



**ESTUDIO DE CASO ÚNICO: APLICACIÓN DE LA TERAPIA BREVE  
CENTRADA EN SOLUCIONES EN EL MANEJO DE ANSIEDAD Y RELACIONES  
INTERPERSONALES EN UNA MUJER ADULTA CON ANTECEDENTES DE  
ABUSO INFANTIL EN LA CIUDAD DE QUITO.**

**MARÍA ISABEL ÁLVAREZ MALDONADO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN (MPS)**

**MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA**

**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS**

**QUITO – ECUADOR**

**SEPTIEMBRE 2024**

## RESUMEN

El presente estudio de caso aborda la intervención terapéutica de una mujer adulta que enfrenta conflictos interpersonales y niveles elevados de ansiedad, derivados de experiencias traumáticas vividas en su infancia. Ana, una mujer de 45 años, casada y madre de dos hijos con necesidades especiales, acude a terapia motivada por el deseo de mejorar su relación con su esposo y reducir los conflictos familiares que afectan a sus hijos. Con un historial de violencia física y emocional durante su infancia, perpetrada por su madre, Ana presenta altos niveles de ansiedad, sentimientos de culpa e insuficiencia, y patrones de comportamiento evitativo en situaciones de conflicto. Se propone una intervención terapéutica utilizando el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), integrando elementos epistémicos de la teoría del apego y el enfoque sistémico. El objetivo principal se centra en transformar la autopercepción de Ana respecto a su capacidad para manejar el estrés y los conflictos interpersonales, y promover un cambio positivo en la dinámica de su relación de pareja. A lo largo de diez sesiones, se propone aplicar técnicas centradas en la identificación de excepciones, la resignificación de conceptos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas.

Los resultados de la investigación realizada para el presente estudio de caso sobre el enfoque TBCS demuestran una eficacia alta en su aplicación en casos con variables similares. En cuanto a los resultados de la intervención, aunque no se completó el tratamiento planificado, se evidenció en la consultante un avance significativo en la percepción sobre su situación y sobre sí misma, se estableció un rapport sólido y se brindaron herramientas prácticas y fáciles de implementar para el manejo de los síntomas de ansiedad inmediatos.



Este caso fue atendido a través de la Fundación CR, una organización dedicada a brindar apoyo psicológico a familias con niños con diagnósticos de cáncer u otras enfermedades catastróficas. Ana, la participante en este estudio, ha accedido a recibir terapia a través de los servicios ofrecidos por la Fundación, la cual proporciona un entorno seguro y accesible para el desarrollo de la intervención terapéutica.

### **PALABRAS CLAVES:**

Terapia Breve Centrada en Soluciones, Apego Inseguro, Comunicación, Ansiedad, Abuso Infantil, Terapia Sistémica

### **ABSTRACT**

The present case study addresses the therapeutic intervention of an adult woman facing interpersonal conflicts and elevated levels of anxiety, stemming from traumatic experiences in her childhood. Ana, a 38-year-old woman, married and mother of two children with special needs, seeks therapy motivated by the desire to improve her relationship with her husband and reduce the family conflicts that affect her children. With a history of physical and emotional abuse during her childhood, perpetrated by her mother, Ana presents high levels of anxiety, feelings of guilt and inadequacy, and avoidant behavior patterns in conflict situations. A therapeutic intervention is proposed using the Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) model, integrating epistemic elements from attachment theory and a systemic approach. The main objective is to transform Ana's self-perception regarding her ability to manage stress and interpersonal conflicts, and to promote a positive change in the dynamics of her marital



relationship. Over the course of ten sessions, techniques focused on identifying exceptions, re-signifying concepts, and developing effective coping strategies are proposed.

The results of the intervention showed a significant decrease in Ana's anxiety levels and an improvement in communication with her husband, contributing to a more harmonious family environment. This case study highlights the importance of combining therapeutic approaches to address complex problems and demonstrates the effectiveness of SFBT in improving the quality of life for individuals with a history of trauma and family conflicts.

This case was addressed through Fundación Cecilia Rivadeneira, an organization dedicated to providing psychological support to families with children diagnosed with cancer or other catastrophic illnesses. Ana, the participant in this study, agreed to receive therapy through the services offered by the foundation, which provides a safe and accessible environment for the development of therapeutic intervention.

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la efectividad de la TBCS en el abordaje de un caso de una mujer adulta con síntomas ansiosos, conflictos relacionales y antecedentes de abuso en la infancia, para esto la intervención se centrará en la comunicación asertiva, reducción sintomatológica y promoción de la identificación y ampliación de recursos y soluciones.

## **PROBLEMÁTICA EN LA ACTUALIDAD**

Las experiencias adversas tempranas, como el maltrato infantil, pueden tener efectos profundos y duraderos en la salud mental y las relaciones interpersonales en la vida adulta.



Según Cerezo (1995), los eventos de maltrato infantil afectan gravemente la matriz relacional de la familia, donde se lleva a cabo el desarrollo normal de las tareas evolutivas del niño. Esto perjudica el desarrollo de competencias en áreas sociocognitivas, emocionales, comportamentales y relacionales.

Las personas que han sufrido violencia en la infancia a menudo desarrollan problemas emocionales y conductuales que pueden influir en su dinámica familiar y en su capacidad para formar vínculos seguros, especialmente cuando se enfrentan a desafíos adicionales, como criar a hijos con discapacidades.

Según Schore, A.N (2001), el apego se relaciona con la impresión límbica en el cerebro, lo que significa que el trauma experimentado durante la infancia puede interrumpir la organización del sistema límbico en un periodo crucial de desarrollo. Esto afecta negativamente la capacidad del individuo para adaptarse a entornos cambiantes y para adquirir nuevos conocimientos y habilidades en el futuro. Existe una alta correlación entre la salud mental inadaptada en la infancia y problemas de salud mental en la adultez.

Según Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997), los individuos que reportaron haber sufrido abuso durante su infancia señalaron que sus relaciones, tanto en la niñez como en la adultez, eran menos seguras en comparación con aquellos sin antecedentes de abuso. Además, mostraron mayores niveles de depresión y una mayor tendencia a utilizar conductas destructivas en situaciones de conflicto.

En la actualidad, uno de los desafíos más significativos en el ámbito de la salud mental es el manejo del estrés y la ansiedad derivados de experiencias traumáticas en la infancia. La violencia infantil tiene consecuencias a largo plazo que afectan la salud mental y las relaciones interpersonales en la vida adulta. Riquelme, N., Bustos, C., & Vicente, B. (2020) afirman que

las víctimas de abuso infantil a menudo presentan síntomas de ansiedad, depresión y dificultades en sus relaciones personales. En el contexto ecuatoriano, la prevalencia de la violencia intrafamiliar y su impacto en la salud mental es un problema crítico que requiere intervenciones efectivas y accesibles. Según Borja (2022), en Ecuador uno de cada dos niños y niñas menores de 5 años recibe maltrato físico o psicológico.

### **Justificación Teórica**

Este estudio de caso se aborda desde una perspectiva sistémica, constructivista y post estructuralista en el marco de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), entendiendo el desarrollo de la problemática de la consultante desde la Teoría del Apego.

La TBCS, desarrollada por Insoo Kim Berg y Steve de Shazer (1982), tiene una raíz sistémica y se centra en identificar y potenciar las soluciones existentes en la vida del cliente, en lugar de explorar exhaustivamente los problemas y sus causas. Este enfoque resulta eficaz para manejar la ansiedad y mejorar las relaciones interpersonales porque fomenta la resiliencia y la autoeficacia, ayudando a los clientes a construir una narrativa de superación y a implementar cambios prácticos y alcanzables en su vida diaria (Franklin et al., 2012). En el caso de Ana, el enfoque en soluciones concretas y en la construcción de habilidades prácticas para manejar la ansiedad y los conflictos con su pareja podría ofrecer mejoras significativas en un corto plazo, y se considera lo más adecuado para su caso, puesto que es difícil para ella dedicar tiempo a su salud mental y emocional.

Según Beyebach (2014), se puede afirmar que la TBCS se desarrolló desde sus inicios como una práctica basada en la evidencia, a través de un proceso continuo y dinámico que integraba la intervención, la observación y la elaboración teórica.

Además, Beyebach (2014) agrega que, a lo largo de los años, se sumaron al desarrollo de este enfoque otros terapeutas y expertos internacionales, lo que enriqueció el método y lo orientó cada vez más hacia las soluciones, manteniendo la simplicidad y eficacia como principios fundamentales. Así, la TBCS se consolidó como un enfoque terapéutico minimalista, influenciado por la tradición de terapia breve de Milton Erickson, y centrado en lo que realmente funciona en la práctica clínica. Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011), afirman que la psicología basada en la evidencia es un abordaje metodológico que busca legitimar los tratamientos y teorías psicológicas a través de la evidencia empírica que respalda su efectividad. Este modelo se ha adoptado cada vez más en los servicios de salud públicos y privados como referente para elegir tratamientos.

Desde una perspectiva constructivista y postestructuralista, el lenguaje no representa la realidad, sino que la constituye y ordena. Según Watzlawick, P (1989), el cambio terapéutico se facilita cuando el terapeuta utiliza un lenguaje que resuena con las experiencias del paciente, permitiendo la construcción de nuevas realidades. La TBCS utiliza el lenguaje como una herramienta central para reconfigurar la percepción de la realidad del cliente, promoviendo cambios positivos en su comportamiento y emociones (García Martínez, 2015). En el caso de Ana, esto implica ayudarla a reestructurar sus narrativas sobre el abuso pasado y su capacidad para manejar el estrés y los conflictos actuales. La realidad es definida por el observador, y tanto el terapeuta como el cliente participan en la construcción del sistema terapéutico.

Según los autores Araya, V. Alfaro, M., & Andonegui, M (2007), el constructivismo es una teoría que plantea que el conocimiento se construye activamente por el sujeto a través de la interacción con su entorno. Esta perspectiva sostiene que la realidad no puede ser conocida en sí misma, sino que es interpretada y transformada por los mecanismos cognitivos del individuo.

Según Schaefer (2014), el post estructuralismo en psicoterapia es un enfoque que se distancia de las tradiciones estructuralistas y modernistas, vinculándose estrechamente con el construccionismo social, la metáfora narrativa y una perspectiva hermenéutica. Este enfoque rechaza la idea de estructuras fijas y estables, centrándose en cómo las realidades y los significados son contruidos y reconstruidos a través del lenguaje y la interacción social. En lugar de buscar verdades universales, el postestructuralismo enfatiza la importancia de las narrativas y cómo estas influencias culturales y contextuales dan forma a la experiencia humana en el proceso terapéutico

La TBCS se ha validado como un enfoque terapéutico eficaz, especialmente en intervenciones donde el consultante tiene recursos de tiempo, económicos y emocionales limitados, pues permite un abordaje práctico y se realiza en un periodo de tiempo específico y breve. Según Gingerich W.J., & Peterson, L.T. (2013), esta eficacia ha sido documentada en diversos contextos clínicos y poblaciones, consolidando a la TBCS como una herramienta versátil y aplicable en diferentes escenarios de intervención. Esta metodología se destaca por su enfoque en la identificación y amplificación de soluciones ya presentes en la vida del consultante, en lugar de centrarse en la etiología de los problemas. Según Beyebach (2016), la efectividad de la TBCS se ha evidenciado abordando problemáticas tales como la ansiedad, la depresión, y las dificultades conductuales. La evidencia empírica sugiere que la TBCS no solo contribuye a la reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión, sino que también promueve una mejora en la satisfacción vital y en las relaciones interpersonales.

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) tiene raíces en un enfoque sistémico que comprende al individuo como parte integral de un sistema que incluye su familia y entorno social. Según García Martínez (2015), un principio fundamental de esta teoría es que el terapeuta es parte del sistema. Esto significa que el terapeuta no es un observador externo, sino

un participante activo que influye y es influenciado por las dinámicas de dicho sistema. En la práctica, esto puede significar modelar el tipo de vínculo y espacio seguro que se plantea que el consultante sea capaz de construir y mantener.

Para tener una mejor comprensión de cómo Ana construye y ha construido sus vínculos relacionales, se toma en cuenta la Teoría del Apego de John Bowlby (1978). Ésta permite reflexionar sobre cómo las experiencias tempranas con los cuidadores influyen en el desarrollo emocional y la capacidad de Ana para formar relaciones saludables. Según Valencia & González (2008), el apego se manifiesta como una huella en la memoria que proporciona una sensación de familiaridad. Consiste en un conjunto de experiencias repetidas, una serie de estímulos organizados que conforman una estructura sensorial constante, la cual orienta cómo percibimos nuestro entorno. Es esencial comprender que este intercambio sensorial forma un vínculo afectivo especial entre la figura u objeto de apego y el individuo.

Según Mesa Masa, E. (2018), un apego seguro se desarrolla a partir de experiencias consistentes y sensibles con los cuidadores, mientras que un apego inseguro, a menudo resultado de experiencias de abuso o negligencia, puede llevar a problemas de ansiedad, depresión y dificultades interpersonales en la adultez.

Estamos programados para conectar, y la forma en que lo hacemos tiene todo que ver con nuestras experiencias tempranas de vida. Pero lo hermoso de la teoría del apego es que nos ofrece un mapa para cambiar nuestros patrones y crear conexiones más saludables, sin importar nuestro pasado (Levine, A., & Heller, R. 2010).

El apego es un aspecto transgeneracional, padres que no han recibido un cuidado adecuado generalmente repiten patrones con sus hijos y ellos con sus hijos. Según Palacios y Santelices (2006), los padres con alta capacidad reflexiva tienen mayor habilidad para

proporcionar un apego seguro a sus hijos, ya que comprenden y regulan mejor sus propias emociones y relaciones familiares. Esto les permite fomentar un diálogo reflexivo con sus hijos y el entorno familiar, sin distorsionar significativamente la comunicación. Gracias a esta capacidad, los padres pueden interpretar con mayor precisión los estados mentales de sus hijos y devolverles una imagen más fiel de sus propias emociones. Este proceso ayuda al niño a reconocer y entender los diversos estados mentales en sí mismo y en los demás, contribuyendo al desarrollo de una coherencia interna del yo. En el caso de Ana, trabajar en desarrollar un estilo de apego seguro, no solo supone una superación personal, sino que también tiene un impacto importante para su descendencia.

Para este estudio de caso se utiliza un diseño experimental de caso único, un enfoque cualitativo que permite explorar a fondo un fenómeno dentro de su contexto particular. Al centrarse en un solo caso—ya sea una persona, un grupo, un evento o una situación específica—se logra una comprensión más detallada de las dinámicas y factores que lo afectan. Según Kazdin (2011), los diseños experimentales de caso único son especialmente útiles en contextos clínicos donde se requiere una atención personalizada y adaptada a las necesidades específicas del individuo. Este tipo de estudio utiliza diversas técnicas de recolección de datos, como entrevistas, observaciones y análisis de documentos, lo que fortalece la validez de los resultados al combinar diferentes fuentes de información. Como afirma Yin, R. K. (2018), aunque el estudio de caso único no busca generalizar los hallazgos a nivel estadístico, puede ofrecer valiosas contribuciones al desarrollo de teorías aplicables en situaciones similares.

El diseño experimental de caso único implica la medición repetida de variables dependientes, como la ansiedad, el nivel de autoeficacia, y su percepción sobre sus avances en el tratamiento, antes, durante y después de la intervención. Esto permite comparar las



condiciones de tratamiento y el control dentro del mismo sujeto, proporcionando evidencia sobre la efectividad de la intervención y el enfoque.

En cuanto a la aplicación, la intervención terapéutica se realiza en el marco de la TBCS, donde se aplican técnicas para comprender cuáles han sido los intentos de solución que se han tenido hasta ahora, cuáles son las excepciones al problema y los recursos con los que se cuenta para poder ampliar esos espacios de “ausencia del problema”, enfocándose en reafirmar sus recursos internos y externos y su capacidad de gestionar y construir las soluciones necesarias para conseguir sus objetivos.

## **ESTUDIO DE CASO**

### **DATOS DEL CONSULTANTE:**

**Nombre:** Ana

**Edad:** 45 años

**Género:** Femenino

**Estado civil:** Casada

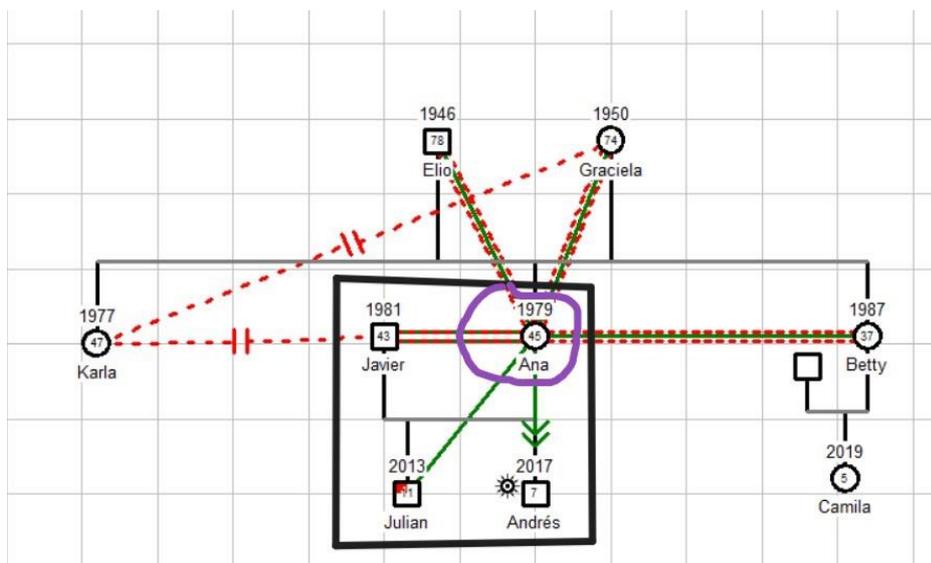
**Ocupación:** Cuidado de la casa y los hijos

**Nivel educativo:** Bachiller

### **MOTIVO DE CONSULTA**

Ana viene a consulta buscando manejar mejor sus reacciones emocionales y reducir los conflictos con su pareja debido a la queja de su hijo mayor respecto a los conflictos entre sus padres.

## GENOGRAMA



- Ana vive con su esposo Javier y sus dos hijos.
- Ana y su esposo tienen una relación cercana pero conflictiva. Con sus hijos Ana está muy presente y cubre todas sus necesidades básicas, pero refiere que se le hace difícil estar realmente presente y compartir tiempo de calidad con ellos.
- Sus padres viven en el mismo edificio. La relación con su madre es conflictiva y Ana refiere tener un resentimiento hacia su padre. De todas maneras, son cercanos y ella cuida de ellos.
- Su hermana menor vive en el edificio de al frente, tienen una relación cercana pero también conflictiva. Ella tiene una hija pequeña con síndrome de Down.
- Su hermana mayor casi no tiene contacto con la familia.

## ANTECEDENTES

Ana reporta que tanto ella como sus dos hermanas sufrieron abuso físico y emocional por parte de su madre durante su infancia. Expresa resentimiento hacia su padre, quien, aunque no era violento, no intervino para detener el maltrato. Su hermana mayor dejó el hogar a los 14 años, cuando Ana tenía 12, debido al abuso sufrido. Actualmente, su hermana mayor mantiene una relación distante con la familia. Tiene una buena situación económica, más no contribuye a la economía de ningún familiar. Ana tiene dos hijos con problemas de salud graves.

Ana trabajó durante 10 años en una cooperativa de transporte, empleo que disfrutaba. Sin embargo, dejó de trabajar para cuidar a su primer hijo y no ha podido reincorporarse al ámbito laboral desde entonces. Ana también menciona que su segundo hijo ha expresado a su terapeuta preocupación y malestar por las peleas recurrentes entre sus padres. Ana confirma que discute casi diariamente con su esposo y refiere sentirse responsable de esto. Aunque es consciente de su comportamiento, siente que no puede controlarlo. Ana describe a su esposo como paciente y cariñoso, un padre dedicado que, pese a tener un trabajo a tiempo completo, dedica mucho tiempo a su familia y a recaudar fondos para las intervenciones que requieren sus hijos.

Hace 6 años recaudaron \$60.000 para una operación de corazón de su hijo mayor, con lo cual ahora está estable, pero tendrá que volverse a someter a la misma operación cuando cumpla 18 años, es decir, dentro de 6 años. Actualmente están en proceso de recaudar \$8000 para una operación de cadera de su hijo más pequeño, con la esperanza de que esto le permita caminar, aunque no es 100% seguro porque el niño tiene una discapacidad severa que le impide valerse por sí mismo o comunicarse.

## **EVALUACIÓN INICIAL**

## **Sintomatología**

**Emocional:** Preocupación constante, culpa, y sensación de insuficiencia.

**Cognitiva:** Pensamientos recurrentes sobre su incapacidad para manejar sus relaciones y las situaciones desafiantes. Constantes autoevaluaciones negativas.

**Conductual:** Respuestas de impaciencia e irritabilidad ante situaciones cotidianas.

**Fisiológica:** Problemas para conciliar el sueño, se levanta en la madrugada y no puede volver a dormirse, fatiga crónica y un constante estado de alerta/estrés. Dolor de cuello y espalda alta.

## **Eventos Vitales**

Sufrió abuso físico y emocional por parte de su madre desde los 3 hasta los 16 años.

Su hermana mayor abandonó el hogar cuando ella tenía 12 años.

Dejó de trabajar para cuidar a su primer hijo.

Tiene dos hijos con problemas de salud graves que requieren atención constante.

## **Enfermedades**

Ana no presenta enfermedades o problemas de salud mayores.

Julián se encuentra estable, pero necesitará nuevamente someterse a una operación de corazón al cumplir 18.

Andrés sufre una discapacidad severa que le impide comunicarse, desplazarse y mantenerse erguido por lo que utiliza un asiento con correas.

## **METODOLOGÍA**

## **DE**

## **EVALUACIÓN**

En este estudio de caso se recomienda utilizar una evaluación multimétodo:

### **Métodos Cualitativos:**

#### **1. Documentación Narrativa:**

Durante cada sesión se documentan los pequeños cambios reportados. Por ejemplo, cualquier cambio en su forma de percibir el conflicto como una oportunidad de aprendizaje en lugar de como un desafío insuperable se registra como evidencia de progreso. Sin que ello signifique minimizar o desestimar la dificultad de los desafíos presentados, las limitaciones de la consultante o su situación actual. Al contrario, se busca evidenciar la capacidad adquirida para modificar su percepción respecto al conflicto, a los desafíos y a sí misma y abordarlos de manera más empoderada y objetiva. Estos cambios se revisan en las sesiones siguientes para reforzar y consolidar los avances.

#### **2. Observaciones Directas:**

A través de la observación directa en las sesiones, se captan aspectos como el comportamiento, el lenguaje y la expresión no verbal de Ana. Estas observaciones se registran para complementar la información obtenida en las entrevistas y cuestionarios, proporcionando evidencia cualitativa adicional sobre el estado emocional y psicológico de Ana.

#### **3. Autorregistros:**

Los ejercicios de autorregistro realizados por Ana, documentan los cambios y reflexiones a lo largo del proceso terapéutico. Estos registros permitirán construir una base cualitativa sólida que refleje el progreso y los desafíos enfrentados por Ana durante la terapia.

## **Métodos Cuantitativos:**

### **Instrumentos de Evaluación:**

#### **1. CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure):**

Según Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002), es un instrumento ampliamente utilizado y validado para evaluar resultados en la práctica clínica de salud mental. Este instrumento ha demostrado, según Evans, et al (2002), sensibilidad al cambio y capacidad para evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos, bienestar general, funcionamiento social y riesgo, lo que lo convierte en una herramienta útil en diferentes contextos clínicos. Es un instrumento breve y fácil de administrar, adecuado para su uso en entornos clínicos rutinarios. Además, es altamente sensible al cambio, permitiendo detectar mejoras o empeoramientos en la salud mental de los pacientes durante el tratamiento.

El CORE-OM se administrará al inicio de cada sesión para evaluar de manera sistemática el bienestar subjetivo, síntomas psicológicos, funcionamiento social y riesgo de la consultante. La evidencia cuantitativa se construye a partir de la comparación de los resultados obtenidos en cada sesión, lo que permitirá identificar patrones de mejora o deterioro en su estado emocional y ajustar el tratamiento en consecuencia.

**Consistencia interna:** Alfa de Cronbach total de 0.94, lo que indica que los ítems miden de manera coherente el mismo constructo.



**Estabilidad temporal:** Coeficientes test-retest entre 0.83 y 0.91, asegurando consistencia en los resultados a lo largo del tiempo.

## **2. Escala de Avance TBCS:**

El uso de la Escala de Avance es un medio para capturar y reforzar el cambio, proporcionando evidencia del progreso y guiando el proceso terapéutico.

La escala se administra en cada sesión con el objetivo de evaluar la percepción de Ana respecto a su propio progreso terapéutico, particularmente en aspectos específicos como su percepción del conflicto y de sus propias capacidades. La construcción de evidencia se basa en los datos cuantitativos que reflejan la valoración de Ana sobre su avance en áreas clave, tales como la gestión del estrés y la comunicación con su pareja. Estos datos permiten identificar y reforzar los aspectos positivos, lo cual facilita la orientación del proceso terapéutico de manera más efectiva.

## **3. Cuestionario de Evaluación de Ansiedad y Depresión (DASS-21):**

Evaluada al inicio, mitad y final del tratamiento. El DASS-21 es un instrumento ampliamente utilizado y validado para medir los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés (Chávez-Valencia, V., Mendoza-López, R., Dorador-Velarde, L., & Portillo, N. 2020).

El DASS-21 se administra al inicio, a la mitad y al final del tratamiento con el propósito de evaluar los niveles de ansiedad, depresión y estrés. Aunque se ha decidido no emitir un diagnóstico en este momento, es fundamental realizar las evaluaciones pertinentes para justificar esa decisión o, en caso necesario, llegar a un diagnóstico basado en criterios objetivos

y proceder con una intervención precisa. Los resultados obtenidos en los diferentes momentos del proceso terapéutico se comparan, lo que permite medir el impacto de la intervención en estas áreas específicas y ajustar las estrategias terapéuticas de acuerdo con los cambios observados.

**Validez de constructo:** El DASS-21 ha confirmado su estructura tripartita (depresión, ansiedad, estrés) a través de análisis factoriales que explican alrededor del 65% de la varianza total.

**Confiabilidad:** Los coeficientes alfa de Cronbach son elevados: Depresión (0.91), Ansiedad (0.84), Estrés (0.90).

#### **4. Escala de Apego CAMIR-R:**

Es un instrumento diseñado para evaluar los patrones de apego en adultos.

**Validez de Constructo:** El análisis factorial exploratorio del CaMir-R reveló una estructura de 7 factores que explican el 52.97% de la varianza total, lo que indica una adecuada validez de constructo.

**Validez de Contenido:** La V de Aiken para los ítems del CaMir-R fue mayor a 0.90, lo que indica una adecuada pertinencia, relevancia y claridad de los ítems.

**Consistencia Interna:** Los valores del alfa de Cronbach oscilan entre 0,54 y 0,85.

**Confiabilidad Test-Retest:** > 0,56, excepto "permisividad parental", que mostró un valor de 0,45.

La Escala CAMIR-R se administra al inicio del tratamiento para evaluar los patrones de apego de Ana. La evidencia cuantitativa se obtiene al identificar cómo estos patrones influyen en sus relaciones interpersonales y al evaluar cualquier cambio en estos patrones al



final del tratamiento, lo que proporcionará una medida del impacto de la intervención en sus relaciones afectivas.

### **DEMANDA EXPLÍCITA:**

Ana busca mejorar su relación de pareja, disminuir los conflictos y crear puntos de encuentro para compartir en armonía. También busca estrategias efectivas de afrontamiento y apoyo psicológico para manejar el estrés continuo de cuidar a sus hijos con necesidades especiales, estableciendo límites saludables y dedicando tiempo al autocuidado.

### **DEMANDA IMPLÍCITA:**

Ana busca validación emocional y apoyo, un espacio seguro donde pueda reconstruir su auto percepción y aprender nuevos modelos de comportamiento que le proporcionen un mayor sentido de seguridad y competencia en su vida diaria.

Ana desea reconciliarse con su historia familiar y reconstruir su identidad más allá de los roles de cuidadora y víctima, redescubriendo aspectos personales relegados por sus responsabilidades.

## **FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA**

### **Hipótesis de diagnóstico clínico:**

En este caso, se ha decidido no aplicar un diagnóstico clínico porque se considera que el cuadro de síntomas ansiosos que presenta Ana pueden ser reacciones adaptativas a las

circunstancias que está atravesando más que indicativos de un trastorno. La no aplicación de un diagnóstico clínico en el caso de Ana se justifica por la naturaleza situacional de su malestar, la necesidad de evitar la estigmatización a través de un diagnóstico que podría no reflejar su estado a largo plazo, y la orientación terapéutica que prioriza el empoderamiento y la resolución de problemas concretos. En lugar de centrar el tratamiento en un diagnóstico clínico, se enfoca en fortalecer los recursos de Ana, promoviendo su capacidad para enfrentar y superar los desafíos presentes. Ana está atravesando un período que supone para ella altos niveles de estrés y ansiedad debido a situaciones externas adversas, como el cuidado de hijos con necesidades especiales, la recaudación de fondos para la operación de su hijo menor, conflictos con su pareja y la manifestación de malestar de su hijo mayor frente a esto.

El contexto en el que se desarrollan los síntomas es muy importante para determinar si un diagnóstico clínico es apropiado. Por ejemplo, según Lazarus & Folkman (1984), los modelos de estrés y afrontamiento sugieren que las personas pueden experimentar síntomas psicológicos temporales en respuesta a situaciones de alta presión, sin que ello implique trastorno mental.

Desde una perspectiva terapéutica centrada en soluciones, la intervención se centra en identificar y potenciar los recursos y soluciones existentes, y se evita patologizar el malestar del consultante. Se considera que el etiquetado diagnóstico puede ser contraproducente en este contexto, porque podría reforzar la percepción de incapacidad o de “tener algo malo”, limitando la posibilidad de percibirse a sí misma como agente activo en su propio proceso de cambio.

En el trabajo de Lifton, R. J., & Olson, E. (2001) sobre la intervención en crisis, se destaca la importancia de evaluar el contexto y el entorno del individuo antes de considerar un diagnóstico clínico. Los autores argumentan que, los síntomas que aparecen durante períodos

de crisis, a menudo se resuelven sin necesidad de etiquetar al individuo con un trastorno psicológico, especialmente cuando el apoyo adecuado y las intervenciones enfocadas en soluciones se proporcionen a tiempo.

### **Diagnóstico diferencial:**

#### Trastorno de ansiedad generalizada DSM-5: 300.02 (F41.1) CIE-11: 6B00

Ansiedad y preocupación excesiva, anticipación aprensiva, se produce durante más días de los que está ausente durante un mínimo de 6 meses. Le es difícil controlar la preocupación. Inquietud, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para dormirse. Actividad simpática autónoma. Los síntomas causan una angustia o un deterioro significativos en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

#### Trastorno de Estrés Postraumático DSM-5: 309.81 (F43.10) CIE-11: 6B41

El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, abuso físico repetido en la infancia). Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza). Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso que se manifiesta con dos o más de las características siguientes: comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos, hipervigilancia, problemas de concentración, alteración del sueño

### Trastorno de depresión mayor leve DSM-5: 296.31 (F33.0) CIE-11: 6A71

Insomnio o hipersomnia casi todos los días. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

### **Hipótesis Dinámica**

Las experiencias traumáticas de su infancia han llevado a Ana a formar constructos personales negativos, donde se percibe a sí misma como inadecuada y vulnerable. La falta de una figura de apego segura durante su desarrollo temprano ha resultado en dificultades para regular sus emociones y manejar el estrés de manera efectiva. Además, la ausencia de apoyo emocional consistente ha impedido que desarrolle una sensación de seguridad y confianza en sus relaciones.

Ana ha desarrollado un estilo de apego inseguro debido a experiencias tempranas de abuso físico y emocional por parte de su madre. Este estilo de apego se caracteriza por la falta de confianza en sí misma y en los demás, lo que ha influido negativamente en sus relaciones interpersonales, en su percepción de valía personal y en la presencia de un sentimiento de culpa

constante por no sentirse suficiente o capaz de gestionar las situaciones que se le presentan de la manera que ella quisiera.

La condición de Ana se ve afectada por varios factores, desde el abuso vivido en la infancia, la falta de protección por parte de su padre, la ausencia de su hermana mayor y, ahora, el estrés continuo asociado al cuidado de sus hijos con necesidades especiales. Estos factores han contribuido a la perpetuación de patrones disfuncionales de pensamiento y comportamiento, donde Ana responde al estrés y al conflicto con ansiedad e irritabilidad.

El problema se manifiesta en su vida diaria a través de conflictos frecuentes con su pareja, una alta reactividad emocional, y dificultades para manejar el estrés. Estos conflictos no solo afectan su bienestar emocional, sino que también impactan negativamente en la dinámica familiar y en todos los miembros del sistema familiar. La tendencia de Ana a percibirse como la causa de los problemas exagera la dificultad percibida de la situación.

## **OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

- Desarrollar estrategias de manejo de estrés.
- Modificar su percepción del conflicto.
- Desarrollar una comunicación asertiva con su pareja .
- Desarrollar una auto regulación efectiva para gestionar conflictos y estresores.
- Transformar su autopercepción respecto a su capacidad para gestionar los desafíos y respecto a la culpa que siente frente a esto.
- Promover una narrativa de resiliencia y superación.

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Objetivos Terapéuticos	Sesión	Intervención	Indicador de Logro	Resultados Según Objetivo o Meta
Desarrollar estrategias de manejo de estrés.	1	<p>-Enseñar técnicas de respiración consciente, escritura reflexiva y movimiento.</p> <p>-Escala de avance: ¿Cuánto me afectan las situaciones estresantes en el día a día?</p> <p>¿Qué tan eficazmente percibo que manejo las situaciones estresantes que se me presentan?</p>	<p>-Mejora en las escalas de avance.</p> <p>Adherencia a técnicas de regulación.</p>	<p>-Ana desarrolla estrategias para gestionar su estado emocional.</p> <p>-Ana practica estas técnicas de manera regular como mantenimiento y puede acceder a ellas en momentos de mayor estrés para regularse.</p> <p>-La escritura reflexiva, además de ser un espacio de expresión y autoconocimiento, le proporciona un registro de su avance y una posibilidad de identificar su narrativa.</p>

<p>Modificar su percepción del conflicto.</p>	<p>2</p>	<p>-Reflexión en sesión sobre su percepción sobre el conflicto y propuesta de resignificación del mismo mediante preguntas reflexivas. Ej. “¿Qué pienso del conflicto?” “¿Cuál es la utilidad del conflicto?” “¿Qué me permite transformar el conflicto?”</p>	<p>-Ana percibe el conflicto como una oportunidad de aprendizaje. Identificación de recursos y soluciones.</p>	<p>-Ana encuentra la importancia del conflicto y es capaz de atenderlo desde la comprensión en lugar de temerle y evitarle.</p>
<p>Desarrollar una comunicación asertiva con su pareja</p>	<p>3-4-5</p>	<p>-Revisión del material “Comunicación No-Violenta” (Rosenberg, 2019) -Escala de avance: “¿Qué tan asertiva y abierta es tu comunicación con tu pareja?”</p>	<p>-Identificación de principios de comunicación no violenta en su relación de pareja. -Identificación de estilos de apego. -Mejora en la escala de avance.</p>	<p>-Interiorización y aplicación de conceptos de comunicación no violenta. -Entendimiento de los estilos de apego y cómo influyen en sus relaciones. -Reacciones más conscientes ante el estrés.</p>

		<p>-Identificar el estilo de apego de Ana y de su pareja. Escala de apego “CAMIR-R” (Balluerka et al., 2011).</p>		
<p>Desarrollar una comunicación asertiva con su pareja</p>	6	<p>-Pregunta del milagro (adaptada): Si mañana te despertaras y, en este momento y contexto, tu relación de pareja fuera como tú la sueñas, ¿cómo se vería? Explica con detalle todos los aspectos que puedas pensar.</p> <p>-Reflexionar sobre los puntos relatados en la respuesta a la pregunta milagro.</p>	<p>-Identificación de los puntos mencionados en la respuesta a la pregunta milagro.</p>	<p>-Identificación del tipo de comunicación y relación que desea Ana.</p>
<p>Desarrollar una auto-</p>	7	<p>-Identificación de la “excepción” (de</p>	<p>-Identificación de recursos internos y de</p>	<p>-Ana gestiona conflictos y estresores con menor</p>

<p>regulación efectiva para gestionar conflictos y estresores.</p>		<p>Shazer, 1985) y los recursos existentes. Ej. ¿En qué momentos no me siento estresada o reacciono mejor ante los conflictos? Describir en detalle esos momentos y cuándo siente que utiliza óptimamente sus recursos internos para enfrentar el conflicto.</p> <p>-Ampliación de la solución: Describir los momentos en los que ha sabido sobreponerse a una situación difícil y cuáles han sido sus herramientas para hacerlo.</p>	<p>factores que permiten la excepción de los conflictos y estresores y la solución. - Identificación de momentos en donde se da una mejor autorregulación ante conflictos y estresores.</p>	<p>impacto a nivel psíquico, físico y emocional.</p>
<p>Transformar su autopercepción respecto a su</p>	<p>8-9</p>	<p>-Encontrar situaciones y eventos donde Ana se haya sentido capaz y las</p>	<p>-Identificación de recursos internos de gestión.</p>	<p>Ana es capaz de transformar su autopercepción de</p>

<p>capacidad para gestionar los desafíos y respecto a la culpa que siente frente a esto.</p>		<p>haya manejado con éxito.</p> <p>-Escala de Avance: ¿Qué tan capaz me siento de gestionar efectivamente los conflictos relacionales y estresores?</p> <p>- Explorar su percepción sobre la culpa. Técnica “Externalización”.</p> <p>White, M., &amp; Epston, D. (1990). Personificación del sentimiento de culpa, donde la culpa se trata como si fuera un personaje o una entidad separada que tiene sus propias características e intenciones.</p>	<p>-Mejora en la escala de avance</p> <p>- Es capaz de separar de su identidad a la culpa.</p>	<p>víctima de su situación a un rol más empoderado y capaz.</p>
--	--	--	--	---

<p>Promover una narrativa de resiliencia y superación</p>	<p>10</p>	<p>-Técnica “Consejos de Experto” (Beyebach, M. y Herrera, M 2010). Escribir una carta para personas que puedan estar pasando por su misma situación. En la carta explica cómo se sentía cuando estaba mal y qué cosas ha hecho que le han ayudado a superar su problema.  -Reflexión en sesión frente a los avances de Ana, los aprendizajes y entendimientos que se produjeron.</p>	<p>-Ana puede identificar sus recursos y avances dentro de la terapia.</p>	<p>Ana se afianza en su experticia sobre su proceso.</p>
---	-----------	---	--	--

## CONSTRUCCIÓN DE EVIDENCIA

Las técnicas utilizadas en la intervención, como la respiración consciente, la escritura reflexiva, la pregunta del milagro, etc., están fundamentadas en la necesidad de proporcionar a

Ana herramientas prácticas y accesibles para manejar su ansiedad y conflictos interpersonales. Según Franklin, Trepper, Gingerich, y McCollum (2012), la TBCS se centra en identificar y potenciar soluciones que ya existen en la vida del consultante. En el caso de Ana, la respiración consciente le permite activar el sistema nervioso parasimpático, ayudando a reducir la respuesta de estrés inmediato (Levine & Heller, 2010). La escritura reflexiva, por otro lado, facilita la externalización de pensamientos negativos lo cual es esencial para alguien que, como Ana, ha internalizado patrones de pensamiento autocríticos (White & Epston, 1990). La pregunta del milagro se utiliza específicamente en el contexto de su relación de pareja, con el fin de evocar cómo se vería para ella una relación “ideal”, lo que le permite identificar metas concretas y alcanzables, promoviendo así una narrativa de esperanza y empoderamiento (De Shazer, 1985). La Comunicación No Violenta (CNV) planteada por Rosenberg (2006), resulta útil para transformar patrones de comunicación conflictivos en interacciones más empáticas y constructivas. En un estudio realizado con parejas, se reportó una mejora significativa en la calidad de la comunicación relacional y en el ajuste marital después de participar en un programa de CNV.

Los instrumentos utilizados para la construcción de evidencia proporcionan información relevante a lo largo de la intervención terapéutica. Esta información permite que la consultante y el terapeuta analicen conjuntamente los resultados de manera continua, facilitando así el ajuste y la personalización de los procedimientos según las necesidades emergentes durante el proceso terapéutico.

Para la interpretación de los instrumentos cuantitativos, especialmente aquellos que contribuyen a la construcción de un diagnóstico o que requieren una evaluación clínica especializada, la terapeuta destina un espacio de análisis posterior a cada sesión y tras la aplicación de cada instrumento. Este enfoque garantiza una interpretación precisa y

fundamentada de los datos recopilados, asegurando la pertinencia y efectividad de las intervenciones subsecuentes.

La integración de métodos cualitativos y cuantitativos proporciona una comprensión integrativa de su evolución y facilitando la adaptación de las estrategias terapéuticas de manera informada y efectiva.

Este enfoque metodológico en la construcción de evidencias busca obtener datos significativos no solo para el proceso terapéutico actual, sino también para evaluar la efectividad de la intervención, el planteamiento y el enfoque empleados. Asimismo, pretende establecer un precedente que pueda ser aplicado en casos similares, contribuyendo al enriquecimiento de las prácticas clínicas y al desarrollo de intervenciones más eficaces y adaptadas a las necesidades específicas de los consultantes.

## **RESULTADOS:**

Aunque no se completó el tratamiento planificado, se llevaron a cabo tres sesiones con Ana en las que se logró establecer un rapport sólido y se abordaron sus síntomas de ansiedad mediante reflexiones y ejercicios de respiración. Se encuentra que haber proporcionado validación al estado emocional en el que se encontraba Ana, destacando que sus síntomas son una respuesta lógica a la situación actual, fue recibida con alivio y generó esperanza. A través del modelamiento de un espacio de escucha activa y validación, se observó un avance significativo en su percepción sobre su situación y sobre sí misma. Durante estas tres sesiones, se le ofrecieron soluciones prácticas y sencillas para disminuir la sintomatología y fortalecer su autopercepción de capacidad de gestión, al proporcionarle herramientas alcanzables y fáciles de implementar.

## **CONCLUSIONES:**

Se considera que la Terapia Breve Centrada en Soluciones es un enfoque válido y eficaz para la intervención del presente caso. Se ha tomado en cuenta que existe amplia evidencia que demuestra la eficacia de este enfoque y que se ha aplicado anteriormente en casos con características similares como madres con hijos con discapacidades, mujeres adultas y conflictos en relaciones, y que muestran resultados favorables en cuanto a la percepción de control y la capacidad de manejar situaciones difíciles, a la reducción de estrés, mejora en el bienestar emocional, reducción de depresión y mejora en la dinámica familiar. (Lloyd y Dallos, 2008; Habibi et al, 2016; Franklin et al, 2023)

El estudio de Lloyd y Dallos (2008) sobre la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) en familias con hijos con discapacidades intelectuales severas revela que esta intervención es generalmente efectiva, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Las madres reportaron una mejora significativa en su percepción de control y en la capacidad para manejar situaciones difíciles, lo que se reflejó en aumentos en las escalas de autoeficacia y en la reducción de la angustia. Cualitativamente, las madres valoraron el enfoque práctico y orientado al futuro de la TBCS, aunque algunas técnicas, como la Pregunta Milagro, fueron percibidas como menos relevantes, lo que sugiere la importancia de adaptar la terapia a las necesidades específicas de cada familia. En conjunto, los resultados respaldan la eficacia de la TBCS, destacando su potencial para reducir el estrés y mejorar el bienestar emocional en este contexto.

Según Neipp y Beyebach (2024), la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) ha mostrado consistentemente resultados cuantitativos positivos, con una mejora en casi el 90% de los casos revisados en estudios controlados, lo que demuestra su eficacia en contextos diversos. Habibi et al. (2016) respaldan esta afirmación al encontrar que la TBCS redujo significativamente los síntomas de depresión en mujeres, lo que sugiere su capacidad para

mejorar el bienestar emocional de manera efectiva, con una reducción en los niveles de depresión con un valor  $p < 0.001$ . Por otro lado, Franklin et al. (2023) aportan tanto datos cuantitativos como cualitativos, señalando un tamaño de efecto medio ( $g = 0.654$ ,  $p < 0.001$ ) que refleja la efectividad general de la TBCS en mejorar la salud mental y la dinámica familiar. Además, estos estudios cualitativamente evidencian cómo los participantes reportan mejoras significativas en su percepción de sí mismos y en sus relaciones interpersonales, lo que refuerza la utilidad de la TBCS en casos complejos como el de Ana, donde los factores emocionales y relacionales están interrelacionados.

Finalmente, cabe decir que, a pesar de la eficacia demostrada de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) en diversos contextos, es importante considerar algunas limitaciones y desafíos potenciales en su aplicación, particularmente en casos complejos como el de Ana. Un aspecto crítico a tener en cuenta es la adherencia al tratamiento. Como se observó en el caso de Ana, las demandas diarias y la carga emocional pueden dificultar la continuidad de la terapia. Esto sugiere la necesidad de adaptar la TBCS a las circunstancias individuales de cada consultante, lo que podría incluir un seguimiento más flexible y estrategias para motivar la adherencia, como la integración de sesiones más cortas o técnicas que puedan ser aplicadas fuera del entorno terapéutico (Habibi et al., 2016).

Además, aunque la TBCS se ha mostrado efectiva en la reducción de síntomas de ansiedad y mejora de las relaciones interpersonales, es fundamental considerar la complejidad del trauma histórico en el caso de Ana. Los estudios, como el de Franklin et al. (2023), señalan que, si bien la TBCS puede ser eficaz en un momento de crisis como el actual, la profundidad de los problemas relacionados con el apego inseguro y el trauma de la infancia podría requerir un enfoque más prolongado más adelante o la combinación con otras terapias que permitan una exploración más exhaustiva de estos factores.

## **RECOMENDACIONES:**

Dado que Ana ha tenido dificultades para mantener la adhesión al tratamiento por la complejidad de su situación actual, que le dificulta encontrar tiempo para su bienestar y desarrollo, se sugiere que, si retoma la terapia, se le ofrezca un plan terapéutico conciso. Este plan debería incluir un compromiso claro para mantener la adherencia durante un período específico de no más de 10 sesiones como se propone en el presente estudio de caso, ajustando los horarios y el intervalo entre sesiones para que se adapten a sus necesidades y posibilidades, facilitando así la continuidad del proceso terapéutico.

Además, se considera recomendable abordar a Ana desde una posición de empatía, creando un espacio terapéutico seguro en el que se modele un vínculo de apego seguro que pueda servirle de referencia en sus relaciones interpersonales.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Araya, V., Alfaro, M., & Andonegui, M. (2007). Constructivismo: Orígenes y perspectivas.

Laurus. Revista de Educación. Venezuela.

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario CaMir-R. *Psicothema*, 23(2), 312-319.

Berg, I. K., & Dolan, Y. (2001). *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*.

Norton. <https://books.google.com.ec/books?id=CJdlQgAACAAJ>

- Borja (2022). 1 de cada 2 niños menores de 5 años sufre maltrato en Ecuador. Revista GK City. 15 de noviembre del 2022. <https://gk.city/2022/11/15/informe-unicef-ninez-ecuador/>
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). 200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja. Barcelona: Herder. [https://books.google.com.ec/books/about/200\\_tareas\\_en\\_terapia\\_breve.html?id=jASIDwAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ec/books/about/200_tareas_en_terapia_breve.html?id=jASI DwAAQBAJ&redir_esc=y)
- Beyebach, M. (2014). La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. En A. Moreno Fernández, Ed.) Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de Intervención (pp. 449-480). Bilbao: Desclée de Brouwer. <https://www.aetsbtraining.org/wp-content/uploads/2021/04/Capitulo-12.-El-modelo-TCS-abril-2014.pdf>
- Beyebach, M. (2016). La Terapia Breve Centrada en Soluciones como práctica integradora. Papeles del Psicólogo, 37(1), 18-24. <https://www.aetsbtraining.org/wp-content/uploads/2021/04/Beyebach-2016-TSBcomoPracticaIntegradora.pdf>
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. Adolescent Psychiatry, 6, 5–33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/742687/>
- Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. Journal for the Study of Education and Development, 18(71), 135–157. <https://doi.org/10.1174/02103709560575541>
- Chávez-Valencia, V., Mendoza-López, R., Dorador-Velarde, L., & Portillo, N. (2020). Evidencias psicométricas de la escala de estrés, ansiedad y depresión DASS-21 en adultos de Lima Metropolitana. Revista Latinoamericana de Psicología, 52(1), 25-34.



[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/98617/Chavez\\_MLDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/98617/Chavez_MLDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

de Shazer, S., & Kim Berg, I. (1982). Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach. Guilford Press.

de Shazer, S. (1985). Claves para la solución en Terapia Breve. Norton.  
[https://www.academia.edu/27878298/Steve\\_de\\_Shazer\\_Claves\\_para\\_la\\_soluci%C3%B3n\\_en\\_terapia\\_breve](https://www.academia.edu/27878298/Steve_de_Shazer_Claves_para_la_soluci%C3%B3n_en_terapia_breve)

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., ... & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60.  
<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/towards-a-standardised-brief-outcome-measure-psychometric-properties-and-utility-of-the-coreom/1A48F7373F484F7905D705C0774901D2>

Franklin, C., Trepper, T. S., Gingerich, W., & McCollum, E. (2012). Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice. Oxford University Press.  
[https://www.researchgate.net/publication/290320627\\_Solution-Focused\\_Brief\\_Therapy\\_Treatment\\_Manual1](https://www.researchgate.net/publication/290320627_Solution-Focused_Brief_Therapy_Treatment_Manual1)

Franklin, C., Kim, J. S., & Tripodi, S. J. (2023). Solution-Focused Brief Therapy in Community-Based Services: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.  
[Solution-Focused Brief Therapy in Community-Based Services: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies \(sagepub.com\)](https://www.sagepub.com/journalsFullText.action?doi=10.1177/10634269231188888)

- García Martínez, F. E. (2015). *Terapia sistémica breve: fundamentos y aplicaciones* (2 ed.). Santiago de Chile, Chile: RIL editores. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/udla/67430?page=83>
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266-283. <https://doi.org/10.1177/1049731512470859>
- Habibi, M., Nikmanesh, Z., & Jamshidifar, Z. (2016). *The effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy on reducing depression in women*. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(4), e2505. [https://www.researchgate.net/publication/308577545\\_The\\_effectiveness\\_of\\_solution-focused\\_brief\\_therapy\\_on\\_reducing\\_depression\\_in\\_women](https://www.researchgate.net/publication/308577545_The_effectiveness_of_solution-focused_brief_therapy_on_reducing_depression_in_women)
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press. [https://www.researchgate.net/publication/254359681\\_Kazdin\\_A\\_E\\_2011\\_Single-Case\\_Research\\_Designs\\_Second\\_Edition](https://www.researchgate.net/publication/254359681_Kazdin_A_E_2011_Single-Case_Research_Designs_Second_Edition)
- Levine, A., & Heller, R. (2010). *Attached: The new science of adult attachment and how it can help you find—and keep—love*. TarcherPerigee. [https://books.google.com.ec/books/about/Attached.html?id=vCh9fXUiUjwC&redir\\_e\\_sc=y](https://books.google.com.ec/books/about/Attached.html?id=vCh9fXUiUjwC&redir_e_sc=y)
- Lifton, R. J., & Olson, E. (1976). The Human Meaning of Total Disaster: The Buffalo Creek Experience. *Psychiatry*, 39(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/00332747.1976.11023872>

- Mesa Masa, E (2018). El apego desde la terapia cognitivo conductual en psicología infanto juvenil. II Congreso Virtual Internacional de Psicología.
- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.
- Neipp, M. C., & Beyebach, M. (2024). *The Global Outcomes of Solution-Focused Brief Therapy: A Revision*. *The American Journal of Family Therapy*, 52(1), 110–127. <https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2069175>
- Riquelme, N., Bustos, C., & Vicente, B. (2020). Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. *Ciencia y Enfermería*, 26(19), 1-12. <https://doi.org/10.29393/CE26-12IMNC30012>
- Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicación no violenta: un lenguaje de vida - 1a ed.- 8a reimpresión*. Gran Aldea Editores. <https://c15208330.ssl.cf2.rackcdn.com/uploads/public/3f3a23b05a0dcb7e26f24fb69a9d899b.pdf>
- Schaefer, H. (2014). Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7–66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*,

21(10),

1015-1023.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213497000628>

Valencia, M. L., & González, W. (2008). Etología del apego y del reconocimiento en el ser humano. *El Hombre y la Máquina*, 31 (julio-diciembre), 40-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47803104>

Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio*. Editorial Herder.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.  
[https://books.google.com.ec/books/about/Narrative Means to Therapeutic Ends.htm?redir\\_esc=y](https://books.google.com.ec/books/about/Narrative+Means+to+Therapeutic+Ends.htm?redir_esc=y)