sus técnicas. A continuación se prosigue a investigar sobre las intervenciones terapéuticas alrededor de la problemática del acoso moral con una adaptación al modelo constructivista, complementándolo con la conceptualización de la violencia intra-familiar y acoso moral. Finalmente se investiga sobre los trastornos y síntomas de ansiedad y depresión para poder conceptualizar el caso en la investigación.

### **Formato de la revisión de la literatura**

El diseño de la revisión de la literatura en la investigación se clasifica por la terapia Constructivista de George Kelly, se procedió a indagar la historia de esta terapia, la estructura teórica de la corriente constructivista y un análisis de cómo surge el dilema o disfunción para esta terapia desarrollando ansiedad y depresión, ya que son síntomas de la

paciente de este estudio. A continuación se prosigue a investigar sobre las intervenciones terapéuticas alrededor de la problemática del acoso moral con una adaptación al modelo constructivista, complementándolo con la conceptualización de la violencia intra-familiar y acoso moral. Finalmente, se muestra estudios que reflejan la eficacia de la terapia constructivista.

### **Terapia constructivista de George Kelly**

George Kelly fue un físico matemático que fundó la Filosofía y Teoría Constructivistas. Después de obtener su título de físico matemático, obtuvo el título de sociólogo en la Universidad de Kansas, posteriormente el título de Educación en la Universidad de Edimburgo. Finalmente, en 1931 decidió estudiar Psicología en la Universidad de Iowa (Boeree, 2006). Durante la segunda guerra mundial, Kelly había trabajado en Estados Unidos para la Marina, prestando sus servicios como psicólogo. Es en la época de la Gran Depresión (1931) que Kelly comienza a desarrollar su teoría sobre los constructos. En 1946, George Kelly sustituye a Carl Rogers en la Universidad Estatal de Ohio, y es aquí cuando su teoría comienza a popularizarse (Boeree, 2006). Escribe *La Psicología de los Constructos* (1955) y es con este volumen que comienza a influenciar a cientos de estudiantes (Bannister, Bell y Fransella. 2004).

La Teoría Constructivista, se desarrolla después de la filosofía que Kelly llamó Constructivismo Alternativo (Boere, 2006). Esta teoría sostiene que la realidad se la construye individualmente, mediante los constructos personales que cada uno va creando. Esto quiere decir que una persona no es víctima de la realidad que vive, sino que es afectada por cómo ha ido construyendo su realidad (Feixas, Fernandes y Senra, 2006). Es

por esto que no existe una realidad sino que cada persona la percibe de manera distinta (Boeree, 2006). La teoría de Los Constructos Personales, se basa en once corolarios los cuales forman el proceso en que la persona edifica constructos para anticipar eventos (Feixas, 2000). Para este psicólogo todas las personas somos científicos ya que constantemente estamos comprobando y confirmando nuestras pequeñas teorías; estas constituyen la manera que cada uno va construyendo y formando su mundo (Banniste, Bell y Fransella. 2004). Las personas construyen continuamente suposiciones para poder anticiparse a los eventos que vendrán en un futuro, mediante experiencias, pensamientos, sentimientos, comportamiento del pasado (Banniste, Bell y Fransella. 2004).

Este proceso científico, también llamado ciclo de la experiencia, consta de cinco partes:

- Anticipación del acontecimiento.
- Implicación en el resultado
- Encuentro con el acontecimiento
- Confirmación de la hipótesis
- Revisión constructiva del sistema

De esta manera, las pequeñas teorías se vinculan con todo un repertorio de proposiciones, anteriormente establecidas, a este proceso se llama Sistema de Constructos Personales (Banniste, Bell y Fransella, 2004). Este proceso de cognición de constructos no es puramente cognitivo o consciente, sino que rige y afecta de forma holística todas los procedimientos en los que la mente humana necesita anticiparse o predecir eventos futuros (Feixas, 2000).

## **Los constructos**

Como se mencionó anteriormente, los constructos personales son utilizados para constituir y descifrar la experiencia de los eventos que ocurren día a día. Los constructos son los elementos que describen las diferencias y similitudes que la persona percibe sobre los eventos que acontecen en su vida (Kelly, 1955). Un evento puede ser un objeto, persona o, la orientación y combinación de las personas y objetos. Su principal característica es que estos se expresan como adjetivos bipolares que narran psicológicamente la percepción del individuo. Los constructos se originan en la construcción de la historia de cada persona.

En todas las definiciones acerca de los constructos, Kelly afirma que estos son bipolares (Kelly, 1955). Kelly saca esta conclusión guiado por el principio de que las personas nunca afirman un hecho sin negar algo más simultáneamente. Esta base de la teoría es la que diferencia un concepto de un constructo. Si se afirma que María es generosa, este constructo no está englobando el concepto de que María pertenece al reino animal, vegetal o fungi. Lo que describe el constructo es que María es generosa, por lo tanto no es egoísta, narcisista o, cual sea el significado del constructo contrario. En terapia, el polo opuesto de un constructo personal es lo que ayuda a explorar el significado del constructo (Bannister, Bell y Fransella, 2004). Los constructos no son distinciones incomunicadas sino que se organizan en una estructura en red en la que se encuentran interrelacionados unos con otros. Esta red que se forma de constructos, mantiene una jerarquía, esto quiere decir que existen constructos nucleares y algunos más superficiales, es por esto que ocupan posiciones ordenadas. Los constructos nucleares se refieren a la identidad de la persona – ¿quién soy yo?, ¿Cuáles son mis preferencias? ¿Cómo interactúo en ambientes sociales?–. Estas estructuras nucleares están ligadas fuertemente entre ellas y

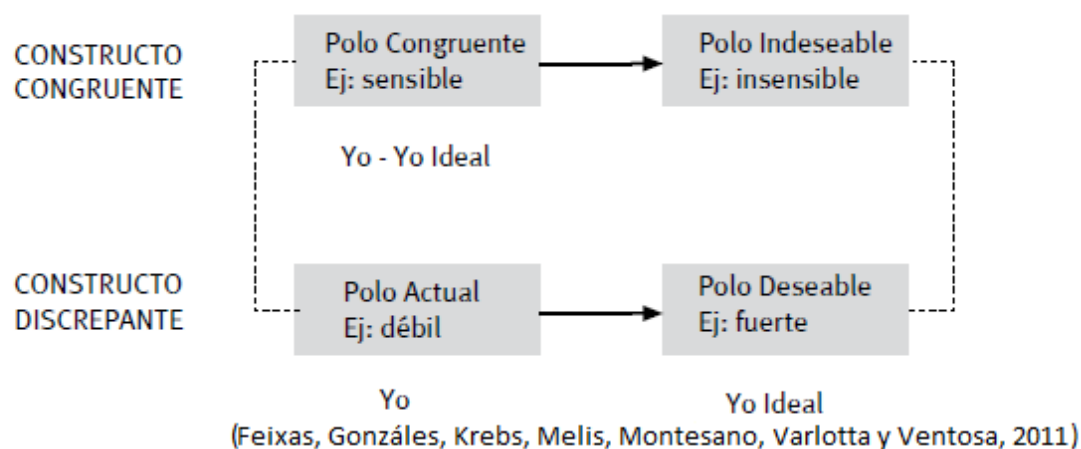


son muy resistentes al cambio. Las redes que se van creando a través de los años, nos ayudan a comprender el significado de los eventos que experimentamos y nuestra capacidad predictiva; sin ella viviríamos en un constante desconcierto sintiéndonos perdidos en la vida (De la fuente, Feixas y Soldevila, 2003).

### **La disfunción desde el punto de vista del constructivismo**

Cuando Kelly propuso su teoría, la definición del término trastorno se define como “cualquier construcción personal que se utiliza repetidamente a pesar de invalidación consistente”(Kelly, 1955, p. 831- 193)y, posteriormente añadió que, "representa cualquier estructura que parece no lograr su propósito". Para el constructivismo, el dilema o disfunción aparece cuando el sistema de construcciones de la persona no puede acomodarse a los sucesos a que se está enfrentando (Vinet y Winter, 2005). De esta manera, los constructos pueden ser invalidados continuamente, pero siguen siendo utilizados frecuentemente por el sujeto, por lo que se mantiene la disfunción. Los dilemas a los que se enfrenta la persona, sin poder ser modificados, forman parte de la vida cotidiana, pero podrían llegar a ser patológicos cuando son excesivos en cantidad o intensidad (Feixas, Gonzáles, Krebs, Montesano, Varlotta y Ventosa, 2011).

El término dilema implicativo se refiere a aquella estructura del sistema en que el constructo congruente y discrepante de la persona se encuentra en conflicto (*Figura 4*). Por constructo discrepante entendemos a aquella estructura en la cual el “yo actual” se ubica en el polo contrario del “yo ideal”. Esto refleja características que la persona desea modificar o no se siente a gusto, ya que el polo que mejor lo describe no es el deseado. Generalmente el polo actual está ligado con algún aspecto de la sintomatología de la persona (constructo sintomático). El constructos que causan disonancia en las personas creando cierto malestar en sus experiencias cotidianas.



*Figura 3: Dilema Implicativo*

La teoría de Kelly fue diseñada para reconstruir la vida alrededor del problema que el paciente está viviendo, pero no es un sistema construido alrededor de la patología (Vinet y Winter, 2005). Es por esto que el constructivismo no se centra en disminuir y eliminar los síntomas del paciente, sino en explorar los significados involucrados en el dilema para así comprender las construcciones que el cliente hace de sí mismo y del dilema (Feixas et al., 2005).

En vez de centrarse en el desorden, lo que sugiere Kelly y sus seguidores teóricos, es que se centra en definir lo que es un funcionamiento óptimo. Esto incluye la finalización del ciclo de la experiencia, empleo de las jerarquías de constructos, la tolerancia hacia la ansiedad e incertidumbre, la capacidad para realizar interpretaciones alternas a los eventos, ver a los demás como compañeros que igualmente construyen su realidad de diferentes maneras, conceptualizar de los procesos de construcción de los demás con capacidad para involucrarse en relaciones íntimas y el manejo adecuado de las dependencias (Vinet y Winter, 2005).

### **Ansiedad y el modelo constructivista**

Para la terapia constructivista, la ansiedad se produce cuando el reconocimiento de los eventos a los que la persona se enfrenta, se encuentran fuera del rango de anticipación del sistema de constructos. Es por esto, que los individuos que experimentan trastornos de ansiedad reconozcan que las consecuencias de ciertos eventos van más allá de su capacidad de anticipar o controlar. Es por esto que Kelly se refería a la ansiedad como un estado emocional en el que la persona enfrenta un mundo atterradoramente desconocido, sintiéndose incapaz de afrontarlo. Como consecuencia de este suceso, la persona comienza a reducir su campo de experiencias para así comprimir al mínimo estas aparentes discrepancias de su sistema de constructos (Neimeyer, 2010).

Un estudio realizado por Feixas et al. (2011) en una muestra de población chilena, buscaba comparar los constructos personales de pacientes con trastornos de ansiedad, con otra muestra de personas que no los padecían. Los resultados reflejaron que las personas con trastorno de ansiedad muestran una mayor discrepancia entre su self ideal y su self real. La investigación confirmó la correlación entre los síntomas ansiosos y el conflicto cognitivo. Por lo tanto esta ayudó a explorar la importancia de trabajar en los conflictos específicos que implican sufrimiento para cada paciente. Esta estrategia terapéutica podría ayudar, no sólo a aliviar los síntomas existentes, sino también a clarificar aquellos aspectos de identidad que traen conflictos al paciente. Por otro lado, es importante resaltar que la indagación del self ideal y del self actual, ayuda al paciente a prevenir futuras recaídas (Feixas et al. 2011).

### **Depresión y el modelo constructivista**

Kelly describió los procesos depresivos como una disminución del campo de la percepción del individuo, tratando de minimizar la invalidación personal. Por lo tanto,

puede verse como una ruptura de los significados nucleares o significados importantes que mantienen la autoconstrucción de la persona. Esta ruptura da como resultado que la persona deje de realizar muchas actividades que anteriormente realizaba, como un mecanismo de protección para evitar enfrentarse a situaciones de ansiedad del self o, a un mundo sin sentido. A pesar de que los procesos de disminución de actividades se dan normalmente en el ciclo de experiencia de la persona en conjunto con procesos de desprendimiento o expansión, en aquellos individuos con depresión el uso de evitación se convierte en un mecanismo más penetrante (Bach, Erazo, Feixas y Lewis, 2007) Aunque el caso que se presenta a continuación es una variante menos extrema de la depresión, comparten varios síntomas como sentimientos de desesperanza, trastornos del sueño, alteraciones en el apetito, baja de energía, concentración y autoestima.

Mediante un estudio que se realizó con pacientes con depresión se ha podido concluir que, aquellos con un trastorno depresivo tienden a reportar una construcción negativa acerca de su self, a comparación de las personas que no padecen este trastorno (Bach et al., 2007). Además, Compañ, Dada, Feixas y Hermosilla (2009) en investigaciones acerca de la depresión, mantienen que mientras más avanza el grado de depresión los constructos van percibiendo no solo un self negativo, sino también van percibiendo a los demás de forma negativa. También se ha observado que las personas con este trastorno mantienen constructos de una percepción de un self muy diferente al de los demás, por lo que sienten que deben aislarse de quienes los rodean o de la sociedad en general (Bach et al., 2007).

En un estudio realizado por Feixas, Montesano y Valotta (2009), se exploró acerca de la diferencia de constructos entre personas que sufrían el trastorno de depresión y personas que no lo padecían. Los constructos acerca de lo que se les preguntaba eran: área moral (bueno, altruista, humilde, respetuoso, fiel, entre otros); área emocional (pesimista, visceral,

cálida, sexualidad, entre otros); área relacional (extrovertida, agradable, directa tolerante, conformista, otros); área personal (fuerte, activa, trabajadora, ordenada, decidida, otros); área intelectual (capaz, inteligente, culta, concentrada, creativa, otros). Una vez obtenidos los constructos de las personas, se realiza una cuantificación numérica (Feixas et al., 2009). Los resultados de estudio mostraron que existen diferencias significativas entre los constructos de las personas con depresión y las personas de la muestra no clínica. Los resultados más importantes se enfocaron en que las personas con trastorno de depresión presentan mayor cantidad de constructos relacionados al ámbito de afectividad (Feixas et al., 2009). Se detectó una dominancia de constructos emocionales, esto quiere decir que las personas que cumplen un trastorno de depresión en comparación a las personas que no lo padecen, anticipan y construyen su realidad en torno a factores emocionales. También se observó que las personas con este diagnóstico poseen muy pocos constructos en el área personal y menos aún en el área intelectual. La insuficiencia de constructos en estas áreas confirma la teoría de que estas personas emplean gran parte de su tiempo en el procesamiento de factores emocionales de la experiencia. Si esta área no posee una estructura maleable de constructos emocionales rígidos, puede ser factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales. En el grupo de personas con depresión se encontró ciertos constructos específicos más importantes que otros (Feixas et al., 2009). Por ejemplo, la dimensión de fuerte-débil resultó notoriamente importante para este grupo. “La baja autoestima típicamente encontrada en sujetos depresivos, la imagen negativa sobre el sí mismo, y la auto-exigencia, son aspectos relacionados con esta dimensión”, afirman los autores (Feixas et al., 2009).

### **La terapia del acoso psicológico adaptada a la terapia constructivista**

En el caso de Manuela, es importante hablar del acoso psicológico ya que es un tema central que debe tratarse en terapia. Para Hirigoyen (1999), con el fin de lograr avances efectivos es importante ir al ritmo del paciente. Es frecuente que estos pacientes vayan despacio debido a que se sienten avergonzados al hablar sobre el problema o, se les hace doloroso evocar la situación. Es importante que el paciente pueda expresar al máximo lo ocurrido; en las primeras sesiones el tema principal debe ser lo que la víctima ha vivido, creando una alianza terapéutica, no centrarse en aspectos intra-psíquicos. Esto le ayuda a la víctima a liberarse de culpabilidad y a poder expresar la ambigüedad que ha estado viviendo (Hirigoyen, 1999). Una vez que se ha creado la confianza necesaria entre terapeuta y paciente, se deberá descubrir, en sesión, las estrategias que el agresor a estado utilizando en contra de la víctima, esto permitirá al paciente identificar y dar un significado a los síntomas que ha estado experimentando, y cómo le han afectado. Esto ayudará también a que el paciente no se deje seducir por el agresor, sino a enterarse de que esta persona está ejerciendo un acto de acoso moral. Es primordial que el paciente logre describir y sentir las emociones que han sido censuradas por el agresor (Hirigoyen, 1999).

Desembarazarse de la culpabilidad es otra etapa primordial de la terapia. La culpa no permite que la víctima progrese, por lo que no se debe reforzar la responsabilidad de culpa que tiene la persona en esta situación (Hirigoyen, 1999). Una técnica eficaz para librarse de la culpa es la exploración del self crítico, es la técnica de “división de conflictos” diseñada por Leslie Greenberg (2011). Esta técnica se basa en que una parte del self está en oposición a la otra parte; casi siempre esta va relacionada con una parte crítica o coercitiva del self. Para Hirigoyen (1999) como en la mayoría de traumas, existe un riesgo de que la víctima desarrolle un lado crítico en cuanto a su culpa, en cuanto a lo que está viviendo, por lo que puede ser difícil desprenderse de él. El problema se convierte en una

parte de su self volviéndose en su único tema de reflexión y domina su pensamiento. El contexto de esta técnica ofrece una oportunidad para que la víctima haga un trabajo de doble silla vacía. Esta consiste en que las dos partes del self se ponen en contacto directo la una con la otra. Así, los pensamientos, sentimientos y necesidades de cada parte del self son explorados por la víctima y se comunican por medio de un diálogo direccionado por el terapeuta. Así, el diálogo ayuda al ablandamiento de la voz crítica de las personas que sufren acoso moral. El resultado se centra en una integración de las dos partes del self de la persona, librándose de la culpabilidad que anteriormente sentía frente al acoso que estaba experimentando (Greenberg, 2011).

Una vez que se ha logrado aislar la culpabilidad del paciente, se le ha de ayudar a reconstruir, cómo la situación que está viviendo actualmente se conecta con su pasado para así delegarle un grado de responsabilidad. El paciente debe tener la capacidad de tomar decisiones con respecto a lo que está viviendo. Es importante que asuma su parte de responsabilidad del problema sin caer en una culpabilidad patológica (Hirigoyen, 1999). La técnica de la línea de vida personal, es una técnica bastante utilizada en los casos de maltrato. Explorar acerca de la línea de vida es muy útil para que los pacientes conecten su pasado con el presente y puedan visualizar qué es lo que esperan en el futuro (Carol, 2006). La técnica se basa en ir explorando los eventos significativos para el paciente. Mientras la persona va describiendo los eventos, es importante enfatizar quienes eran las personas importantes en ese tiempo y cuáles eran sus características; cómo estos eventos hicieron que cambie su self. Es preciso que cree una conexión entre los eventos que han ocurrido y los cambios que ha ido experimentando y que analice cómo esos eventos han afectado a la persona que es ahora (Carol, 2006).

Algunos de los efectos psicológicos más notorios que encontrarán los terapeutas al tratar con pacientes que sufren acoso moral, son depresión y ansiedad; muchos estudios cualitativos y cuantitativos reflejan que estos dos trastornos son los primeros síntomas que ocurren como efecto de este tipo de violencia. También se encuentra que las víctimas perciben miedos intensos, estrés post traumático, pérdida de autoestima, pesadillas nocturnas, hiper-activación y resistencia a evitar los eventos de violencia (Johnson y Kelly, 2008).

### **Violencia coercitiva controladora, acoso psicológico o acoso moral**

Esta investigación utilizará la violencia coercitiva controladora para explicar el caso de Manuela, a la que también se denominará, acoso moral o psicológico. Este tipo de violencia implica intimidación por parte del perpetrador, abuso emocional, rechazo, minimizar a la víctima y culpabilizar (Johnson y Kelly, 2008). Muchas veces, debido al privilegio económico masculino, el perpetrador abusa de este factor, utilizando la coerción y amenaza. No es necesario que la persona utilice todos estos recursos para atacar a la víctima, pero sí una combinación de estos; tampoco es necesaria la violencia física. El acoso psicológico es una violencia que no se puede percibir directamente ya que no deja marcas o heridas, sino que se basa en un daño psicológico vital. Es un acoso repetitivo, destructivo, e intencionado. Las víctimas no suelen darse cuenta ya que parecen ser críticas normales y cotidianas o sencillas faltas de respeto, comunes en una relación de pareja. Suelen asociarse con mentiras o manipulaciones, lo que evita que la víctima las perciba como un tipo de violencia. Al asociar la violencia únicamente con daños físicos, las víctimas no comunican lo que les sucede y sufren en silencio pensando que no serán comprendidas, (Hirigoyen, 1999).



En las relaciones heterosexuales, el maltrato moral se da, en su mayoría, por parte del hombre hacia la mujer. En un estudio realizado en la ciudad de Pittsburgh, se encontró que un 97% de acoso psicológico era perpetrado por el género masculino; igualmente, en un estudio realizado en Inglaterra reflejó que en su muestra, un 87% de perpetradores eran hombres. De todas maneras, no se puede dejar de lado que en un 3% las mujeres podrían también ser las que cometan violencia psicológica hacia su pareja (Hirigoyen, 1999).

Para Hirigoyen (1999), los perpetradores de acoso psicológico tienen ciertos patrones que utilizan con las víctimas. El uso del sarcasmo, burla y desprecio, son herramientas que el agresor utiliza para ejercer dominancia, según menciona la autora. El desprecio y burla son factores bastante empleados por los hombres para sacar provecho de sus beneficios de poder y fuerza contra las mujeres. Al burlarse y despreciar, lo que la persona consigue es tomar una posición de saber más y tener una mayor jerarquía frente al acosado. Al igual que esta herramienta, el imponer la autoridad es un método efectivo que usan los agresores para someter a la víctima. La persona busca utilizar discursos totalizadores con los que quieren mostrar que siempre tienen la razón y que existe solamente una verdad absoluta. De esta manera, lo que quiere lograr el agresor es que la víctima acepte su discurso con el objetivo de llevarla a su terreno, haciéndole creer que él tiene más poder al saber la verdad sobre todas las cosas y haciéndole sentir seguridad junto a él.

Otra de las técnicas que se emplea en el acoso moral es la paradoja. La paradoja se refiere a que una persona hace dudar a otra de sus propios pensamientos y afectos. Al emplear esta herramienta, el agresor busca que la víctima pierda la noción de su propia identidad. De esta manera, el agresor ataca sin perder a su víctima, ya que finalmente esta queda indefensa y confundida (Hirigoyen, 1999).

El uso de la descalificación también es un método bastante utilizado en el acoso moral. Este consiste en despojar a la víctima de todas sus cualidades y suele verse reflejado cuando el agresor emite insultos para hacerle sentir inútil, hasta que esta se lo crea y sienta una dependencia hacia el agresor. Otro de los patrones que se observan en los acosadores psicológicos es la estrategia de “divide y vencerás”, esto se refiere a que los agresores intentan poner a todas las personas en contra de la víctima para que de esta manera esta se quede sola e indefensa. Busca difundir rumores y obliga a que la persona se enfrente con otros, para que de esta manera se haga de enemigos (Hirigoyen, 1999).

### **Conceptualización de la violencia familiar**

La violencia intra-familiar es un problema que enfrenta la población ecuatoriana, en la mayoría de casos desde el hombre hacia la mujer. En un 95% de casos de violencia familiar, las víctimas son mujeres agredidas por su pareja (Angel y Frias, 2005). Cuando hablamos de violencia intra-familiar o violencia de pareja, hablamos de factores físicos, sexuales y psicológicos. La violencia doméstica puede ser definida como “un patrón de comportamiento en cualquier relación que se utiliza para ganar o mantener poder y control sobre su pareja ” (Johnson y Kelly 2008, p. 482).

Existen algunos avances en cuanto al material legislativo en el país sobre violencia doméstica. Entre los más importantes en los últimos diez años están: la elaboración del Reglamento de las Comisarías de la Mujer y de la Familia (CEPAR, 2004), Manual de Procedimiento para la atención de casos de violencia intrafamiliar implementados en la Comisaría de la Mujer y la Familia, Comisarías Nacionales y Tenencias Políticas en las localidades donde no existían las Comisarías de la Mujer y la Familia, y reformas en el

código penal (2005). A pesar de los avances que se han dado en el ámbito legal, las estadísticas continúan mostrando que la violencia intrafamiliar sigue siendo un problema alarmante.

En las últimas décadas, la investigación acerca de los temas de violencia hacia la pareja ha ido creciendo, es por esto que se ha ido desarrollando términos específicos para diferentes tipos de violencia que se pueden dar en ambientes familiares o de pareja. El beneficio de especificar y diferenciar los distintos tipos de violencia, radica en que se puedan aplicar sanciones para los perpetradores, y en diseñar tratamientos y programas de prevención más efectivos para trabajar cada problema desde su raíz (Johnson y Kelly, 2008). Se han encontrado cuatro tipos diferentes de violencia, estas son: la violencia coercitiva controladora, el terrorismo íntimo, la resistencia violenta y la violencia situacional de pareja.

El terrorismo íntimo es un patrón utilizado en su mayoría por hombres hacia su pareja. Se da cuando el individuo practica la violencia para ejercer control y dominancia sobre la otra persona. Este comportamiento es severo, frecuente y tiende a incrementar la intensidad con el paso del tiempo (Nichols, 2010). La resistencia violenta se encuentra en parejas en la que un miembro quiere ejercer control por medio de la violencia, pero el otro manifiesta algún tipo de resistencia ante los actos de abuso de su pareja. La violencia común en parejas aparece en respuesta a un conflicto específico, tiende a darse de parte de los dos miembros de la pareja, ocurre con poca frecuencia y no tiende a escalar (Nichols, 2010).

### **Eficacia de la Terapia Constructivista**

Cada vez se realizan más pruebas en la psicoterapia de constructos personales para comprobar la eficacia de esta psicoterapia en el ámbito de la Psicología clínica. En un meta-análisis realizado por Metcalfe, Winter y Vinet en el 2007, se efectuó una revisión de veintiséis estudios los cuales reflejaron la efectividad de la Terapia Constructivista a comparación con un grupo que no recibió tratamiento. Además, se comprobó que la Terapia Constructivista tiene el mismo efecto que las terapias: cognitivo conductual, psicodinámica, e interpersonal.

En el 2009, Holand y Neimeyer vuelven a realizar una revisión de 22 estudios para analizar la eficacia de la Terapia Constructivista. En este estudio se añadió como método de elección de los artículos, que el contenido de estos debía basarse exclusivamente en la Terapia Constructivista de la perspectiva de George Kelly. Al igual que el artículo de Metcalfe, Winter y Vinet se comprobó la eficacia de la Terapia Constructivista. Además se especificó la efectividad en determinados problemas de pacientes, comparándola con un grupo sin tratamiento. Los resultados mostraron que la Terapia Constructivista tiene mayor eficacia en problemas de ansiedad y miedo, trauma y estrés, conductas problemáticas y problemas físicos y envejecimiento; en cambio no se vio mayor efectividad en el tratamiento de psicosis y delusiones.

## METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

## **Justificación de la metodología seleccionada**

La metodología que se utilizó para determinar la eficacia de la intervención basada en la terapia constructivista de Kelly, consistió en la aplicación de dos métodos cuantitativos y un inventario de personalidad. En primer lugar para determinar la eficacia sobre los síntomas se aplicó el inventario SCL-90 de L. Derogatis. En la tercera sesión, se tomó el test de personalidad MMPI-2 para representar la estructura de personalidad de la paciente y poderla conceptualizar en la investigación.

Para realizar otra medición cuantitativa y responder una de las preguntas de investigación del estudio, se prosiguió a realizar un análisis de contenido. En esta se midieron tres factores:

- Percepción de las experiencias de forma positiva o negativa.
- Ausencia o presencia de capacidad auto-reflexiva.
- Ausencia o presencia de estrategias de control o también denominado “mastery”.

Una vez que se obtuvo la cuantificación del contenido, se comparó los resultados de las seis sesiones para analizar los cambios que se fueron dando, desde el comienzo hasta las terapias finales.

## **Herramienta de investigación utilizada**

Se utilizaron tres herramientas de investigación: el inventario SCL-90 de L. Derogatis, el inventario de personalidad Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2), y el método cuantitativo de Análisis de contenido de seis sesiones terapéuticas.

### **Inventario de síntomas SCL-90 de L. Derogatis**

El inventario SCL-90 fue desarrollado para evaluar sintomatología tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas. Es aplicable para personas entre 13 y 65 años que han terminado su escolaridad primaria. El inventario mide originalmente nueve dimensiones, de las cuales tres de ellas han sido aplicadas a la paciente:

Depresión ( DEP)

Ansiedad (ANS)

Ideación paranoide ( PAR)

Los ítems de la sub-escala de depresión miden los síntomas principales de la depresión tales como estado de ánimo, falta de motivación, poca energía, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. Los ítems de ideación paranoide evalúan síntomas de comportamientos paranoides como pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. En cuanto a la ansiedad, el inventario mide síntomas generales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos.

El SCL-90, como su nombre lo indica contiene noventa ítems que evalúan la presencia de síntomas que pertenecen a cada una de las nueve dimensiones sintomatológicas:

Somatización

Obsesiones y Compulsiones

Sensividad Interpersonal

Depresión

Ansiedad

Hostilidad

Ansiedad Fóbica

Ideación Paranoide

Psicoticismo

El paciente debe evaluar cada pregunta en una escala de cinco opciones: nada, muy poco, poco, bastante y mucho (Casullo y Pérez, 2008). El índice de confiabilidad del SCL-90 es de 0,70 coeficientes alfa, y la validez es de 0,8 coeficientes alfa (Lara, Cárdenas, Fócil, Espinosa y Cavazos, 2005).

**Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota (MMPI-2)**

El Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota fue creado en 1940 por Hathaway y McKinley. Su sucesor el MMPI-2 fue el inventario revisado y modificado por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer en 1989. Este inventario de personalidad fue diseñado para medir las dimensiones de la personalidad y para ayudar al terapeuta a visualizar las dificultades que el paciente puede presentar en terapia (Fernandez et al, 2008). Este inventario es en la actualidad el más utilizados e investigado para evaluar la personalidad (Greene, 2000). La reputación del MMPI -2 radica en ser un inventario con altos estándares de validez (0.92) y confiabilidad (0.68) (Fernandez, Herrero y Marconi, 2008). Consta de 567 artículos que el encuestado los tiene que medir dentro de tres categorías: verdadero, falso o no se puede decir. A la persona que responde estas declaraciones se le mide diez escalas clínicas que evalúan las principales categorías de psicopatología (Greene, 2000). Estas son:

Hipocondría (Hs)

Depresión (D)

Histeria (Hy)

Desviación Psicopática (Pd)

Masculinidad/Feminidad (Mf)

Paranoia (Pa)

Psicastenia (Pt)

Esquizofrenia (Sc)

Hipomanía (Ma)

Introversión Social (Si)

Además de las escalas clínicas, el MMPI-2 también evalúa cuatro escalas de validez para comprobar la actitud del participante al realizar el inventario (Greene, 2000). Las escalas de validez son:

Sinceridad (L)

Validez (F)

Corrección (K)

Preguntas sin responder (?)

Las escalas adicionales ayudan al evaluador a ampliar la información obtenida por medio de las escalas suplementarias, permitiendo diferenciar entre el contenido y carácter de los síntomas del evaluado (Fernandez et al, 2008). Los requisitos para que una persona pueda tomar el MMPI-2 son que el participante esté motivado, que tenga 18 años (si no se



le aplicará el MMPI-A) y que lo tome con el examinador cerca (no se lo puede llevar ) (Greene, 2000).

### **Análisis de contenido**

La técnica de análisis de contenido es utilizada para cualquier discurso de contenido narrativo derivado de declaraciones directas. Esta técnica se desarrolló en Alemania sustentándose en la experiencia clínica de algunos psicólogos (Godoy, Higuera, 2005). Es efectivo ya que integra toda la información y a la vez es selectivo. También obliga al analista a profundizar sobre el contenido de la información. Permite cuantificar los datos de forma que la descripción de los resultados no se apoye únicamente en métodos interpretativos e inexactos (Gil y Seguí, 2005). Los parámetros elegidos para el análisis de contenido de este estudio de caso son:

1. Percepción positiva o negativa de las experiencias cotidianas
2. Presencia o ausencia de la actividad auto reflexiva
3. Presencia o ausencia de mastery

Para poder clasificar estas tres categorías se prosiguió a definir cada una de ellas. Se cuantificó la percepción de las experiencias, ya que esta forma parte de la triada cognitiva (Beck, 1995). El Constructivismo Kelliano es una corriente de la psicoterapia cognitiva (Semerari, 2002), por lo que es importante en el análisis de contenido, medir cómo las construcciones de las experiencias que la paciente percibe van transformándose eficaz o ineficazmente. Para poder cuantificar este parámetro se analizó, en las transcripciones, si las experiencias que la paciente narraba tenían una connotación positiva o negativa para ella. Si la paciente relacionaba sus experiencias con emociones positivas (como alegría), o si asumía que aprendió algo bueno de la situación, se clasificó como una experiencia

positiva. Si al contrario, la paciente no otorgó en absoluto algún grado de positivismo a la experiencia y la asoció con emociones como miedo, angustia o tristeza, se lo categorizó como una vivencia negativa. Las experiencias repetidas no fueron cuantificadas.

Para medir si la paciente desarrolló la función metacognitiva en el transcurso de las terapias, se analizaron dos factores de esta función: la actividad auto-reflexiva y las estrategias de auto control o mastery (Semerari, 2002). Para clasificar la categoría de ausencia o presencia de capacidad auto-reflexiva, se prosiguió a definir la auto-reflexión como la actividad de las personas de analizar o reflexionar sobre un pensamiento anteriormente establecido. Partiendo de esta definición, se cuantificaron, en las transcripciones, las frases en las que la paciente realizó una reflexión sobre una experiencia, situación del pasado, su self o un estado emocional. También se contó como capacidad auto-reflexiva el diálogo interno imaginario con el terapeuta (Semerari, 2002) que la paciente había tenido durante la semana y que lo describió. Algunas preguntas que se tomaron en cuenta para reconocer la capacidad auto reflexiva fueron: ¿Es capaz la paciente de captar los aspectos comunes de los diferentes estados mentales? ¿Hasta qué punto la paciente es capaz de discriminar los componentes de un estado mental o de emociones? (Semerari, 2002). Por lo tanto, se contaron como ausencia de capacidad auto-reflexiva, aquellas declaraciones en las que no se vieron reflejadas funciones de análisis, reflexión u exploración del pensamiento.

Para clasificar la condición de ausencia y presencia de mastery, se ha tomado el concepto de Antonio Semerari (2002) para poder definirla. Para Semerari el mastery es una sub-categoría de la metacognición en la que los individuos pueden desarrollar estrategias de control cognitivo y conductual. Por lo tanto, para definir la categoría “presencia de

mastery” se tomó todos los pensamientos de la paciente que se relacionaban con un control en su actitud hacia las experiencias que ella ha experimentado. Por el contrario, para definir la ausencia de mastery agrupamos las definiciones de la paciente que reflejaban una ausencia de control sobre el futuro de los acontecimientos. Frases como “no sé qué hacer” o “no sé qué me pasa” se tomaron en cuenta como falta de desarrollo de mastery. Algunas preguntas que ayudan a cuantificar el mastery son: ¿utilizó alguna estrategia para resolver o afrontar el problema? ¿Ha sido una estrategia eficaz? (Semerari, 2002)

Una vez cuantificados estos tres conceptos en cada transcripción, se prosiguió a obtener un total de cada uno de estos factores por sesión. Para poder valorar y apreciar si ha existido un cambio reflejado en la transcripción de las sesiones, se igualó la cantidad total de cada factor al 100%; De esta manera no importó si la cantidad de experiencias, mastery o actividad auto reflexiva en las 5 sesiones fue diferente, sino que se pudo analizar el porcentaje de estos parámetros en cada sesión. En la figura 3 se puede apreciar un ejemplo de las operaciones matemáticas que se ha utilizado para analizar el contenido de la percepción positiva o negativa en la sesión número 2.

| Percepción positiva o negativa de las experiencias cotidianas |  |          |                |            |
|---|--|----------|----------------|------------|
| Sesión terapeutica 2  |  |          |                |            |
|   |  |          | Cuantificación | Porcentaje |
|   |  | Positiva | 8              | 19.05%     |
|   |  | Negativa | 34             | 80.95%     |
|   |  | Total    | 42             | 100%       |

*Tabla 1: Sesión 2, cuantificación de la percepción de las experiencias*

## **Descripción de participantes**

### **Número.**

La paciente es Manuela, mujer de 50 años. Llena la prueba de sintomatología en la primera sesión del tratamiento y también en la decimo segunda sesión. La prueba de personalidad la llenó en la tercera sesión. Le toma aproximadamente 1 hora 20 minutos completar el test.

### **Género**

Femenino

### **Nivel socioeconómico**

Manuela pertenece a un nivel socioeconómico alto.

### **Características especiales relacionadas con el estudio**

La paciente es una mujer de provincia que desde los quince años habita en la ciudad de Quito. Actualmente es víctima de acoso psicológico por parte de su marido. No existe ningún problema de aprendizaje, ni retraso mental.

Diagnóstico y evaluación funcional

Según el DSMIV-TR la paciente cumple con los siguientes síntomas:

**Eje1:** V300.02 Trastorno de ansiedad no especificado

V61.1 Problemas conyugales

V 300.04 Trastorno distímico

**Eje 2:** V71.09- no hay diagnóstico en el eje II

**Eje 3:** Sin diagnóstico

**Eje 4:** d) Problemas laborales

**Eje5:** Inicial: 59

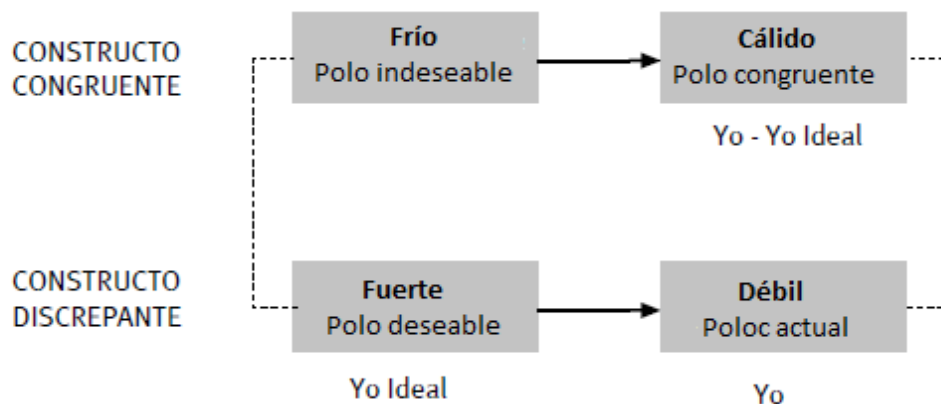
Final: 90

## **ANÁLISIS DE DATOS**

**Detalles del análisis**

**Conceptualización clínica del caso**

Manuela describe a su madre como una persona fuerte pero fría, y a su padre como alguien cálido pero débil. Cuando la paciente comienza a crecer se relaciona más y mejor con su padre, Manuela se equipara con su padre en el constructo débil- cálido (esto también se ve reflejado en cómo se describe ella en las sesiones). Comienza a crear constructos discrepantes, ya que coloca su “yo ideal” y “su yo actual” en dos polos diferentes. Esto ocasiona una disfunción en la percepción de su realidad, pues al sentirse como una persona más cálida como su padre inmediatamente lo asocia con “debilidad”. Esto desemboca en que ella “necesita protección” —como menciona—, es decir, un ser débil siempre requiere alguien fuerte que le dé protección.



*Figura 4 Dilema implicativo Manuela*

Manuela experimenta ciertas circunstancias en la vida —ajenas a su voluntad—, como el tener que trasladarse a la capital, lo cuál de una u otra manera reafirma su constructo de que ella es una persona “débil”. Al sentirse sola en una ciudad tan grande, sentirse en un estatus social más bajo, el constructo fuerte-débil la hace crecer con un sentimiento de que el mundo es un lugar inseguro e inestable. En este desconcierto e inseguridad que la paciente describe, al tener que adaptarse a la nueva ciudad, empieza a desarrollarse un

cuadro de ansiedad en la paciente ya que los eventos que vive escapan de su capacidad de anticipación.

Manuela describe sus relaciones sentimentales desde que perdió su virginidad, como “desastrosas”. Esto puede estar ligado a que ella buscó siempre en su pareja alguien “fuerte” para sentirse protegida. Lamentablemente, el buscar estas figuras sentimentales desde la perspectiva de una persona débil y desprotegida, conduce a que los hombres “fuertes” con los que ella se relaciona, ejerzan cierto nivel de dominancia hacia ella. Al analizar las características de su marido “frío, fuerte, dominante”, como Manuela lo describe, es notorio que ha encontrado un esposo que encaja con el dilema implicativo (*Figura 5*), en el cual su marido se coloca en el constructo fuerte y frío. Esto reafirma en ella la convicción de que es una persona cálida pero débil. Al sentirse atrapada en un matrimonio en el que su marido la desvaloriza diariamente, Manuela busca el cariño y el reconocimiento en su amante. Esta persona respetuosa, cariñosa, detallista, aunque de un estatus socio económico más bajo, se sitúa en el mismo constructo en el que se encuentra Manuela (cálido-débil). El marido, al enterarse del engaño, empeora su actitud arbitraria y comienza a acosar psicológicamente a la paciente para castigarla por su relación extramatrimonial. Esto comienza a ocasionar que Manuela se sienta más débil aún debido a los insultos, menosprecios y desvalorización que recibe de parte de su marido. Al no querer contar a nadie lo que sucede al interior de su hogar, Manuela empieza a apartarse de las personas y de sus actividades cotidianas; así comienza a desarrollarse un cuadro distímico en la paciente. Seis años más tarde, busca apoyo psicológico, ya que después del tiempo que ha vivido hostigada desarrolla la creencia de que todos los insultos y humillaciones de su marido están justificados debido a su forma de ser; es decir, se auto-convence de que es

una mala persona, que está pagando por su mal comportamiento y que es la culpable de toda la situación.

### **Detalles de los test**

Para conceptualizar a la paciente en la investigación, se aplicó el inventario de síntomas SCL-90-R, y el inventario de personalidad MMPI-2. Estos inventarios sirven para conceptualizar los síntomas que evidencia la paciente, y refleja cuáles han sido los cambios experimentados al respecto. El inventario de personalidad refleja la estructura de la personalidad de la paciente.

#### **Inventario de síntomas SCL-90 de L. Derogatis**

##### ***Resultados.***

##### *Pre test*

En la segunda sesión se le toma algunas preguntas del Inventario de síntomas SCL-90 para verificar los síntomas relacionados con el diagnóstico que describe la paciente. Los resultados obtenidos de las 33 respuestas, reflejan tres dimensiones del inventario: Depresión (DEP), Ansiedad (ANS) y Ideación Paranoide (PAR). Las tres dimensiones que se le mide a la paciente muestran estar en un rango clínicamente significativo Depresión (T=3.30), Ansiedad (T= 3.0), Ideación Paranoide (T=2.6).

##### *Post- test*

Durante la última sesión se vuelve a aplicar a la paciente el inventario SCL-90 midiendo estas tres dimensiones. Como se puede observar en la Tabla , los síntomas de Depresión y Ansiedad disminuyen encontrándose en el rango clínico normal DEP (T=1.54) y ANS (T=1.6). Mientras que la Ideación Paranoide sigue encontrándose en un rango clínicamente significativo, pero si ha disminuido PAR (T=2.16).



| <b>FEMENINO adultos</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |      |    |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|----|
| T                       | SOM  | OBS  | SI   | DEP  | ANS  | HOS  | FOB  | PAR  | PSIC | IGS  | TSP   | IMSP | T  |
| 30                      | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,05 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,15 | 9,00  | 1,12 | 30 |
| 35                      | 0,17 | 0,20 | 0,11 | 0,23 | 0,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,28 | 15,00 | 1,25 | 35 |
| 40                      | 0,25 | 0,40 | 0,22 | 0,38 | 0,30 | 0,17 | 0,00 | 0,17 | 0,10 | 0,37 | 21,12 | 1,43 | 40 |
| 45                      | 0,42 | 0,70 | 0,44 | 0,62 | 0,60 | 0,33 | 0,00 | 0,33 | 0,20 | 0,52 | 29,00 | 1,59 | 45 |
| 50                      | 0,75 | 1,00 | 0,67 | 0,85 | 0,80 | 0,67 | 0,29 | 0,67 | 0,40 | 0,73 | 37,00 | 1,85 | 50 |
| 55                      | 1,00 | 1,40 | 1,11 | 1,23 | 1,20 | 1,00 | 0,57 | 1,17 | 0,70 | 1,04 | 47,00 | 2,12 | 55 |
| 60                      | 1,49 | 1,80 | 1,44 | 1,77 | 1,60 | 1,50 | 0,86 | 1,67 | 1,00 | 1,36 | 57,00 | 2,41 | 60 |
| 63                      | 1,83 | 2,10 | 1,67 | 2,00 | 1,80 | 1,67 | 1,14 | 2,00 | 1,10 | 1,62 | 62,00 | 2,53 | 63 |
| 65                      | 2,00 | 2,20 | 1,89 | 2,23 | 2,13 | 1,83 | 1,29 | 2,17 | 1,30 | 1,74 | 66,00 | 2,67 | 65 |
| 70                      | 2,36 | 2,90 | 2,60 | 2,80 | 2,50 | 2,56 | 2,00 | 3,00 | 1,97 | 2,18 | 74,00 | 2,99 | 70 |
| 75                      | 2,87 | 3,41 | 3,00 | 3,31 | 3,04 | 3,17 | 2,63 | 3,78 | 2,57 | 2,46 | 77,71 | 3,15 | 75 |
| 80                      | 3,00 | 3,50 | 3,00 | 3,69 | 3,10 | 3,33 | 3,14 | 4,00 | 2,70 | 2,54 | 82,00 | 3,27 | 80 |

*Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años . Casullo – Pérez (2008)*



 Puntajes pre-test  
 Puntajes post-test

Tabla 2: Resultados Pre-test y post-test Inventario SCL-90

### **Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota(MMPI-2).**

#### **Resultados**

En la tercera sesión se aplicó el MMPI-2, con un tiempo de una hora veinte minutos.

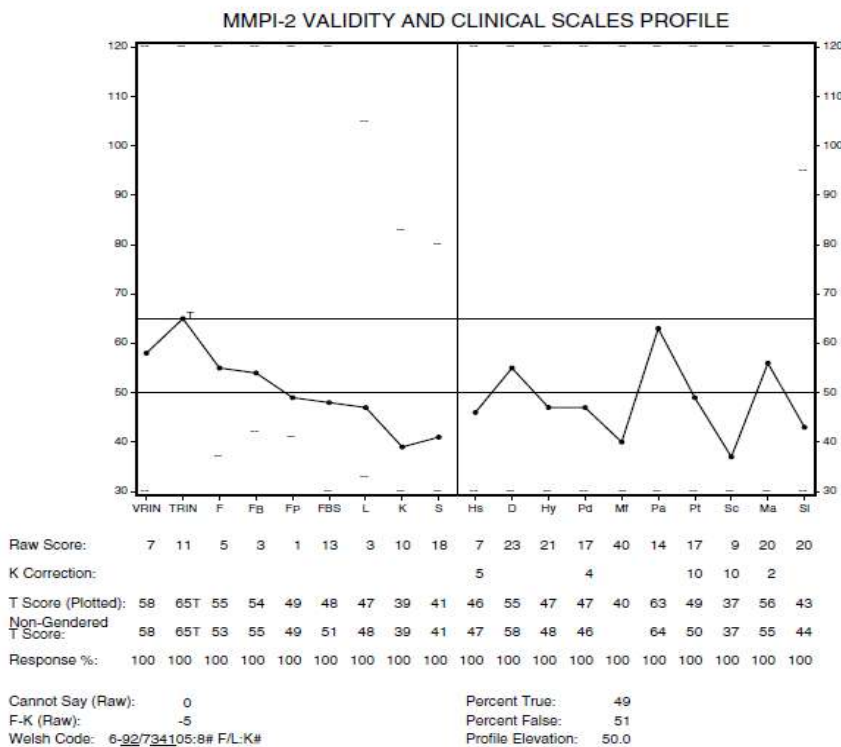
Es importante recalcar que una sola prueba de considerable reputación como el MMPI-2, no es suficiente para constituir una evaluación psicológica completa de un paciente.

#### *Escalas de validez*

Este perfil de MMPI-2 debe ser considerado válido e interpretable. El paciente puntúa en la escala de True Response Inconsistency (TRIN) T=65 y en la escala variable response inconsistency (VRIN) T=58, lo que muestra que el paciente pudo haber tenido cierta inconsistencia al responder afirmativamente a las preguntas, debido a ciertos síntomas que está presentando (falta de atención, nerviosismo, ansiedad), pero a la vez

muestra que no desea ocultar lo que le sucede y que responde consistentemente al inventario.

Los clientes con esta configuración de escala de validez (Lie Scale (L) T=47, Infrequency Scale (F) T=55 y defensiveness scale (K) T=39) admiten que el paciente está abierto a reportar la situación por la que están atravesando, y que no intenta ocultar síntomas. Las escalas Fp T=49, y K T=39, sugieren que el paciente al tomar el test, le costaba expresar lo que estaba viviendo ese momento, sintiendo una confusión de los síntomas por los que estaba atravesando.



*Figura 5: Escalas de validez y clínicas MMPI-2*

*Escalas clínicas*

La escala clínica de Hipocondría (Hs) T= 46, sugiere que la paciente no somatiza los síntomas emocionales. Son descritas como personas que están alertas, espontáneas, menos preocupadas por sus problemas de salud. Igualmente, en la escala de Histeria (Hy) T= 47, al encontrarse dentro del rango normal, refleja un promedio normal de preocupaciones acerca de su funcionamiento físico.

Las escalas de Depresión (D) T= 55, se encuentra dentro de un rango moderado, esto significa que la persona está insatisfecha con algún evento que están atravesando o con ellos mismos, pero no lo reconocen como un estado de estrés. Puede sugerir, que han aprendido a adaptarse al evento de depresión por el que atraviesan.

El puntaje de Masculinidad/Feminidad (Mf) T= 40, muestra que la persona tiende a mostrar bastante interés por seguir el rol tradicionalmente femenino en actividades e intereses.

El puntaje de Paranoia (Pa) T= 63, se encuentra dentro del rango moderado. Estos pacientes pueden ser muy sensibles a la crítica y personalizar la acción de otros hacia sí mismos. Las escalas adicionales de (Pa1) y (Pa2) al estar clínicamente elevadas teniendo un puntaje de T= 69 y T=65 respectivamente, sugieren que el paciente puede tener ideas de influencia externa; externalizan la culpa de sus problemas, frustraciones y fallas. Puede presentar ideas persecutorias. Se consideran diferentes a los demás. Pueden ser susceptibles, presentar nerviosismo.

La escala clínica de Psicastenia (Pt) T= 49, se encuentra dentro del rango normal indicándonos que la personalidad del paciente no tiene rasgos presentar miedos o ansiedad.

La escala clínica de Esquizofrenia (Sc) T= 37, con un puntaje bajo a su vez nos muestra que la paciente es realista, desinteresado de problemáticas teóricas o filosóficas. Son concretos y pueden presentar problemas con las personas que perciben el mundo de una manera diferente al suyo. Tienden a tener un grado de sumisión frente a la autoridad.

La Manía (Ma) T= 56, en un rango normal nos muestra que la persona tiene un grado estándar de actividad. Las escalas adicionales de (Ma1) T= 70 y (Ma2) T=68, reportar que la paciente presenta una firmeza en cuanto a sus motivaciones y metas, y con respecto a las de otras personas. Tienden a ser bastante francos con sus pensamientos.

La extroversión social, en un rango clínico bajo (Si) T=43 refleja que la paciente es extrovertida, social y versátil en sus interacciones con otros. Les gusta participar en situaciones sociales.

#### *Escalas de contenido y suplementarias*

La escala de contenido, de Miedos Generalizados (FRS1) T= 68, refleja la situación actual que vive la paciente en casa, tienen temor excesivo de los objetos y las circunstancias en su entorno. Por lo general, se encuentra preocupada, ansiosa y se asusta con facilidad.

La escala de depresión de depreciación del self (D3) con un puntaje de T= 63 sugiere que el paciente siente culpabilidad, fallas morales, poca satisfacción con su self y un auto-concepto negativo. Al igual la escala de Sumisión (LSE2) con un elevación de T= 69, refleja que la paciente se siente abrumada, incompetente e inferior al resto.

La escala de contenido de Cinismo (CYN2) T=68 nos muestra que la paciente tiene una percepción negativa de las personas, sobre-generalizando que las personas solo están

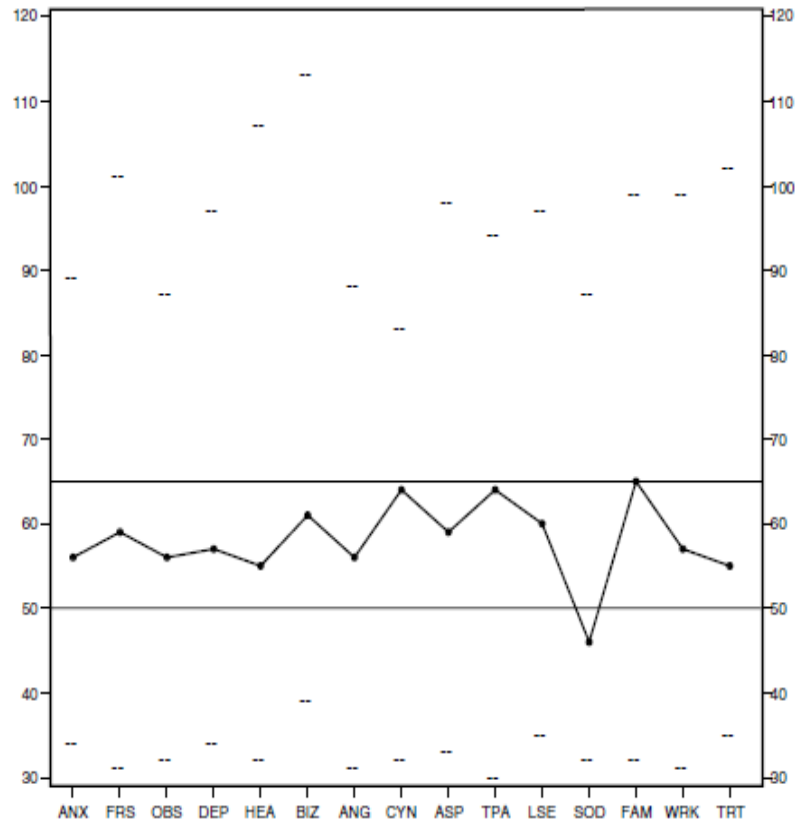
interesadas en su propio bienestar y no son colaboradores. Refleja la desconfianza que tiene en las personas creyendo que son egoístas, amorales y deshonestas. Por otro lado, la escala de contenido Tipo A (TPA) muestra que la paciente tiene aspectos rígidos de la personalidad siendo bastante competitiva, y tiende a tener una gran motivación al éxito. Puede irritarse con facilidad. La escala suplementaria de Hostilidad (Ho) T=63 igualmente refleja que la paciente puede estar mostrándose nerviosa, deprimida y estresada.

La escala de contenido de Tratamiento (TRT1) T=51, y (TRT2) T=60, reflejan es una paciente que desea cooperar en sesión, que tiene bastante motivación para asistir a consulta, y que tiene bastante esperanzas en el tratamiento psicológico; no se rinde con facilidad. Al igual la escala suplementaria de Represión (R) T= 44, sugiere que la paciente está abierta a discutir sus problemas.

La sub-escala de discordia familiar (FAM1) T= 67, revela el problema que la paciente experimenta en su hogar, mostrando conflicto al sentirse maltratada y privada por algún familiar.

La escala suplementaria de Mac Andrew Alcoholism (MAC-R) con un puntaje de T= 64, revela que la paciente es impulsiva, tiende a tomar riesgos, y tiene niveles altos de energía. No es inhibida socialmente, al igual que mostraba la escala de Hipomanía (Ma). Puede tener propensión al abuso de sustancias.

### MMPI-2 CONTENT SCALES PROFILE

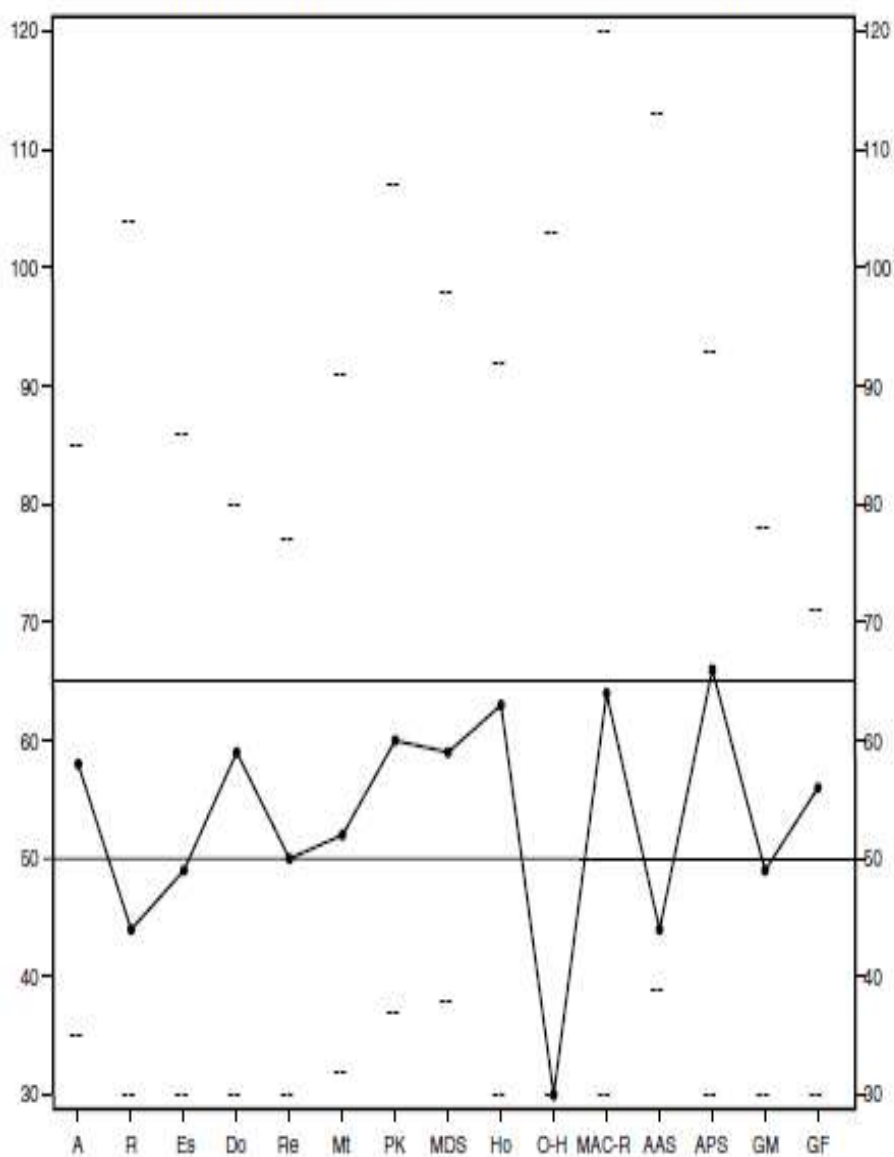


|                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Raw Score:            | 10  | 10  | 8   | 9   | 8   | 5   | 8   | 16  | 10  | 12  | 10  | 5   | 12  | 13  | 7   |
| T Score (plotted):    | 56  | 59  | 56  | 57  | 55  | 61  | 56  | 64  | 59  | 64  | 60  | 46  | 65  | 57  | 55  |
| Non-Gendered T Score: | 58  | 63  | 57  | 58  | 57  | 61  | 56  | 63  | 56  | 62  | 62  | 46  | 67  | 59  | 56  |
| Response %:           | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

The highest and lowest T scores possible on each scale are indicated by a "--".

Figura 6: Escalas de contenido MMPI-2

### MMPI-2 SUPPLEMENTARY SCALES PROFILE



|                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Raw Score:            | 18  | 14  | 34  | 19  | 21  | 14  | 15  | 5   | 27  | 7   | 24  | 1   | 29  | 28  | 40  |
| T Score (plotted):    | 58  | 44  | 49  | 59  | 50  | 52  | 60  | 59  | 63  | 30  | 64  | 44  | 66  | 49  | 56  |
| Non-Gendered T Score: | 60  | 46  | 46  | 59  | 51  | 53  | 61  | 59  | 61  | 30  | 60  | 43  | 65  | -   | -   |
| Response %:           | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

The highest and lowest T scores possible on each scale are indicated by a "--".

Figura 7: Escalas suplementarias MMPI-2

## Análisis de Contenido

### Resultados

A continuación se muestran los resultados de las transcripciones de seis terapias psicológicas de Manuela.

| Cuantificación experiencias |            |          |          |          |           |           |
|-----------------------------|------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
|                             | Sesion 2   | sesion 4 | sesion 6 | sesion 8 | sesion 10 | sesion 12 |
| E. Positiva                 | 8          | 12       | 18       | 10       | 17        | 12        |
| E. Negativa                 | 34         | 25       | 12       | 13       | 4         | 10        |
| Total                       | 42         | 37       | 30       | 23       | 21        | 22        |
| Porcentaje                  | por sesión |          |          |          |           |           |
| E. Positiva                 | 19,05%     | 32,43%   | 60%      | 43,47%   | 80,95%    | 54,55%    |
| E. Negativa                 | 80,95%     | 67,57%   | 40%      | 56,53%   | 19,05%    | 45,45%    |

Tabla 2: Resultados análisis de contenido, experiencia.

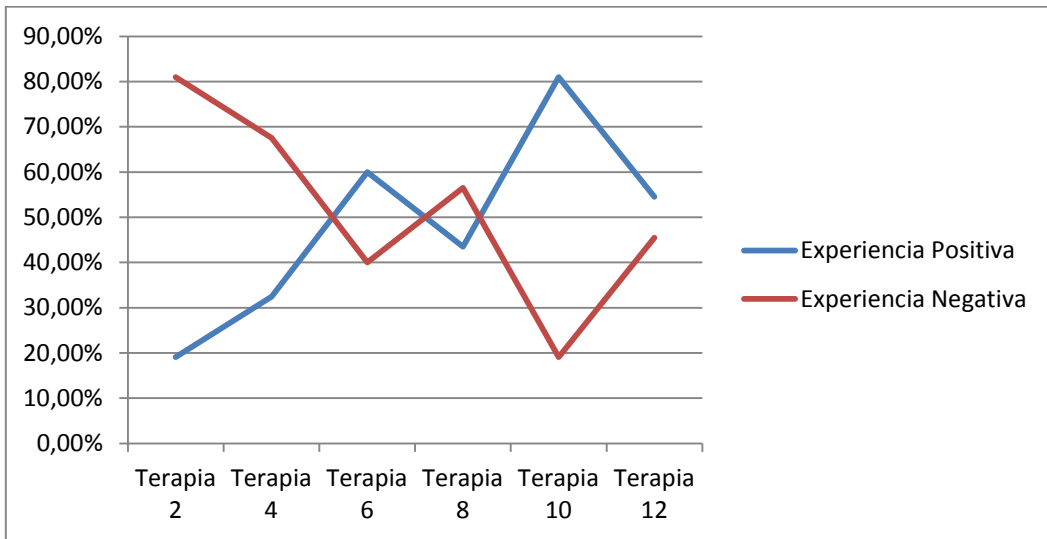


Figura 8: Gráfico análisis de contenido, experiencia.

Al analizar la cuantificación de las experiencias, se puede apreciar en el gráfico cómo al iniciar la terapia las experiencias negativas llegaban a un 80% de los resultados. Al transcurrir la terapia, sigue existiendo una percepción negativa pero no llega a sobrepasar el



60%. Hasta las terapias finales, Manuela sigue notando experiencias negativas en su vida diaria ya que sigue recibiendo maltrato psicológico por parte de su marido, pero a la vez, su relación con las demás personas (empleada, hija, amigos) comienza a mejorar, por lo que comienza a tener un ambiente positivo. En la terapia 10, se puede observar el mayor pico de percepción positiva de experiencias con un 80%; cabe remarcar que en la terapia 10 la paciente no había asistido durante un mes y medio a sesión, debido a las vacaciones de la terapeuta. A pesar de que en la sesión 9 reflejaba muchísimo miedo a quedarse un mes sin la terapeuta, al retomar la terapia se pudo apreciar que los cambios fueron inmensos ya que la paciente pudo comprobar que podía ser auto-suficiente. A continuación se presentará un ejemplo de experiencia negativa de la terapia número 2, y un ejemplo de experiencia positiva en la terapia 10.

#### Experiencia Negativa (Terapia 2)

P: Y sin embargo, mi mama trabaja hasta ahora y no sé por qué nunca es cariñosa conmigo. Nunca me llama a decir ¿cómo estás? Además no me gusta contarle nada porque mi mamá es un libro abierto, yo le cuento un problema y ella le cuenta a toda la familia, entonces eso no me gusta. Y por ejemplo ayer le llamé: hola hijita ¿cómo estás? Me comienza a hablar de otros temas, nunca me pregunta algo en concreto de mí, “bueno entonces por la voz te noto que estas mejor, bueno me alegro hasta luego”. Yo me quedé triste...o sea es una relación pésima.

## Experiencia Positiva (Terapia 10)

P: Te fuiste tú de vacaciones y todo este tiempo que pasó seguía remordiéndome el rencor que sentía por mi mamá, criticándole mucho. Y dije no, mis papás han hecho lo que han podido por mí, sí han sido buenos padres, y tal vez estoy dimensionando [sobre dimensionando] las cosas. Así que hace una semana les invité a comer en la casa, y pasé una tarde tan rica, tan bonito. No es que tengo siempre una buena relación con ella, no es la relación con mi hija. Pero dije yo tengo que quererle y perdonarle, porque le quiero mucho y pasamos chévere, tranquilo.

| Cuantificación Capacidad Autoreflexiva |            |          |          |          |           |           |
|--|------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
|  | Sesion 2   | sesion 4 | sesion 6 | sesion 8 | sesion 10 | sesion 12 |
| Ausencia                               | 25         | 5        | 2        | 5        | 2         | 5         |
| Presencia                              | 13         | 27       | 28       | 19       | 17        | 20        |
| Total                                  | 38         | 32       | 30       | 24       | 19        | 25        |
| Porcentaje                             | por sesión |          |          |          |           |           |
| Ausencia                               | 62,50%     | 15,62%   | 6,67%    | 20,83%   | 10,53%    | 20%       |
| Presencia                              | 37,50%     | 84,38%   | 93,33%   | 79,17%   | 89,47%    | 80%       |

Tabla3: Resultados análisis de contenido, meta-cognición.

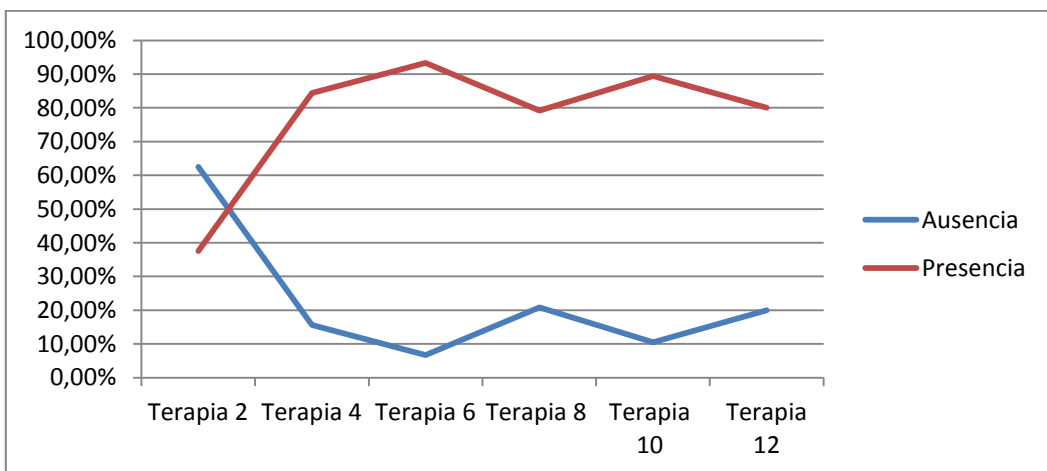


Figura 9: Gráfico análisis de contenido, capacidad autoreflexiva

Se puede ver tanto en la tabla como en el gráfico, que la capacidad auto-reflexiva de la paciente incrementa notoriamente. Desde la terapia 4, la capacidad auto-reflexiva

permanece constante en las terapias de Manuela, oscilando en un porcentaje de 80% a 90%. El tema en el que se refleja mejor la capacidad de auto-reflexión de la pacientes es al analizar y meditar los maltratos psicológicos que recibe de parte de su marido. El desarrollo de la capacidad auto-reflexiva se ve relacionado también con un desarrollo de estrategias de control. Al comparar los resultados, se puede ver que los porcentajes no son los mismos, pero también se aprecia que una vez que la capacidad auto reflexiva incrementa, el mastery comienza a incrementar igualmente. Se ha comprobado que al aplicar la terapia constructivista de Kelly en este estudio de caso, la paciente ha desarrollado la capacidad auto reflexiva. A continuación se muestra ejemplos de la presencia y ausencia de la capacidad auto-reflexiva en la terapia

Ejemplo de ausencia de capacidad auto reflexiva, terapia 2—refiriéndose al maltrato psicológico que recibe por parte de su marido debido a la relación extramatrimonial. —

P: No voy a arrancarme el amor que siento por mi marido, no quiero dejar de luchar por mi matrimonio. Moriré en este empeño, ese es mi dolor esa es mi cruz y voy a seguir jugando. El si me quiere, solo que me tiene que hacer pagar todo lo que hice.

Ejemplo de presencia de capacidad auto reflexiva, terapia 8.

P: He estado analizando que antes tenía la esperanza de que lo iba a recuperar, de que algún día con mi humildad y sacrificio lo iba a recuperar, con mi ofrenda y mi holocausto. Ahora me estoy dando con la realidad en la cara y me estoy dando cuenta que mi matrimonio no tiene vuelta atrás. Que se perdió, y que yo no voy a recuperarlo denigrándome, ni humillándome,

pidiendo migajas de su amor. Rogándole que me quiera, porque al revés, eso me denigra. Ahora lo estoy sintiendo como una pérdida, como una muerte, estoy comenzando a sentir que esto ya no va. Me duele muchísimo, pero ¡no ya no! Tengo que salir adelante, soy la única que me puede sacar adelante.

| <b>Cuantificación Mastery</b> |          |          |          |          |           |           |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
|                               | Sesion 2 | sesion 4 | sesion 6 | sesion 8 | sesion 10 | sesion 12 |
| Interno                       | 4        | 6        | 14       | 9        | 10        | 8         |
| externo                       | 2        | 7        | 13       | 4        | 9         | 10        |
| Total                         | 6        | 13       | 27       | 13       | 19        | 23        |
| <b>Porcentaje por sesión</b>  |          |          |          |          |           |           |
| Ausencia                      | 66,66%   | 53,84%   | 51,86%   | 69,23%   | 52,63%    | 56,53%    |
| Presencia                     | 33,34%   | 46,16%   | 48,14%   | 30,77%   | 47,37%    | 43,47%    |

Tabla 4: Resultados análisis de contenido, mastery.

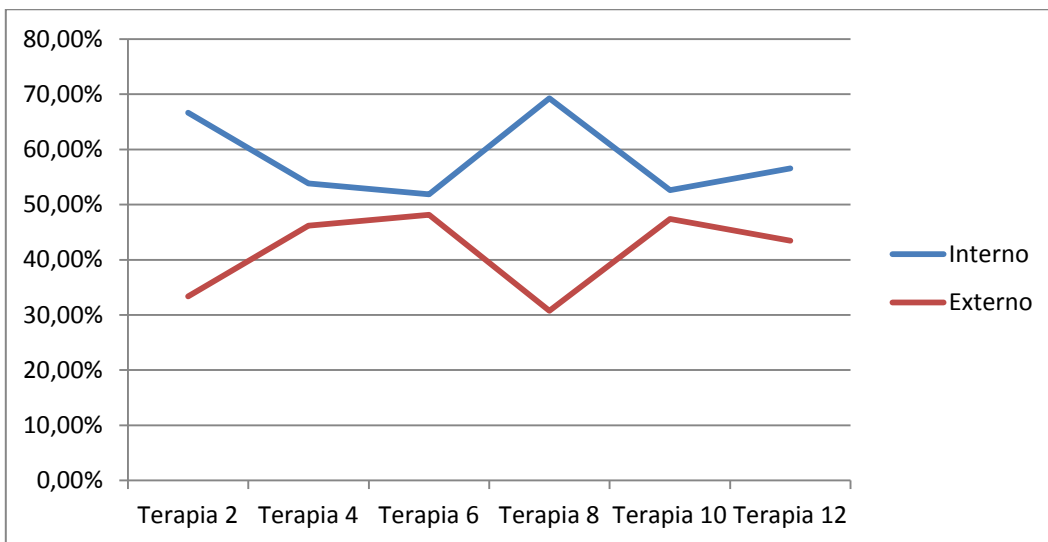


Figura 10: Gráfico análisis contenido, mastery

Como se puede observar, el mastery y la auto-reflexión empezaron en un rango del 30%, en la terapia 4 suben tan solo un 10% pero en la terapia seis incrementan un 30% y se mantienen en crecimiento hasta la terapia 12. El mastery, al tratarse de las herramientas que la paciente utiliza para manejar problemas, toma un poco más de tiempo, ya que esta

necesita un desarrollo previo de la capacidad auto reflexiva para poderse desplegar. Se puede comprobar que la paciente, al recibir la terapia de constructos personales, desarrolla el mastery alcanzando casi un 80% en la terapia 12. A continuación se muestra ejemplos de presencia y ausencia de mastery.

#### Ausencia de mastery, terapia 2:

P: Yo no sé si irme si quedarme, irme a la casa con mis papás, irme a la quinta, siempre estoy en esa terrible disyuntiva de mi vida que no sé qué hacer. No sé cómo hacer. Yo quisiera que tú, al ser una persona profesional, me digas, encamina tus fortalezas y debilidades por aquí o para acá.

#### Presencia de mastery, terapia 10:

P: me siento más light no tan intensa no tan blanco y negro. Entonces analizo y digo, no he sido tonta, o tan mala, sino soy una chica trabajadora, buena, luchadora, sola, que ha luchado, bonita, buena persona. Entonces va cambiando la imagen que tengo, de no ser tan tensa, de no maltratarme tanto. De no sacarme siempre el 10, siempre soy muy dura conmigo. Yo era de las personas que pensaba que estaba pecando al ver televisión en la tarde, tenía que estar haciendo algo, produciendo, ¡que bestia! Y ahora ve... veo televisión, como caramelos, como chocolates me doy esos gustitos. Más contenta, más relajada, con mi hija me llevo bien, con mi empleada también. Mi cerebro, cuando voy a dormir, duermo profundamente sin esa ansiedad sin esos cajones que se abren en mi mente. Espero seguir así un tiempo más.

## **Temas e intervenciones terapéuticas**

Una vez escuchada la problemática de Manuela al iniciar las sesiones, se comenzó a establecer los objetivos —a corto y a largo plazo— que giraban en torno al motivo de consulta; también se agregó objetivos que la terapeuta consideró necesario abordarlos para poder modificar los problemas centrales.

### ***Objetivos a corto plazo***

- Crear alianza terapéutica.
  - Centrarse en una validación empática.
- Dar un sentido a los síntomas que la paciente experimenta.
- Identificar constructos problemáticos.
  - Aplicar la técnica de línea del tiempo.
  - Romper pensamiento blanco-negro.
  - Identificar al marido como el agresor.
  - Liberar la culpabilidad de la paciente.
  - Trabajar en su self crítico.
- Entregar un grado de responsabilidad sobre la decisión que tomará.
- Enviar deberes sobre reflexiones.

### ***Objetivos a largo plazo***

- Generar meta-cognición.
- Ayudar a la paciente a reconocer y entender conceptualizaciones que ha ido construyendo, sobre sí misma, sobre los otros y sobre el mundo que la rodea.
  - Crear relación entre los sucesos de la vida del paciente y cómo se reflejan en la actualidad.
- Aumentar el grado de credibilidad de la paciente con respecto a sus destrezas.

- Generar capacidad para la toma de decisiones sin tener temores o miedos.
- Generar la capacidad para que la paciente tome una decisión en su matrimonio.
  - Modificar visión de experiencias negativas.
  - Modificar visión de futuro negativo.
  - Modificar visión de su auto-percepción negativa.
  - Romper dicotomías.

### **Terapia Constructivista**

Una vez identificadas las necesidades y la problemática de la paciente, se aplicó la terapia constructivista. Debido a que se encontró un self frágil y vulnerable, las primeras dos sesiones se centraron en una validación empática para, de esta manera, poder generar una alianza terapéutica y que a la vez, la paciente pueda comunicar todos los sentimientos que ha reprimido estos últimos seis años. El terapeuta se centró en un diálogo empático con el fin de que la paciente gane validez de los hechos y sienta confianza para poder expresar lo que está viviendo en su hogar. Se dio una explicación a los síntomas que estaba percibiendo debido al maltrato que estaba viviendo de parte de su marido. De igual manera, en las primeras sesiones se explicó a la paciente el enfoque constructivista que se mantendría en la terapia y los aspectos éticos relacionados con esta. Se planteó el motivo de consulta que se enfocaba en: poder descubrir quién es ella para así estar en capacidad de tomar una decisión frente al problema matrimonial que está viviendo.

En las sesiones 4 y 5 se aplicó el ejercicio de la línea del tiempo. De esta manera se buscaba que la paciente comprenda cómo los efectos que la han marcado en toda su vida han afectado a la persona que es ahora. Otro de los objetivos de esta técnica, es que la

paciente se dé cuenta que los eventos que vive no le hacen una persona buena o mala, sino que el self cambia a través del tiempo, no necesariamente para bien o para mal, sino que este forma parte de un proceso que se moldea a través de las experiencias. Al hacer los análisis de sus eventos, se comenzó a plantear la voz crítica de Manuela que salía en varios de estos eventos. Por medio de reflejos, la terapeuta describía qué era lo que esta voz crítica podía estar expresando, mas no se planteó un ejercicio de silla vacía, ya que se consideró que este no tendría eficacia debido a que la voz crítica todavía era muy intensa.

En la sexta y séptima sesión, una vez que el terapeuta identificó exactamente la agresión que vivía la paciente y recibió supervisión de cómo abordarla, le explicó en terapia el tema del acoso moral. Se hizo ciertas reflexiones sobre el asunto, y se analizó sobre la culpabilidad, problemas de identidad, y síntomas que experimentaba al ser víctima de este tipo de agresión. Se envió la primera tarea de las sesiones, la cual consistió en monitorear el acoso psicológico que su marido aplicaba en ella, y analizar cuál es su manera de reaccionar ante él.

En la octava y novena sesión, el objetivo fue tratar la culpabilidad que ha sentido la paciente por mucho tiempo debido al tema de la infidelidad, ya que el agresor toma este evento como justificación para la agresión. En la octava y novena sesión se hizo el ejercicio de la doble silla vacía de la terapia EFT, para que así la paciente caiga en cuenta sobre la voz crítica y juzgadora que ha desarrollado respecto al tema de la relación extramarital. En la novena terapia se hace un recuento de lo sucedido en las sesiones para que la paciente se dé cuenta del avance que ha realizado. En esta sesión la terapeuta quiere resaltar las herramientas que la paciente ha desarrollado para mantenerse emocionalmente estable, ya que va a existir un mes de ausencia de parte de la terapeuta. Se explora los temores de la



paciente en el mes que no asistirá a terapia, haciendo que ella misma encuentre soluciones de cómo podrá manejar los problemas.

En la terapia número 10, después de un mes y medio sin terapia, se retoman las sesiones. La paciente relata que al comienzo fue un poco difícil para ella, ya que tenía temor de no tener a su terapeuta cerca, pero después comienzan a mejorar las cosas. Su relación con su hija, marido, padres y empleada mejoran muchísimo. Sus síntomas de ansiedad y depresión comienzan a decrecer. Su marido parece haber cedido en cuanto al maltrato psicológico y su relación comienza a mejorar. Es un cambio muy drástico de la paciente ya que ha comenzado a utilizar las herramientas desarrolladas en terapia en su vida cotidiana.

En la terapia número 11 y 12, dos semanas después de la terapia 10, nuevamente existe una recaída. El marido de la paciente cambia sorpresivamente su actitud hacia Manuela y comienza a agredirla psicológicamente de nuevo. Síntomas como angustia, anedonia, falta de atención reaparecen. Esta vez hay un cambio en Manuela, la terapeuta no percibe tanta tristeza sino que esta emoción se ha transformado a ira. Menciona la ira que siente hacia su marido ya que ella sabe que no se merece esos malos tratos. En estas terapias se enfatiza nuevamente un diálogo empático de parte del terapeuta, ya que el self de la paciente es muy frágil. También se trabaja con constructos rígidos de la autodefinition de la personalidad de la paciente, ya que aún se puede presenciar un pensamiento dicotómico.

### ***Ejercicio de línea del tiempo***

Con el objetivo de ayudar a reconstruir y dar un sentido a lo que la paciente está viviendo, se aplicó la técnica de la línea de vida personal. En este ejercicio se le propone a Manuela que describa los eventos más importantes que ha vivido durante sus cincuenta años. En cada uno de esos eventos se pidió a la paciente que describa cómo afectó ese evento en la persona que es ahora, quiénes fueron las personas importantes en ese tiempo y cómo estos eventos hicieron que cambie su self; para así crear una conexión entre los eventos que han ocurrido y los cambios que ha ido experimentando. Los eventos que salen a relucir son: su venida a Quito, su primera relación sexual, su enlace matrimonial y la relación extra matrimonial.

(Analizando el período en que vino a vivir a Quito sin sus padres)

- T: Veo que cuando me cuentas de este período de tu vida lloras... ¿qué sientes que has perdido? ¿Cuál es esa tristeza?
- P: Perdí mi inocencia, mi tranquilidad. Me enfrenté a retos mayores, fue como volar sola. Me enfrenté a la soledad, a la incomodidad de compartir mi vida con gente que no es mi familia, a tener inseguridad económica.
- T: Me suena a que tuviste que crecer un poco más rápido... ¿cómo es esto de perder la inocencia?
- P: Así es...Perdí mi inocencia porque cuando uno es niño es transparente, es ser como eres con las personas. En cambio aquí, comencé a ocultar mi verdadero yo.
- T: ¿Cómo era tu verdadero yo, que ahora ya no lo es?

P: Comencé a medir qué es lo que dices y lo que piensas delante de gente que no conoces. Porque mi mundo mi círculo siempre era gente conocida...mi familia mis amigos ya sabían cómo era. En cambio aquí era como ponerse caretas para ser aceptado en un círculo.

Una vez realizado este ejercicio en las próximas sesiones, Manuela comienza a hablar acerca de que con este ejercicio se sintió más tranquila por haber “desempolvado a la Manuela verdadera”. Describir la paz que sintió al descubrir que no se había convertido en una persona mala como ella creía debido a la infidelidad, sino que sigue guardando su esencia.

P: Ahora que voy acordándome de esa Manuela que era antes, que le voy desempolvando, esa Manuela que siempre fui —creo que soy así—. Soy seria, soy responsable, soy exigente. Entonces no me importa hacer cualquier sacrificio con tal de conseguir un fin y en eso estoy trabajando en mi matrimonio. Yo voy a seguir luchando, porque sé que aunque pasen los años yo voy a salir adelante. Voy sacando brillo de esa Manuela que era antes, que siempre debí ser.

### ***Reconociendo el acto de acoso moral***

Para dar sentido a lo que Manuela estaba viviendo en cuanto a su confusión de identidad, y ayudarla a percatarse de lo que estaba viviendo, se le explicó qué es el acoso moral, cuáles son las tácticas del agresor y los síntomas de las personas que lo viven. Cuando se le explicó sobre el tema, la terapeuta no se enfocó en remarcar que el esposo era el agresor, ya que el identificarlo a él como un personaje malo podría traer dificultades en

la alianza terapéutica. Esta sesión se enfocó en dar sentido a los sentimientos, emociones y síntomas que había experimentado la paciente durante estos seis años. Se tomó específicamente una metáfora que ella utilizaba para describir lo que experimentaba frente al acoso psicológico de su marido y mediante esta metáfora se fue desarrollando el tema del acoso moral.

Ventajosamente, la paciente se identificó y aceptó con rapidez los términos. Una vez explicado, se envió como tarea, monitorear las agresiones de su esposo para que de esta manera genere meta cognición, y se dé cuenta de qué manera ella podría reducir la agresión de su marido hacia ella. Realizado el ejercicio se pudo apreciar que la paciente comenzó a narrar la experiencia vivida como una observadora y de esta manera pudo discernir qué era verdad y qué mentira en lo que expresaba su marido. También se pudo ver un gran cambio en la actitud de sumisión de Manuela. Ella comenzó a cuestionarle sobre su actitud, y a plantearse que al convertirse en observadora de la situación, podía evitar que el la “destruya” como lo hacía. Una vez que ella se dio cuenta de esta ventaja, los constructos de fortaleza comienzan a modificarse ya que Manuela se percató de que los había conceptualizado debido a la situación de sumisión y humillación que estaba viviendo. Es por esto que, después de estas sesiones, se puede ver en las transcripciones de las terapias que Manuela dice sentirse suave, y tranquila como el agua, pero a la vez se siente fuerte. Otro de los objetivos importantes del ejercicio, que se pudo cumplir, es que Manuela se dio cuenta de que esa inseguridad, maldad y culpabilidad se relacionaban directamente con el acoso moral que estaba viviendo, esto ayudó a que Manuela abandonara la parte muy crítica que ella otorgaba a lo que cometió; se dio cuenta que ella no merecía lo que estaba viviendo.

T: ¿De qué te diste cuenta cuando fuiste contando las agresiones de tu marido?

P: Me di cuenta que al estar en el plano de observadora la cosa cambia. Además, que no [debo] contestarle, ¡contestarle no tiene objeto! Que el siempre va a guardar ese rencor en contra de mí. Al analizar cómo soy, me di cuenta de que no soy mala persona, porque antes sí pensaba que era mala. No justifico el hecho de fijarme en otra persona, fue terrible, dañé mi matrimonio. Pero ya la leche está derramada, lo único que puedo hacer es seguir adelante. Ayer mi marido le llama a mi hija a decir que va a llegar más tarde, a mi no me escribe, nunca me escribe... eso me parece otra agresión.

### ***Ejercicio de doble silla vacía***

Para apaciguar la voz crítica que tiene Manuela con respecto a la relación extramatrimonial, que le ha atormentado durante seis años, se ha aplicado la técnica de doble silla de la Terapia Centrada en la Emoción (EFT). Esta consistió en presentar dos sillas a la paciente, para que imagine que existen dos partes de su self sentadas en dos sillas separadas. Una es la parte crítica que la juzga por la infidelidad que ha cometido y otra la parte no crítica. Una vez que la paciente las identifica, debe iniciar sentándose en la silla crítica y desarrollando el discurso que dice esta parte de su self. De esta manera, salió la voz crítica de Manuela y comenzó a comprender lo dura que se había portado durante todo este tiempo con ella misma. La terapeuta guió a la paciente para que estas dos partes se pongan en contacto entre sí para que, de este modo, los pensamientos, sentimientos y necesidades de cada

parte del self sean explorados por la paciente. Así, el diálogo ayudó al ablandamiento de la voz crítica de Manuela y a darse cuenta que tanto ella como su marido, tenían parte de responsabilidad en el conflicto extra-matrimonial.

(Ubicada en la voz no crítica)

P: Ahora, en realidad, si te das cuenta Manuela, en un matrimonio cuando hay problemas la culpa es de dos, y a ver, tu marido con su amiga todo el tiempo confiando solo en ella, y tú qué, ¡De lado! Tú no eras nadie. Eso también te ha dado tanta inseguridad, te ha apartado, te ha encerrado, te ha puesto triste que no te tome en cuenta, que te haga de menos, sí Manuela, sí. Cierto es. Y el acoso que él tenía contigo, con el teléfono, si no le contestabas el celular se moría de las iras, después ahora ya ni te llama.

T: Insiste en cómo era él desde el comienzo

P: Te acuerdas cómo ni te saludaba, ni te hablaba y te dijo que estaba solamente contigo por los hijos. Te acuerdas que te dijo que no confiaba en ti porque eres una imprudente que siempre le haces quedar mal, nunca fuiste buena para él, que no sabías hacer nada, que nunca fuiste buena para él. Acuérdate Manuela siempre ha sido así... Siempre has estado, ¿te acuerdas? En esa época estabas tan presionada porque él te decía que eras un parásito, que no te va a mantener toda la vida. Que busques algo que hacer ¿Te acuerdas, te acuerdas? Y tú ¡Lo deprimida que te sentías por haber perdido el trabajo! Y te sentías inútil en la casa, acostumbrada a ser siempre tan activa. Hmm... cierto es, y cómo te sentías, de tan deprimida, de tan inútil como te

decía. Me decía “ahora tu trabajo va a ser, ser chofer de tu hija, no quiero que hagas nada más. Pero como que yo me sentía que algo más podía ser, siempre he querido hacer negocios, tener dinero.

T: Cuéntale ¿cómo te acosaba psicológicamente antes de la relación extramatrimonial?

### ***Análisis de Constructos problemáticos***

En la Terapia Constructivista a diferencia de la Terapia Cognitiva de Beck(1965), se busca que el paciente tenga ideas alternativas, no se centra en romper los “errores cognitivos” (Laso, 2003). Es por esto que con Manuela se trabajó las alternativas a ciertas declaraciones que tenía como “ser débil o fuerte”, “ser inteligente o tonta”, “ser buena o mala”. La manera que se trabajó con el análisis de constructos fue cuestionando a la paciente sobre las verdades absolutas que ella presentaba en sesión, pidiéndole que dé ejemplos de personas que ella conocía que no categoricen ni en un concepto ni en el otro sino en el medio.

### **Importancia del estudio**

Una vez analizado los resultados de la investigación, este estudio de caso podría ayudar a la investigación constructivista en cuanto al abordaje de casos de acoso moral en terapia. El estudio también puede aportar a psicólogos y alumnos, para que afirmen la eficacia del desarrollo de la capacidad auto reflexiva, mastery y, una visión más positiva con la terapia constructivista en casos de síntomas de ansiedad y depresión.

Por otro lado, el presente estudio puede ayudar en la investigación sobre temas de acoso psicológico familiar, tema que, en general, carece de información científica.

En el Ecuador, esta investigación puede ser de gran ayuda, ya que como se pueden ver en los datos presentados con anterioridad, la violencia familiar es un tema muy frecuente y a pesar de que existen muchos avances, las estadísticas de violencia siguen siendo alarmantes.

### **Resumen de sesgo**

El sesgo que puede existir en la investigación, podría verse reflejado en la psicoterapia y en el método de análisis de contenido. En cuanto a la terapia, el sesgo podría estar en que la investigadora es una estudiante de quinto año, que ha realizado terapia durante un año y su falta de experiencia en el tema podría ser el motivo de ciertas fallas en sesión. Además, es la primera vez que la autora aplica la terapia constructivista y esto le ha demandado un mayor esfuerzo.

En cuanto al método de análisis de contenido, debido a la falta de recursos y tiempo, el análisis no se realizó por un jurado como suele ser realizado, sino que fue hecho por la misma terapeuta. Esto podría otorgar un grado de subjetividad al análisis.



## CONCLUSIONES

### **Respuesta a la pregunta de investigación**

En este estudio de caso se presentó un proceso terapéutico en el que se aplicó la Terapia de Constructos de Kelly. Al tratarse de un caso de acoso psicológico se aplicó ciertas técnicas para que la paciente comprenda cómo ha construido su realidad para llegar a vivenciar la experiencia por la que está atravesando. El objetivo al aplicar esta terapia, se centra en el desarrollo de la capacidad auto reflexiva, por parte de la paciente y que esta sea capaz de crear herramientas eficaces que le ayuden a enfrentar el problema que está viviendo. Al comenzar a explorar las fallas que existieron inicialmente en su matrimonio, Manuela entendió los motivos que le llevaron a la relación extramatrimonial, lo que disminuyó la culpabilidad que se otorgó por este acontecimiento, pues comprendió que no se trataba de un problema individual, sino una cuestión de pareja. De esta manera, la paciente resta la culpabilidad, no solo en este acontecimiento, sino que se da cuenta que el “infierno” que su marido le ha hecho vivir —como ella describe—, no es justificable. Con la aplicación de ciertos ejercicios terapéuticos como la línea del tiempo, el ejercicio de doble silla vacía, el reconocer a su esposo como el “acosado psicológico” y la utilización del análisis de constructos rígidos, la paciente logró descubrir el origen de su malestar y adquirió la capacidad de crear estrategias para poder manejar su dilema.

Se ha podido comprobar, en este estudio de caso, que la Terapia Constructivista ha sido eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y distimia que experimentaba inicialmente la paciente. Varios meta-análisis demuestran que la Terapia Kelliana tiene la misma eficacia como terapia como la Cognitivo Conductual o la Interpersonal.

Se ha comprobado que en el análisis de contenido de las terapias de la paciente, ha existido un cambio significativo en el desarrollo de la capacidad de autor reflexión, un incremento de las estrategias de control, también denominadas mastery y, un cambio positivo en cuanto a la percepción de las experiencias vividas.

### **Limitaciones del estudio**

Los estudios de caso son sumamente útiles para los estudiantes universitarios que comienzan a aprender sobre nuevas terapias, ya que esta investigación los ayuda a profundizar en el conocimiento de una determinada corriente psicológica. También es útil, cuando se expone sobre determinados trastornos o temas que son poco comunes, para los que es difícil encontrar una muestra grande. Esta última ventaja a su vez es una de las desventajas de los estudios de caso, ya que al remitirse la muestra a una persona, descarta la posibilidad de poder generalizar los resultados.

En cuanto al proceso terapéutico también existieron ciertas limitaciones que no llegaron a afectar significativamente al paciente. Primeramente, la terapeuta es una estudiante de quinto año que está realizando sus primeras prácticas en el área de Psicología clínica; también era la primera vez que la terapeuta aplicaba la Terapia de Constructos Personales ya que no es una terapia tan practicada en su país. La terapeuta recibe supervisión de Esteban Laso, profesor que no habita en el mismo país que la estudiante. Esto pudo ocasionar que, al ser principiante, el proceso terapéutico se haya lentificado debido a la falta de experiencia de la terapeuta.

El tema de la diferencia de edad entre la terapeuta y la paciente interfirió de dos modos en el proceso terapéutico; al inicio la terapeuta sentía cierta incomodidad en sesión

ya que temía ser juzgada por su cliente por su corta edad e inexperiencia. Al ver la rápida alianza terapéutica que se creó entre cliente y terapeuta el problema se resolvió rápidamente. Por otro lado, algunas veces para la terapeuta era complicado sentir empatía con la situación que vivía la paciente, ya que las situaciones que vivía la paciente eran bastante ajenas a la terapeuta. La supervisión constante, y las lecturas y estudios que realizó la terapeuta le ayudaron a sobrellevar estos obstáculos en el proceso terapéutico.

Dentro de la literatura se consiguió investigaciones y estudios de habla hispana, lo que ayudó a la terapeuta a que el estudio de caso tenga información válida para el contexto cultural en el que se desarrolló la terapia. También se incorporó estudios y publicaciones en revistas de los Estados Unidos, para complementar la investigación.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Para futuros estudios es importante agrandar la muestra, ya que de esta manera se podrá generalizar los resultados. Es importante que el análisis de conteo se haga con jueces experimentados en el tema para que, de esta manera, conseguir una cuantificación eficaz y válida. Con mayor experiencia en la terapia, se podrá tener mayor seguridad en la aplicación de técnicas de la Terapia Constructivista y obtener mejores resultados en menor tiempo.

## REFERENCIAS

- American Psychiatry Association (DSM-IV-TR). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision*. Washington, DC: Author.
- Angel R. y Frias S. (2005). The Risk of Partner Violence Among Low Income Hispanic Subgroups. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 67, 3, 552-564
- Bach L., Erazo-Caicedo M., Feixas G. y Lewis S. (2008). Construction of Self and Others in Bipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cogn Ther Res*, 32:386-400
- Bannister D., Bell R. y Fransella F. (2004). *A Manual for Repertory Grid Technique*. England: Academic Press.
- Bay E., Bagceci B. y Cetin B. (2012). The Effects of Social Constructivist Approach on the Learners' Problem Solving and Metacognitive Levels. *Journal of Social Sciences* 8 (3): 343-349.
- Beck J. (1995). *Cognitive Therapy, Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Boeree G. (2006). *The Ultimate Theory of Personality, George Kelly*. Recuperado 8 de Octubre de 2012 de <http://webpace.ship.edu/cgboer/perscontents.html>
- Cárdenas M., Cavazos J., Espinosa I, Fócil M. y Lara C. (2005). Confiabilidad y validez de la Scl-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud mental*, vol. 28, no. 3.
- Carol M.(2006) *The Personal Timeline Exercise*. Recuperado el 08 de Octubre de 2012 de <http://users.rider.edu/~suler/timeline.html>
- CEPAR (2004). *Violencia contra la mujer. Reporte de la encuesta demográfica y de salud materna e infantil*. Cap 15
- Casullo M. y Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Adaptación UBA, CONICET.
- Compañ V, Dada G, Feixas G y Hermosilla S. (2009). *Terapia de Constructos personales en un caso de depresión mayor, fibromialgia y otras comorbilidades*. *Revista Argentina de Psicología Clínica*. Vol XVIII.
- De la Fuente M., Feixas G. y Soldevillas J. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de psicopatología y psicología clínica: volumen 8, no. 2* 153-172.

- Feixas G., Montesano A. y Varlotta N.,(2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud mental*: Vol. 32, No. 5
- Feixas G.,González L., Krebs M.,Montesano A., Varlotta N., Ventosa A.(2011) Conflictos cognitivos (dilemas) en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de clínica psicológica*: Vol XX.
- Feixas G., Fernandez E. y Senra J (2006). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista nuevas perspectivas en psicoterapia XVI - Nº 63/64*: 179-201
- Gil A. y Seguí J. (2005). *Construccionismo social, Etnografía postmoderna, Análisis de contenido y Análisis del discurso en interacción. Un enfoque teórico/metodológico cualitativo desde la psicología social crítica*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Green, R. (1991) *The MMPI-2. An interpretive manual*. Boston, MA: Pearson Education.
- Greenber L. (2011). *Emotion Focused Therapy*. Washington D.C: American Psychology Association
- Godoy- Cervera, V. y Higuera, L. (2005): "El Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Rev. Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, P. 92-98.
- Hirigoyen M. (1999). *El acoso moral, el maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paris: Paidós.
- Holand y Neimeyer. (2009). The efficacy of personal construct therapy As a function of the type and severity of the presenting problem. *Journal of Psychotherapy Research*. 22: 170–185
- Jonhson m.y Kelly J. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *Family court review volume 46*, 476–499
- Kallay E. (2012). Learning Strategies and Metacognitive Awareness as Predictors of Academic Achievement in a Sample of Romanian Second Year Students. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*: Volume XVI, No. 3, 369-385
- Kelly G.(1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Laso E. (2003). *Memoria Clínica*. Universidad Autónoma de Barcelona: tutor: Guillermo Feixas

- Metcalf, Winter y Viney (2007). The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical. *Journal of Constructivist Psychology* 17(4): 431-442
- Moreno B, Rodrieguez A. Rodriguez R. y Sanz A. (2008). El efecto del acoso psicológico en el insomnio: el papel del distanciamiento psicológico y la rumiación. *Psicothema*: Vol. 20, nº 4, pp. 760-765
- Neimeye R. (2010). Symptoms and Significance: Constructivist Contributions to the Treatment of Performance Anxiety. *Journal of Constructivist Psychology*, 23: 42–64, 2010
- Nichols, M. (2010). *Family Therapy, Concepts and Methods*. Boston: Pearson Education.
- Psychological Harassment Information Association (2012). *Psychological Harassment or Workplace Psychological Harassment*. Recuperado 8 de Octubre de 2012 de <http://www.psychologicalharassment.com/>
- Semerari A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Vinet L. y Winter D. (2005). *Personal Construct Psychotherapy*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Wong S. (2008). The Relations of Cognitive Triad, Dysfunctional Attitudes, Automatic Thoughts, and Irrational Beliefs with Test Anxiety. *Curr Psychol*: 27:177–191

