



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“Protocolo cognitivo-conductual: Programa  
del Juego del Optimismo para padres con  
Trastorno de Estrés Postraumático”**

**T E S I S**

Para obtener el título de:

**Licenciado en Psicología**

Presenta:

**Oswaldo López Maguey**

Directora: Dra. Andrómeda Valencia Ortíz

Revisor: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Sinodales:

Lic. Noemí Barragán Torres

Mtra. Gabriela Mariana Ruiz Torres

Mtra. Nelly Flores Pineda



México, D.F. Mayo 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

---

A mis padres Irene y Roberto, que a lo largo de mi vida me han querido y cuidado. Esta es mi forma de demostrarles mi gratitud por todo aquello que han hecho por mí, por todo el esfuerzo que hicieron para que yo pudiera tener la mejor formación tanto en la escuela como en el hogar. Mamá, muchas gracias por todo el cariño que me has dado ojalá pueda imitarte un poco más sobretodo en la fe que tienes en Dios. Papá, tú que te has matado para que nosotros tuviéramos las mejores oportunidades en la vida te admiro mucho y ojalá se me pegue un poco tu actitud de buscar la manera de salir siempre adelante.

A mis hermanos Oscar y Roberto, con quienes he pasado grandes momentos desde pequeños. Gracias por presionarme y por apoyarme para superarme académicamente. Ustedes que han sido también parte importante de mi formación, les agradezco el ejemplo que me han dado en sus respectivos campos y ojalá sigamos juntos adelante por muchos años más.

A mis mejores amigos de toda la vida, al gran elenco de los Oras. Chango, Tito, Chava, Pedro, Pelón, Méndez, Charro, Frank, Wiechers, Andrés y Joe. Ustedes que han dejado una huella imborrable en mi corazón, nunca podre olvidarlos y la mayoría de mis conocidos han escuchado hablar de ustedes porque la verdad no puedo evitar tenerlos siempre presente, ¡¡¡LOS AMO ETERNAMENTE!!! Ustedes que han compartido grandes momentos de mi vida y también me han ayudado a levantarme cuando estaba herido les agradezco infinitamente su amistad. Quiero agradecer especialmente a Chango y a Tito que con su ejemplo me han ayudado a ser mejor persona, por todos los sabios consejos que me dan cuando ando preocupado por algo, pero sobre todo por la inmensidad de tonterías que hacemos cuando estamos juntos, porque solo Dios sabe lo mucho que los quiero y como me encanta estar con ustedes.

A la Dra. Andrómeda Valencia por haberme dado la oportunidad de unirme a las filas del Juego del Optimismo, donde crecí muchísimo como terapeuta. La admiro mucho por la maravillosa persona que es, tanto a nivel académico como a nivel personal. Sin usted este proyecto nunca hubiera salido adelante, le agradezco su paciencia y sus enseñanzas tanto en la terapia como en el desarrollo de esta tesis, usted fue una grandiosa guía para mí y un gran ejemplo a seguir.

A la consultante que acudió al CSP para que yo la ayudara con su motivo de consulta y realizará este trabajo. Me hiciste sentir enorme a pesar de mi poca experiencia, y deseo que seas siempre feliz.

Al honorable elenco del Juego del Optimismo, con quienes he compartido momentos muy divertidos y con quienes tuve la oportunidad de aprender juntos. A Mariana Zavala por ayudarme a adaptarme al JO y porque aprendí de ti el profesionalismo como terapeuta. También quiero agradecer especialmente a Claudia, tú que has estado a mi lado desde que te uniste al JO, me presionaste mucho para sacar adelante este trabajo y no atrasarme más. No estaría a estas alturas si no fuera por ti.

A mis amigos Prieto, Matus, y Diego, con quienes he pasado momentos inolvidables y de quienes aprendo mucho de la vida a pesar de ser tan diferentes entre nosotros, los quiero mucho. Prieto, tú que has sido de mis mejores amigos y de los de mayor antigüedad te agradezco todo tu apoyo y todas las veces que me zarandeas para salir de mi burbuja. Matus, tú que has sido mi cómplice para un montón de babosadas durante la universidad por lo cual le hemos caído mal a algunos maestros y por lo cual otros nos recordaran con alegría, muchas gracias. Diego, tú que has sido un verdadero amigo a pesar del poco tiempo que tenemos de conocernos te agradezco la confianza que me tienes y también te agradezco los consejos que me has dado, for f\*\*\* Aiur!

A los chicos PAEA y a la chica adoptada, por compartir toda la carrera a mi lado, por todas esas anécdotas curiosas que tenemos y por su apoyo durante este proceso. Nunca los podré olvidar.

A Judith que eres mi mejor amiga y tienes tu párrafo aparte, no para alimentar tu ego, pero para decirte lo mucho que te quiero. Has sido una persona muy importante en mi vida y agradezco a Dios por habernos hecho coincidir. Te agradezco mucho tu amistad, tu tiempo y tu cariño, tú que has estado en mis mejores momentos y en mis peores, me ayudaste a mantenerme cuerdo en innumerables ocasiones cuando todo el mundo se me venía abajo y me abrumaban mis problemas existenciales. TE QUIERO.

A los miembros de los Legionarios de Cristo y al Regnum Christi quienes han sido indispensables para mi formación les agradezco la oportunidad que me dieron de conocer a Cristo, y por haberme ayudado en un momento en el que estaba perdido. Sin ustedes no sería la persona que soy ahora. Quiero agradecer especialmente a mi equipo de Regnum, con quienes he compartido varias misiones y quienes me han hecho crecer como persona, les agradezco la oportunidad que me brindan para desarrollarme como responsable, ojala ustedes aprendan de mi, como yo aprendo de ustedes.

## DEDICATORIA

---

A mi mejor amigo, conocido popularmente como *Buddy Jesus*. A ti te debo todo lo que soy, te agradezco el haberme creado, y brindarme de maravillosas oportunidades para ser feliz. Te dedico este triunfo, porque fue gracias a ti que encontré un caso de este tipo.

A lo largo de mi vida has sido lo mejor y me has salvado de tantas cosas malas que alguna vez pude haber hecho o que me pudieron hacer, siento que me cuidas demasiado y no sé que hice para merecerlo.

Conocerte fue lo mejor que pudo sucederme en la vida, me diste un propósito y me guiaste por buen camino. Hemos pasado por tantas cosas, y si algo he de reconocer es que me la he pasado increíble cada vez que hacemos algo juntos. De todos los momentos que atesoro los cursillos y las misiones han sido de lo mejor en mi vida, y son cosas que me han hecho crecer tanto, que no puedo evitar sonreír cada vez que las recuerdo.

Cada día me pones un nuevo reto enfrente, siempre con el propósito de hacerme crecer. A veces me ha costado mucho superarlos, a veces me siento perdido pero eres tú quien me da respuestas y me mantiene cuerdo cuando me desespero.

Durante esta última etapa de mi formación académica aprendí mucho de ti, y me siento muy orgulloso por varias cosas que hice teniéndote presente. Tú sabes cuál es mi meta en la vida y siento que poco a poco voy acercándome a ella, gracias a todos estos desafíos que me has puesto para alcanzarla. Te pido de favor que me permitas ser apóstol tuyo en mi profesión y en mi magia, para hacer de este mundo un lugar mejor.

Te AMO BJ, ¡¡¡MILITES CHRISTI!!!

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	8
Justificación .....	8
MARCO TEÓRICO .....	10
Capítulo 1: Psicología clínica .....	10
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) .....	10
Capítulo 2: Trastorno de estrés postraumático (TEP) .....	13
<i>Prevalencia</i> .....	13
<i>Criterios diagnósticos</i> .....	14
<i>Factores que influyen en el impacto de la experiencia traumática</i> .....	17
Capítulo 3: La violación como un evento traumático .....	20
<i>Secuelas de una violación</i> .....	21
<i>Factores predisponentes que influyen en el desarrollo de TEP en víctimas de violación</i> .....	21
Tratamiento para el TEP en víctimas de violación .....	23
<i>Aproximaciones al tratamiento</i> .....	24
Escritura Emocional Autorreflexiva .....	26
Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) .....	31
Habilidades sociales.....	34
Solución de problemas.....	45
MÉTODO .....	51
Planteamiento del problema.....	51
Justificación .....	51
Objetivos .....	52
Procedimiento.....	52
Fase 1: Desarrollo y validación por jueces del protocolo “Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático” .....	54
METODO I .....	55
Planteamiento del problema.....	55
Objetivos .....	55

Diseño de estudio.....	56
Materiales.....	56
Instrumentos .....	56
Escenario .....	56
Procedimiento.....	56
Resultados Fase I .....	58
Protocolo: “Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático.....	58
Descripción de la intervención Sesión por Sesión .....	58
Resultados de la Validación por Jueces.....	62
Estudio 1: Aplicación del Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático. ....	64
Justificación .....	65
Objetivo .....	65
Diseño de estudio.....	65
Materiales.....	65
Instrumentos de evaluación.....	65
Escenario .....	67
Procedimiento.....	67
Resultados .....	70
Presentación del caso clínico.....	70
Resumen de caso clínico.....	70
Ficha de identificación.....	71
Análisis del motivo de consulta .....	72
Historia del problema .....	73
Análisis y descripción de las conductas problema .....	77
Establecimiento de las metas del tratamiento .....	79
Selección de los tratamientos .....	80
Selección y aplicación de las técnicas de evaluación.....	82
Aplicación de los tratamientos.....	83
Evaluación de la efectividad de los tratamientos.....	85
Seguimiento: 10 meses después.....	92

Significancia Clínica .....	95
Resultados Cualitativos .....	96
Discusión .....	98
Conclusiones .....	110
Limitaciones .....	111
Referencias.....	113
ANEXO I Cuestionarios .....	121
ANEXO II Registros .....	125
ANEXO III Materiales proporcionados al consultante .....	128



## INTRODUCCIÓN

### Justificación

Es tan paradójico como cada persona es un universo completamente distinto, a pesar de que nos sucedan cosas similares, desarrollamos personalidades diferentes, pero algo se mantiene constante, que nos alegramos y sufrimos como todos los demás. Como personas somos susceptibles a lo que nos sucede en esta vida, ya sea para bien o para mal. Sin embargo, algo que podemos tener por seguro, es que la vida suele ser impredecible, tiene sus altas y sus bajas como una montaña rusa. A veces cuando nos sucede algo traumático, subjetivamente hablando, no sabemos cómo reaccionar ante dicho evento o como seguir la vida a pesar de las cosas desagradables que nos pasan.

Del grupo de alteraciones psiquiátricas, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) es considerada la cuarta alteración más común entre las personas. El TEP tiene una prevalencia de 7 a 12% en la población general, de forma más específica 5 a 6% de los hombres y 10 a 12% de las mujeres sufren de TEP en algún momento de sus vidas (Kessler et al., 1995; en Domínguez, Pennebaker & Olvera, 2008). Los síntomas de ansiedad y depresión que genera el trastorno, que más adelante se detallan con mayor profundidad, pueden ser tan disruptivos en la vida de la persona que no la permiten desenvolverse adecuadamente en su entorno ya que afectan su estado emocional, cognitivo, conductual y fisiológico (Echeburúa, De Corral, & Amor, 1998).

Existe una variedad de eventos que pueden ser considerados como traumáticos, Carvajal (2002) describe varios de ellos, y en primer lugar se encuentra la violación. Este evento en particular suele generar ansiedad, depresión, disfunción sexual y TEP (Foa & Riggs, 2005). Se ha visto que uno de los principales problemas que evita la elaboración del trauma en una violación es la inhibición a contar o pensar en lo sucedido y debido a que el problema no es

tratado por el individuo o por un profesional, esto lo lleva a desarrollar diversos problemas de salud como: úlceras, enfermedades relacionadas al estrés, enfermedades cardíacas, infecciones, depresión, entre otras (Pennebaker, 1997; Pennebaker & Beall, 1986). Por lo que es de suma importancia tratarlo a la brevedad posible. Una de las aproximaciones que mejores resultados a obtenido con la superación de las experiencias traumáticas ha sido la del enfoque cognitivo-conductual. Dicho enfoque, a través de diversas técnicas, busca analizar el trauma, tratar los síntomas específicos, y reestructurar cognitivamente la experiencia, con el fin de orientar a la persona a la búsqueda de una nueva vida, con autonomía personal y control (Foa, Keane, & Friedman, 2003).

## **MARCO TEÓRICO**

### **Capítulo 1: Psicología clínica**

La psicología clínica es la rama de la psicología que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos de la salud mental (Poch, 1992).

Dentro de la psicología clínica podemos encontrar diversas orientaciones o enfoques teóricos, los cuales sirven como marcos de referencia o líneas de abordaje para los especialistas de la salud mental. Dichos enfoques difieren entre sí por sus métodos de evaluación, diagnóstico, tratamiento, desarrollo de programas, etc. Entre estas distintas orientaciones podemos encontrar la Psicoanalítica o Psicodinámica, Humanista, Cognitivo-conductual, Gestalt, entre otras. Todas estas orientaciones se han mantenido y han ido evolucionando gracias a la investigación, debido a esto han generado un proceso de mejora continua que aumenta la eficacia de los servicios que ofrecen a los usuarios de los mismos. Respecto al modelo explicativo que dio origen al enfoque cognitivo-conductual, este permite entender de manera más eficaz muchos de los problemas psicológicos más importantes, lo cual le permitió desarrollar su propio modelo de terapia psicológica: la Terapia Cognitivo-Conductual (Cullari, 2001).

### **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)**

El enfoque cognitivo-conductual surge a partir de la combinación de otros dos enfoques ya existentes que son el Cognitivo y el Conductual. Es un estilo de terapia breve que se caracteriza por ser activa, directiva, y en la que el terapeuta y el consultante trabajan de manera conjunta (Hernández & Sánchez, 2007). Una de las grandes ventajas de este enfoque es que fomenta la independencia del consultante, ya que la terapia se centra en el presente, en el problema y en cómo él o ella pueden darle una solución. Una de sus desventajas es que no busca que

el consultante descargue sus emociones si no que se genere un cambio en su conducta y/o forma de pensar.

Con respecto a los métodos que utiliza, estos llegan a ser muy variados, puesto que son métodos que se emplean en las terapias Cognitivas y en las Conductuales. Aunado a esto la TCC ha desarrollado múltiples técnicas psicológicas que han demostrado ser efectivas y eficaces para el tratamiento de los más importantes trastornos psicológicos y psicosomáticos, pudiendo afirmarse que en el momento actual puede aplicarse a los principales ámbitos de la psicología clínica y de la salud, implicando toda clase de trastornos, de individuos y de situaciones (Riso, 2006).

Por otra parte, este enfoque pone un gran énfasis en la cuantificación lo cual permite llevar un control adecuado sobre la terapia. Antes de cualquier intervención, aplica una serie de instrumentos que están enfocados a medir las características específicas (inicio, frecuencia, duración, intensidad, entre otras) de los síntomas o de las conductas problema. Esto le permite al terapeuta hacer una evaluación objetiva del problema para poder armar un plan de tratamiento que se adecue a la situación y al consultante en sí. Aunado a este proceso de evaluación y planificación, el terapeuta se vale de otros métodos de medición que le permiten evaluar la eficacia de su tratamiento, con esto puede analizar los avances alcanzados y continuar con su trabajo o de hacer cambios, de ser necesario, en su plan de tratamiento en beneficio de su consultante (Phares, 1996; Compas & Gotlib, 2003; Hernández & Sánchez, 2007).

La relación terapeuta-cliente, como se menciona anteriormente, se caracteriza por la colaboración. Ambos sujetos se comprometen a trabajar con un objetivo común, la solución del motivo de consulta. El plan de tratamiento o las sugerencias que se hacen no todas vienen del terapeuta si no del consultante también. Es por esto que se dice que la TCC fomenta la independencia del consultante, ya que le permite tener un rol más activo en el tratamiento y por lo

tanto en la solución de su propio problema. De esta forma es el consultante quien impone varias de las metas y de los objetivos que quiere alcanzar para lograr el cambio terapéutico (Compas & Gotlib, 2003; Hernández & Sánchez, 2007).

Ya en la terapia, la TCC se centra en los síntomas del problema del consultante y en su solución, por lo que su objetivo primordial es lograr cambios de pensamientos y de conductas específicas en el consultante, ya sea que haga un aumento o una disminución de los mismos, dependiendo de la situación. Los cambios que se buscan lograr son aumentar conductas y/o pensamientos adaptativos y reducir conductas y/o pensamientos disfuncionales, para esto el terapeuta le solicita al consultante practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas fuera del espacio terapéutico como parte de su tarea (Hernández & Sánchez, 2007). Sin embargo, el terapeuta debe plantear junto con el consultante los objetivos concretos a lograr para que este cambio pueda darse y por lo tanto se alcance la mejoría deseada por el consultante. Una de las cosas que caracterizan a la TCC, como se ha mencionado anteriormente, es que promueve la independencia del consultante. Para lograr esto se fomenta en este el autocuestionamiento, para que sea él mismo quien se dé cuenta de qué es lo que necesita para lograr el cambio deseado.

## Capítulo 2: Trastorno de estrés postraumático (TEP)

El TEP es un trastorno de ansiedad, el cual es consecuencia de la exposición a un evento traumático en el que la persona ve amenazada su integridad psicológica, física, e incluso su vida. Este evento traumático es realmente subjetivo, puede ir desde una pérdida afectiva, un accidente, un asalto, una violación, e incluso el padecer una enfermedad.

### *Prevalencia*

Todas las personas estamos expuestas a sufrir algún evento traumático, afortunadamente no todos los que sufren un evento de este tipo desarrollarán TEP. En un estudio realizado en jóvenes de E.U.A., aproximadamente el 25% de los individuos expuestos a un suceso traumático acabaron desarrollando TEP (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; en Foa, Keane, & Friedman, 2003). A nivel de la población mundial, se presenta en un 7 a 12%; de forma más específica 5 a 6% de los hombres y 10 a 12% de las mujeres sufren de TEP en algún momento de sus vidas (Kessler et al., 1995; en Domínguez et al., 2008). Como se puede observar, el riesgo de padecer el trastorno es el doble en las mujeres en comparación con los hombres. Sin embargo, las causas del TEP también muestran diferencias según el sexo, por lo que gracias al trabajo de Carvajal (2002) se describen dichas diferencias en la tabla 1.

Hay que recordar que estos sucesos que describe Carvajal no son los únicos que pueden causar TEP, pero si los más importantes, ya que la evaluación de un evento como traumático es totalmente subjetivo e incluso puede haber casos provocados por sucesos que algunas otras personas encontrarían como triviales.

Tabla 1  
*Prevalencia (%) de TEP frente determinados  
hechos traumáticos por sexo*

<i>Tipo de trauma</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Violación	65.0	45.9
Abuso sexual	12.2	26.5
Asalto	1.8	21.3
Accidente	6.3	8.8
Desastres naturales	3.7	5.4
Combate	38.8	---
Testigos de muerte o lesiones graves	9.1	2.8
Informarse acerca de un hecho traumático	1.4	3.2
Muerte súbita de un ser querido	12.6	16.2

Como se puede observar en la tabla 1 en los hombres, las situaciones que tienen más probabilidad de provocar el trastorno son la violación y el combate. Mientras que en las mujeres son la violación, el abuso sexual, y sufrir un asalto.

### *Criterios diagnósticos*

Según el *Manual de diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM-IV, 2005), una persona padece este trastorno cuando cumple con los siguientes criterios:

**A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

**B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

**C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.



3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

**D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

**E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se considera el trastorno como agudo si los síntomas duran menos de 3 meses, y se considera como crónico si la presencia de estos síntomas se extiende por más de 3 meses. Por último, el trastorno se considera de inicio demorado cuando los síntomas se presentan después de 6 meses de acontecido el suceso traumático.

Los síntomas físicos del TEP se deben a un desequilibrio del sistema hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA). Dicho sistema se encarga de controlar la

respuesta de pelea-huida ante una situación que consideramos amenazante. Lo que sucede cuando se presenta el TEP, es que el individuo presenta una resistencia vascular periférica elevada con niveles de cortisol reactivo elevado (Linley & Joseph, 2004; en Domínguez et al., 2008).

Como podemos ver por los síntomas del trastorno, hay varios síntomas generales de ansiedad, y algunos síntomas en común con la depresión. Por lo que un problema común es que se puede confundir con trastornos de la personalidad, y de la ansiedad; puede precipitar algunas alteraciones físicas y psiquiátricas, además de exacerbar ciertos trastornos preexistentes y confundirse con problemas coexistentes, incluso con etapas normales de los ajustes de la vida (Mowbay, 1998; Wilson, 1988; en Domínguez et al., 2008). Por lo que el diagnóstico debe apoyarse con una entrevista bien estructurada, e instrumentos que puedan discriminar entre los diversos síntomas de ansiedad y depresión.

#### *Factores que influyen en el impacto de la experiencia traumática*

El sufrir un evento traumático no es razón única y suficiente para padecer el trastorno, ya que hay muchos casos en los que sobrevivientes de un mismo accidente (o cualquier otro evento traumático) presentan secuelas totalmente diferentes, algunos pueden desarrollar TEP y otros tal vez nunca lo desarrollen (Domínguez et al., 2008) ¿A qué se debe esto? Primero que nada a las características objetivas del evento, segundo a las características subjetivas del evento, y tercero a las características personales del individuo.

##### 1. Características objetivas del evento:

- *Intensidad:* Hace referencia al nivel de amenaza que representa un evento traumático. Dicho nivel es totalmente subjetivo por lo que no puede establecerse una jerarquía dentro de los múltiples tipos de eventos catalogados como traumáticos. Entre mayor sea el nivel

amenazante percibido de dicho evento, mas grave será la sintomatología del TEP en el individuo.

- *Duración*: Significa que tan prolongado fue, a lo largo del tiempo, el evento traumático, ya sean minutos, horas, días, meses, etc. Entre mayor duración tenga el evento mayor será la sintomatología de TEP que presente la persona que lo padece.
- *Eventos provocados por el hombre o por otra causa*: No es una regla pero si son eventos provocados por el hombre las consecuencias suelen ser más graves.
- *Tiempo de exposición al evento*: A diferencia de la *duración* el cual hace referencia al tiempo que dura el evento per se, el tiempo de exposición hace alusión a que tanto tiempo estuvo expuesta la persona al evento traumático. Por ejemplo, una guerra puede durar 4 años (*duración*), pero un soldado pudo estar expuesto a la misma 1 año que fue el tiempo que estuvo activo en combate. Entre más tiempo pase el sujeto expuesto al evento agravará más la sintomatología de TEP.

## 2. Características subjetivas del evento:

- *Significados atribuidos*: Se refiere a como se explica el sujeto lo que le acontece, lo cual puede hacerse de forma positiva o de forma negativa (es voluntad de Dios, al mal tiempo buena cara, todo me pasa a mí, etc.). Entre más negativos sean estos significados atribuidos peor será el pronóstico del individuo.
- *Percepción de control*: Ante cualquier situación el individuo genera una percepción, real o irreal, del control que tiene sobre lo que le sucede. Que tanto control perciba que tiene ante una situación potencialmente traumática determinará la gravedad del TEP. Entre menor control perciba más severo será el TEP.

### 3. Características personales:

- *Eficacia del sistema inmunológico*: Entre mejor trabaje el sistema inmunológico más fácil será combatir la sintomatología que se pueda presentar debido al estrés.
- *Vulnerabilidad genética al estrés*: Entre mayor sea la vulnerabilidad del cuerpo al estrés mayor será la sintomatología.
- *Historia previa*: Es más común que la gente que ha sufrido eventos muy estresantes o traumáticos con anterioridad sean más vulnerables a padecer TEP.
- *Sexo*: La mujeres padecen más un cuadro de TEP en comparación con los hombres.
- *Edad*: Esta variable influye de forma negativa, es decir, a mayor edad menor será la sintomatología de TEP ya que se cuentan con más recursos emocionales y psicológicos para lidiar con el estrés en comparación con un niño.
- *Círculos de apoyo* (familia, grupos religiosos, amigos, etc.): Las personas que cuentan con un amplio número de círculos de apoyo son menos vulnerables a padecer TEP en comparación con quienes tienen círculos muy reducidos o inexistentes; ya que esta variable funge como un factor de protección contra el TEP.
- *Habilidades para afrontar el estrés*: Se refiere a la forma adecuada o inadecuada en la que la gente enfrenta las situaciones que le generan estrés. Si la persona no sabe como regular sus emociones, o no sabe cómo solucionar las situaciones que le generen estrés, probablemente generé un cuadro severo de TEP.

### Capítulo 3: La violación como un evento traumático

Como se mencionó anteriormente hay muchos eventos que desencadenan un TEP, debido a la naturaleza de este trabajo, se describirá únicamente la violación como un evento traumático.

La violación es un delito tipificado en nuestro código penal en la sección de “Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual” en sus artículos 265-266 (2011). La violación, es así descrita en el art. 265 como:

*“Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo [...] para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo. Se considera también como violación [...] al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido”.*

Debido a esto la violación es tipificada como un delito grave en nuestro país que se castiga entre 8 a 20 años de prisión.

Según estimaciones de la Secretaría de Salud, publicadas en el periódico “La Jornada” en abril del 2010, en México se produce una violación cada 4 minutos; es decir, más de 120 mil violaciones al año, aunque el número puede ser mayor ya que estas cifras solo son de las violaciones reportadas. De estas 65% son ejercidas en mujeres entre 10 y 20 años de edad.

### *Secuelas de una violación*

Quienes llegan a sufrir un episodio traumático como la violación suelen presentar secuelas psicológicas muy importantes ya que estas pueden llegar a ser muy disruptivas para sus vidas. Entre las secuelas podemos encontrar: ansiedad, depresión, insomnio, disfunción sexual, TEP, dificultades en la socialización con los pares, rechazo hacia su cuerpo, visión desagradable de la sexualidad, interrupción de la escolaridad, abuso de sustancias, tendencias suicidas, entre otras (Foa & Riggs 2005; Muran, & DiGiuseppe, 2000; Heflin, Deblinger, & Fisher, 2000). En niños es común observar que presentan un juego sexualizado, un miedo intenso a conductas que recuerdan la violación (bañarse, desvestirse o recibir muestras de afecto) (Heflin et al., 2000). Sin embargo, no todos los que experimentan una violación sufren los mismos efectos, pero si un gran porcentaje desarrolla TEP. Rothbaum (1992; en Muran et. al., 2000) describe que, poco después del asalto sexual, 94% de los sobrevivientes de una violación cumplen con los criterios de TEP; 3 meses después solo 47% de los sobrevivientes sufren de TEP; y 17 años después 16.5% de los sobrevivientes siguen padeciendo de TEP.

### *Factores predisponentes que influyen en el desarrollo de TEP en víctimas de violación*

No todas las víctimas de violación sufrirán de TEP (aunque si un gran porcentaje como se ha descrito antes), esto se debe a diversos factores predisponentes que influyen en el surgimiento de cualquier patología que son: ambientales, psicológicos y biológicos.

- **Ambientales:** Qué tan violenta fue la violación está relacionado con efectos negativos, entre más violenta haya sido el suceso, más efectos negativos sufre la persona (Ellis, 1981; en Foa & Riggs, 2005; Heflin et al., 2000). Por otro lado, la relación con los demás miembros de la familia o la presencia

de un ambiente social positivo, juega un rol muy importante tanto en el desarrollo, como en el tratamiento del TEP. Se ha visto que aquellas víctimas con una familia con muchos conflictos y con menos cohesión entre sus miembros presentan mayor sintomatología que aquellos que tiene una familia más unida y con menos conflictos (Friedrich, Urquiza & Beilke, 1986; en Heflin et al., 2000). A esta influencia familiar, Manrique (2003) agregaría la influencia de otros contextos interpersonales negativos, los cuales contribuyen en la gravedad de la sintomatología del individuo. Dichos contextos pueden ser feedback inferencial negativo de personas significativas, historia temprana de maltrato, evaluaciones negativas de las competencias por parte de otros significativos, escasa intimidad en las relaciones románticas, entre otras. Foa y Riggs (2005) menciona que el soporte social es importante ya que puede influenciar la percepción del mundo de la víctima y de sus autoesquemas en 3 formas: primero, la presencia de un ambiente social positivo promueve que la víctima hable del suceso traumático por lo que le ayuda a procesar lo sucedido; segundo las interacciones sociales positivas proveen información contrastante con respecto al punto de vista de que el mundo es un lugar indiscriminadamente peligroso, y por lo tanto promueve un esquema más adaptativo; y tercero el ambiente social empatiza con la víctima y su sintomatología, por lo que se contradice la percepción de que presentar algún síntoma es un indicador de debilidad.

- **Psicológicos:** La percepción del individuo sobre sí mismo y sobre el mundo le generará un esquema adaptativo o desadaptativo. Foa y Riggs (2005) describen este esquema como autosuficiente vs incompetente (percepción del individuo) y seguridad vs peligro del mundo (percepción del mundo). De ésta forma, el individuo genera una creencia de que tan predecible y controlable es el ambiente. Sí el individuo lo ve como controlable y predecible entonces forma un esquema de autosuficiencia y por lo tanto su esquema del mundo será seguro; mientras que, en el caso contrario, si ve al mundo como incontrolable e impredecible su esquema será de

incompetencia y por lo tanto verá al mundo como peligroso. Por otra parte, quienes han tenido una historia previa de victimización son más vulnerables a generar TEP que quienes no han tenido historia previa de victimización (Ruch & Leon, 1993; en Foa & Riggs, 2005). Un estudio realizado por Calvete, et al. (2007), en mujeres maltratadas describió que las mujeres con criterios diagnósticos para TEP, en comparación con quienes no reunían los criterios, puntuaban más alto en numerosos esquemas cognitivos disfuncionales. Las diferencias más destacadas fueron que las mujeres con TEP tendían a presentar más pensamientos sobre abuso y sobre su vulnerabilidad al daño. Conforme a los pensamientos sobre el abuso, se hace referencia, en específico, a creencias de que las demás personas dañarán y abusarán de la víctima de una forma intencional. Con respecto a la percepción de que tan vulnerables son, estos autores encontraron que las mujeres con criterios diagnósticos de TEP presentan un elevado sentido de amenaza, lo cual explica el porqué desarrollan diversos síntomas de activación y ansiedad.

- **Biológicos:** El estrés juega un papel muy importante en el desarrollo de muchas patologías, en el caso del TEP Foa y Riggs (2005) encontraron que quienes presentan un nivel moderado antes del trauma suelen lidiar mejor con el problema que quienes presentan niveles altos o bajos.

### **Tratamiento para el TEP en víctimas de violación**

Generalmente el tratamiento del TEP implica el procesamiento del suceso traumático, su significado y sus consecuencias (Foa et al., 2003). Dependiendo de la sintomatología se utilizan diversas técnicas psicoterapéuticas, con el fin de reanalizar la experiencia traumática, generar patrones de pensamientos más adaptativos, eliminar síntomas de ansiedad (como evitación, pensamientos recurrentes, hipervigilancia, etc.) y/o de depresión (aplanamiento afectivo, aislamiento, pérdida del interés por las cosas que solían ser agradables, etc.), y de



fomentar la búsqueda individual de significado. De entre las diferentes aproximaciones teóricas que tratan el TEP podemos encontrar:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Terapia narrativa
- Terapia de grupo
- Terapia psicodinámica
- Terapias creativas
- Farmacoterapia

Estas 6 modalidades de tratamiento no son las únicas para el TEP, y cada una tiene sus diferentes técnicas para abordar el problema. Unas más eficaces que otras, unas con un nivel de confiabilidad que aún no se ha probado o que se han desacreditado. Por eso, el clínico se ve en la indiscutible necesidad de analizar a profundidad el caso antes de elegir una modalidad terapéutica, independiente de su formación teórico-práctica, ya que dentro de su misma formación encontrará varias técnicas que podrían serle útiles, pero tiene que escoger la que mejor se acomode a su cliente para alcanzar el mayor beneficio terapéutico posible.

### *Aproximaciones al tratamiento*

En el caso de las violaciones es muy importante la verbalización del trauma lo antes posible, por lo que el primer paso a seguir es abrirse a contar el trauma ¿con quién? Con el terapeuta (si es que tiene uno) y con las personas a las que les tenga mayor confianza (amigos y/o familiares). Sin embargo, esto no suele suceder con frecuencia entre las víctimas de violación, ya que cualquier estímulo relacionado al trauma les genera ansiedad por lo que tienden a evitar a hablar del tema y así refuerzan su conducta de evitación y su ansiedad a dicho estímulo. En ocasiones, la víctima guarda silencio por vergüenza, lástima y/o miedo a que nadie le crea. Algunas víctimas, en especial si son niños, no hablarán al respecto pues

en ocasiones son amenazados por el abusador para guardar silencio, a veces para evitar la separación de la familia (cuando el abusador fue alguien de la familia) y/o para evitar que el abusador vaya a prisión (Heflin et al., 2000). Debido a esto, muchas de las víctimas llegan a guardar el trauma como un secreto para ellos mismos y pueden pasar varios años antes de que se decidan a contarle lo sucedido a alguien cercano a ellos. Aunado a esto, una vez que el episodio de violación ha sido revelado, generalmente los sobrevivientes de violación son desanimados por familiares y amigos de compartir de forma completa su experiencia y sus emociones (Muran et al., 2000).

Una vez que se ha logrado que el sobreviviente cuente su experiencia en la terapia, el terapeuta debe promover de forma sensible que se cuente toda la experiencia traumática y con el mayor detalle posible, sin forzar al consultante a hacerlo; esta tarea puede llegar a ser algo complicada debido a que los sobrevivientes en ocasiones no recuerdan algunos detalles del suceso o incluso evitan la confrontación con sus recuerdos dolorosos. Por otra parte, es de suma importancia que durante el proceso el terapeuta intente normalizar las reacciones que el consultante tenga al estar haciendo su narración, buscando también atender sus cogniciones, reforzando aquellas que son adaptativas y ayudando a cambiar aquellas que son desadaptativas para su vida. A final de cuentas el objetivo del terapeuta es ayudar al consultante a recordar el trauma, aceptar que ha sucedido, y a procesar las emociones y cogniciones relacionadas al mismo (Muran et al., 2000; Heflin et al., 2000).

Una técnica que ha mostrado su utilidad para este tipo de problemas ha sido el de la escritura emocional autorreflexiva (Pennebaker & Beall, 1986). La cuál es una herramienta terapéutica sumamente práctica, ya que no requiere de un entrenamiento exhaustivo por parte del terapeuta para dominarlo, y puede realizarse ya sea durante la sesión o como tarea en casa para el consultante.

## Escritura Emocional Autorreflexiva

Como se mencionó anteriormente, el revelar recuerdos traumáticos puede ser una tarea sumamente difícil, por no decir sumamente dolorosa para el narrador; por lo que en el espacio terapéutico, en algunas ocasiones, la verbalización de dichos recuerdos puede resultarle casi imposible al consultante, por lo que el terapeuta puede optar por una técnica de escritura para alcanzar este objetivo. Hay que recordar que una de las principales metas en el tratamiento del TEP es que el consultante se “abra” durante la sesión y revele esos detalles de su vida personal que no son o no fueron agradables para él o ella, con la finalidad de mejorar su situación y su salud en general. En estos casos el terapeuta puede valerse de una técnica de la Terapia Narrativa conocida como *escritura emocional-autorreflexiva* (EEA) o *técnica Pennebaker* (1997b) la cual es definida por Oblitas y Becoña (2000) como el adiestramiento en la adquisición gradual de la respuesta de relajación basada en la promoción de la expresión de emociones asociadas a hechos traumáticos, con la finalidad de reducir la tensión física y psicológica acumulada a lo largo de muchos años. El hablar o escribir sobre un suceso significa re-experimentar nuevamente sus efectos, aunque con diferente intensidad a cuando sucedió este. Por lo que recordar un evento que consideramos traumático significa reactivar las sensaciones y emociones negativas que se experimentaron en dicho evento. Debido a esto, algunas personas tienden a evitar recordar o hablar de dicho suceso (Domínguez y Vázquez, 1998); sin embargo, al hacerlo perciben que están desahogados y tranquilos hasta experimentar un poco de alegría y alivio (Oblitas y Becoña, 2000).

Pennebaker (1997b) afirma que el confrontar asuntos personales con profundidad ha probado ser un método que promueve la salud física, el bienestar subjetivo, y ciertas conductas adaptativas (como encontrar empleo más rápido). Para lograr esto, la EEA consta de 4 diferentes tipos de ejercicios. En el primero, el ejercicio A, la escritura es libre, es decir, se le pide a la persona que escriba sobre un hecho de su vida que considere como el más doloroso, ya sea actual o

pasado. Posteriormente en el ejercicio B, debe escribir nuevamente lo mismo añadiéndole una serie de palabras y frases que se le proporcionan antes de empezar, y de las cuales debe incluir las que considere necesarias donde él o ella crea pertinente. En la tercera parte, el ejercicio C, se le solicita al sujeto redactar lo mismo que en el ejercicio B pero en tercera persona, a fin de lograr un “distanciamiento psicológico” y un juicio más objetivo del problema. Finalmente en el ejercicio D, se le pide que escriba que fue lo positivo y/o benéfico que trajo dicha experiencia a su vida.

Como se puede observar, la EEA es un procedimiento muy fuerte para los sujetos que lo realizan, emocionalmente hablando, ya que se les pide que revelen cosas que probablemente no le hayan contado a alguien más (o por lo menos no en su totalidad) y que llevan guardándolas como un secreto durante varios años. No obstante, cuando llegan a contar ciertas partes del suceso, en algunas ocasiones, las personas deliberadamente intentan no pensar en algunos aspectos de la información que se está ocultando, esto debido a su naturaleza aversiva y no resuelta. De acuerdo con Pennebaker y Beall (1986) el modelo de desarrollo inhibición-enfermedad, el acto de inhibir o de reprimir conductas, pensamientos y sentimientos, requiere de un trabajo fisiológico. Por lo que se somete al cuerpo a un cierto grado de tensión, lo cual a largo plazo produce un estrés adicional sobre el mismo, dando como resultado una mayor propensión a padecer enfermedades relacionadas al estrés. Estos mismos autores, demostraron que la revelación escrita y anónima de experiencias traumáticas, aunque es inicialmente desagradable para el individuo, puede en última instancia, reducir las visitas al médico y mejorar las percepciones de salud. Más aún, para que se acumulen los beneficios a largo plazo, parece ser importante para la persona revelar no sólo el evento en sí sino también las emociones provocadas por el suceso.

Pennebaker (1997a) en una de sus investigaciones encontró que el 10% de las mujeres universitarias han tenido una experiencia sexual traumática, e incluso que estas mujeres presentaban más problemas de salud que las que no habían

tenido un trauma de ese tipo (úlceras, infecciones, problemas del corazón, y prácticamente de cualquier otra categoría de salud). Por otro lado, otro trabajo de investigación realizado por el mismo autor (Pennebaker & Susman, 1988; en Pennebaker, 2004), en el que realizó una encuesta a estudiantes de universidad, sobre si han sufrido alguna experiencia traumática a lo largo de su vida (como muerte de un ser querido, divorcio de los padres, abuso sexual o físico, etc.), reveló 3 cosas principalmente: primero que más de la mitad de los encuestados reportaron haber experimentado una vivencia traumática mayor antes de los 17 años de edad. Segundo, este mismo grupo de personas acudían al médico por problemas de salud el doble de veces que aquellos que no habían presentado experiencias traumáticas. Finalmente, entre los que habían tenido experiencias traumáticas, aquellos que guardaban la experiencia como un secreto, acudían al médico casi un 40% más seguido que aquellos que si habían discutido abiertamente sus traumas con alguien. Por lo que, con esto se puede afirmar la idea de que es indispensable, para el tratamiento del TEP, que el consultante narre su experiencia para mejorar su salud física y mental.

### *¿Cómo es que funciona el ejercicio de EEA?*

Dado que existe una mejoría en la salud de los sujetos que revelan sus vivencias traumáticas, los beneficios obtenidos a través de la realización del ejercicio de EEA se explican, en parte, a partir de las medidas fisiológicas que presentan, es decir, cuando las personas se involucran en el ejercicio comúnmente pierden temperatura, lo cual indica que pasan por un estado de tensión. Sin embargo, posteriormente obtienen más ganancias biológicas y psicológicas por haber expresado sus emociones al respecto. Revelar y/o confrontar un secreto considerado como aversivo, reduce inmediatamente el desgaste fisiológico de la inhibición, pues hay modificaciones importantes, a favor del sujeto, en los niveles de vasodilatación (Oblitas & Becoña, 2000), al igual que hay una mejora en su sistema inmunológico, y disminuye la presión sanguínea y el ritmo cardiaco (Pennebaker, 1997b).

Con respecto a los beneficios obtenidos por el sujeto en su salud psicológica al realizar el ejercicio, Pennebaker (1990; en Cabrera, 2006) describió que las personas al iniciar la primera etapa del ejercicio generan malestar y sentimientos de tristeza pero a largo plazo los síntomas depresivos, la rumiación mental y la ansiedad general se reducen. Básicamente lo que la investigación ha demostrado es que cuando las personas traducen sus trastornos emocionales en palabras mejoran su salud mental y física, esto debido a que dan estructura a las vivencias traumáticas lo cual les facilita assimilarlas, entenderlas, y superarlas (Pennebaker, Mayne, & Francis, 1997c; Pennebaker, & Seagal, 1999). También se observa una mejora en la calidad de las relaciones sociales (aumenta las conversaciones con los demás, las personas se ríen más fácilmente y se hace un mayor uso de palabras asociadas con emociones positivas).

Desde la perspectiva lingüística, Pennebaker (1997b) a través de un software que desarrolló, logró identificar algunas variables lingüísticas (de los escritos que recopilaba de sus usuarios) que servían como indicadores de la mejoría en la salud mental de los mismos. El programa dividía las palabras dentro de una docena de categorías, de las cuales las más destacadas en las investigaciones son: el uso de verbos en pasado, palabras de emociones negativas (triste, enojado), palabras de emociones positivas (feliz, risa), palabras causales (porque, la razón de), y palabras introspectivas (entendí, me di cuenta). Gracias a esto Pennebaker y otros en diversas investigaciones (Pennebaker, 1997b; Pennebaker et al., 1997c; Pennebaker, Mehl, & Niederhoffer, 2003) se dieron cuenta de 2 cosas con respecto al uso de emociones. Entre más utilizaran emociones positivas en sus escritos, los individuos tendían a mejorar en su salud. Con respecto al uso de palabras de emociones negativas, encontró que es mejor cuando las personas hacen uso moderado de las mismas ya que presenta una función curvilínea (U invertida) por lo que un bajo o un alto uso de este tipo de palabras se relacionan negativamente con la salud. Por otra parte Pennebaker et al. (1997c) menciona que escribir en tiempo pasado es lo óptimo cuando se trata de un tema doloroso para la persona, puesto que si se escribe en tiempo presente

se vuelve un indicador de que la persona no puede dejar la experiencia atrás y que no sabe cómo manejarla; por lo que óptimamente se espera que conforme vaya transcurriendo el tiempo la persona vaya disminuyendo el uso de verbos en pasado en sus narraciones. Finalmente, un incremento en el uso de palabras casuales e introspectivas durante el periodo de escritura estaba fuertemente asociado con una mejora en la salud del sujeto (Pennebaker, 1997b; Pennebaker et al., 1997c; Pennebaker, et al., 2003). Esto se debe a que dar estructura a un suceso con carga emocional negativa muy fuerte puede ser esencial para afrontar el suceso (Pennebaker et al., 2003).

Por otra parte, siguiendo esta misma línea de investigación, Cabrera (2006) describió que existen algunas formas de escribir que parecen mostrar mejores efectos en la salud que otras, por ejemplo, es importante identificar y etiquetar adecuadamente las emociones negativas y positivas, construir una historia coherente y significativa de los hechos traumáticos, y poder narrar la experiencia desde diversas perspectivas (hacer uso de la tercera persona en la narración).

#### *Limitaciones del ejercicio de EEA*

El propio Pennebaker (1990; en Cabrera 2006) planteó algunas de las limitaciones de su propio procedimiento. Afirma que el ejercicio no puede ser un sustituto de la acción; por lo que no presentará un efecto duradero si se utiliza únicamente como un ejercicio intelectual y no como una tarea de auto-reflexión en el que se analiza en profundidad las propias emociones y pensamientos más íntimos.

Arciero (2004; en Cabrera 2006) agrega que los ejercicios no tienen en cuenta la existencia de diversas formas de ensamblar narrativamente el suceso, que están determinadas por el estilo de personalidad de quien vive la experiencia. Lo cual no permite un análisis más “limpio” sobre los efectos terapéuticos que puede tener la práctica de la escritura emocional.

## Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)

Esta técnica terapéutica fue desarrollada por Albert Ellis (1980) siendo la primera terapia dentro de las terapias cognitivo-conductuales. Su mayor contribución a este enfoque es que es una terapia que se basa en las emociones y cogniciones de las personas con el objetivo de cambiar patrones inadecuados de pensamiento por otros más adaptativos. La TREC establece que las emociones no son causadas por un suceso en particular, como suele pensarse, si no que se deben a los pensamientos o creencias que las personas generan de dichos sucesos. De esta forma, generalmente, las emociones son generadas por un patrón de pensamiento que las personas poseen, este puede ser *racional* que significa hablarse de forma madura y lógica, con la que difícilmente se experimentan emociones negativas, o puede ser *irracional* que significa, hablarse a sí mismo de forma ilógica, autoderrotista y/o negativa.

Siguiendo esta línea de pensamiento, la TREC propone un modelo conocido como el ABC (Ellis & Dryden, 1987) con el fin de aclarar cuál es la relación que existe entre un acontecimiento, las cogniciones con respecto a este, y las consecuencias conductuales, fisiológicas y cognitivas que se suscitan. Para su mejor comprensión el modelo ABC se desglosa a continuación junto con los factores D y E:

1. Acontecimientos activantes (A): se refiere a una situación, cualquiera que sea, la cual es interpretada por la persona.
2. Creencias (B): A partir de la interpretación que hace el individuo genera una infinidad de pensamientos o creencias con respecto del acontecimiento. Las creencias o ideas que presenta el sujeto son evaluaciones de la realidad, opiniones e interpretaciones acerca del punto A.
3. Consecuencias (C): A partir de la creencia que se genera el individuo surgen consecuencias que pueden ser emocionales, fisiológicas y/o conductuales. Generalmente se cree que A es la causa de C, pero esto casi



nunca es verdad porque las creencias (B) sirven como mediadoras entre A y C.

4. Debate (D): También conocida como disputa, en esta fase se cuestionan las creencias irracionales con el fin de cambiarlas por otras creencias más racionales. Dicho cuestionamiento sigue los pasos del método científico adaptados a la vida cotidiana, de tal forma que el sujeto forma hipótesis sobre sus creencias para determinar su validez.
5. Efectos (E): Son las consecuencias cognitivas, conductuales y emocionales que se generan a partir del punto D y que son más apropiadas y funcionales que sus predecesoras.

El objetivo principal de la TREC es lograr un cambio filosófico en el individuo cambiando los patrones de pensamiento desadaptativos, es decir, los pensamientos irracionales, por otros más adaptativos o racionales. En orden para que este cambio tenga lugar es necesario que las personas se den cuenta de que ellas mismas son quienes están en control de sus emociones y por ende ellas son las causantes de sus propias perturbaciones o de su propio bienestar. Para lograr esto, en el espacio terapéutico, el terapeuta se vale de diversas técnicas para ayudar al consultante a cambiar sus esquemas cognitivos y así lograr una mejoría en la calidad de vida del mismo. Ellis y Dryden (1987) clasificaron estos métodos en grupos donde predomina un proceso psicológico:

1. Cognitivos: Una de las técnicas más empleadas es *la refutación de creencias irracionales*. Esta consta de 2 pasos muy sencillos que son: primero la *detección*, Ellis comenta al respecto que todas las personas hemos adquirido en el transcurso de nuestra vida, creencias que damos por válidas de forma indefectible, las cuales han sido internalizadas, se han vuelto idiosincráticas y que generan malestar emocional, a estas ideas se les conoce como irracionales. Una vez identificadas estas ideas se procede a la *refutación* la cual consiste en desnudar ante los ojos del consultante la carencia de lógica y funcionalidad de su sistema de pensamiento, para esto el terapeuta hace una serie de preguntas las cuales tienen el propósito de

orientar a que la persona por sí misma pueda descubrir la falta de validez de su pensamiento y así cambiarlo por otro más adaptativo (Ellis et al., 1987). Un método que las personas pueden hacer de forma individual es *la técnica de buscar referentes*, la cual consiste en elaborar un listado de las desventajas reales de sus acciones y otro de las ventajas reales derivadas de la modificación de sus conductas disfuncionales (Ellis, 2000). Finalmente otro métodos que han resultado muy prácticos en el espacio terapéutico son los ensayos conductuales, en el cual se puede modelar la conducta deseada, o hacer una interpretación de roles (Ellis, 2000).

2. Emocionales: Esto se refiere principalmente a la actitud que adopta el terapeuta durante la sesión la cual debe ser abierta, aceptando al consultante tal cual es, asegurándose de no hacerlo sentir juzgado. También puede valerse de métodos humorísticos, cuidando de no ofender al consultante, con el fin de ayudar a que este piense de forma más racional sin tomarse a sí mismo muy en serio. Finalmente puede hacer uso de la técnica de *inversión de rol racional*, en la cual las personas adoptan el rol de su *sí mismo racional* y refutan adecuadamente las ideas autocastigadoras de su *sí mismo irracional* (que puede ser interpretado por el terapeuta) (Ellis et al., 1987).
3. Conductuales: Aquí se hace uso principalmente de tareas para hacer en casa, que pueden ser registros ABC, en el que el sujeto anota su acontecimiento activador, su interpretación o pensamiento de dicho acontecimiento y la consecuencia emocional y conductual (Ellis et al., 1987). Por otra parte, se recomienda la autoadministración de consecuencias, ya sean castigos o reforzadores por las propias conductas del consultante. Es importante recalcar la posibilidad de las recaídas en este proceso de cambio, con el fin de evitarlas en la medida de lo posible y si suceden ayudar al consultante a que no caiga en un tipo de pensamiento autoderrotista, recordándole que no es perfecto, que es normal recaer y que recurra a los pensamientos, sentimientos y conductas que le sean favorables (Ellis, 2000).

## **Habilidades sociales**

Debido a que una de las secuelas del TEP por una violación, entre muchas otras cosas, es una dificultad en el proceso de socialización con las personas de nuestro entorno, por lo que las víctimas de una violación tienden a desconfiar de otras personas, en específico de las personas que tienen el mismo sexo de su agresor; además de que tienden a evitar muchas situaciones, algunas de las cuales, implican el convivir con otras personas. Debido a esto, es lógico pensar que su desarrollo en habilidades sociales a partir del suceso traumático, se vea severamente afectado, creando un déficit o agravando uno ya existente en estas habilidades.

Las habilidades sociales se refieren al conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonal donde expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, conversa, defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de presentar problemas en las interacciones sociales. Las habilidades sociales se adquieren por medio de experiencias como cualquier otra habilidad, y se llegan a dominar mediante la práctica (Méndez, Olivares y Ros, 2005). Estas conductas dotan a la persona que las posee de una mayor capacidad para lograr los objetivos que pretende, manteniendo su autoestima sin dañar a la de las demás personas que lo rodean. Estas conductas se basan fundamentalmente en el dominio de habilidades de comunicación y requieren de un buen autocontrol emocional por parte del individuo. Sin embargo, dichas conductas varían ampliamente entre las diferentes culturas y dentro de una misma, dependiendo de factores como la edad, el sexo, clase social, y la educación. Debido a esto es lógico afirmar que no existe una forma “correcta” de comportarse que sea compartida universalmente, si no que esta depende del individuo y del contexto en el que se encuentra (Caballo, 2007a).

Wolpe (1958; en Caballo, 2007a) fue el primero en utilizar el término “asertivo” que después evolucionó a “conducta asertiva” pero posteriormente llegaría a ser sinónimo de habilidad social, por lo que a lo largo de este trabajo se utilizará el término conducta asertiva para referirse al concepto de habilidad social.

Alberti y sus colaboradores (1977; en Caballo, 1983) definen la conducta asertiva como “el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto; respetando al mismo tiempo los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de la(s) otra(s) persona(s). Esta conducta puede incluir la expresión de emociones tales como ira, miedo, aprecio, esperanza, alegría, desesperación, indignación, perturbación, pero en cualquier caso se expresa de una manera que no viola los derechos de los otros”. Por otra parte Caballo (1983) define la conducta asertiva como “aquella conducta que expresa los sentimientos y pensamientos de un individuo de una manera honesta sin herir a los de los demás, y que normalmente alcanza su objetivo”.

Se considera que la asertividad es una conducta y no una característica de la personalidad, por lo que se habla de asertividad como una habilidad, es decir, una persona no es *asertiva* o *no asertiva*, sino que un individuo se comporta asertivo o no asertivamente (Naranjo, 2008). Al ser una conducta que se emite, un sujeto puede comportarse asertivamente en algunas situaciones, mientras que en otras su conducta puede calificarse como *no asertiva* o *agresiva* (Caballo, 1983). Por otra parte, el modelo conductual enfatiza dos cosas a cerca de la *conducta asertiva*. Primero que la capacidad de respuesta debe adquirirse, y segundo que consista en un conjunto identificable de capacidades específicas. Además, la probabilidad de ocurrencia de respuesta está determinada por 3 factores: ambientales, variables de la persona, y la interacción entre ambos. Por consiguiente, una adecuada conceptualización de la conducta asertiva implica la especificación de 3 componentes: una dimensión conductual (tipo de habilidad),

una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental) (Caballo, 2007a).

De acuerdo con Méndez et al. (2005) en cualquier interacción social, el sujeto buscará 3 objetivos generales: 1) alcanzar la meta que se ha marcado (eficacia en los objetivos), 2) fomentar una relación positiva con la otra persona (eficacia en la relación), y 3) mantener su autoestima y autosatisfacción (eficacia en el respeto a uno mismo). Obviamente, como se mencionó anteriormente, el valor de estos objetivos varía con el tiempo, las situaciones y las personas. Por ejemplo, cuando un cliente intenta devolver una mercancía defectuosa a una tienda, la *eficacia en el objetivo* (conseguir que le cambien el objeto o le devuelvan el dinero) puede ser más importante que la *eficacia en la relación* (mantener una relación positiva con el encargado de la tienda).

Como se ha visto, hasta el momento, gran parte de lo que es una *conducta asertiva* se basa en el proceso de la comunicación, la cual es definida por Satir (1980) como la interacción o transacción, dentro de un contexto social, de símbolos y claves, tanto verbales como no verbales, que las personas utilizan para dar y recibir un significado. Este complejo proceso abarca diferentes formas en las que se transmiten estos mensajes, ya sea de forma oral, escrita, electrónica, gesticulada, etc. Sin embargo, es muy común que entre las múltiples interacciones que una persona pueda tener con otra, este proceso se vea mermado por la inhabilidad inherente al individuo de llevarlo de manera adecuada, lo cual suele derivar en dificultades para entablar o mantener relaciones interpersonales.

Para que una interacción social sea considerada como apropiada, el proceso de comunicación debe efectuarse de modo directo, sin ansiedad, de forma no amenazante ni punitiva, honesta y respetando los derechos de los demás. Sin embargo algunos individuos presentan algunas cogniciones inadecuadas sobre las relaciones personales lo que provoca que su desarrollo social no sea adecuado, y esta falta de asertividad producirá en el individuo

ansiedad y pensamientos negativos, o la falta de práctica debida a una fuerte ansiedad o a creencias irracionales repercutirá negativamente en sus habilidades sociales (Méndez et al., 2005).

Lazarus (1973; en Caballo 2007a) fue uno de los primeros en establecer las principales clases de respuesta que abarca la conducta asertiva, estas son:

1. La capacidad de decir no.
2. La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
3. La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
4. La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Esto dio a pie a un sin número de investigadores a ahondar con mayor facilidad en el campo de las habilidades sociales y describir aun más conductas, como fue el caso de Furnham y Henderson (1984; en Caballo 2007a), quienes describen 12 tipos de respuesta que son consideradas como básicas en el repertorio de cualquier individuo que se comporta de forma asertiva; estas son:

1. Hacer cumplidos.
2. Aceptar cumplidos.
3. Hacer peticiones.
4. Expresar amor, agrado y afecto.
5. Iniciar y mantener conversaciones.
6. Defender los propios derechos.
7. Rechazar peticiones.
8. Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.
9. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
10. Petición de cambio de conducta del otro.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Afrontar las críticas.

Para una mejor comprensión sobre el tema, Caballo (1988; en Caballo 2007a) describe los componentes conductuales involucrados en cualquier

*conducta asertiva*. Primero estarían los componentes *no verbales*, aquí está catalogado la manera en que dirigimos la mirada al hablar, expresiones faciales, postura del cuerpo, la distancia que tenemos con el otro, orientación corporal, la apariencia personal, etc. Un segundo componente sería el *paralingüístico*, el cual incluye el tono, volumen y velocidad de la voz, fluidez del habla, número de palabras dichas, y perturbaciones del habla (uso de muletillas, vacilaciones y pausas). El tercer componente es el *verbal*, éste comprende características como el contenido general de lo dicho, claridad del mensaje, retroalimentación, manifestaciones empáticas, humor, refuerzos verbales, etc. El cuarto y último componente descrito por Caballo es el que denominó como *mixtos más generales*, aquí podemos encontrar el afecto, conducta positiva espontánea, escoger el momento apropiado para decir las cosas, tomar y ceder la palabra, conversación en general, y saber escuchar.

#### *Características del individuo que actúa asertivamente*

A lo largo del tiempo, en el estudio de la conducta asertiva, diversos investigadores han descrito al individuo hábil socialmente, con el fin de definir al individuo que actúa de forma asertiva, de tal forma que el lector pueda identificar, de manera más sencilla, a una persona así. A continuación se expone una lista de 10 características formada a partir del trabajo de diversos autores que describen a este tipo de personas:

1. Están satisfechas de sus relaciones interpersonales (Caballo, 1983).
2. Seguras de sí mismas (Riso, 2002).
3. Son sinceras (Neidharet, Weinsten & Conry, 1989).
4. Son objetivas (Neidharet et al., 1989).
5. Son responsables (Salter, 1949; en Caballo, 1983).
6. Evitan ser manipuladas por los demás (Güell & Muñoz, 2000).
7. Presentan una autoestima elevada (Güell & Muñoz, 2000).
8. Tienen un mayor autocontrol emocional (Güell & Muñoz, 2000).

9. Su habla es transparente, fluida (Riso, 2002), expresiva, espontánea (Caballo, 1983), y respetuosa con respecto a los derechos de los demás (Güell & Muñoz, 2000).
10. No les afecta la opinión que otros puedan tener de ellos (Salter, 1949; en Caballo, 1983).

Es importante recordar al lector que probablemente estas no sean las únicas características de un individuo socialmente hábil, puesto que las conductas asertivas son muy variadas, por lo que esta lista solo pretende ser una aproximación al estudio y definición de las mismas.

Hasta el momento se ha definido y analizado lo que es la conducta asertiva y lo que caracteriza a un individuo socialmente hábil. Pero ¿Cuáles son las características de un sujeto que no es hábil socialmente? ¿Cuáles son las conductas que no son consideradas como asertivas? Como se mencionó anteriormente, la asertividad comprende una gran variedad de conductas tanto verbales y no verbales, por lo que las conductas que no son consideradas como asertivas también presentan un gran repertorio conductual dentro de estas mismas categorías, por lo que podemos definir tres tipos o estilos conductuales: la asertiva, la pasiva, y la agresiva (Aguilar, 1987).

### *Estilos conductuales*

Como se menciona anteriormente, existen 3 estilos conductuales que generalmente utilizamos las personas para relacionarnos con los demás. Estos estilos bien definidos difieren entre sí por sus características y las consecuencias que acarrea cada uno, siendo el asertivo el que generalmente acarrea consecuencias positivas, mientras que los otros 2 estilos pueden generar consecuencias positivas a corto plazo, pero generalmente también crean consecuencias negativas para el individuo a largo plazo, mermando así sus relaciones interpersonales. Como ya se ha analizado bastante la conducta



asertiva, a continuación se profundizará un poco más con respecto a estos últimos 2 estilos no asertivos.

### *Conducta Pasiva*

Aguilar (1987) la conducta pasiva consiste en no comunicarse o hacerlo de una manera débil, es decir, hablando con mucha suavidad o timidez, ocultando lo que realmente se piensa en contenido o intensidad, siendo comúnmente indirecto en lo que se dice, rodeando el tema o disculpándose cuando la situación no lo amerita. Güell y Muñoz (2000) afirman que este tipo de conducta está relacionada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad y sobre todo con baja autoestima. Las personas que se comportan de forma pasiva generalmente tienen un temor de molestar a los demás, tienen dificultad para afrontar una negativa o un rechazo y sufren de un sentimiento de inferioridad.

De acuerdo con Riso (2002), este tipo de personas piensan, sienten y se comportan de manera débil cuando deben ejercer o defender sus derechos. Las causas de este tipo de comportamiento según este autor, se basa en una serie de creencias que son:

1. Los derechos de las demás personas son más importantes que los míos.
2. No debo herir los sentimientos de las otras personas ni ofenderlas, aunque yo tenga la razón o me perjudique.
3. Si expreso mis emociones seré criticada o rechazada
4. No sé qué decir ni como decirlo. No soy hábil para expresar mis emociones.

Este mismo autor asegura que las personas sumisas suelen mostrar temor, y ansiedad, rabia contenida, culpa real o anticipada, sentimientos de minusvalía y depresión. La conducta externa es poco expresiva, con bloqueos frecuentes, repleta de postergaciones y rodeos de todo tipo. Incluso pueden llegar a

comportarse de una manera totalmente opuesta a sus convicciones e intereses con tal de no contrariar a otras personas y así evitar el conflicto. El lector puede deducir, a partir de aquí, que este tipo de conducta se ve reforzada negativamente, es decir, el sujeto pasivo presenta ansiedad ante ciertas situaciones que le generan conflicto, por lo que al tener una actitud sumisa evita dicho conflicto, lo cual refuerza continuamente su ansiedad.

Finalmente Aguilar (1987) menciona que este tipo de comportamiento genera las siguientes consecuencias para la persona que actúa de forma pasiva:

1. Deteriora la satisfacción y la comunicación en la relación humana.
2. Aislamiento, depresión, ansiedad, sentimientos de incomprensión, frustración, insatisfacción, tensión acumulada y deterioro gradual de la autoestima.
3. No se da solución a los problemas que lo aquejan.
4. Existe un abuso sistemático y crónico por parte de los demás
5. Debido al abuso y los sentimientos de insatisfacción, y frustración el individuo genera rencor hacia los demás por lo que en ocasiones presentan explosiones agresivas que posteriormente crean un sentimiento de culpa.

Debido a esto, puede decirse que probablemente la mayoría de las relaciones interpersonales de un sujeto así no sean tan estrechas, sino más bien algo superficiales, por lo que sus círculos de apoyo serían pocos y muy reducidos; lo cual explicaría, en parte, su vulnerabilidad a padecer depresión.

### *Conducta Agresiva*

Para Aguilar (1987) este tipo de conducta se caracteriza por una forma de expresión de pensamiento, emociones y opiniones que, con el fin de defender las propias necesidades o derechos, atacan, violan el derecho y faltan al respeto, la autoestima, la dignidad o la sensibilidad de otras personas. Las consecuencias

que acarrea este tipo de comportamiento parecen ser favorables a corto plazo, ya que con su estilo agresivo llegan a cumplir sus propósitos o metas (Güell & Muñoz, 2000). No obstante, según estos mismos autores, esta conducta anula el derecho de las otras personas y genera odio y resentimiento, de tal forma que, a largo plazo, el comportamiento agresivo provoca que las personas eviten la relación interpersonal con el agresor o la agresora.

De acuerdo con el trabajo de Güell y Muñoz (2000) el tipo de pensamientos que rigen el comportamiento de este tipo de individuos es el siguiente:

1. Solo yo tengo derecho a intentar conseguir mis objetivos y a defender mis derechos.
2. Solo yo debo ser respetada en esta situación porque soy yo... y los demás son... o no son... y, por tanto, no merecen mi respeto.
3. Solo yo tengo derecho a pedir que me ayuden y los demás no pueden negarse a ello. Solo yo puedo negarme a brindarme ayuda.
4. Solo yo tengo derecho a sentirme... y a decirlo a... los sentimientos de los demás no me interesan en absoluto, son un problema.
5. Solo yo tengo derecho a opinar sobre... los demás no tienen derecho porque...
6. Solo yo puedo equivocarme y no me importan las consecuencias de mis actos y opiniones.

Este tipo de comportamiento se debe, según Aguilar (1987) principalmente a 6 factores, un primer factor sería una falta de control emocional, es decir, el sujeto se percibe como vulnerable o amenazado por lo que al defenderse ataca a quien considera que lo está amenazando. De aquí se puede deducir que el sujeto agresivo en este caso presenta una gran inseguridad con respecto de su persona. Un segundo factor es el no reconocer el derecho de los demás, por lo que no se reconoce que los demás tienen derecho a fallar, opinar, competir, dudar, ser débiles, etc. lo que demuestra un patrón rígido de pensamiento. El tercer factor está relacionado con la conducta pasiva; como se mencionó anteriormente, el

sujeto pasivo alberga sentimientos de rencor, por lo que solo necesita un estímulo adecuado para comenzar a actuar agresivamente. El cuarto factor es que su conducta agresiva se ve reforzada por los demás ya que cumplen las expectativas del agresor. El quinto factor se refiere a la forma en la que expresa las cosas, ya que no suele tener tacto para decir lo que piensa. Por último, el sexto factor habla sobre una baja tolerancia a la frustración, por lo que el sujeto agresivo a la primera señal de que algo no es como a él le gusta, se frustra y arremete contra los demás.

Finalmente este mismo autor agrega que las consecuencias generadas por este tipo de comportamiento son:

1. Rompimiento del diálogo y por lo tanto el problema no se resuelve.
2. Sentimientos de culpabilidad en la persona agresiva
3. La persona agresiva genera aversión en los demás por lo que es rechazado.
4. Provocan normalmente resentimientos en los demás.
5. Desintegración de las relaciones sociales.
6. Puede generar más violencia.
7. El agresor genera sentimientos de temor en los demás, lo cual puede bloquear la creatividad de los demás, generando dependencia.

Finalmente a esto puede decirse, como en el caso del sujeto pasivo, que probablemente sus círculos de apoyo sean pocos puesto que este tipo de conducta genera rechazo, por lo que también es vulnerable a padecer depresión, sin embargo no se puede afirmar si presenta mayor o menor vulnerabilidad que el sujeto pasivo.

### *Entrenamiento en comunicación asertiva*

Dada la importancia para entablar relaciones interpersonales adecuadas y satisfactorias, surge la necesidad del entrenamiento en comunicación asertiva. Al

llevar a cabo un programa de este tipo, el cual es una herramienta de la Terapia Cognitivo-conductual, es indispensable formar una atmósfera libre de prejuicios sobre los sentimientos y la conducta de los participantes (Caballo, 2007a). Sin embargo es igualmente importante el preparar a los consultantes ante un posible fracaso, ya que lamentablemente, la asertividad no siempre funciona, es decir, no siempre se cumplen nuestros propósitos aunque actuemos de forma asertiva. Esto se hace para evitar que el consultante se sienta incompetente al respecto y se deterioren aún más sus relaciones sociales.

Una de las dificultades de las que Güell y Muñoz (2000) han encontrado en este tipo de procedimiento, es que en muchas ocasiones durante el proceso de socialización se aprende la pasividad, pero también el entorno social, los medios de comunicación, y una educación competitiva fomentan la conducta agresiva. Por consiguiente, comportarse de una manera asertiva implica a veces conducirse de manera contraria a los modelos de conducta que se practican con mayor frecuencia.

Un programa completo de entrenamiento en comunicación asertiva procura incluir habilidades cognitivas, verbales, no verbales y emocionales. Es por eso que Méndez et al. (2005) afirma que el entrenamiento en habilidades sociales no es una técnica en sí, sino más bien un procedimiento multicomponente con el que se adquiere o facilita la emisión de conductas asertivas. El propósito de tal procedimiento es hacer que la persona que lo recibe se sienta más satisfecha consigo misma y con los demás. Según datos de Güell y Muñoz (2000), las experiencias de seguimiento de casos clínicos en los que se ha empleado este entrenamiento con éxito, confirman una mejora en las relaciones sociales de las personas que han recibido dicho entrenamiento.

El entrenamiento en comunicación asertiva se ha usado en el contexto terapéutico como una herramienta para combatir problemas como: dificultades en

las interacciones sociales, fobias sociales, depresión, problemas de pareja, abuso de sustancias, entre otras (Méndez, et al., 2005).

El objetivo de un procedimiento de este estilo es desarrollar y mejorar las habilidades de comunicación asertivas en el sujeto y de esta forma mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales. Con esto, según Naranjo (2008), el sujeto asertivo puede sentirse mejor consigo mismo y con los demás, aumentando su autoeficacia y su autoestima, fomentando también el control emocional, la autoreflexión, y la responsabilidad.

### **Solución de problemas**

La solución de problemas se refiere al proceso cognitivo-conductual autodirigido mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida diaria (D'Zurilla & Nezu, 1999). Estos mismos autores en 1982 propusieron un modelo que consta de 5 pasos que serán descritos más adelante y son: orientación positiva a los problemas, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación.

El proceso de solución de problemas ayuda al individuo a resolver todo tipo de conflictos de su vida cotidiana, incluyendo problemas impersonales, personales/intrapersonales, interpersonales e incluso problemas sociales o comunitarios (Vera-Villarroel & Guerrero, 2003). Por lo tanto, este proceso busca modificar el modo con que los sujetos abordan diferentes situaciones que les causa conflicto, insistiendo en seguir una metodología sistemática para enfrentarse a los problemas (Méndez et al., 2005).

Según el modelo propuesto por D'zurilla y Nezu (1999), la capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas

en lugar de solo una. Estas habilidades según los autores comprenden 5 componentes interactuantes, los cuales se derivan de dos procesos mayores, cada uno de los cuales aporta una determinada, contribución eficaz para la solución del problema. Los dos procesos mayores son:

1. Un componente motivador general llamado orientación al problema.
2. Un set de cuatro destrezas específicas de resolución de problemas.  
Estas serían: definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones, y puesta en práctica de la solución y verificación.

Un estudio realizado por Vera-Villarroel y Guerrero (2003) que relacionaba el optimismo y las habilidades de resolución de problemas, demostró que los sujetos que tienen un patrón de pensamiento positivo, en comparación con quienes tienen uno pesimista, tienden a enfrentarse positivamente a los problemas lo cual es uno de los primeros requisitos para poder solucionarlos adecuadamente. Esto quiere decir que es más probable que un sujeto de solución a un problema si lo ve como un reto o desafío que puede resolverse y que confían en sí mismos para lograrlo; en comparación con otro sujeto que lo ve como una amenaza que no tiene solución y que no saben si tienen las capacidades suficientes para superarlo, razón por la cual cuando se les presenta algún problema suelen frustrarse o molestarse con facilidad.

El entrenamiento de las habilidades previamente mencionadas ha sido empleado en el tratamiento, con enfoque cognitivo-conductual, de múltiples disfunciones psicológicas. Los problemas clínicos más frecuentes a los que se han aplicado este tipo de programas son el estrés, la depresión, ansiedad, obesidad, adicciones, comportamiento antisocial, problemas de pareja, retraso mental y a múltiples problemas de comportamiento infantil (Méndez et al., 2005). Estos mismos autores aclaran que este tipo de intervención se aplica conjuntamente con otras técnicas en programas multicomponente, ya que el sujeto que acude a consulta suele presentar otros problemas en conjunto con el déficit en resolución

de problemas. En el caso del TEP, como se ha mencionado anteriormente, uno de los criterios diagnósticos es las conductas evitación a estímulos relacionados al trauma que presenta el sujeto. Lamentablemente por este tipo de conducta se puede crear un déficit en las habilidades de resolución de problemas, ya que prácticamente la única estrategia que utilizan estas personas para solucionar problemas es la evitación, la cual obviamente no es una estrategia eficaz que solucione algún problema, sino más bien trae un alivio temporal, pero a largo plazo puede exacerbar el problema y generar otros más.

Como se menciono anteriormente, actualmente se sigue utilizando el modelo propuesto por D'Zurilla y Nezu (1982), el cual consta de 5 pasos muy sencillos los cuales se describen con mayor profundidad a continuación:

1. *Orientación positiva al problema:* en este primer paso se busca distraer al sujeto de los estados emocionales negativos así como de los pensamientos de este tipo que irrumpen el proceso, de tal forma que el sujeto pueda presentar una respuesta cognitiva más constructiva, es decir, ver los problemas como un desafío, creer que estos pueden resolverse, creer en la propia habilidad para resolverlos con éxito, y creer que la resolución implica tiempo, esfuerzo y persistencia. Para cumplir con esta meta, es necesario que la persona identifique el problema, acepte que es normal e inevitable que surjan y que la solución de los mismos es un medio adecuado para manejarlos. De esta forma el sujeto percibe que tiene el control y la capacidad para resolver el problema.
2. *Definición y formulación del problema:* El objetivo en este segundo paso es evaluar el problema e identificar una meta real y objetiva para su solución. Podría decirse que es el paso más importante, ya que si no se identifica el problema sería prácticamente imposible encontrarle una solución. Para realizar esta operación se necesita realizar una búsqueda de todos los hechos e información disponible sobre el problema, diferenciar la información relevante de aquella



que no lo es así como distinguir entre los hechos objetivos de las inferencias, suposiciones e interpretaciones. Como puede observarse, este proceso llega a ser muy complicado debido a que exige al sujeto una reflexión exhaustiva tanto de la situación y como de sí mismo, aunado a esto, esta reflexión se basa en la observación directa por lo que el sujeto juzga a partir de su propio punto de vista, infiere y hace valoraciones que en ocasiones pueden ser inadecuadas lo cual dificulta aún más las siguientes fases del proceso de solución de problemas. Por lo tanto, en esta fase lo más importante es que la meta sea definida en términos conductuales concretos y que sea realista y alcanzable.

3. *Generación de alternativas*: Es la fase cuya función consiste en generar tantas alternativas de solución como sea posible de tal forma que se maximice la probabilidad de que la mejor solución se encuentre en éstas. El sujeto debe hacer lo que popularmente conocemos como “lluvia de ideas” en la que debe proponer diferentes soluciones sin juzgar si es buena o mala, lo que se busca en este paso es la cantidad no la calidad de las ideas. Se sugiere utilizar también un procedimiento estratégico-táctico para incrementar la probabilidad de encontrar la mejor solución. La estrategia se refiere a un curso general de acción o plan que describe lo que una persona pretende hacer en una situación problemática específica. Por su parte, las tácticas corresponden a los medios o pasos específicos que describen de forma exacta cómo puede ser implementada la estrategia.
4. *Toma de decisiones*: El objetivo en este paso es evaluar las alternativas disponibles y seleccionar la mejor o la más efectiva. La toma de decisiones se basa en el modelo de utilidad de la decisión humana, en el que la efectividad de cierta alternativa depende del valor y probabilidad de las consecuencias anticipadas. Se hace un análisis costo-beneficio de cada alternativa (Pros y Contras), así el

sujeto podrá tomar una decisión informada con respecto a su problemática, y en base a ello decidir que alternativa realmente resuelve su situación y que a su vez maximice las consecuencias positivas y disminuya las negativas tanto a corto como a largo plazo. Es importante que el sujeto considere ciertos criterios de utilidad al momento de escoger una alternativa, como la resolución del conflicto (en qué grado la alternativa puede solucionar el problema), el bienestar emocional (cuánto va a padecer o disfrutar el sujeto), la relación tiempo/esfuerzo (una alternativa será mejor que otra si requiere menor tiempo y esfuerzo) y el bienestar general (tanto personal como social).

5. *Implementación de la solución y verificación*: Hasta este punto, el sujeto ha llegado a solucionar su problema de forma simbólica, por lo que tiene que implementar su plan de acción para ver si realmente su solución resuelve su conflicto. Para llevar a cabo esta fase se requiere de otros 3 pasos. Primero la *ejecución*, donde se implementa la solución planeada en el paso anterior. Posteriormente se lleva a cabo la *auto-observación*, que implica la valoración del resultado de la solución y no simplemente de sus consecuencias, es decir, la persona compara el resultado observado con el deseado, el cual fue especificado previamente, de tal forma que si el resultado es satisfactorio (muy parecido al resultado deseado) se realiza el último paso el *autoreforzamiento*. En este último la persona puede premiarse a sí mismo ya sea de forma verbal o con alguna recompensa tangible, de esta forma no solo se refuerza el uso del modelo de solución de problemas para situaciones futuras si no que fortalece el control percibido y la autoeficacia. Por otra parte, si el resultado no es satisfactorio, la persona debe determinar si la dificultad tuvo que ver con el proceso de solución de problemas o con la ejecución de la respuesta.

Para fortalecer el aprendizaje del sujeto que acude a consulta en el entrenamiento de solución de problemas, resulta importante emplear instrucciones verbales y el modelado lo cual ayuda a reducir la ansiedad, y por lo tanto facilita el aprendizaje (D’Zurilla & Nezu, 1982).

La meta de solución de problemas es facilitar la competencia social general y por tanto no sorprende que se haya utilizado para el entrenamiento de la mejoría de competencias en varios escenarios como escuelas, talleres, seminarios, conferencias, institutos, y programas de educación para adultos. Por lo que parece lógico que sea útil en la psicología clínica para la prevención de poblaciones vulnerables o en riesgo, como lo serían las personas que han sufrido eventos traumáticos en sus vidas.

## MÉTODO

### Planteamiento del problema

Nadie está exento de sufrir un evento traumático, sin embargo, de los que viven esta experiencia, no todos desarrollan el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP). Quienes lo llegan a desarrollar, lo perciben como una carga casi imposible de llevar, ya sea en su forma aguda o crónica. Los síntomas de este trastorno pueden llegar a inhabilitar prácticamente a la persona que la padece, por lo que el tratamiento psicoterapéutico, y a veces el farmacológico, es indispensable para estas personas con la finalidad de brindarles la oportunidad de desarrollar habilidades que les permitan funcionar de forma adecuada en el entorno en el que se desenvuelven (Foa, et al., 2003).

### Justificación

De las diferentes modalidades de terapia que se aplican en la psicología, la cognitivo-conductual ha mostrado ser muy útil para tratar una infinidad de patologías, como por ejemplo trastornos de ansiedad (fobias, trastorno obsesivo compulsivo, TEP, etc.) (Echeburúa, De Corral, Sarasua, & Zubizarreta, 1996; Caballo, 2007b), depresión (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar, & Sánchez, 2005), adicciones (Llorente & Iraurgi-Castillo, 2009), trastornos de índole sexual (Caballo, 2007b), control de impulsos (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, & De Corral, 2009), entre otros. El programa del Juego del Optimismo (JO) es un programa con enfoque cognitivo-conductual, el cual da tratamiento a niños y a sus padres o cuidadores primarios. No obstante, el esfuerzo terapéutico con los padres, habitualmente, se enfoca a brindarles habilidades para la crianza (estilos atribucionales, manejo de conducta, comunicación asertiva, y solución de problemas) (Candia, 2011; Flores, 2004; García, 2011; Valencia, 2007;). En algunas ocasiones, se les llega a brindar otro tipo de habilidades para tratar

situaciones específicas o problemáticas de la pareja o del cuidador primario. Para el manejo del TEP el programa JO cuenta con material para tratar algunos síntomas cognitivos, como la reestructuración, sin embargo otros signos del trastorno requieren de material adicional. La finalidad de este trabajo de investigación es extender el alcance terapéutico del programa JO para el manejo del TEP.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Adaptar y aplicar el programa del programa JO en un cuidador primario con síntomas de ansiedad, depresión, estilo cognitivo disfuncional y baja autoeficacia, debido a un TEP que no fue atendido en su momento y que dejó algunas secuelas que afectan su interacción, principalmente, con personas del sexo masculino y otros significativos como su hija.

### **Objetivos Específicos**

- Mejorar la sintomatología que presenta la consultante con la intervención cognitivo-conductual JO, con la finalidad de que pueda tener una mejor calidad de vida y formar nuevas relaciones amorosas.
- Desarrollar un protocolo para los aplicadores del programa JO en el tratamiento de los adultos con una problemática similar, con el fin de adecuar el tratamiento que ofrece el programa al TEP, y así brindar un mejor servicio.

## **Procedimiento**

El presente estudio se realizó a través de una fase de planeación y validación, y posteriormente se desarrolló un estudio de investigación.

- **FASE 1**
  - ▶ Desarrollo y validación por jueces del Protocolo “Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático”.

- **Estudio 1**
  - ▶ Aplicación del Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático.

**Fase 1: Desarrollo y validación por jueces del protocolo  
“Programa del Juego del Optimismo para padres con  
Trastorno de Estrés Postraumático”**

## **METODO I**

### **Planteamiento del problema**

El Juego del Optimismo (JO) es un programa que enfoca la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos en el motivo de consulta del niño y en cuanto a la atención del cuidador primario su objetivo es brindar habilidades que favorezcan la solución del motivo de consulta y el desarrollo óptimo del menor. Sin embargo, en ocasiones llegan a la consulta problemáticas inherentes al cuidador primario, las cuales, dependiendo de su gravedad tienen un influencia directa y negativa en el mantenimiento del motivo de consulta del menor. Tal es el caso de cuidadores primarios que presentan sintomatología asociada al Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) no tratado y que por lo tanto puede fomentar un ambiente familiar disfuncional y aumentar la dificultad de la resolución del motivo de consulta del menor (Manrique, 2003). Es por esto, que surge la necesidad de desarrollar un protocolo de tratamiento enfocado al cuidador primario que sufre de TEP para que sea utilizado por los terapeutas del programa JO.

### **Objetivos**

#### **Objetivos General**

Desarrollar y validar un protocolo para el tratamiento del TEP en padres usuarios del programa JO del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

#### **Objetivos Específicos**

- Desarrollar un Manual para el tratamiento del TEP en padres usuarios del programa JO. Manual para el uso del terapeuta del programa JO.
- Desarrollar una presentación para los jueces expertos que participan en el estudio, detallando el protocolo de tratamiento para el TEP en padres de los usuarios del programa JO.



- Validar el protocolo para el tratamiento del TEP en padres que acuden al programa JO a través de jueces expertos.

**Diseño de estudio:** Descriptivo.

**Materiales:** Manual para el terapeuta, presentación de power point la cual explica el modelo propuesto, y un cuestionario de validación por jueces expertos (Ver anexo).

**Instrumentos:** Cuestionario para la Validación por Jueces (López & Valencia, 2011). Instrumento conformado por 15 afirmaciones que se contestan con una escala tipo Likert de 5 puntos (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, no sé, de acuerdo, y totalmente de acuerdo). El cuestionario abarca los siguientes aspectos del protocolo propuesto: sustento teórico, objetivo del tratamiento, instrumentos de evaluación, estrategias de solución a utilizar, procedimiento, resultados esperados, y control terapéutico.

**Escenario:** Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (CSP).

## **Procedimiento**

Se realizó una búsqueda bibliográfica extensa sobre el TEP y cómo tratarlo. Con la información obtenida se desarrollo el Protocolo: “Programa del Juego del Optimismo para padres con trastorno de Estrés Postraumático” el cual es un plan de tratamiento enfocado a los padres usuarios del programa JO que muestran sintomatología de TEP.

Con la finalidad de facilitar a los terapeutas del programa JO la ejecución de dicha propuesta de intervención se desarrollo un manual el cual describe a detalle los diferentes aspectos de los cuales está conformada la intervención: sustento

teórico, objetivos del tratamiento, instrumentos de evaluación, estrategias utilizadas, tareas asignadas, material a utilizar, resultados esperados, diseño de la intervención sesión por sesión y control terapéutico.

Una vez desarrollado el Protocolo y el Manual se procedió a validar la intervención descrita en dicho material, dada la necesidad en el campo de la psicología clínica de contar con procedimientos válidos y eficaces; por lo que se realizó una reunión en la que se invitó a 20 terapeutas cognitivo-conductuales del CSP, quienes fungieron como jueces expertos para validar el protocolo. De esta muestra de 20 terapeutas 19 eran mujeres y solo 1 era varón, de edades entre 20 y 43 años de edad. Para llevar a cabo este proceso de validación se elaboró una presentación en formato de power point, en el cual se detalló los diferentes componentes de la intervención. Una vez que los terapeutas habían entendido el procedimiento del protocolo se les aplicó el Cuestionario para la Validación por Jueces (López & Valencia, 2011) (ver Anexo), el cual se creó con el propósito de evaluar que tan de acuerdo se encuentran los jueces con el plan de tratamiento que se armó para los casos de padres con TEP. Dicho cuestionario abarca los siguientes aspectos del protocolo: sustento teórico, objetivos del tratamiento, instrumentos de evaluación, estrategias utilizadas, tareas asignadas, el material a utilizar, resultados esperados, diseño de la intervención y control terapéutico; y está conformado por 15 afirmaciones que se contestan con una escala tipo Likert de 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= no sé, 4= de acuerdo, y 5= totalmente de acuerdo). Finalmente los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario, fueron analizados con estadística descriptiva con el programa SPSS versión 15.0.

## Resultados Fase I

---

### **Protocolo: “Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático”**

#### **Descripción de la intervención Sesión por Sesión**

##### **SESIÓN 1**

**Objetivo:** Dar la introducción al Juego del Optimismo, firmar el consentimiento informado, realizar la evaluación pre-tratamiento, e iniciar el proceso de elaboración del trauma.

**Estrategias o Técnicas empleadas:** Ejercicio de Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA), técnica de relajación (Respiración diafragmática).

**Registros utilizados:** Dependiendo de la problemática inherente al usuario del programa JO se dejan registros. La mayor parte de los registros están enfocados al apoyo del tratamiento del menor. Generalmente se dejan en el programa JO el registro de adherencia para el usuario, y un registro conductual o registro ACC (ver Anexo) para el padre quien registra la conducta de su hijo.

**Tareas asignadas:** Realizar el ejercicio A de la EEA en casa y la técnica de relajación después de haber concluido el escrito, y llenar los registros correspondientes a su hijo (a).

**Criterios de cumplimiento de la sesión:** Que el consultante haya contestado los instrumentos de evaluación, y firmado el consentimiento informado.

##### **SESIÓN 2 y 3**

**Objetivo:** Hacer la historia clínica del padre del usuario programa JO, continuar con la elaboración del trauma por escrito.

**Estrategias o Técnicas empleadas:** Se usa la entrevista conductual siguiendo el formato utilizado en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Registros utilizados:** Llenar los registros correspondientes a su hijo (a).

**Tareas asignadas:** Continuar con el ejercicio A de la EEA en casa y la técnica de relajación al terminar de escribir.

**Criterios de cumplimiento de la sesión:** Que se haya terminado con el protocolo de entrevista del CSP y haya entregado todos los ejercicios A de la EEA que tuvo de tarea.

## **SESIÓN 4 y 5**

**Objetivo:** Lograr una reestructuración cognitiva en el padre del usuario programa JO para cambiar un patrón de pensamiento disfuncional por uno más funcional y adaptativa, y comenzar a reflexionar sobre las emociones que surgieron a partir del suceso traumático.

**Estrategias o Técnicas empleadas:** Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), y ejercicio B de la EEA.

**Registros utilizados:** Registros ABC (ver Anexo) y registros correspondientes a su hijo (a).

**Tareas asignadas:** Realizar los registros ABC y el ejercicio B de la EEA en casa.

**Criterios de adquisición:** Que el padre del usuario del programa JO sea capaz de identificar pensamientos irracionales y verbalice en las sesiones pensamientos racionales para combatir los irracionales en cada uno de los ejemplos de su registro.

## **SESIÓN 6 y 7**

**Objetivo:** Mejorar las relaciones interpersonales del padre del usuario del programa JO a través de la adquisición de habilidades de comunicación, concluir el ejercicio B de la EEA, e iniciar el ejercicio C para desvincularse de la experiencia traumática y poder ser más objetivo con respecto a esta.

**Estrategias o Técnicas empleadas:** Entrenamiento en asertividad, y ejercicio B y C de la EEA.

**Registros utilizados:** Registros ABC, y registros correspondientes a su hijo (a)

**Tareas asignadas:** Terminar el ejercicio B en la sesión 6, e iniciar el ejercicio C de la EEA en casa para la sesión 7.

**Criterios de adquisición:** Para el entrenamiento en asertividad, es necesario que el padre del usuario del programa JO verbalice las conductas adecuadas de comunicación asertiva que pudo tener en cada uno de los ejemplos del registro ABC y/o en situaciones que se pueden presentar en el futuro. Con respecto a la EEA, es necesario que haya pasado todos sus ejercicios A a B antes de iniciar el ejercicio C.

## **SESIÓN 8 y 9**

**Objetivo:** Mejorar las habilidades de solución de problemas del consultante, y continuar con el proceso de desvinculación de la experiencia traumática.

**Estrategias o Técnicas empleadas:** Entrenamiento en solución de problemas y ejercicio C de la EEA.

**Registros utilizados:** Registros correspondientes a su hijo (a).

**Tareas asignadas:** Realizar por escrito los pasos de solución de problemas para un conflicto que se le presente en la semana, y escribir el ejercicio C de la EEA.

**Criterios de adquisición:** Que el padre del usuario del programa JO verbalice y/o escriba soluciones eficaces a todos los problemas que menciona en la sesión y que se le presentaron durante la semana. Con respecto a la EEA, es necesario haya pasado todos sus ejercicios B a C.

## **SESIÓN 10, 11 y 12**

**Objetivo:** Dar cierre a la experiencia traumática sufrida, analizando lo positivo que vino a partir de dicha experiencia.

**Estrategias o Técnicas empleadas:** Ejercicio D de la EEA

**Registros utilizados:** Registros correspondientes a su hijo (a).

**Tareas asignadas:** Realizar el ejercicio D en casa.

**Criterios de adquisición:** Que el padre del usuario del programa JO pase todos los ejercicio C a D.

## **SESIÓN 13**

**Objetivo:** Cierre terapéutico, y hacer la evaluación post-tratamiento

**Estrategias o Técnicas empleadas:** Ninguna

**Registros utilizados:** Ninguno

**Tareas asignadas:** Ninguna

**Criterios de cumplimiento de la sesión:** Que el padre del usuario del programa JO haya contestado todos los instrumentos de evaluación post-tratamiento.

A continuación el lector podrá ver en forma de calendario como está diseñada la intervención sesión por sesión:

Técnica utilizada	Número de sesiones												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Post- evaluación													
EEA (D)													
Entrenamiento en solución de problemas													
EEA ©													
Entrenamiento en asertividad													
EEA (B)													
Psicoeducación en la TREC													
EEA (A)													
Formulación de caso													
Historia Clínica													
Evaluación													

Cuadro 1 Muestra el número total de sesiones para el tratamiento, y el procedimiento que se lleva a cabo en cada una de las sesiones. Esto es una aproximación al tratamiento, dado que dependiendo de la razón del TEP como del consultante el procedimiento puede alargarse más, ya que es por criterio.

## Resultados de la Validación por Jueces

El objetivo de la aplicación del Cuestionario de Validación por Jueces (López & Valencia, 2011) era validar el procedimiento propuesto en el protocolo, por lo que los resultados obtenidos por el instrumento se muestra en la tabla 2.

Tabla 2  
 Frecuencias de respuestas del Cuestionario de Validación

	N		Frecuencias					$\bar{x}$	$\sigma$	$\sigma^2$
	Válidos	Perdidos	TD	D	NS	A	TA			
1	19	1	1	0	0	9	9	4.37	.761	.579
2	20	0	0	0	2	8	10	4.40	.681	.463
3	20	0	0	3	4	9	4	3.70	.979	.958
4	20	0	0	5	0	11	4	3.70	1.081	1.168
5	20	0	0	0	0	5	15	4.75	.444	.197
6	19	1	0	0	0	8	11	4.58	.507	.257
7	20	0	0	0	0	12	8	4.40	.503	.253
8	20	0	1	0	0	8	11	4.40	.940	.884
9	19	1	0	0	2	6	11	4.47	.697	.485
10	20	0	1	0	1	6	12	4.40	.995	.989
11	20	0	0	1	1	5	13	4.50	.827	.684
12	20	0	0	0	0	12	8	4.40	.503	.253
13	20	0	0	0	1	7	12	4.55	.605	.366
14	20	0	0	1	1	7	11	4.40	.821	.674
15	20	0	0	0	2	9	9	4.35	.671	.450

*Nota. Las abreviaciones mostradas en las frecuencias corresponden a los siguientes valores TD= totalmente en desacuerdo, D= En desacuerdo, NS= No sé, A= De acuerdo, TA= Totalmente de acuerdo.*

Hay que recordar que el instrumento se contesta de acuerdo a una escala Likert de 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= no sé, 4= de acuerdo, y 5= totalmente de acuerdo). Como se puede observar en la tabla 2 la

mayoría de las respuestas tendían a presentarse como “De acuerdo” o “Totalmente de acuerdo” por lo que las medias de cada uno de los reactivos tendieron a presentarse con un valor de entre 4 y 5. Únicamente hubo dos reactivos en la que los jueces contestaron con valores entre 3 y 4 que fueron justamente los reactivos 3 y 4.



## **Estudio 1: Aplicación del Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático.**

**Justificación:** En ocasiones acuden al Juego del Optimismo (JO) padres de familia que tienen problemas que se originaron en el pasado y que afectan negativamente en su forma de ser y comportarse, por lo tanto alteran la dinámica familiar. Con el propósito de brindar un tratamiento enfocado al cuidador primario de los niños atendidos por el programa JO, se desarrolló un protocolo de intervención para padres que sufren del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP).

**Objetivo:** Mejorar la sintomatología presentada por la consultante con la intervención cognitivo conductual-JO, con la finalidad de que pueda tener una mejor calidad de vida.

**Diseño de estudio:** Es un diseño cuasi experimental tipo AB de  $n=1$ . Dado que la mejora terapéutica depende parcialmente del consultante se ha decidido hacer el diseño también por criterio, ya que en ocasiones el establecer un límite en el número de sesiones no siempre se ajusta adecuadamente con el progreso del consultante, por lo que al hacerlo por criterio permitirá al terapeuta ajustar el procedimiento al paso del usuraio, en caso de ser necesario.

**Materiales:** Durante la terapia se proporcionaron por escrito algunos de los conceptos de las habilidades que se le brindaron a la consultante sobre asertividad, solución de problemas, TREC, registros ABC, e instrucciones para realizar el ejercicio de Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA). Para checar todos los materiales utilizados, se recomienda al lector ver el Anexo en este trabajo donde se detallan con mayor profundidad.

#### **Instrumentos de evaluación:**

1. Inventario de Depresión de Beck (BDI): Desarrollado por Aaron Beck en 1961 y estandarizado para la población de la ciudad de México por Jurado et al. (1998), es una escala autoaplicable que permite evaluar la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Consta de 20 reactivos que se conforman de 4

afirmaciones cada uno. El evaluado debe seleccionar la o las afirmaciones que mejor lo describan con respecto a la última semana.

2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Desarrollado por Aaron Beck en 1988 y validado para la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), el inventario autoaplicable está diseñado para medir la severidad de los síntomas de ansiedad. Consta de 20 reactivos que se contestan con una escala Likert de 4 puntos (poco o nada, más o menos, moderadamente, y severamente). El evaluado debe contestar cada reactivo según se ha sentido en la última semana.
3. Escala de Autoestima de Reidl (2002): Esta escala consta de 17 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (TA=totamente de acuerdo, A=de acuerdo, D=en desacuerdo, y TD=totamente en desacuerdo). El instrumento mide 2 factores principalmente, que son la autoestima negativa, y la autoestima positiva. Todos los reactivos son afirmaciones hacía si mismo que se refieren a cualidades y defectos personales, seguridad a enfrentarse a otros, opiniones de otras personas y sentimientos hacía sí mismo.
4. Inventario de ideas irracionales (IBT): Desarrollado por Jones (1968), el cual consta de 100 reactivos que evalúan 10 tipos de creencias irracionales: aprobación social, perfeccionismo, culpabilidad, locus de control externo, catastrofismo (reactividad a la frustración), ansiedad acerca del futuro, evitación de responsabilidades, dependencia, determinismo del pasado, y soluciones ideales. El sujeto debe indicar que tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada reactivo del cuestionario (1=Totalmente en desacuerdo, 2=Moderadamente en desacuerdo, 3= Ni acuerdo ni desacuerdo, 4= Moderadamente de acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo).
5. Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey: Creado por Gambrill y Richey en 1975 y estandarizado para la ciudad de México por Ramos

(1996), el instrumento consta de 40 reactivos en una escala Likert de 5 puntos. Dichos reactivos abordan situaciones en las que es necesario expresar ideas, defender derechos o mostrar seguridad en uno mismo. Esto permite obtener el *Grado de Incomodidad (GR)* que le generan algunas situaciones al sujeto evaluado (1= Nada, 2= Un poco, 3= Regular, 4=Mucho, 5= Demasiado), así como la *Probabilidad de Respuesta (PR)* que tiene frente a éstas (1= Siempre lo haría, 2= Usualmente lo haría, 3= Lo haría la mitad de las veces, 4= Rara vez lo haría, 5= Nunca lo haría). De esta forma se puede clasificar al sujeto como asertivo, ansioso, indiferente o inasertivo, sin embargo los valores promedio no permiten clasificar al sujeto en ninguna categoría.

**Escenario:** Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP).  
Facultad de Psicología de la UNAM

**Procedimiento:** La consultante acude al CSP e inició su proceso de admisión y posteriormente fue asignada para tratamiento en el Programa el Juego del Optimismo (JO), debido a que su hija presentaba problemas de conducta dado que recientemente la consultante y su pareja habían pasado por una separación, por lo que el motivo de consulta de la menor era el manejo de la pérdida por separación. Los esfuerzos terapéuticos con la consultante estaban enfocados en cómo manejar la pérdida con su hija y a establecer límites con ella para corregir la conducta inadecuada de la menor. En este caso se concluyó el tratamiento enfocado a la menor para dar después atención a la solicitud de la consultante de tratar sus sentimientos y su duelo personal. Cuando se fue tratando este aspecto, su hija ya había presentado mejorías y fue cuando se dio de alta a la menor, sin embargo, se continuó trabajando con la consultante de forma individual, ya que quería tratar sus inseguridades, puesto que en un futuro quería formar una nueva relación de pareja y quería solucionar sus conflictos para poder hacerlo de forma

satisfactoria. Solo entonces fue cuando durante una sesión ella confesó que había sido violada por su hermano mayor cuando era adolescente.

Una vez que se supo esto en la terapia, se hizo la formulación del caso clínico, utilizando los instrumentos antes mencionados para evaluar y para desarrollar un plan de tratamiento. Las estrategias de solución que se utilizaron fueron: Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA), Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), Entrenamiento en Asertividad, y Entrenamiento en Solución de problemas. El tratamiento tuvo una duración de 20 sesiones, y al concluir la terapia se realizó una post-evaluación para confirmar que el tratamiento fue efectivo.

Con respecto a la técnica de EEA se realizó un conteo de palabras de cada uno de los nueve escritos en las fases A, B y D que realizó la consultante durante el transcurso de la terapia. No se realizó el conteo para el ejercicio C debido a que era prácticamente igual que el ejercicio B ya que solo se reescribía en tercera persona, por lo que no se esperaban diferencias en el conteo de palabras entre el ejercicio B y C. De cada escrito se sacó el porcentaje total de 5 tipos de palabras que fueron: Verbos en pasado, Palabras de emociones negativas, Palabras de emociones positivas, Palabras causales, y Palabras de autorreflexión (Insight words como se le conoce en inglés). Con respecto a algunas de las palabras de emociones, 33 en total, se llevó a cabo una validación entre 10 jueces para determinar si correspondía a un tipo emoción o no, para que una palabra pudiera considerarse como una emoción negativa o positiva requería tener mínimo un 80% de concordancia entre los jueces. Una vez que se tuvieron los porcentajes totales de cada una de las cinco categorías de palabras a analizar se utilizó una prueba t de student para muestras relacionadas para descubrir si hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a los cambios en el uso de los diferentes tipos de palabras en el transcurso del tiempo, es decir, se analizaron los cambios de los cinco porcentajes de palabras entre los ejercicios A y B, B y D, y A y D.

A lo largo del tratamiento la consultante escribió 12 textos en cada una de las fases de la EEA, de los cuales solo 9 se incluyeron en el análisis estadístico. Dos de los textos no se incluyeron en el análisis puesto que fueron descartados durante la terapia ya que la consultante no escribió sobre hechos dolorosos para ella. El tercero texto si se completó en cada una de las 4 fases, no obstante, se excluyó del análisis estadístico debido a que la literatura reporta que los cambios en el uso de cierto tipo de palabras varían conforme se va avanzando en la terapia, y lamentablemente se desconoce la continuidad de dicho texto con respecto a los demás ya que la consultante lo había perdido y lo encontró cuando ya había comenzado a escribir el ejercicio C.

Finalmente 10 meses posteriores a la conclusión del tratamiento se llevaron a cabo dos sesiones de seguimiento aplicando los mismos cinco instrumentos de evaluación para sondear que tanto se han mantenido los resultados obtenidos con la terapia a lo largo del tiempo, sin embargo, al no contar con un instrumento como tal para la EEA no se hizo ningún seguimiento sobre estos resultados en particular.

## Resultados

---

### Presentación del caso clínico

Para presentar el siguiente trabajo de investigación, se utilizó el modelo propuesto por Buela-Casal y Sierra (2002) para la redacción de casos clínicos, con propósito de facilitar al lector la comprensión del trabajo hecho.

### Resumen de caso clínico

De acuerdo al código ético del psicólogo, para el mantenimiento de la confidencialidad de la consultante, en este documento se utilizará el pseudónimo de Georgina, para referirse a la usuario. Georgina es una mujer de 28 años de edad, separada desde hace 3 años. Tiene una hija de 6 años con su ex-marido (a quien se referirá de ahora en adelante con el pseudónimo de Enrique). Ella acudió a terapia debido a que deseaba trabajar algunas características de su personalidad (principalmente la inseguridad) que le impedían formar una nueva relación de pareja con alguien más. Al sondear su historia de vida salió a la luz que a partir de que ella tenía 12 años había sido una víctima de violación durante 4 años por parte de su hermano mayor. A partir de este suceso ella desarrolló un Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) el cual nunca trató, y por lo cual desarrolló una serie de diversas problemáticas de salud física y mental que posteriormente evitaron que desarrollara las habilidades necesarias para que se sintiera segura para formar una nueva relación de pareja.

Los problemas que Georgina presentó al acudir a terapia fueron:

- Déficit en habilidades sociales.
- Déficit en solución de problemas.
- Ansiedad moderada.
- Baja autoeficacia.
- Estilo cognitivo irracional y pesimista.

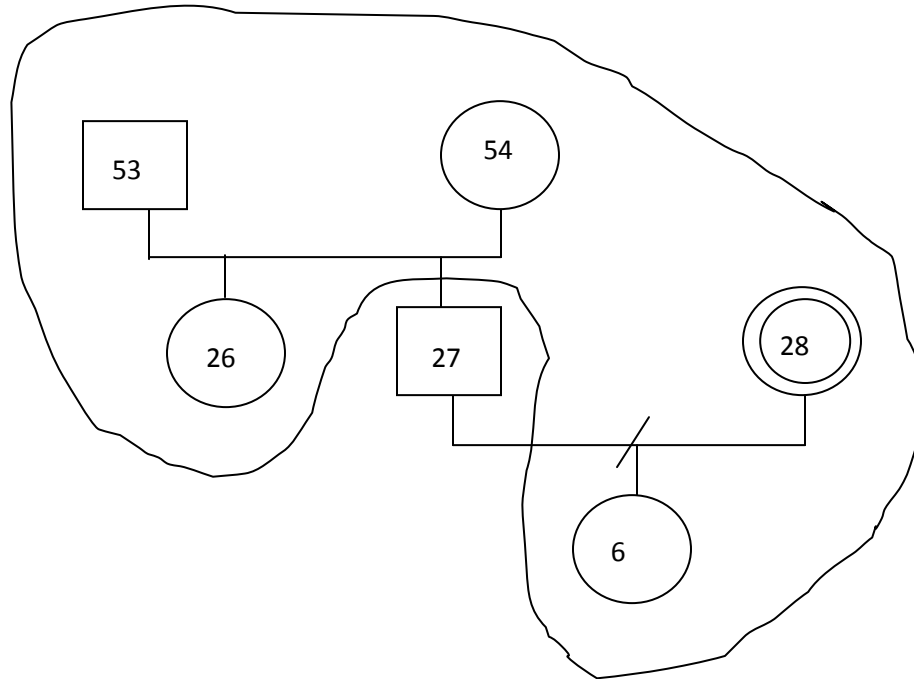
El tratamiento se llevó a cabo en un total de 20 sesiones en las cuales se trabajó lo siguiente: Primero, la elaboración del trauma a través del ejercicio de EEA para elaborar la experiencia traumática y así evitar que siga teniendo efectos negativos en su vida. Segundo, se le dio psicoeducación en la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) para combatir ideas irracionales, su estilo cognitivo pesimista y manejar así su ansiedad. Posteriormente se le entrenó en habilidades sociales con el fin de mejorar su estilo de comunicación y así mejorar sus relaciones interpersonales. Finalmente se le entrenó en solución de problemas con el objetivo de aumentar sus destrezas en ese campo y mejorar su autoeficacia. Se le aplicó una batería de instrumentos pre y post entre los que destacan el Inventario de Ideas Irracionales (IBT por sus siglas en inglés), la Escala de Autoestima de Reidl, los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck (BDI y BAI respectivamente, por sus siglas en inglés), y el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey. Al final se encontraron diferencias importantes entre las evaluaciones pre y post, y clínicamente Georgina se sintió mucho más hábil para afrontar las dificultades que se le puedan presentar más adelante. Dichos cambios se mantuvieron en su mayoría en el seguimiento hecho 10 meses después de concluido el tratamiento.

### Ficha de identificación

- ▶ **Nombre:** Georgina
- ▶ **Edad:** 28 años
- ▶ **Edo. Civil:** Separada
- ▶ **Sexo:** Femenino
- ▶ **Religión:** católica
- ▶ **Escolaridad:** Preparatoria trunca (5to semestre)
- ▶ **Ocupación:** Hogar
- ▶ **Número de hijos:** 1 hija de 6 años de edad
- ▶ **Hermanos:** tiene 3 hermanos varones, uno de 32, otro de 26 y uno de 25.



## Familiograma



### Análisis del motivo de consulta

Georgina acudió a terapia debido a que ha intentado salir con un hombre, colega de un trabajo anterior. Sin embargo, ella misma menciona que en ocasiones es celosa sin razón aparente, se muestra insegura de iniciar una nueva relación, y no sabe si está bien o mal con lo que hace y/o piensa. Quiere poder resolver esto para sentirse cómoda para cuando quiera formar una nueva relación de pareja. Este problema se debe a 2 razones principalmente. La primera es que cuando ella tenía 12 años de edad sufrió violaciones frecuentes por parte de su hermano mayor durante 4 años, por lo que desarrolló un miedo intenso a relacionarse con hombres. Dicho miedo fue disminuyendo conforme pasaron los años, pero aún así continuó desconfiando en general de las personas del género masculino, por lo que no se relacionaba tanto con ellos, lo cual mermó su desarrollo en habilidades sociales, ya que ella misma evitaba muchas situaciones que implicaban una interacción social con otras personas. La segunda razón es que a partir de la relación con Enrique, se refuerza su desconfianza en los hombres, ya que él le fue infiel durante su noviazgo y mientras estuvieron

casados, en varias ocasiones no mostró interés por las emociones de Georgina, y hubo otras ocasiones en las que abandonó el hogar por irse con otra mujer.

## **Historia del problema**

Georgina viene de una familia de clase baja, en la que la dinámica familiar era conflictiva y distante. Con sus hermanos la relación era buena excepto con su hermano mayor quien era más distante con los demás. Ella sufrió un primer abuso sexual a los 9 años de edad en la que su hermano mayor se masturbaba y le embarraba su semen a ella. Posteriormente a los 11 años de edad ella sufrió un primer intento de violación, también por parte de su hermano mayor, pero fue hasta que ella cumplió 12 años cuando él pudo forzarla a tener coito con él, (incluso su hermano mediano también era violado por él mayor). A partir de entonces ella comienza a sufrir el TEP por lo que los síntomas que ella presentó durante varios años fueron:

- Sueños recurrentes sobre el abuso.
- Pensamientos intrusivos sobre el abuso.
- Creencia de un futuro desolador, de que no es una mujer normal, y de que todos los hombres son malos y solo la buscaban para tener sexo con ella.
- Mostraba ansiedad intensa ante los siguientes estímulos: estar sola con varones (en especial su hermano), y el estar en casa.
- Ideación suicida e intento de suicidio a los 19 años.
- Evitaba: hablar del tema, estar con su hermano mayor (principalmente) o con cualquier varón a solas, y estar en casa.
- Flashbacks sobre las violaciones.
- Insomnio.
- Aislamiento social.
- Dificultad para concentrarse en sus tareas.
- Dejó actividades que anteriormente le agradaban (entrenar fútbol).

- Los síntomas fisiológicos al recordar el suceso eran: hormigueo en las manos, sensación de no poder respirar, debilitamiento en las piernas, dolor de cabeza y somnolencia diurna.

Aunado a esto, durante su adolescencia, padeció otros trastornos comorbidos que fueron depresión (desde los 12), abuso en el consumo del alcohol (a los 18 años) y anorexia (a los 19 años).

Las violaciones eran frecuentes en casa, aproximadamente 1 vez a la semana durante 4 años. El problema se exacerbó cuando Georgina y su hermano mediano llegaron a acusar a su hermano mayor con su madre de que los golpeaba y le enseñaron las marcas que les dejaba, sin embargo, su hermano mayor argumentaba que les pegaba porque no querían hacer sus deberes, por lo que ellos terminaban siendo regañados por su madre, lo cual los hacía sentir todavía más indefensos. Tanto Georgina como su hermano mediano nunca hablaron con alguien sobre las violaciones que sufrían en casa, ya que eran amenazados por su hermano mayor de que les iba a hacer daño a ellos y a su madre si llegaban a contar algo a alguien; por lo que ambos llegaron a contemplar la idea del suicidio pero nunca llevaron a cabo algún intento durante el tiempo que vivieron juntos.

Esta tormentosa situación terminó para ellos cuando una amiga de su mamá llegó a vivir a su casa, por lo que con ella en casa ya no se presentaban oportunidades para que fueran abusados tan frecuentemente. Por otro lado, Georgina mencionó que hubo ocasiones en las que su hermano quiso intentar violarla nuevamente pero ella ya tenía la suficiente fuerza como para no dejarse y escapar. Cuando ella tenía 18 años, su hermano mediano se enteró de que él podría ser hijo de otro señor en lugar de quién creía era su padre, por lo que discutieron al respecto entre los miembros de la familia y terminó con la separación de la misma. Georgina se quedó sola con su madre y la amiga de esta última, mientras que su hermano mayor y su hermano más chico se fueron con su

padre, y su hermano mediano se fue por su cuenta y se cambió el nombre. Esta situación la hizo sentir aliviada y culpable, aliviada puesto que por fin el agresor se había ido de su casa, y culpable porque pensó que ella no había hecho lo suficiente para apoyar a su hermano mediano y evitar que este se fuera. Por otra parte, Georgina mencionó que durante toda su vida en familia, llegó a cambiarse de hogar alrededor de 7 veces debido a varias razones como: pleitos con los vecinos provocados por sus hermanos, por vencimiento de contrato, porque a su madre no le agradaba la vivienda, o por falta de recurso para seguir pagando la vivienda, lo cual es un signo de la inestabilidad frecuente en su vida.

Una vez que ella comenzó a vivir sola con su madre y con la amiga de esta última, comienza con los trastornos comorbidos de abuso del alcohol y anorexia. Dichos trastornos surgieron a raíz de un gran vacío emocional que ella sentía, ya que su madre tenía que trabajar y se sentía triste por la separación con su esposo y de sus hijos, lo cual hacía que ella fuera aún más distante con Georgina. Debido a esto, Georgina comenzó a ingerir alcohol en exceso en casa, ya que la hacía sentirse mejor y se olvidaba de su soledad.

A los 19 años, ella fue a visitar a su hermano más pequeño en el negocio de su hermano mayor, y es ahí donde comenzó a encontrarse con quien sería su ex-marido, Enrique, quien es amigo de su hermano mayor. Ahí es cuando ella y él comenzaron a hacerse amigos, cosa que no fue sencilla para ella, debido a que tenía una gran desconfianza en los hombres, pero después de unos meses decidió ser su novia. Esto trajo gran alegría a Georgina, ya que Enrique llenaba el hueco que ella sentía por el maltrato sufrido y por la falta de cariño que careció de sus padres. Ella sentía que él era la única persona que la quería, por lo que hacía su mayor esfuerzo para agradarle. Sin embargo, su madre nunca estuvo de acuerdo con esta relación, y les prohibía verse. Esto mermó aún más la relación entre Georgina y su madre, ya que ella no se sentía apoyada. Un día Enrique le dijo a Georgina de cariño “gordita” lo cual la hizo sentir terriblemente mal ya que pensaba que la iba a dejar de querer y ella no quería perder su cariño por ser

“gorda” por lo que se sometió a dietas restrictivas y a ejercicios excesivos para bajar de peso, por lo que padeció anorexia durante 7 meses. El sentimiento de soledad y la percepción de falta de cariño de Georgina llegaron a tal punto en el que ella decidió quitarse la vida tomando un frasco entero de pastillas (supuestamente eran para mejorar el funcionamiento intestinal) que su madre tenía en su habitación, esta última la encontró en su habitación y la llevó inmediatamente al hospital donde le salvaron la vida. Debido a sus problemas emocionales su rendimiento académico disminuyó considerablemente por lo que ella no pudo concluir la preparatoria debido a que no podía concentrarse lo suficiente como para sacar adelante sus estudios.

Con respecto a su relación con Enrique, esta era estable al principio ya que él la hacía sentir especial, normal, y le daba la suficiente confianza de que no se iba a aprovechar de ella ni la iba a lastimar. A pesar de que a Georgina le costaba mucho trabajo relacionarse con un hombre poco a poco el se fue ganando su confianza y se permitía un mayor contacto físico con él, ya que al principio no le gustaba que la abrazaran o que la tomaran de la mano. Con él fue su primera relación sexual, y poco a poco fue cambiando el esquema que tenía del mismo a uno más agradable, ya que antes pensaba que las relaciones sexuales eran horribles y asquerosas. Después de 2 meses de haber iniciado su vida sexual, ella queda embarazada, y es cuando su relación comenzó a sufrir estragos, ya que él no estaba conforme con la situación y quería que ella abortara, pero Georgina no estaba de acuerdo. Enrique la abandona durante el embarazo y se consigue otra novia. Georgina se enteró de esto por su madre varios años después, y comprendió por fin él porque nunca estuvo de acuerdo con su relación, ya que aparentemente su madre era consciente de esto desde el principio. Georgina encaró a su ex-marido para que reconociera a la niña, y es ahí cuando los papás de él se enteran de que tenían una nieta y querían que se casaran, a lo que Georgina no estaba convencida al principio pero a los 7 meses de nacida la niña acepta casarse con él. Esta relación duró 4 años más hasta que Georgina se hartó de sus constantes infidelidades, de que él no aportara económicamente a la casa,

y por el maltrato psicológico del que ella era víctima, por lo que decidió, junto con sus suegros, que él debía irse de la casa; y fue así como terminó viviendo con su hija en casa de sus suegros. Esto reforzó nuevamente su idea de que los hombres son malos y que “todos son iguales”, por lo que continuó desconfiando del género masculino. Debido a esto, al llegar a la consulta, ella pensaba que esto le impedía formar una nueva relación de pareja, ya que tiene miedo a que le vuelvan a ser infiel, que la busquen solo por sexo, que nadie se vaya a interesar en ella por qué fue abusada, porque tiene una hija, y finalmente tiene miedo a que la traten nuevamente de forma indiferente.

Por último, cuando Georgina acudió a terapia, ella no tenía trabajo, se dedicaba totalmente al hogar y al cuidado de su hija, por lo que dependía económicamente de los abuelos de su hija. Esta situación la hacía sentirse muy estresada ya que le generaba situaciones constantes de conflicto, puesto que la relación con la abuela de su hija no era muy buena. Dichos conflictos solían ser por 2 cosas: discutían frecuentemente acerca de cómo educar a la niña y en la cuestión económica, ya que la abuela no confiaba en cómo estaba gastando el dinero Georgina y esta última sentía que apenas y podía con lo poco que le daban para sacar a su hija adelante.

### **Análisis y descripción de las conductas problema**

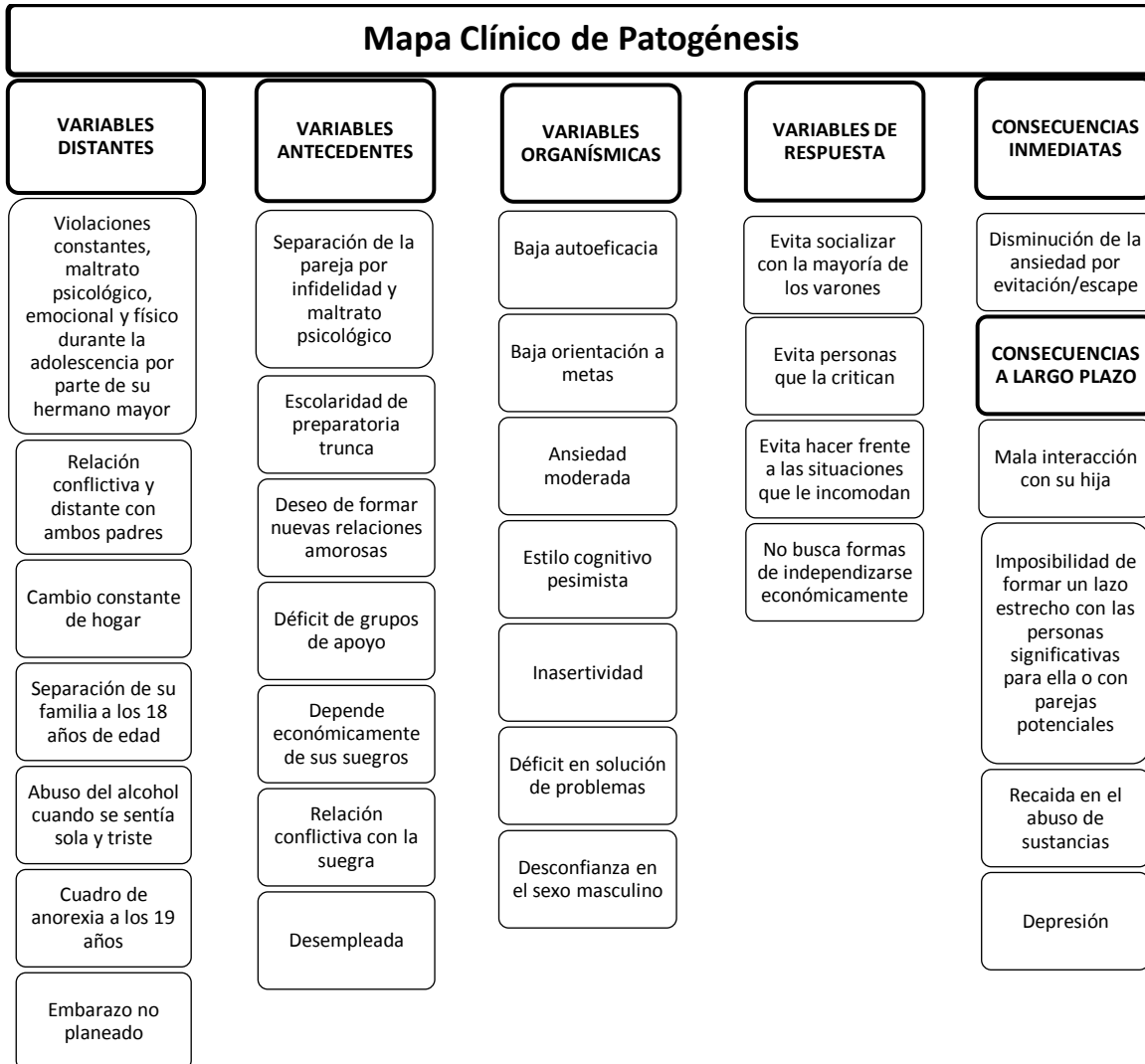
Dentro de las conductas problemas que Georgina manifestó al momento de acudir a terapia se encontró lo siguiente:

1. Experiencia traumática no elaborada: Georgina nunca contó a sus padres que era violada por su hermano mayor por miedo a que le pasaría algo a su madre o que le hicieran algo a su hermano mayor. Por lo que nunca recibió ayuda profesional para tratar el asunto. Solo le contó de dicha experiencia traumática a una amiga de la prepa, y a su ex-marido.
2. Conducta no asertiva: Georgina solía evitar a las personas que le causaban incomodidad ya fuera porque la criticaban por sus decisiones, o porque la confrontaban con respecto a su realidad (su hija, su casa, su ocupación,

etc.). Cuando es criticada o confrontada no defiende su punto de vista, ni su persona como tal, cuando hacen algún comentario con un tono despectivo hacía ella, por lo que se define más por un estilo pasivo.

3. Déficit en solución de problemas: Georgina se definía mejor por un estilo evitativo ante aquello que le generaba estrés, por lo que los problemas que se le presentan no los confrontaba, los evitaba si era posible, o intentaba ignorarlos. Únicamente con respecto a su situación laboral, ella comentó que no sabía cómo resolver su problema ya que percibía que nadie podía ayudarla con su hija para que ella pudiera trabajar.
4. Estilo cognitivo irracional y pesimista: De acuerdo con su IBT las escalas que tuvieron mayor puntuación fueron la de aprobación social, perfeccionismo, preocupación por el futuro, y soluciones ideales. Esto quiere decir que se preocupaba mucho por ser aceptada y amada por las personas significativas para ella, también porque las cosas le salieran de manera perfecta, se preocupaba en exceso por lo que pueda pasar en el futuro, y esperaba que muchas cosas tuvieran una solución ideal e irreal. Con respecto a otros datos clínicos Georgina demuestra un estilo cognitivo pesimista ya que no cree que su situación pueda mejorar, y que hay poco que ella puede hacer al respecto.

Para una mejor comprensión del problema, se muestra a continuación el mapa clínico de patogénesis de Georgina (Cuadro 2), en el cual se incluyen las diferentes variables que interactúan en su motivo de consulta.



**Cuadro 2:** Explica el desarrollo de los problemas de la consultante al momento que acude a terapia.

### Establecimiento de las metas del tratamiento

En orden para poder formar un plan terapéutico se identificó, junto con la consultante, cuáles eran las metas clínicamente relevantes para ella. Primero que nada Georgina refirió que quería trabajar lo que le impedía formar nuevas relaciones de pareja de forma satisfactoria. Para esto fue necesario trabajar sus inseguridades, y pensamientos irracionales que le generaban ansiedad. Por otro lado, debido al pasado que tuvo, Georgina generó una serie de problemas emocionales y déficit de habilidades sociales que le impedían relacionarse de



forma adecuada con algunas personas de su entorno; por lo que fue necesario trabajar en cuanto a lo emocional ciertos sucesos traumáticos para ella para liberar la tensión fisiológica y psicológica que le ha generado a lo largo de los años, y en cuanto al déficit de habilidades sociales, se le entrenó en este campo con comunicación asertiva y solución de problemas.

## **Selección de los tratamientos**

Con respecto a los principales 4 problemas que manifestaba Georgina, se diseñó un tratamiento basado en las siguientes técnicas terapéuticas:

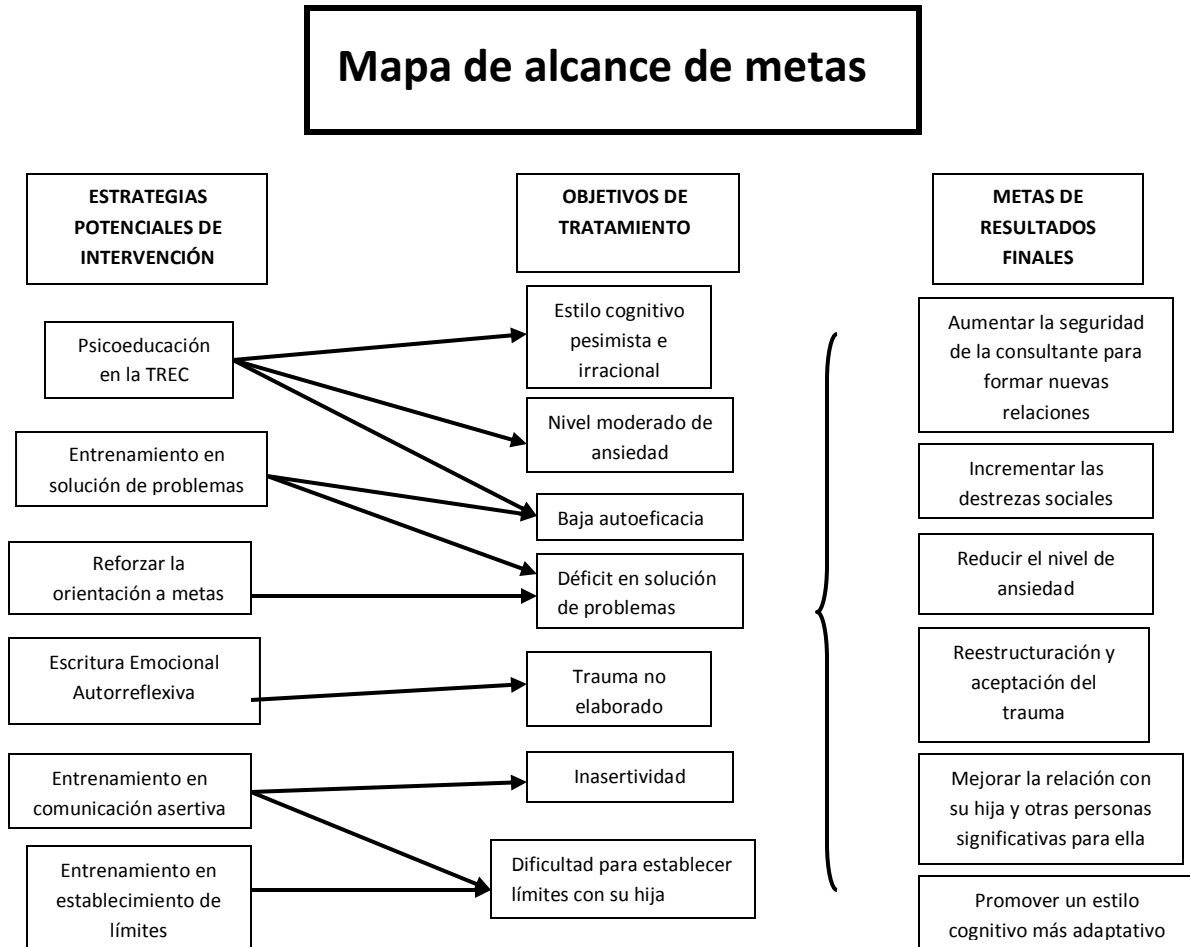
1. **Psicoeducación en la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC):** Este enfoque terapéutico creado por Albert Ellis (1980), quien establece que los problemas emocionales son consecuencia de pensamientos desadaptativos y por lo tanto el objetivo principal de la intervención es enseñar al consultante a establecer patrones de pensamiento más adaptativos. Con esto se busca promover una regulación emocional adecuada para la consultante.
2. **Entrenamiento en solución de problemas:** Esta estrategia de intervención se basa en un procedimiento sencillo para solucionar casi cualquier tipo de problema. Al sujeto se le enseñan 5 pasos que deberá seguir al momento que se le presente alguna adversidad, estos pasos son:
  - Tomarlo con calma y plantear el problema: Aquí se busca no precipitarse, y plantear el problema de forma objetiva.
  - Tomar la perspectiva: Con respecto a problemas que se pueden tener con otras personas, este paso consiste en ponernos en los zapatos de los demás, con la intención de imaginarnos que piensan y qué sienten.
  - Establecer metas: En este paso se debe plantear claramente lo que a uno le gustaría que sucediera. Básicamente este paso consiste en establecer soluciones para el problema.
  - Escoger un camino: Una vez establecidas las posibles soluciones al problema se hace un ejercicio de pros y contras, con la intención de que

el sujeto ponderé sus opciones con una base más objetiva, y así tomar una decisión en base al costo-beneficio de cada una de las opciones.

- Revisar si funcionó: Este último paso consiste en evaluar si la solución adoptada resolvió el problema o no, en caso de que no haya funcionado se vuelve a realizar todo el proceso, hasta que la persona se encuentre satisfecha.
3. Entrenamiento en comunicación asertiva: Con esta técnica se busca lograr que la consultante mejore su forma de comunicar ideas con la intención de que con esto logre mejorar las relaciones que tiene con las personas que le rodean. En este caso se busca que pueda lidiar de mejor forma con aquellas personas que la incomodan o la critican, y también para mejorar su relación con el género masculino.
  4. Ejercicio de Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA): Este ejercicio creado por Pennebaker (1997a) consiste en escribir sucesos considerados como traumáticos para la consultante. El ejercicio consta de 4 fases. La primera (EEA A) consiste en escribir todo lo que pueda recordar acerca de un suceso que considere como traumático en primera persona sin importar ortografía o gramática. La segunda fase (EEA B) consiste en escribir lo mismo pero con la ayuda de una lista de palabras (emociones principalmente) las cuales el sujeto tiene que seleccionar aquellas que vayan de acuerdo con su escrito y acomodarlas en el mismo. La tercera fase (EEA C) consiste en reescribir el ejercicio B, pero en tercera persona. Y por último, la fase cuatro (EEA D) consiste en escribir que fue lo positivo y/o benéfico que dejó dicha experiencia, como parte de su crecimiento personal. Con esto se busca reducir la tensión fisiológica y psicológica acumulada durante años por dichos sucesos.

Todas estas estrategias se escogieron debido a que son fáciles de comprender, de aplicar, y con ningún costo económico para el sujeto. Por lo que es fácil para cualquier terapeuta poder aprenderlas y aplicarlas.

A continuación se muestra el mapa de alcance de metas (cuadro 3) el cual muestra de forma resumida la estrategia a utilizar, el problema que ataca y el resultado que se espera al final del tratamiento.



**Cuadro 3: Muestra la estrategia diseñada por el terapeuta para ayudarle a la consultante a solucionar su motivo de consulta.**

### Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

Al hacer la historia clínica de la consultante se analizó los problemas que presentaba y las variables que se relacionaban con dichos problemas. Una vez hecho esto se decidió evaluar que tan problemático era esto para Georgina, por lo que se aplicó una serie de instrumentos entre los que encontramos:

- Escala de Autoestima de Reidl (2002)

- Inventario de ideas irracionales (IBT)
- Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey
- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck

### **Aplicación de los tratamientos**

El tratamiento tuvo una duración de 20 sesiones en total, de una hora cada una con una frecuencia de 1 vez por semana. Las estrategias de solución escogidas para este caso se aplicaron de forma combinada, dado que trabajarlas secuencialmente podría haber prolongado aún más el tiempo de la terapia. Se inicio con el ejercicio A de la EEA para comenzar a sondear la gravedad del trauma y para comenzar el proceso de liberar tensión a través de la escritura. Después de un par de sesiones se inicio el ejercicio B de la EEA y a la par se comenzó a trabajar la introducción a la TREC. Posteriormente a esto se inicia con el ejercicio C de la EEA y con el entrenamiento en asertividad. Finalmente se inicio con el ejercicio D de la EEA y con el entrenamiento en solución de problemas. En el cuadro 4 se puede apreciar de mejor manera lo dicho anteriormente.

	Número de sesiones																			
Técnica utilizada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Evaluación																				
Historia Clínica																				
Formulación de caso																				
EEA (A)																				
Psicoeducación en la TREC																				
EEA (B)																				
Entrenamiento en asertividad																				
EEA (C)																				
Entrenamiento en solución de problemas																				
EEA (D)																				
Post-evaluación																				

Cuadro 4: Muestra el cronograma de la terapia donde se puede observar el número total de sesiones y el procedimiento que se estaba llevando a cabo a lo largo de cada una de las mismas.

## Evaluación de la efectividad de los tratamientos

Como se mencionó anteriormente, el trabajo aquí presentado se trata de un caso clínico, al cual se le aplicó una batería de instrumentos antes de iniciar la terapia con el fin de diagnosticar, evaluar la problemática de la consultante y para generar la estrategia de intervención. Al concluir se le hizo otra aplicación de los mismos instrumentos para analizar si hubo o no diferencias con respecto al tratamiento utilizado.

Primero se analizarán los dos inventarios de Beck (Jurado et al., 1998, y Robles et al., 2001), después se analizarán los resultados del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (Ramos, 1996), posteriormente los del Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1968), como cuarto análisis se examinará la Escala de Autoestima de Reidl (2002) y finalmente el análisis cuantitativo de los ejercicios de EEA.

### **Resultados de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck**

Tabla 3  
Puntajes BDI y BAI

	<b>BDI</b>		<b>BAI</b>	
	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel de depresión</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Nivel de ansiedad</b>
<b>Pre</b>	8	Mínimo	20	Moderado
<b>Post</b>	1	Mínimo	0	Mínimo

Con respecto a los inventarios de Beck (Jurado et al., 1998, y Robles et al., 2001), la tabla 3 muestra los puntajes obtenidos por la consultante antes y después de la terapia, tanto para el Inventario de Depresión (BDI por sus siglas en inglés) como para el Inventario de Ansiedad (BAI por sus siglas en inglés). Como se puede apreciar, en ambos inventarios el puntaje antes del tratamiento disminuyó al concluir el mismo, siendo más notable la disminución obtenida en el

BAI ya que esta, de acuerdo con la interpretación, pasó de un nivel de ansiedad moderado (puntaje crudo de 20) a uno mínimo (puntaje crudo de 0); mientras que en el caso del BDI el nivel de depresión se mantuvo en mínimo en ambas mediciones, sin embargo, se puede apreciar una pequeña disminución en el puntaje (pre=8, post=1).

### **Resultados del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey**

Tabla 4

Subescala de Grado de Incomodidad (GI)

	<b>Puntaje Bruto</b>	<b>Calificación T</b>	<b>Nivel</b>
<b>Pre</b>	126	60	GI superior al promedio
<b>Post</b>	54	30	GI bajo

Tabla 5

Subescala Probabilidad de Respuesta (PR)

	<b>Puntaje Bruto</b>	<b>Calificación T</b>	<b>Nivel</b>
<b>Pre</b>	129	60	PR inferior al promedio
<b>Post</b>	106	50	PR promedio

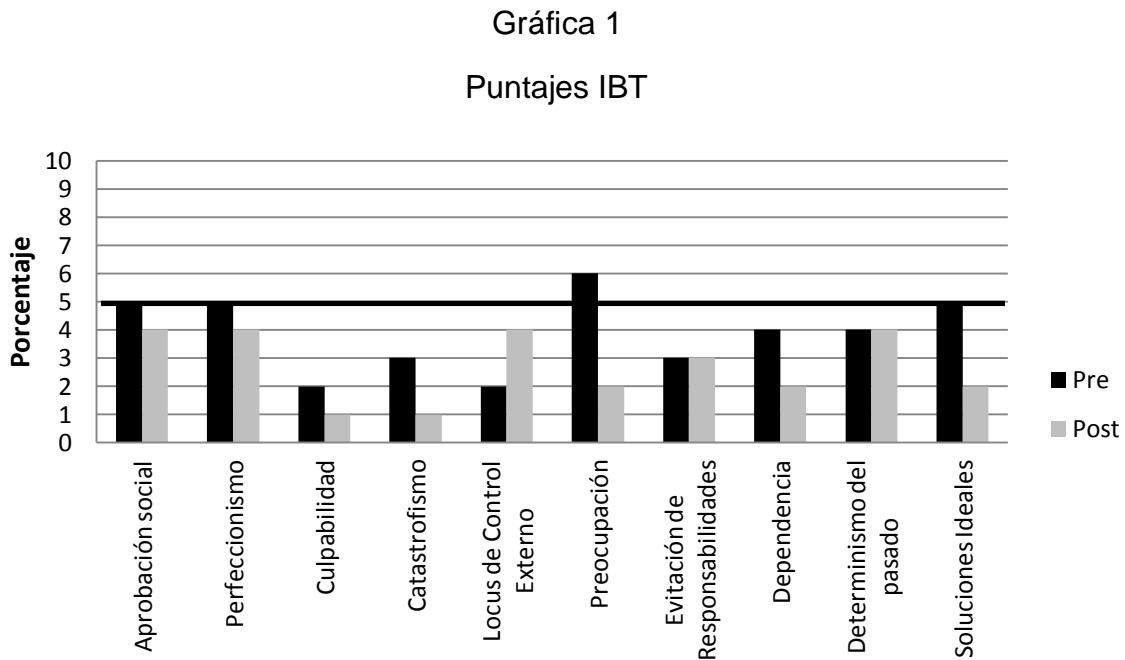
El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (Ramos, 1996) consta de dos subescalas, Grado de Incomodidad (GI) y Probabilidad de Respuesta (PR), las cuales de acuerdo al puntaje obtenido proporcionan información para interpretar la conducta del evaluado(a). En las evaluaciones aplicadas a la consultante obtuvo los puntajes mostrados en la tabla 4 y 5.

En la evaluación antes del tratamiento la consultante obtuvo un GI con un nivel superior al promedio (calificación T=60) y un PR con un nivel inferior al promedio (calificación T=60). De acuerdo con la interpretación del instrumento esto la cataloga en la categoría de conducta inasertiva. Al finalizar el tratamiento

estos puntajes cambiaron significativamente, el GI obtuvo un nivel bajo (calificación T=30), mientras que su PR mostró un aumento, de un nivel inferior al promedio subió a promedio (calificación T=50). De acuerdo con la interpretación del instrumento un valor promedio en cualquiera de las dos subescalas, no permite catalogar al evaluado(a) en alguna de las categorías del cual está conformado el inventario.

### **Resultados del Inventario de Ideas Irracionales**

De acuerdo al análisis del Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1968) (IBT por sus siglas en inglés) se muestran a continuación la siguiente gráfica que contiene los porcentajes de los 10 tipos de ideas irracionales obtenidos por Georgina durante las evaluaciones:



Como se puede apreciar en la gráfica 1, en la evaluación antes del tratamiento hubo 4 tipos de pensamientos irracionales que sobresalieron del resto por sus porcentajes, estos fueron: Aprobación Social (5%), Perfeccionismo (5%),



Preocupación (6%), y Soluciones ideales (5%); mientras que los demás tipos de pensamientos se mantuvieron con porcentajes relativamente bajos entre 2 y 4 por ciento. Posteriormente al concluir el proceso terapéutico casi todos los porcentajes disminuyeron a excepción de tres tipos de los cuales dos se mantuvieron en el mismo nivel (4%) que fueron el de Evitación de responsabilidades y Determinismo del pasado. El otro tipo de pensamiento fue el de Locus de control externo el cual aumento en 2% para terminar en un total de 4% el cual no era significativamente alto. De los 4 porcentajes que la consultante mostró como más altos antes de la terapia exhibieron una mejora, es decir, Aprobación Social y Perfeccionismo iniciaron con un valor de 5% y bajaron a 4%. El factor de Preocupación fue el que mostró el mayor cambio ya que inició con un valor de 6% y al concluir el tratamiento mostró un valor de 2%. El último cambio corresponde al de Soluciones ideales el cual presentaba un valor de 5% y al final disminuyó a 2%.

### ***Resultados de la Escala de Autoestima***

Con respecto a la Escala de Autoestima (Reidl, 2002) la cual consta de dos factores, uno de autoestima positiva y otro de autoestima negativa. En la evaluación antes del tratamiento, como se puede ver en la tabla 6, ella puntuó negativamente en cuatro de los reactivos de autoestima positiva (4, 10, 14 y 17), es decir, sus respuestas se encontraron en “desacuerdo” cuando se espera que para esos reactivos se contesten “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”. No obstante, sus respuestas a estos cuatro reactivos al terminar el tratamiento reflejaron una mejora en su autoestima ya que puntuaron dentro del tipo de respuesta que se esperaba que contestara.

En el caso de los reactivos de autoestima negativa (1,3 y 16), la consultante no puntuó positivo para ninguno de dichos reactivos, es decir, sus respuestas fueron “en desacuerdo” lo cual era lo que se esperaba que contestara. Al terminar el tratamiento, las respuestas a dichos reactivos se vieron más marcadas, es

decir, en lugar de haber contestado que estaba en “de acuerdo” con la afirmación del reactivo, contestó que estaba “totalmente en desacuerdo”.

Tabla 6  
 Respuestas de la Escala de Autoestima

REACTIVO	Respuesta			
	TA	A	D	TD
<b>Autoestima Negativa</b>				
1. Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo (a).			•	Δ
3. En realidad no me gusto a mi mismo (a).			•	Δ
16. Con frecuencia desearía ser otra persona.			•	Δ
<b>Autoestima Positiva</b>				
2. Soy una persona con muchas cualidades.	Δ	•		
4. Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo.		Δ	•	
10. Soy muy feliz.		Δ	•	
12. Me siento orgulloso (a) de lo que hago.	Δ	•		
14. Es fácil que yo le caiga bien a la gente.	Δ		•	
17. Me siento bastante seguro (a) de mi mismo (a)		Δ	•	

*Nota. Se muestran únicamente los reactivos que mostraron cambios durante las 2 evaluaciones.*

<sup>a</sup>La evaluación Pre se muestra con un •, y la evaluación Post se muestra con un Δ

<sup>b</sup>El área sombreada en la tabla corresponde al tipo de respuesta que se espera que el sujeto emita.

### **Resultados de la Escritura Emocional Autorreflexiva**

El último análisis hecho corresponde a los ejercicios de la escritura Emocional Autorreflexiva (EEA). Para esta labor se aplicó una prueba t de student para muestras relacionadas, para analizar diferencias en el uso de cinco tipos de palabras, a lo largo de las fases de la EEA, que son: verbos en pasado (VP), palabras de emociones negativas (EN), palabras de emociones positivas (EP), palabras causales (PC) y palabras de autorreflexión (PA) (Insight words como se le conoce en inglés).

Tabla 7

Diferencias observadas en el uso de las cinco categorías de palabras en los escritos de EEA (N = 9)

		Media	Desviación típ.	T	Sig. (bilateral)
Par 1	VP (A)	15,9789	1,84125	1,656	,136
	VP (B)	14,1911	3,18339		
Par 2	EN (A)	,9033	,33061	-5,489	,001**
	EN (B)	4,6889	2,27650		
Par 3	EP (A)	,2222	,28266	-3,326	,010**
	EP (B)	,6133	,40994		
Par 4	PC (A)	2,4478	,30959	-,948	,371
	PC (B)	2,8311	1,07864		
Par 5	PA (A)	,0456	,09989	-3,690	,006**
	PA (B)	,5311	,46844		
Par 6	VP (A)	15,9789	1,84125	8,966	,000**
	VP (D)	7,7022	2,58269		
Par 7	EN (A)	,9033	,33061	-,386	,710
	EN (D)	1,0889	1,33877		
Par 8	EP (A)	,2222	,28266	,834	,429
	EP (D)	,1078	,21563		
Par 9	PC (A)	2,4478	,30959	1,991	,082
	PC (D)	1,9933	,75299		
Par 10	PA (A)	,0456	,09989	-11,819	,000**
	PA (D)	2,4356	,62380		
Par 11	VP (B)	14,1911	3,18339	3,817	,005**
	VP (D)	7,7022	2,58269		
Par 12	EN (B)	4,6889	2,27650	4,557	,002**
	EN (D)	1,0889	1,33877		
Par 13	EP (B)	,6133	,40994	3,447	,009**
	EP (D)	,1078	,21563		
Par 14	PC (B)	2,8311	1,07864	2,721	,026*
	PC (D)	1,9933	,75299		
Par 15	PA (B)	,5311	,46844	-7,639	,000**
	PA (D)	2,4356	,62380		

Nota. La letra entre paréntesis corresponde a la fase del ejercicio de EEA que se está comparando en cada uno de los pares.

\* $p < .05$

\*\* $p < .01$

Como se puede observar en la tabla 7, varios de los cambios en el uso de los cinco tipos de palabras fueron significativos. En primer lugar el uso de VP mostró una constante disminución a lo largo de los ejercicios, durante la fase A de

la EEA presentaba una  $\bar{x}=15.97\%$ , al pasar a la fase B el porcentaje de VP disminuyó a  $\bar{x}=14.19\%$ , aunque dicho cambio no fue significativo, posteriormente al pasar a la fase D el cambio en el uso de VP fue más notable pues presentaba un valor de  $\bar{x}=7.7\%$ , por lo que dicho cambio fue significativo en dos momentos: primero al comparar las medias de la fase A y la D ( $t=8.966$ ,  $p=.000$ ), y al comparar las de las fases B y D ( $t=3.817$ ,  $p=.005$ ).

Con respecto al uso de EN, al inicio del ejercicio mostró un promedio de  $\bar{x}=.9\%$ , pero al avanzar a la fase B mostró un aumento significativo ( $t=-5.489$ ,  $p=.001$ ), ya que el promedio fue de  $\bar{x}=4.68\%$ . Posteriormente al terminar la fase D el uso de EN disminuyó significativamente ( $t=4.557$ ,  $p=.002$ ) a un valor de  $\bar{x}=1.08\%$ , en comparación con el porcentaje de la fase B. Sin embargo, las diferencias entre el promedio usado en la fase A y en la fase D no resultó estadísticamente significativo.

En cuanto al uso de EP, su uso fue relativamente bajo en la primera fase de la EEA con una  $\bar{x}=.22\%$ . Al igual que en el uso de EN, los cambios observables en los porcentajes de EP resultaron significativos en 2 momentos, primero al pasar a la fase B ( $t=-3.326$ ,  $p=.01$ ) ya que presentó un uso de  $\bar{x}=.61\%$  en dicha fase; el segundo cambio significativo ( $t=3.447$ ,  $p=.009$ ) fue la disminución que el porcentaje mostró al llegar a la fase D con una  $\bar{x}=.1\%$ , en comparación con el porcentaje usado en la fase B. No obstante, al igual que en el caso de las EN el cambio no resultó significativo cuando se compararon las medias de la fase A y la fase D.

La consultante al iniciar el ejercicio mostró un promedio de  $\bar{x}=2.44\%$  para el uso de PC, el cual fue variando conforme avanzaba a las diferentes fases de la EEA. Sin embargo, dichos cambios no resultaron estadísticamente significativos, con excepción del cambio presentado entre las fases B y D ( $t=2.721$ ,  $p=.026$ ) el cual muestra una disminución del porcentaje usado para PC con una  $\bar{x}=2.83\%$  para la fase B y una  $\bar{x}=1.99\%$  para la fase D.

Por último, para el uso de PA, este presentó un valor de  $\bar{x}=0.04\%$  en la fase A. Por lo que al pasar a la fase B mostró un aumento estadísticamente significativo ( $t=-3.69, p=.006$ ) ya que presentó un promedio de  $\bar{x}=0.53\%$ . La consultante al pasar a las siguientes fases mostró cambios estadísticamente significativos en otras dos situaciones. Primero al comparar las medias en el uso de PA entre las fases B y D ( $t=-7.639, p=.000$ ), el cual mostró un aumento para terminar con una  $\bar{x}=2.43\%$ . La segunda, y última situación, que mostró otro aumento significativo fue al comparar las medias entre las fases A y D ( $t=-11.819, p=.000$ ).

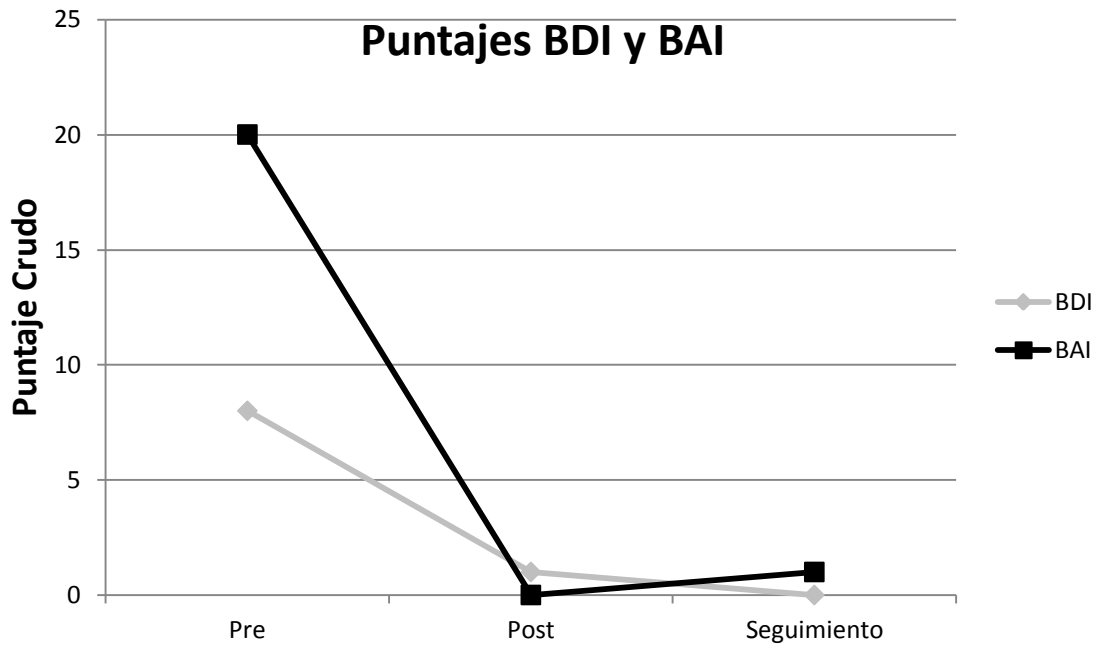
### **Seguimiento: 10 meses después**

Para descubrir si la mejoría obtenida con la intervención tuvo un efecto duradero, se realizó un seguimiento 10 meses después de haber concluido la terapia. Dicho proceso consistió de dos sesiones en las que se aplicaron los cinco instrumentos de evaluación y un cuestionario de satisfacción con los resultados de la terapia (CSRT) (Ver Anexo), con el fin de poder medir el beneficio obtenido con la intervención. El CSRT consta de 16 afirmaciones que abarcan las diferentes habilidades trabajadas en la terapia, le pide al evaluado que conteste en una escala Likert de 5 puntos (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, y siempre) según crea que tanto puede aplicar en su vida cotidiana los conocimientos trabajados.

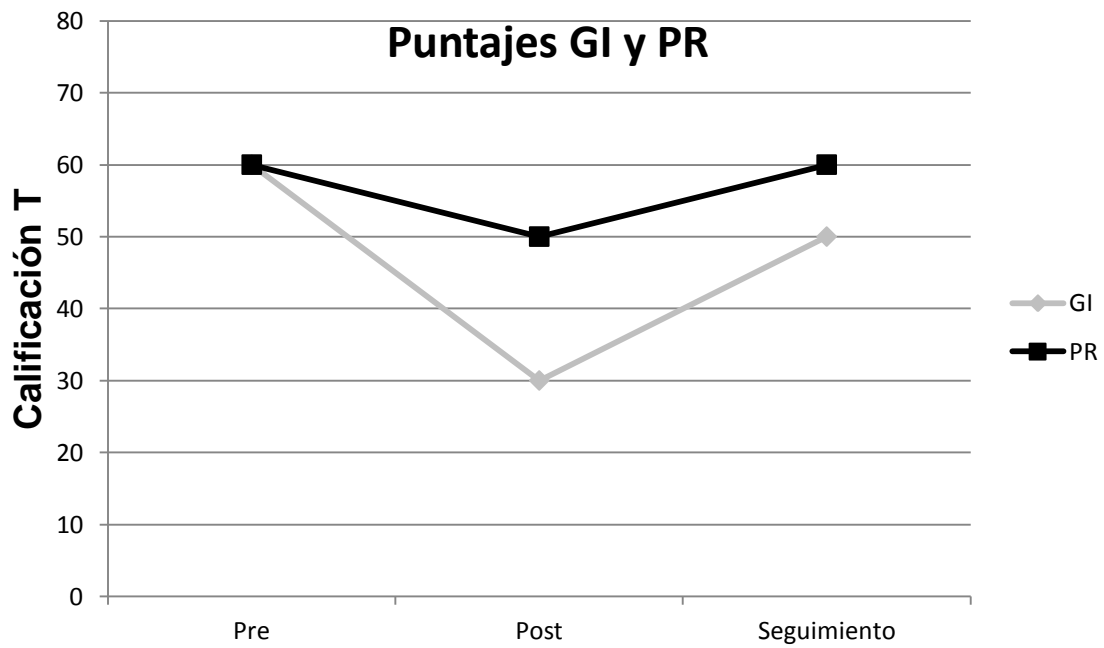
Los resultados obtenidos a través de esta tercera evaluación se compararon únicamente con la post-evaluación y se muestran a continuación:

La gráfica 2 muestra los puntajes de los dos Inventarios de Beck, los cuales indicaron que tanto los niveles de ansiedad, como los de depresión se mantuvieron en un nivel mínimo ya que el puntaje obtenido fue de 1 y 0 respectivamente.

Gráfica 2



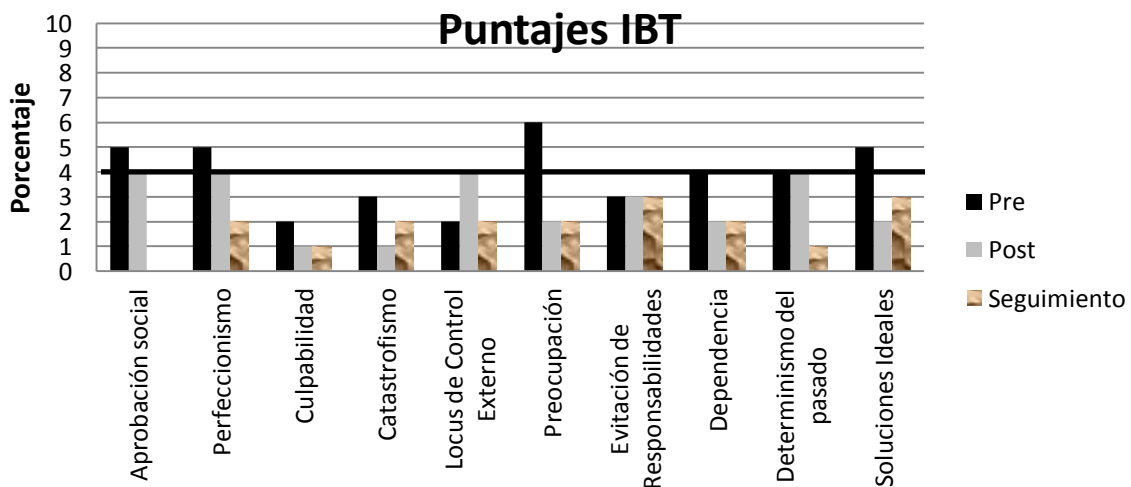
Gráfica 3



En lo concerniente a la adquisición de las habilidades sociales los puntajes del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (Ramos, 1996) se muestran en la gráfica 3. Dichos puntajes, tanto para GI como para PR, regresaron casi a sus niveles basales, es decir, el nivel de GI subió de un nivel bajo a promedio (calificación T=50) y el nivel de PR bajó de promedio a inferior al promedio (calificación T PR=60), por lo que la interpretación del instrumento fue imposible de realizar debido al puntaje promedio en el nivel de GI.

En la gráfica 4, la cual corresponde al análisis del IBT (Jones 1968), el lector puede apreciar los cambios obtenidos con la intervención, para el caso de los pensamientos irracionales. En este caso se puede observar que algunos porcentajes se mantuvieron igual a los valores de la post-evaluación los cuales se habían mostrado bajos (Culpabilidad, Preocupación, Evitación de responsabilidades, y Dependencia). Otros factores mostraron un aumento de 1% (Culpabilidad y Soluciones ideales), sin embargo, dicho cambio los mantuvo aún en un porcentaje relativamente bajo. El resto de los factores, los cuales eran los más altos en la post-evaluación, mostraron una disminución siendo la más considerable la de Aprobación social (0%), seguido por los factores Determinismo del pasado (1%), Perfeccionismo (2%) y Locus de control externo (2%).

Gráfica 4



En el caso de la Escala de Autoestima (Reidl, 2002) la tabla 8 muestra la comparación entre las últimas dos evaluaciones. Por lo que puede observarse los reactivos que estaban contestados como *totalmente de acuerdo* y *totalmente en desacuerdo*, tanto de autoestima positiva como negativa, se mantuvieron iguales en ambas mediciones. Por otra parte, las pequeñas diferencias que se pueden apreciar corresponde a la de los reactivos 2, 4, 10, y 17 los cuales indicaron una ligera mejora en la autoestima de la consultante ya que puntuaron más alto para el factor de autoestima positiva.

Tabla 8  
 Respuestas de la Escala de Autoestima

REACTIVO	Respuesta			
	TA	A	D	TD
<b>Autoestima Negativa</b>				
1. Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo (a).			•	$\Delta/\Omega$
3. En realidad no me gusto a mi mismo (a).			•	$\Delta/\Omega$
16. Con frecuencia desearía ser otra persona.			•	$\Delta/\Omega$
<b>Autoestima Positiva</b>				
2. Soy una persona con muchas cualidades.	$\Delta/\Omega$	•		
4. Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo.	$\Omega$	$\Delta$	•	
6. Casi siempre me siento seguro (a) de lo que pienso.	$\Omega$	$\Delta/\bullet$		
10. Soy muy feliz.	$\Omega$	$\Delta$	•	
12. Me siento orgulloso (a) de lo que hago.	$\Delta/\Omega$	•		
14. Es fácil que yo le caiga bien a la gente.	$\Delta/\Omega$		•	
17. Me siento bastante seguro (a) de mi mismo (a)	$\Omega$	$\Delta$	•	

*Nota. Se muestran los mismos reactivos que en la tabla 6 más los reactivos que mostraron cambios entre las evaluaciones post-tratamiento y seguimiento.*

<sup>a</sup>La la evaluación Pre se muestra con un •, la evaluación Post se muestra con un  $\Delta$  y el seguimiento se muestra con  $\Omega$ .

<sup>b</sup>El área sombreada en la tabla corresponde al tipo de respuesta que se espera que el sujeto emita.

## Significancia Clínica

En el aspecto clínico, el CSRT indicó que los diferentes aspectos de la terapia le resultaron útiles a la consultante. La tabla 9 muestra las respuestas que



emitió a cada una de las afirmaciones del instrumento. Como se puede apreciar para el caso de la reestructuración cognitiva, asertividad y solución de problemas, Georgina siente que es capaz aplicar cada una de estas habilidades en su vida cotidiana y siente que le ayudan a resolver diferentes problemáticas que se le presentan. Por otra parte, como indica el reactivo 11 aún no se siente segura para formar una nueva relación de pareja. Con respecto a la EEA, se puede apreciar en sus respuestas que fue una técnica que le ayudó a superar lo que le había sucedido.

### **Resultados Cualitativos**

En cuanto a las verbalizaciones clínicamente significativas, Georgina comentó que sus relaciones interpersonales con sus ex-suegros, su ex-pareja, su hija y su madre mejoraron considerablemente, ya que antes solía evitarlos puesto que la hacían sentir incomoda (con excepción de su hija). Algo que parece interesante y sorprendente a la vez es que ella comienza a relacionarse más con su hermano mayor (el agresor durante su adolescencia), ya que se permite cierto contacto físico con él (abrazarse), y ya no le genera tanto temor estar con él, como antes sucedía cuando era adolescente. Con respecto a su estado emocional, mencionó que la terapia le ayudo a “sanar” por dentro, principalmente por el ejercicio de la EEA, ya que el expresar sus experiencias más dolorosas y sus emociones le ayudó a sentirse más tranquila, más alegre y más segura de sí misma.

En cuanto a algunas metas que se había planteado al terminar la terapia, entre ellas se puede mencionar el conseguir un trabajo para lograr una independencia económica de sus ex-suegros. Por lo que 4 meses después de haber concluido el proceso terapéutico ella consiguió un trabajo, cosa que la hace sentir más contenta.

Tabla 9

Respuesta del Cuestionario de Satisfacción con los Resultados de la Terapia

	N	CN	AV	CS	S
1. ¿Se siente capaz de identificar pensamientos irracionales que afecten sus emociones y su comportamiento?					X
2. ¿Puede cambiar pensamientos irracionales en pensamientos racionales que le ayuden a sentirse y comportarse mejor?					X
3. ¿Considera que identificar sus pensamientos irracionales y racionales le ayudó a mejorar los problemas relacionados con su motivo de consulta?					X
4. ¿Cuándo tiene un problema el “tomar las cosas con calma” le ayuda a encontrar la solución adecuada?					X
5. ¿Ponerse en el lugar del otro cuando tiene un problema le ayuda a entender mejor la situación?					X
6. ¿Cuándo tiene un problema, el establecer metas y tener diferentes alternativas, le permite encontrar la mejor solución?				X	
7. ¿Cuándo se le presenta un problema, con qué frecuencia continúa utilizando los pasos para solución de problemas que se revisaron en la terapia?					X
8. ¿Ser una persona asertiva le ayuda a llevarse mejor con su familia y con las personas que le rodean?					X
9. ¿Considera que llevarse mejor con su familia y las personas que le rodean es importante para resolver otros problemas relacionados con su conducta y/o su salud?				X	
10. ¿Las cosas que aprendió durante el tratamiento le serán útiles en sus actividades cotidianas?				X	
11. ¿Se siente más seguro (a) de sí mismo (a) para cuando quiera formar una relación de pareja con otra persona?			X		
12. ¿Escribir sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a liberar la tensión que tenía acumulada por guardar dichas experiencias como un secreto?					X
13. ¿Escribir sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a aclarar cómo se sintió con respecto a lo que le sucedió?					X
14. ¿Escribir sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a ver las cosas positivas que dejaron dichas experiencias en su vida?					X
15. ¿Escribir sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a superar lo que le había ocurrido?					X
16. ¿Recomendaría este tratamiento a otras personas con el mismo problema o uno similar al suyo?					X

Nota. Las equivalencias de las iniciales son las siguientes: N=nunca, CN=casi nunca, AV=algunas veces, CS=casi siempre, S=siempre.

## Discusión

---

El Juego del Optimismo (JO) brinda atención a niños y a sus familias con diversas problemáticas, por lo que generalmente el tratamiento se enfoca al motivo del consulta del menor y en el caso de los padres se enfoca a brindarles de habilidades que favorezcan la solución del mismo. En algunas ocasiones, los padres llegan con alguna problemática importante, por lo que de no tratarse puede afectar negativamente el motivo de consulta del menor (Manrique, 2003). De aquí surge la necesidad de desarrollar un protocolo para tratar los casos de padres con algún trastorno que les impida desenvolverse de forma adecuada en su entorno. Con este fin, se desarrolló un tratamiento para los casos de adultos que sufren del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), y de esta forma se desarrolló un manual de aplicación para terapeutas que no tengan experiencia en este tipo de casos, para que puedan tratarlos.

Para poder desarrollar el manual tuvo que validarse primero el procedimiento llamado Protocolo “Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático” por el método de jueces expertos. Los resultados se obtuvieron mediante el Cuestionario de Validación (López & Valencia, 2011) el cual mostró que los jueces estuvieron de acuerdo con la mayoría del procedimiento propuesto; ya que, como se puede observar en la tabla 2, la mayoría de las respuestas tendieron a ser “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. Debido a esto, puede decirse que los jueces estuvieron de acuerdo con el tratamiento propuesto en prácticamente todos sus aspectos como: sustento teórico, objetivos del tratamiento, instrumentos de evaluación, estrategias utilizadas, tareas asignadas, el material a utilizar, resultados esperados, y control terapéutico.

De acuerdo con los resultados obtenidos con los instrumentos de evaluación, se puede decir que la consultante resultó beneficiada con la terapia, ya que le ayudó a resolver sus problemas personales. Hay que recordar que la

consultante al solicitar terapia individual, presentaba síntomas de ansiedad, depresión, pensamientos irracionales, déficits en habilidades sociales y solución de problemas, y tener una experiencia traumática no elaborada.

Durante la terapia, las estrategias de intervención se centraron en brindar a la consultante de habilidades necesarias para darle solución a cada uno de estos problemas. En el caso de los síntomas de ansiedad y depresión, según la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis (1980) los sentimientos son una consecuencia de lo que pensamos con respecto a una situación o acontecimiento activador como lo llama él. Debido a esto se trabajó junto con la consultante la reestructuración cognitiva mediante el debate de ideas irracionales, con la finalidad de cambiar los pensamientos desadaptativos generadores de emociones inadecuadas por otros pensamientos más adaptativos que buscan mejorar su estado de ánimo. En este caso se hicieron utilizaron dos instrumentos de medición para determinar de una forma objetiva si hubo o no un cambio en el patrón de pensamiento de la consultante y si presentó una mejora en su estado anímico. La primera medición corresponde a la hecha con el Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1968) (IBT por sus siglas en inglés), mientras que la segunda medición corresponde a la de los Inventarios de Ansiedad (Robles, et al., 2001) y Depresión de Beck (Jurado et al., 1998).

En el caso del IBT (Jones, 1968), de acuerdo con la literatura las personas con antecedentes de abuso y abandono emocional puntúan alto en diferentes esquemas cognitivos disfuncionales (Calvete, et al., 2007). Por lo que era de esperarse que la consultante mostrara la presencia de este tipo de esquemas o pensamientos. Como se puede observar en la gráfica 1 en la evaluación antes del tratamiento, la consultante presentaba, principalmente, los siguientes tipos de ideas irracionales: primero el de *aprobación social* lo que está relacionado con la necesidad de la consultante de ser aprobada por los demás. De acuerdo a los objetivos de la asertividad establecidos por Méndez et al. (2005) puede decirse que este tipo de pensamiento se debe a que la consultante buscaba el objetivo de

eficacia en la relación, esto se ve reflejado en su constante búsqueda de alguien que la hiciera sentir importante y amada. El siguiente tipo de idea irracional es el de *perfeccionismo*, el cual hace alusión a querer tener éxito en las cosas que se realizan y a evitar el fracaso, esto tal vez explique el porqué no ha intentado terminar la preparatoria, y también el por qué ella intenta ser la mejor mamá y darle a su hija lo que ella nunca tuvo. El tercer tipo que sobresalió es el de *preocupación* (aprehensión ante el futuro), el cual hace alusión al temor generado ante lo que pueda venir en un futuro. La consultante mostraba un elevado grado de preocupación por varias situaciones que todavía no sucedían o que no sabía si sucederían, lo que le generaba gran estrés y ansiedad, le preocupaba mucho tener reuniones en las que pudiera encontrarse con su mamá o con su suegra; al haber estado saliendo con un hombre sentía mucho miedo de que la dejarán por una infinidad de razones que pasaban por su mente (el haber sido abusada, el tener una hija, el no ser “normal”, etc). De acuerdo con los esquemas de *autosuficiente vs incompetente y seguridad vs peligro del mundo* propuesto por Foa y Riggs (2005) el cual asegura que las persona que se ven a sí mismas como incompetentes y que el mundo es un lugar peligroso para vivir, tienden a comportarse y a pensar como lo hacía Georgina. Por último el cuarto tipo de idea irracional en el que sobresalió fue el de *soluciones ideales*, el cual se refiere a que las personas buscan o creen que hay una solución perfecta o ideal para todo problema, esto llega a ser problemático puesto que este tipo de soluciones no son reales o simplemente son imposibles de llevar a cabo.

Al final del tratamiento, la consultante mostró una disminución considerable del porcentaje total de cada uno de los 10 tipos de ideas irracionales que mide el instrumento, lo cual muestra la efectividad que la TREC tuvo en ella; ya que de acuerdo con la literatura, uno de los principales objetivos de la terapia en el caso de las violaciones es trabajar con las emociones y las cogniciones para mejorar la sintomatología de los consultantes (Muran et al., 2000; Heflin et al., 2000). En general el patrón de pensamiento de Georgina se volvió más optimista y más objetivo. Lo cual le brindó de un mayor control emocional, por lo que ante alguna

situación que le resultaba incomoda y le generará estrés podría enfrentarse mejor a ella que antes del tratamiento. Esta estrategia de intervención sumada al entrenamiento de habilidades sociales y de solución de problemas, de acuerdo con lo establecido por Naranjo (2008), ayudaron a mejorar sus relaciones interpersonales, su autoeficacia y por lo tanto presentó un aumento de su autoestima.

En el seguimiento los porcentajes del IBT se mantuvieron muy parecidos a la post-evaluación. Esto quiere decir que fue una habilidad que aún mantiene después de 10 meses. El cambio más notable en esta evaluación fue en el porcentaje de Aprobación social, ya que era uno de los tipos de ideas irracionales con mayor presencia en Georgina y en el seguimiento el porcentaje disminuyó a cero, por lo que parece que Georgina es capaz de reestructurar su pensamiento para evitar provocarse emociones negativas y así escoger mejor la compañía que desea, entre otras cosas.

Con respecto a los resultados obtenidos, antes de iniciar el tratamiento, a través de los Inventarios de Ansiedad (Robles, et al., 2001) y Depresión de Beck (Jurado et al., 1998) se descartó cualquier indicio de que la consultante padeciera de depresión ya que obtuvo un nivel mínimo en la prueba, pero el nivel de ansiedad que presentaba era algo elevado ya que puntuó con un nivel moderado, lo cual dejaba en claro que Georgina no poseía las habilidades necesarias para regular sus emociones y que continuaba con un proceso de tensión psicológica y fisiológica producto de un trabajo de inhibición (Pennebaker & Beall, 1986), es decir, continuaba reprimiendo y manteniendo en secreto su historia de abuso. De haber continuado sin una intervención terapéutica la probabilidad de padecer algunos trastornos o enfermedades asociadas al estrés aumentaba (Pennebaker & Beall, 1986), al igual que la vulnerabilidad a padecer depresión podía ser mayor (Manrique, 2003). Al concluir el tratamiento, los puntajes obtenidos en ambos inventarios demuestran que la intervención resultó en la reducción de ambos puntajes, lo cual la catalogó en el nivel mínimo para depresión y ansiedad. Esto

quiere decir que al término del tratamiento la consultante ya era capaz de autorregular sus emociones, y por lo tanto mejorar su estado de ánimo mediante el control de sus pensamientos. Además de esto se puede decir que fue una habilidad que interiorizó ya que dicha mejora se mantuvo durante el seguimiento 10 meses después. Un ejemplo muy claro de esto se encuentra en las respuestas dadas por la consultante en la Escala de Autoestima de Reidl (2002) (ver tabla 7), en el cual antes de iniciar el tratamiento contestó al reactivo 10 (Soy muy feliz) de forma negativa (en desacuerdo), y al final del tratamiento contestó de forma positiva (de acuerdo), incluso en el seguimiento la mejora se vio más marcada (Totalmente de acuerdo).

Aunado a esta mejora en su estado anímico, la consultante mencionó que el entrenamiento solución de problemas, siguiendo el modelo propuesto por D'Zurilla y Nezu (1982), le ayudo bastante en su vida cotidiana. Hay que recordar que el objetivo de este entrenamiento es lograr que las personas aborden los problemas con una metodología sistemática para facilitar la solución de los mismos (Méndez et al., 2005). Por lo que se esperaba, con dicha estrategia de intervención, que la consultante mejorase su habilidad para solucionar problemas, aumentar su autoeficacia, y mejorar su relación con otros significativos (Vera-Villarroel & Guerrero, 2003). Dado que no se contó con alguna forma de medir la adquisición de la habilidad se usó el CSRT como indicador, en el cual la consultante dejó ver que es una habilidad que utiliza prácticamente siempre que tiene algún conflicto. Debido a esto, ella mencionó que el entrenamiento le sirvió para solucionar conflictos con sus ex-suegros, con su hija y con su ex-pareja. Esta mejora puede explicarse desde la perspectiva de Vera-Villarroel y Guerrero (2003) quienes explican que para facilitar la solución de problemas es necesario que el entrenado posea un patrón de pensamiento positivo ya que esto les ayuda a ver el problema como un reto y confiar en sus habilidades para resolverlo, razón por la cual se colocó esta estrategia de intervención en el cronograma de la terapia (ver cuadro 4) después de la psicoeducación en la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC).

En el caso del entrenamiento en asertividad se utilizó el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (Ramos, 1996), el cual consta de dos subescalas, la primera de estas es el Grado de Incomodidad (GI), el cual hace referencia a que tan incomodo o que tanta ansiedad genera en el individuo una situación en particular, entre mayor sea el puntaje obtenido mayor ansiedad genera dicha situación. La segunda subescala es la de Probabilidad de Respuesta (PR), el cual se refiere a que tan probable es que el sujeto actué igual a la afirmación que se le presenta en el cuestionario, cuanto mayor sea el puntaje obtenido quiere decir que es más común que el sujeto se comporte de forma no asertiva.

Los resultados de la prueba mostraron que la conducta de la consultante antes del tratamiento era inasertiva, ya que obtuvo un GI igual a 60 (nivel superior al promedio), y un PR igual a 60 (nivel inferior al promedio). La interpretación de su nivel de GI significa que Georgina tendía a manifestar ansiedad o incomodidad con mayor frecuencia que la mayoría de las personas ante diversas situaciones de la vida cotidiana. Como reporta la literatura, este nivel de ansiedad es común en personas que han sufrido de violación (Foa & Riggs 2005; Muran, & DiGiuseppe, 2000; Heflin et al., 2000), por lo que era de esperarse que en esta evaluación saliera con dicho nivel de ansiedad. Mientras que la interpretación de su nivel de PR significa que Georgina, cuando estaba frente a una situación que le generaba ansiedad o incomodidad, tendía a actuar con menor frecuencia de forma asertiva, que la mayoría de las personas ante esas mismas situaciones, es decir, tendía a evitar dichas situaciones estresantes para ella. De acuerdo con el DSM-IV, este tipo de conducta evitativa es común en víctimas de violación que sufren del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), ya que los síntomas pueden ser tan disruptivos que no permiten a la persona desenvolverse adecuadamente en su entorno (Echeburúa et al., 1998).

Al concluir el tratamiento, la consultante disminuyó su GI de 60 a 30 (nivel bajo), lo cual quiere decir que las situaciones que anteriormente le generaban



ansiedad ahora no lo hacen o lo hacen con menor intensidad. En el caso de la PR, este también mostró una disminución en su puntaje de 60 a 50 (nivel promedio), lo cual significa que aproximadamente en la mitad de las situaciones que se le plantearon en el instrumento ella actúa de forma asertiva, y en la otra mitad lo hace de forma no asertiva. Lamentablemente este valor promedio provocó que la interpretación fuera imposible de realizar ya que el instrumento indica que un valor de este tipo en cualquiera de las escalas no permite clasificar la conducta del evaluado(a) como asertiva o inasertiva. Desde la perspectiva de Méndez et al. (2005) puede decirse que el entrenamiento le ayudó a mejorar sus relaciones interpersonales, ya que el nivel de ansiedad bajó y su conducta ya era más proactiva que evitativa.

Por último, los puntajes obtenidos en el seguimiento, muestran que ambos niveles subieron, el GI de 30 a 50 (nivel promedio) y el PR de 50 a 60 (nivel inferior al promedio), por lo que en este caso tampoco pudo hacerse la interpretación debido al nivel promedio en el GI. Aparentemente, hablando en términos cuantitativos, parece que la asertividad no fue una habilidad que haya mantenido, esto puede deberse a la falta de práctica, ya que como cualquier otra habilidad solo se llega a dominar mediante la práctica continua (Méndez et al., 2005). No obstante, la consultante reportó en el CSRT que el entrenamiento le sirvió para mejorar su relación con los abuelos de su hija, con su ex-pareja, con su madre, y con su hermano mayor, puesto que los conflictos con estas personas disminuyeron en frecuencia, lo cual la hace sentir satisfecha con dichas relaciones. A pesar de que el instrumento, no arrojó diferencias clínicas significativas en las evaluaciones post y en el seguimiento puede decirse que le ha servido para mejorar sus relaciones interpersonales, para sentirse más segura de sí misma, y para aumentar su autoestima, ya que, como puede observarse en la tabla 6, algunos de los reactivos de la Escala de Autoestima (Reidl, 2002) demuestran estos aspectos, por ejemplo, los reactivos de autoestima positiva 10 (Soy muy feliz) y 17 (Me siento bastante seguro de mi mismo) puntuaron negativamente (en desacuerdo) en la evaluación pre-tratamiento y en las 2

evaluaciones posteriores puntuaron positivamente (de acuerdo y totalmente de acuerdo). Esto indica que antes del tratamiento la consultante no se mostraba segura de sí misma, y no estaba satisfecha con su vida en general, pero al terminar el tratamiento y en el seguimiento mostraba una mayor seguridad y una mayor satisfacción. Debido a esto, puede decirse que el objetivo del entrenamiento se cumplió, ya que lo que se busca con dicha técnica es que la persona se sienta satisfecha con sus relaciones interpersonales, y que con esto aumente su autoeficacia y su autoestima (Naranjo, 2008).

Con respecto a los resultados de las aplicaciones de la Escala de Autoestima (Reidl, 2002), en la pre-evaluación (ver tabla 6) los resultados indicaron que Georgina en ocasiones tiende comportarse de forma pasiva, tiene una necesidad de ser aprobada por los demás y no se muestra tan satisfecha con su persona o con su vida en general. Una vez que terminó la terapia, sus puntajes reflejaron una mejor autoestima. Sin embargo, en términos generales es posible observar cambios en las respuestas observadas en la consultante al final del tratamiento y en el seguimiento. Si bien algunos de ellos no resultan estadísticamente significativos, la mayoría presentan un cambio positivo, por ejemplo en los cuatro reactivos que puntuó negativamente de la escala de autoestima positiva (reactivos 4, 10, 14 y 17), se esperaba un cambio de perspectiva al final del tratamiento, cosa que sucedió ya que Georgina puntuó positivamente en lugar de negativamente a estos reactivos. Con esto, el lector puede darse cuenta de los cambios positivos que mostró Georgina al final de la terapia. Al concluir el tratamiento y durante el seguimiento mostró un mejor autoconcepto de sí misma ya que reconoce aún más sus cualidades y se muestra más satisfecha con su persona en general.

Con respecto a los resultados de la Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA), su objetivo era elaborar el trauma experimentado, a través de la expresión escrita para reducir el desgaste fisiológico del cuerpo producto de la inhibición, es decir, librar al cuerpo del estrés sometido por guardar la experiencia traumática

como un secreto (Oblitas & Becoña, 2000; Pennebaker & Susman, 1988; en Pennebaker, 2004). Inicialmente la consultante, antes de empezar la terapia, solo le había mencionado de su abuso a 2 personas, pero de manera superficial. Esto mantuvo a su cuerpo en un estado de estrés constante lo cual la hacía más vulnerable a padecer diversas enfermedades asociadas al estrés (Pennebaker & Beall, 1986). Al platicar sobre el abuso durante la terapia se mostraba con mucha tristeza e incapaz de detallar a profundidad el suceso, ya que se le cortaba la voz y el llanto en ocasiones opacaba sus palabras. Por lo que se optó por utilizar la EEA para facilitarle la expresión del trauma. Esta técnica fue la única que se llevó a cabo durante toda la terapia y fue la que arrojó los resultados más interesantes. De acuerdo con la literatura para analizar objetivamente los cambios logrados con la intervención y para afirmar que se alcanzó una mejora clínica se analizan diversos tipos de palabras a lo largo de los escritos hechos por la consultante (Pennebaker, 1997b). Para este trabajo se analizaron únicamente 5 tipos diferentes de palabras que fueron: Verbos en pasado (VP), emociones negativas (EN), emociones positivas (EP), palabras causales (PC) y palabras de autorreflexión (PA). Los indicadores de mejoría que se esperaba encontrar de acuerdo con el trabajo de diversos autores (Pennebaker, 1997b; Pennebaker et al., 1997c; Pennebaker et al., 2003) con respecto a cada una de las 5 categorías antes mencionadas son: Primero, con respecto al uso de los verbos en pasado, se espera que al inicio del ejercicio sea el tiempo que se usa para narrar ya que de hacerlo en tiempo presente significaría que la persona no puede dejar la experiencia atrás y que se está llevando a cabo un proceso patológico. Conforme se avanza a la fase final de la EEA se espera que el uso de este tiempo disminuya y que la persona escriba en tiempo presente puesto que el ejercicio D consta de analizar lo bueno que ha traído a su vida dicha experiencia. El segundo cambio que se espera obtener es en el uso de palabras de emociones, con respecto a las emociones positivas, se espera que la persona use más estas al final del ejercicio en comparación con su uso al inicio del mismo. En cuanto a las palabras de emociones negativas se espera que su uso sea alto al principio, y al final que su uso sea moderado. Por último, el cambio que se espera obtener con las palabras

causales y autorreflexivas, es que al inicio del ejercicio su uso sea poco y cuando finalice el ejercicio su uso aumente.

Los resultados obtenidos por la consultante con esta técnica fueron en su mayoría iguales a como se esperaba encontrar de acuerdo a la literatura. En lo que respecta al uso de VP el cual era el tiempo predominante al inicio de los escritos mostró una disminución significativa al comparar el porcentaje usado antes del tratamiento con el usado después del tratamiento ( $t=8.966$ ,  $p=.000$ ). Esto quiere decir, como lo reporta Pennebaker et al. (1997c), que la consultante al terminar el tratamiento pudo dejar la experiencia atrás, por lo que ya no es un suceso que la defina como antes lo hacía y por lo cual pudo hablar de ello, en ocasiones posteriores a la terapia, sin tanto dolor.

En cuanto al uso de emociones, los resultados obtenidos no fueron iguales a como se esperaba encontrar de acuerdo con la literatura (Pennebaker, 1997b; Pennebaker et al., 1997c; Pennebaker, Mehl, & Niederhoffer, 2003). En el caso de las EN, de acuerdo con la literatura el uso de este tipo de palabras debía ser alto al inicio del proceso de escritura e ir disminuir conforme va pasando el tiempo, hasta terminar en un uso moderado. La consultante mostró un porcentaje bajo al inicio de la terapia ( $\bar{x}=0.9\%$ ) en comparación con las mediciones del ejercicio B ( $\bar{x}=4.68\%$ ) y D ( $\bar{x}=1.08\%$ ), esto fue debido a que durante el ejercicio A la consultante mostraba cierta dificultad para ubicar y clasificar sus emociones. Por lo que la TREC y el ejercicio B se enfocaron a que llevará a cabo dicha labor, esto explica el por qué el aumento en el ejercicio B resultó estadísticamente significativo ( $t=-5.489$ ,  $p=.001$ ). Como se puede observar en la tabla 7, hubo una disminución en el porcentaje entre las medias del ejercicio B y D, el cual resultó estadísticamente significativo ( $t=4.557$ ,  $p=.002$ ), como indica la teoría al respecto, dicho porcentaje debía disminuir. Sin embargo, las diferencias entre el uso del ejercicio A y el D no fueron estadísticamente significativas ( $t=-.386$ ,  $p=.710$ ), por lo que no puede afirmarse que el uso de EN fue moderado al final del tratamiento, como se esperaba según la literatura. Con respecto al uso de EP, de acuerdo con

la literatura, el uso de este tipo de palabras debía ser bajo al inicio del proceso de escritura e ir aumentando conforme va pasando el tiempo, hasta terminar en un uso elevado. Como se puede observar en la tabla 7, su uso fue bajo en el ejercicio A ( $\bar{x}=0.22\%$ ) en comparación con el porcentaje en el ejercicio B ( $\bar{x}=0.61$ ), al igual que en el caso de las EN, el objetivo del ejercicio B era que la consultante se enfocara en las emociones que experimentó, por lo que dicho cambio estadísticamente significativo ( $t=-3.326$ ,  $p=.01$ ) era de esperarse en esta fase. El hallazgo que resultó controvertido fue el uso de EP al terminar el ejercicio D ya que este disminuyó significativamente ( $\bar{x}=1.78$ ,  $t=3.447$ ,  $p=.009$ ) en comparación con el porcentaje usado en el ejercicio B, pero no con el usado en el ejercicio A. Contrario a lo que dicta la literatura que era que el porcentaje aumentara, esto puede deberse a que el ejercicio D se enfocaba en reflexionar sobre lo positivo que vino a partir de la experiencia traumática, por lo que la consultante, en general, escribía sobre lo que aprendió y los beneficios que obtuvo, mas no sobre como dichos beneficios la hacían sentir.

En lo concerniente al uso de las PC y PA, se esperaba, de acuerdo con la literatura (Pennebaker, 1997b; Pennebaker et al., 1997c; Pennebaker, et al., 2003), que el uso de estos 2 tipos de palabras aumentara conforme la consultante iba avanzando a las fases finales de la EEA. El análisis de los resultados (ver tabla 7) mostró que las diferencias en las medias en el uso de PC entre las fases A y B fueron mínimas por lo que se puede decir que el porcentaje usado en ambos tiempos fue prácticamente igual. Sin embargo, los porcentajes usados tanto en A como en B fueron relativamente altos ( $\bar{x}=2.44\%$  y  $\bar{x}=2.83\%$  respectivamente) lo cual es un indicador de que la consultante es capaz de ubicar las razones o las causas de lo que le sucede. Aunado a esto, contrariamente a lo establecido por estos autores, el porcentaje de PC disminuyó significativamente ( $t=2.721$ ,  $p=.026$ ) al comparar las medias del ejercicio B ( $\bar{x}=2.83\%$ ) y el ejercicio D ( $\bar{x}=1.99\%$ ), esto puede deberse a que el ejercicio D no buscaba que la consultante narrara las posibles causas de lo que le sucedió si no que reflexionara sobre lo positivo o benéfico que llegó a su vida a partir de su experiencia traumática. Por otra parte,

al comparar las medias de las tres fases en el uso de PA, se encontró una mejoría a favor de la salud de la consultante. Los resultados obtenidos confirman lo establecido en la literatura, ya que el uso de las mismas fue incrementando conforme la consultante pasaba de una fase a otra (ver tabla 7), y dichos cambios resultaron estadísticamente significativos al comparar las medias entre los ejercicios A y B ( $t=-3.69$ ,  $p=.006$ ), entre los ejercicios B y D ( $t=-7.639$ ,  $p=.000$ ), y entre los ejercicios A y D ( $t=-11.819$ ,  $p=.000$ ). Esto quiere decir que la consultante fue capaz de sacar algo bueno de una mala experiencia.

Finalmente, lo que se encontró en la significancia clínica y los resultados cualitativos en el seguimiento demostró que la consultante se mostró muy satisfecha con la terapia, ya que con las mejoras obtenidas que anteriormente se discutieron la hicieron sentirse más segura de sí misma, más alegre, y más tranquila; dado que ya se siente capaz de enfrentar situaciones que le resultaban incómodas o que le causan algún conflicto, esto concuerda con los hallazgos hechos por Oblitas y Becoña (2000) acerca de la escritura como herramienta terapéutica para el tratamiento de traumas. Por otra parte, como lo indica Pennebaker (1997b) el escribir sobre una experiencia traumática está asociado con que las personas encuentran trabajo rápidamente, por lo que no fue raro que la consultante encontrara trabajo 4 meses después de haber concluido la terapia. El hallazgo más sorprendente fue el que perdonará a su hermano, quien fuera su abusador en su adolescencia, y con quien ahora desea tener una relación más cercana. Esto es un indicador de que hablar sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a superar lo que le había acontecido y que está dispuesta a formar una nueva vida. Foa, et al. (2003), describen que con la terapia este tipo de resultados son los que uno espera encontrar, ya que son reflejo de la búsqueda de una nueva vida con autonomía personal y control.

## Conclusiones

---

Dado que el Juego del Optimismo (JO) enfoca sus servicios principalmente al tratamiento de niños, surgió la necesidad de formar procedimientos que, además de ayudar a resolver el motivo de consulta del menor, se enfoquen también a las necesidades de los cuidadores primarios de los mismos. El procedimiento propuesto en este trabajo cubre esta necesidad en el caso de padres que sufren del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), este es un primer paso para personalizar aún más el tratamiento proporcionado en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ya que, al ser una institución de carácter público enfocada a la salud mental, tiene el deber ético de proporcionar el mejor servicio posible. Existen otras problemáticas diferentes al TEP que necesitan ser tratadas en los padres de los usuarios del programa JO, por ejemplo: depresión, ansiedad, problemas de sexualidad, duelo ya sea por muerte de un familiar o por separación de la pareja, entre otras cosas; por lo que diseñar otros procedimientos para el tratamiento de estas problemáticas y elaborar manuales para saber cómo aplicarlos sería conveniente para mejorar el servicio en el CSP, ya que muchos terapeutas del CSP no están capacitados para tratar algunos temas en específico, por lo que dichos materiales facilitarían esta labor.

Con respecto al procedimiento desarrollado en este trabajo el cual está conformado por diversas técnicas, cuya eficacia ha sido comprobada con anterioridad por otros autores, se diseñó de tal forma que fuera fácil de aplicar, y fácil de aprender por otros terapeutas. Por fácil de aplicar, se pretende dar a entender que sean técnicas que no requieran elaborar grandes esquemas, es decir, no sean dependientes del ambiente, no requieran la participación de otras personas, y/o que se puedan aplicar en cualquier situación sin tener que ser guiados por el terapeuta. Por fácil de aprender por otros terapeutas, se refiere a que sean estrategias que no requieran entrenamientos prolongados para dominar la técnica. Aparentemente, el procedimiento parece cumplir con estos dos criterios

ya que los jueces indicaron estar de acuerdo con prácticamente todos los aspectos del procedimiento según los resultados obtenidos en el Cuestionario de Validación (López & Valencia, 2011). Sin embargo, sería conveniente que en un futuro se ponga a prueba que tan fácil de aprender es el método por los terapeutas a través del uso del manual, para que de esta forma se de mayor validez al trabajo expuesto.

Con respecto a lo observado en el caso clínico, puede decirse que a pesar de que la consultante llegó a la terapia por un problema inherente a su hija, la intervención que se diseñó para poder ayudarla a resolver su motivo de consulta, resultó efectiva. Aunque, sería recomendable que en trabajos posteriores, se hiciera este mismo procedimiento pero con una muestra más grande para observar si el tratamiento es adecuado para otras personas y así generalizar la mejoría aquí observada. Probablemente sea conveniente no solamente aplicar este procedimiento para los casos que llegan al programa JO si no también llevarlo a cabo en otros programas del CSP o en alguna otra clínica que reciba más casos como este, ya que el programa JO no es el único con terapeutas que desconocen la metodología para tratar casos de TEP.

Así mismo, las estrategias de solución aquí propuestas no son las únicas que pueden utilizarse en casos como este, no obstante, hay que recalcar que este trabajo no pretende proponer un plan de tratamiento que posea el mayor grado de eficacia de entre todos los demás, si no que su objetivo es el de instruir a otros terapeutas que no tengan experiencia en el tratamiento de personas con sintomatología del TEP.

### **Limitaciones**

Hay algunos aspectos del procedimiento que no pudieron medirse dentro del marco de este trabajo, por ejemplo la practicidad del manual como método de aprendizaje. Al ser el primero de su especie en el programa JO, no puede



afirmarse que el manual cumple con el objetivo de enseñar a los terapeutas de forma eficaz. No obstante, puede presentarse a diversos terapeutas con el fin de identificar errores y corregirlos para hacerlo lo más comprensible posible. Otro aspecto que no pudo medirse es, la comprensión del material proporcionado a la consultante durante la terapia, además de que habría que medir también si proporcionar dicho material realmente genera un efecto importante sobre el aprendizaje y la adquisición de alguna de las habilidades tratadas. Tal vez, pudiera hacerse en un futuro una evaluación de este aspecto formando un grupo control (el cual no recibe material de apoyo) y un grupo experimental (el cual recibiría dicho material de apoyo), para analizar si realmente hay diferencias importantes entre un grupo y otro.

Para concluir, como se pueden observar con los resultados obtenidos, la consultante se vio beneficiada en varios aspectos de su persona con la intervención, tanto así que sugeriría este tipo de intervención a otras personas que sufran de lo mismo que ella sufrió. Como psicólogos nos parece importante los resultados de las variables que se pueden medir cuantitativamente, así pues este tipo de variables cualitativas deberían de ser igualmente importantes, ya que demuestran una satisfacción por parte de la persona que acude a la consulta con los beneficios obtenidos.

## Referencias

---

- Aguilar, E. (1987). *Asertividad: ser tú mismo sin culpas*. México, D.F. Pax
- American Psychiatric Association (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) Washington DC: Author.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Barcelona: Gedisa
- Buela-Casal, G., & Sierra, J., C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), pp. 525-532.
- Burke, W.T. & Abidin, R.R. (1980). Parenting stress index (PSI): a family system assessment approach. En Abidin, R.R. (Ed.) *Parent education and intervention handbook*. Springfield: Charles, C. Thomas.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, 1(13), pp. 52-62.
- Caballo, V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En V.E. Caballo (Ed). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 403-443). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2007a). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2007b). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. España: Siglo XXI.

- Cabrera, E. (2006). Efectos terapéuticos de la escritura emocional o expresiva. *Hojas informáticas de los Psicólogos de Las Palmas*. 1(89) pp. 9-12.
- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). Trastorno de estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19 (3), pp. 446-451.
- Candia, B. (2011). El embarazo no planeado y su relación con el estrés en la crianza. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Capítulo I: Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupro y violación. Libro segundo, Título Decimoquinto: Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual (2001)
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), pp. 20-34. doi: 10.4067/S0717-92272002000600003.
- Compas, B. E., Gotlib, I. H. (2003). *Introducción a la psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de la Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.
- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S. & Murrelle, L., (2004). Spanish Translation and Reliability Testing of the Children Depression Inventory. *Child Psychiatry and Human Development*. 35(1):pp. 75-92.
- Domínguez, B., Pennebaker, J., W., & Olvera, Y. (2008). *Estrés postraumático (EPT)*. México, D.F.: Trillas.

Domínguez, B. & Vázquez, R. E. (1998). Autorregulación del estrés y el dolor crónico. *Temas de ciencia y tecnología*, 3 (7), pp. 33-51.

D'Zurilla, T.J. & Nezu, A. (1982). Social Problem Solving in Adults. En P. C. Kendall (Ed). *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*. (Vol. 1 pp. 201-269). E.E.U.U.: Academic Press Inc.

D'Zurilla, T.J. & Nezu, A. (1999). *Problem Solving Therapy*. New York: Springer Publishing Company.

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & De Corral, P. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(85), pp. 627-654.

Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de conducta*, 24 (96), pp. 527-555.

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & De Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), pp. 199-217.

Ellis, A. (1980). *Terapia racional-emotiva*. México: Pax México.

Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. España: Ed. Desclée Brouwer.

- Ellis, A. (2000). REBT y su Aplicación a la Terapia Grupal. En J. Yankura & W. Dryden (Eds.). *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT). Casos Ilustrativos* (pp. 277-293). España: ED. Desclée de Brouwer, S.A.
- Fernández-Ballesteros & Sierra, B. (1995). *Escalas de clima social*. Madrid: TEA.
- Flores, A. (2004). Adherencia terapéutica en pacientes oncológico-pediátricos. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Foa, E., Keane, T., & Friedman, M. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Foa, E. & Riggs, D. (2005). Posttraumatic Estress Disorder and Rape. En Oldham, J., Riba, M., & Tasman, A. (Ed.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (pp.273-298), vol. 12. Washington DC: American Psychiatric Press. Recuperado de <http://books.google.com/books?id=VSVzBPhwBrAC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- García, A. (2011). Atribución y enfrentamiento ante problemas de pareja en madres de niños con problemas de conducta. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Güell, M., & Muñoz, J. (2000). *Desconóctete a ti mismo: Programa de alfabetización emocional*. Barcelona: Paidós.
- Heflin, A., Deblinger, E. & Fisher, C. (2000). Child Sexual Abuse. En Dattilio, F. & Freeman, A. (Ed.), *Cognitive-Behavioral Strategies in crisis intervention*, segunda edición (pp. 150- 165). New York: The Guildford Press.

Hernández, N.S., Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=EzlwZg\\_aH6AC&printsec=frontcover&dq=Terapia+cognitivo-conductual&hl=es&sa=X&ei=vAkXT63FNsvFsQL5q9iEAq&ved=0CEYQ6AEwAQ#v=onepage&q=Terapia%20cognitivo-conductual&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=EzlwZg_aH6AC&printsec=frontcover&dq=Terapia+cognitivo-conductual&hl=es&sa=X&ei=vAkXT63FNsvFsQL5q9iEAq&ved=0CEYQ6AEwAQ#v=onepage&q=Terapia%20cognitivo-conductual&f=false)

Jones, R. (1968) A measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates. Disertación doctoral, Texas Technological College.

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*, 21 (3), 283-294.

Llorente, J. M., & Iraurgi-Castillo, E.I. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos adictivos*, 10 (4), pp. 252-274.

López, O., & Valencia, A. (2011). *Cuestionario para la validación por jueces expertos del protocolo: "Programa del Juego del Optimismo para padres con Trastorno de Estrés Postraumático"*. Manuscrito en preparación.

Manrique, E. (2003). Antecedentes tempranos y modalidades de vulnerabilidad cognitiva para la depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 4 (2), pp. 43-62.

Méndez, F. X., Olivares, J. & Ros, M. (2005). Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 337-369). España: Biblioteca Nueva.

Muran, E. & DiGiuseppe, R. (2000). Rape trauma. En Dattilio, F. & Freeman, A. (Ed.), *Cognitive-Behavioral Strategies in crisis intervention*, segunda edición (pp. 150- 165). New York: The Guildford Press.

Naranjo, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 8(1), pp. 1-28. Recuperado de <http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/1-2008/archivos/asertiva.pdf>

Neidharet, J., Weinstein, M., & Conry, R. (1989). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés*. Madrid: Deusto.

Norandi, M. (2010, 18 de abril). En México se registra una violación cada cuatro minutos, reporta la SSA. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.lajornadamichoacan.com.mx/2010/04/18/index.php?section=politica&article=004n1pol>

Oblitas, L. A., & Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México, D.F.: Plaza y Valdés.

Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), pp. 274-281.

Pennebaker, J. W. (1997a). *Opening up*. New York: The Guildford press.  
Recuperado de: <http://books.google.com/books?id=F3qF8OoKyDQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Pennebaker, J. W. (1997b). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *American Psychological Society*, 8 (3), pp. 162-166.

- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., & Francias, M. E. (1997c). Linguistic Predictors of Adaptative Bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), pp. 863-871.
- Pennebaker, J. W., Seagal, J. D. (1999). Forming a Story: The Health benefits of Narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), pp. 1243-1254.
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological Aspects of Natural Language Use: Our Words, Our Selves. *Annual Review Psychology*, 54 (1), pp. 547-577.
- Pennebaker, J., W. (2004). *Writing to heal: A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval*. U.S.A.: New Harbinger Publications.
- Phares, E. J. (1996). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Poch, J. (1992). *La consulta en psicología clínica: Diagnóstico y comprensión dinámica*. Barcelona: Paidós.
- Ramos, M. T. (1996). *Estandarización del inventario de asertividad de Gambrill y Richey para población de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México (Ciudad Universitaria), México D.F.
- Reidl, L. M. (2002). *Caracterización Psicológica de los Celos y la Envidia*. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México (Ciudad Universitaria), México, D. F.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad: Aprenda a decir no y gane autoestima siendo asertivo*. Bogotá: Norma.



Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma. Recuperado de: <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=zu2BjSmdtwUC&oi=fnd&pg=PA23&dq=terapia+cognitivo+conductual&ots=9yxv1TLWvA&sig=CdhCWtTBGzkd8UVVEXDpNIhxvSY#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20conductual&f=false>

Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., & Sánchez, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), pp. 445-462.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Paéz, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.

Satir, V. (1980). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana.

Valencia, A. (2007). *Programa de Apoyo Psicosocial para Niños con Cáncer y sus Familias*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, UNAM.

Vera-Villarroel, P. E., & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2(1), pp. 21-26.

## **ANEXO I Cuestionarios**

## Cuestionario de Satisfacción con los Resultados de la Terapia (CSRT)

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Co-terapeuta: \_\_\_\_\_

1. ¿Se siente capaz de identificar pensamientos irracionales que afecten sus emociones y su comportamiento?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

2. ¿Puede cambiar pensamientos irracionales en pensamientos racionales que le ayuden a sentirse y comportarse mejor?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

3. ¿Considera que identificar sus pensamientos irracionales y racionales le ayudó a mejorar los problemas relacionados con su motivo de consulta?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

4. ¿Cuándo tiene un problema el "tomar las cosas con calma" le ayuda a encontrar la solución adecuada?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

5. ¿Ponerse en el lugar del otro cuando tiene un problema le ayuda a entender mejor la situación?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

6. ¿Cuándo tiene un problema, el establecer metas y tener diferentes alternativas, le permite encontrar la mejor solución?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

7. ¿Cuándo se le presenta un problema, con qué frecuencia continúa utilizando los pasos para solución de problemas que se revisaron en la terapia?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

8. ¿Ser una persona asertiva le ayuda a llevarse mejor con su familia y con las personas que le rodean?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

9. ¿Considera que llevarse mejor con su familia y las personas que le rodean es importante para resolver otros problemas relacionados con su conducta y/o su salud?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

10. ¿Las cosas que aprendió durante el tratamiento le serán útiles en sus actividades cotidianas?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

11. ¿Se siente más seguro(a) de sí mismo(a) para cuando quiera formar una relación de pareja con otra persona?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

12. ¿Escribir sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a liberar la tensión que tenía acumulada por guardar dichas experiencias como un secreto?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

13. ¿Escribir sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a aclarar cómo se sintió con respecto a lo que le sucedió?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

14. ¿Escribir sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a ver las cosas positivas que dejaron dichas experiencias en su vida?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

15. ¿Escribir sobre sus experiencias más dolorosas le ayudó a superar lo que le había ocurrido?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

16. ¿Recomendaría este tratamiento a otras personas con el mismo problema o uno similar al suyo?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

**CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS DEL PROTOCOLO:**

**“PROGRAMA DEL JUEGO DEL OPTIMISMO PARA PADRES CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO”**

El objetivo de este estudio es validar un protocolo de tratamiento para los padres con Trastorno de Estrés Postraumático que participan en el “Programa del juego del Optimismo”- JO. De esta forma se planea mejorar el servicio brindado por el JO en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM

A usted le mostraron a través de una exposición de forma general los contenidos y objetivos del presente Tratamiento Psicológico. A continuación le presentaremos algunas afirmaciones relacionadas con las metas, procedimiento y posibles resultados del tratamiento, le pedimos su colaboración para seleccionar la opción que considere apropiada para cada enunciado. De antemano le agradecemos su participación y observaciones.

**GENERO:** FEMENINO  MASCULINO

**ENTRENADO COMO TERAPEUTA DEL JUEGO DEL OPTIMISMO:** SI  NO

ENUNCIADOS	TOALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NO SE	DE ACUERDO	TOTALMENTE DEACUERDO
El objetivo del estudio permite mantener la integridad de los participantes.					
El tratamiento cuenta con consentimiento informado, claro y específico sobre las características del estudio y sus posibles consecuencias.					
El número de sesiones es apropiado para el logro del objetivo.					
La duración de cada sesión es adecuada para permitir trabajar todos los contenidos de la sesión.					
El objetivo del tratamiento se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo de intervención cognitivo-conductual.					
La planeación de cada sesión considera la adquisición de conocimientos y practica.					
Las estrategias cognitivo conductuales utilizadas por sesión son las pertinentes de acuerdo a las metas del tratamiento en cada sesión.					
Las estrategias de intervención se pueden poner en práctica fácilmente por cualquier terapeuta del JO.					
El material proporcionado ayuda a reforzar el aprendizaje de lo visto durante la sesión.					
Las tareas son adecuadas para liberar la tensión-estrés psicológico.					
Las tareas son fáciles de realizar para los consultantes					
El procedimiento es adecuado para el logro de los objetivos del tratamiento.					
De acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de tratamiento los participantes se verán beneficiados					
Los instrumentos de evaluación son adecuados para diagnosticar, planear la estrategia de intervención y facilitar el análisis de los resultados al final del tratamiento.					
El método de control permite al terapeuta evaluar su procedimiento y hacer ajustes si es necesario.					

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXO II Registros**

### Registro ACC

DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA: \_\_\_\_\_

PERIODO DE OBSERVACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA HORA	LUGAR	ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS	PERSONAS PRESENTES

## Registro ABC

Periodo de observación: \_\_\_\_\_

<b>Hora/Lugar</b>	<b>A</b> <b>Acontecimiento</b>	<b>B</b> <b>Creencia o pensamiento</b>	<b>C</b> <b>Consecuencia</b> <b>¿Cómo me siento?</b>



## **ANEXO III Materiales proporcionados al consultante**

## Entrenamiento en Asertividad

El entrenamiento en asertividad se refiere a un entrenamiento en la forma de comunicarnos que nos va a permitir formar una mejor relación con las personas que nos rodean. Podemos identificar en general tres tipos o modos de establecer relaciones humanas: no asertiva, la agresiva y asertiva.

### **No asertiva.**

Consiste en no comunicarse o hacerlo de una manera débil hablando con demasiada suavidad o “timidez”, ocultando lo que realmente se piensa en contenido o intensidad, siendo comúnmente indirecto en el mensaje, rodeando el tema o disculpándose cuando la situación requiere que hablemos claro respecto a lo que deseamos o necesitamos. Las principales causas de dicho comportamiento son las siguientes:

1. *Falta de control emocional, predominio del temor y la ansiedad:* principalmente provocado por la idea de querer ser aprobado por los demás o la evitación a toda costa de un conflicto.
2. *Mensajes sociales “no seas egoísta”:* el aprendizaje recibido nos indica que cuando se piensa un poco en nuestras necesidades y el tratar de satisfacerlas, nos vuelve automáticamente en egoístas. Sin ser verdaderamente objetivos
3. *No vales lo suficiente:* cuando condicionamos nuestro valor por los atributos o cualidades que poseemos, utilizando escalas arbitrarias, cedemos la capacidad de sentirnos bien a estos factores.
4. *Falta de habilidad:* en ocasiones se actúa no asertivamente porque no se ha practicado una habilidad.
5. *No conocer tus derechos como persona:* ignoramos que tenemos derechos a ser personas falibles, con límites, sentimientos, necesidades y que merecemos ser tratados con respeto y dignidad.

Las consecuencias que genera éste tipo de comportamiento son las siguientes:

- a) Deteriora la satisfacción y la comunicación en la relación humana
- b) Aislamiento, depresión, ansiedad, sentimientos de incomprensión, frustración, insatisfacción, tensión acumulada y deterioro gradual del autoestima en la persona que actúan de esta manera
- c) No existe una solución a los problemas
- d) Abuso sistemático por parte de los otros
- e) Explosiones agresivas que posteriormente crean un sentimiento de culpa

### **Agresiva**

Hace referencia a la forma de expresión de los sentimientos, creencias u opiniones que pretenden hacer valer lo propio, atacando o no considerando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto de los demás. Las principales causa de éste comportamiento son las siguientes:

1. *Falta de control emocional, predominio de la inseguridad e irritación:* la conducta agresiva se puede originar por ideas irracionales que quitan seguridad en la persona, provocando que se sienta vulnerable o amenazada, desencadenando comportamientos de defensa o ataque a los demás
2. *No reconocer los derechos de los demás o los propios:* cuando no se reconoce a fondo que los demás tienen derecho a fallar, opinar, competir, dudar, ser débiles, sentir, atacando u ofendiendo a quien no llene nuestras expectativas o reglas.
3. *Previa conducta no-assertiva:* si se acumula resentimiento por renunciaciones frecuentes a nuestros derechos o bienestar, existe la probabilidad de acabar actuando agresivamente, tal vez sin control alguno, ofendiendo e hiriendo verbalmente o recordando muchos hechos negativos que sucedieron tanto tiempo antes.
4. *Éxito previo al haber actuado agresivamente:* Si los demás ajustan su conducta a las demandas punitivas del agresor, éste obtiene una ventaja aparente, pues se cumplen sus demandas. Sin embargo, a mediano y largo plazo la relación se deteriora.
5. *Errores en la forma de expresión:* necesitamos tener el momento y los conceptos adecuados para no provocar incompreensión o dolor, por ejemplo se confunde a veces, el ser sincero y directo con decir todo lo que uno piensa de manera cruda.
6. *Intolerancia a la frustración:* muchas veces se provoca la frustración por expectativas rígidas y falsas respecto como deben actuar los demás. Vivimos en una realidad en donde muchos de nuestros deseos no se realizarán de la forma o el grado que lo queremos.

Las consecuencias que genera éste tipo de comportamiento son las siguientes:

- a) Rompimiento del diálogo y por lo tanto el problema no se resuelve
- b) Sentimientos de culpabilidad en la persona agresiva
- c) La persona agresiva es rechazado por otras personas
- d) Provocan normalmente resentimientos en los demás
- e) Desintegración de las relaciones sociales
- f) Agresividad como respuesta con la probabilidad de generar mayor violencia
- g) El agente agresor promueve el temor a su alrededor. Esto bloquea la creatividad en los demás, generando dependencia.

### **Asertividad**

Actuar asertivamente significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones, de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario. La forma asertiva se compone de 5 elementos: Respeto a ti mismo y a los demás, el saber decir, el saber escuchar, un control emocional y lenguaje no verbal.

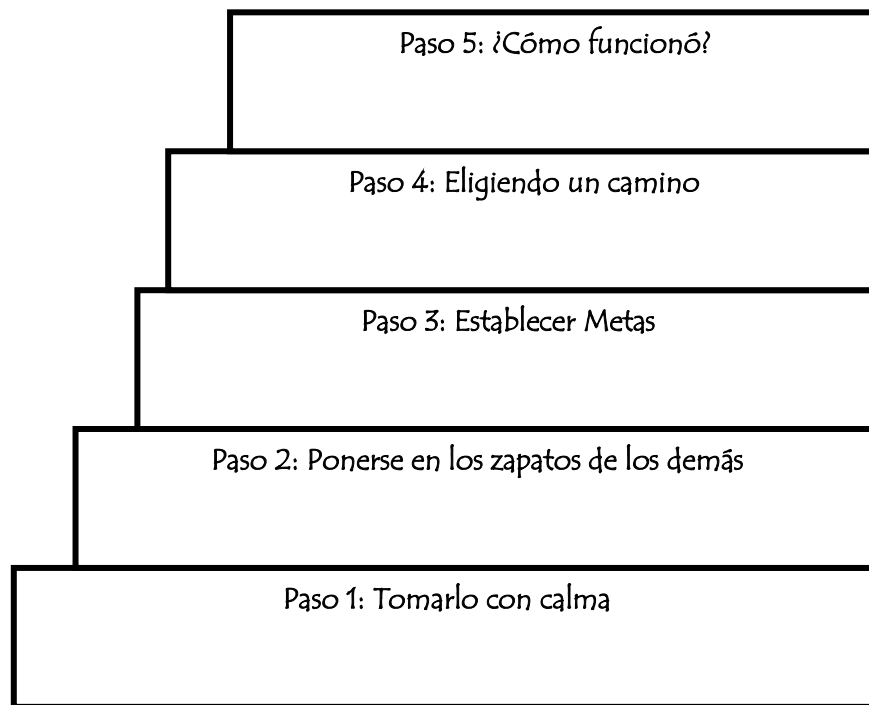
1. *Respetarte a ti mismo y los demás*: consiste en concebirse como un ser humano, con energía limitada, que necesita priorizar, no respondiendo a todas las demandas que te hacen otros. Para ello, promover con vigor ideas racionales para generar auto-confianza y seguridad es de suma utilidad.
2. *Saber decir*: en términos generales, el saber decir incluye expresiones en la misma forma en que nos gustaría que los demás tuvieran hacia nosotros, es decir, se nos pida en buen tono y con cortesía, no se nos acuse de todo, que no se nos evalúe de forma global, se nos señale las cosas con objetividad, buscando acuerdos y se nos solicite información sobre las razones por las que hemos actuado de una forma u otra.
3. *Saber escuchar*: para esta habilidad se pone en práctica las siguientes acciones, primero verificar el contenido del mensaje antes de concluir y continuar el diálogo y segundo facilitar la expresión de los demás, invitando de una manera directa, flexible, sin exigencias, para que los demás nos compartan sus sentimientos, reacciones u creencias.
4. *Control emocional*: Lograr un adecuado control emocional no supone olvidar o negar los sentimientos, simplemente implica encauzar las emociones para que no nos dañemos, ni hacer daño a los demás.
5. *Lenguaje no verbal*: el lenguaje no verbal incluye las siguientes conductas:
  - I. Contacto visual: Es importante mirar a la persona de manera confortablemente directa, evitando el mirar a otro lado, hacia abajo o saltar la mirada rápidamente.
  - II. Expresión facial: ser congruente con lo expresado verbalmente haciendo las variaciones adecuadas ante los distintos tipos de mensajes, sin tensión en la cara o reír constantemente.
  - III. Expresión de la voz: es importante que sea apropiadamente firme, cálida, expresiva, enfatizando las palabras claves.

Por ello, el entrenamiento asertivo debe ser enfocado a cada uno de estos componentes y consiste en adquirir habilidades para ser capaces de dar y recibir cumplidos fácilmente; iniciar, mantener y terminar conversaciones con otros que nosotros elijamos; ser capaces de expresar cómo nos estamos sintiendo sin incomodarnos; y como evitar que otros tomen ventaja de nosotros. En general, adquirimos más opciones para elegir, más control sobre nuestras vidas y más respeto hacia nosotros mismos por estos cambios autodirigidos.

## Diferencias entre pensamientos racionales e irracionales

<b>Racional</b>	<b>Irracional</b>
<p>Son premisas <i>verdaderas</i>, pues las podemos comprobar mediante la experiencia (empíricamente) y/o lógicamente</p> <p><i>Ejemplo: el bebe está llorando, seguramente hay algo que lo está incomodando, tal vez tenga hambre, o hay que cambiarle el pañal.</i></p>	<p>Son premisas <i>falsas</i>, pues no las podemos comprobar empírica y/o lógicamente</p> <p><i>Ejemplo: tengo muy mala suerte, seguramente mi horóscopo tenía razón y los planetas no se alinearon a mi favor.</i></p>
<p>Denotan <i>preferencias</i></p> <p><i>Ejemplo: Me gusta pasar tiempo con mi pareja porque la amo</i></p>	<p>Son <i>exigencias o demandantes</i></p> <p><i>Ejemplo: Si mi pareja me ama TIENE que pasar tiempo conmigo.</i></p>
<p>Al ser empíricas y objetivas, hacen referencia a <i>probabilidades</i></p> <p><i>Ejemplo: Fulanito me canceló el plan que teníamos para el fin de semana, probablemente le surgió algo importante en el trabajo y por eso tuvo que cancelar.</i></p>	<p>Resultan <i>extremistas y absolutas</i>, interpretando la realidad con una mínima información</p> <p><i>Ejemplo: Fulanito me canceló el plan que teníamos para el fin de semana, seguramente ya no le caigo bien y me está evitando. Creo que le aburro y por eso no quiere salir conmigo.</i></p>
<p>Son responsables de nuestras conductas</p> <p><i>Ejemplo: Me corrieron del trabajo, porque empecé a llegar tarde muchas veces, debí salir más temprano de mi casa.</i></p>	<p>Se responsabiliza a los otros o al ambiente, es decir, son irresponsables</p> <p><i>Ejemplo: me corrieron del trabajo, por llegar tarde, pero siempre hay mucho transito y el poli del estacionamiento siempre se tarda mucho en darme el boleto.</i></p>
<p>Son constructivistas, permitiendo conservar metas o soluciones.</p> <p><i>Ejemplo: Termine con mi novia(o), me dolió mucho, pero creo que es lo mejor, esto no estaba funcionando y creo que me lleve muchas cosas buenas para futuras relaciones.</i></p>	<p>Son <i>catastróficas</i>, ya que cuando algo no es como uno quiere, entonces la situación se considera horrible</p> <p><i>Ejemplo: Termine con mi novia(o), yo no quería cortar, mi mundo se ha acabado, ¿Por qué ya no quiere andar conmigo? ¿Qué no sabe que me muero si no estoy con ella (él)?</i></p>
<p>Difícilmente nos producen emociones Negativas</p>	<p>Nos producen emociones negativas</p>

## Pasos para solución de problemas



## Instrucciones para realizar el ejercicio de Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA)

---

### **Escribiendo sus secretos: encontrando el mecanismo para el cambio Individual**

#### **Ejercicio “A”**

A partir de este momento, escriba o hable sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que considere el más doloroso de sus recuerdos.

Escriba utilizando la primera persona del Singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.), de manera continua y sin hacer pausas.

Mientras escriba, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía o la gramática.

Si de momento “no recuerda nada”, no se preocupe, espere a recordar, algo llegará.

## **Escribiendo sus secretos: encontrando el mecanismo para el cambio Individual**

### **Ejercicio “B”**

A partir de este momento, escriba o hable sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que considere el más doloroso de sus recuerdos.

Escriba utilizando la primera persona del Singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.), de manera continua y sin hacer pausas.

Mientras escriba, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado.

En esta ocasión, le presentamos una lista de palabras, intente utilizar el mayor número de las que le acomoden a su propio escrito.

No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía o la gramática. De preferencia, escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.



### Ejercicio “B”: Lista de palabras

Amor

Afecto

Felicidad

Aceptación

Bienestar

Paz

Alegría

Armonía

Serenidad

Vigoroso

Amable

Satisfactorio

Disfrutar

Tranquilidad

Esperanza

Gusto

Placer

Gozo

Perdón

Odio

Fracaso

Traición

Intranquilidad

Vergüenza

Destruyivo

Deshonesto

Terrorífico

Culpa

Humillación

Dañino

Sufrimiento

Quebranto

Rencor

Tristeza

Maldad

Dolor

Frustración

Asco

Descubrí que...

Al fin comprendí que...

Después de un tiempo...

Estoy buscando...

Estoy cerca de...

Sospecho que...

Presiento que...

Por fin encontré que...

La razón de...

Ahora se...

EL sentido es...

Ahora está más claro...

Me dí cuenta de...

Sucedió por...

Entendí que...

Ahora puedo...

La solución es...

## **Escribiendo sus secretos: encontrando el mecanismo para el cambio Individual**

### **Ejercicio “C”**

A partir de este momento, escriba o hable sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que considere el más doloroso de sus recuerdos.

En esta ocasión, escriba sobre sus propios recuerdos utilizando la tercera persona del singular (él sintió, ella pensó, etc.), de manera continua y sin hacer pausas.

Mientras escriba, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía o la gramática.

De preferencia, escriba sobre el mismo tema de su primer escrito.

## **Escribiendo sus secretos: encontrando el mecanismo para el cambio Individual**

### **Ejercicio “D”**

A partir de este momento, escriba o hable sobre algún hecho de su propia vida (reciente o antiguo), que considere el más doloroso de sus recuerdos.

Escriba utilizando la primera persona del Singular (yo, mi, pienso, sentí, etc.), de manera continua y sin hacer pausas.

En esta ocasión, escriba buscando en esta experiencia, lo positivo y benéfico que ésta dejó a su vida, como parte de su crecimiento personal.

Mientras escriba, hágalo con sinceridad y con la confianza de que su escrito no será divulgado. No se preocupe por la claridad de su letra, ni por la ortografía o la gramática.