

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, A PARTIR DEL MODELO
COGNITIVO CONDUCTUAL A PACIENTE CON TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO**

Jenny Andrea Cantillo Muñoz



Universidad Pontificia Bolivariana

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

Abril 2019

**EVALUACIÓN E INTERVENCION PSICOLÓGICA, A PARTIR DEL MODELO
COGNITIVO CONDUCTUAL A PACIENTE CON TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO**

Monografía presentada por:

Jenny Andrea Cantillo Muñoz

Para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Asesor

Jairo Ávila Lázaro

PS. ESP. Psicología Médica



Universidad Pontificia Bolivariana

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

Abril 2019

Dedicatoria

A mis padres por ser mi mayor ejemplo de Amor, paciencia, tolerancia, perseverancia; por educarme con valores, principios y sobre todo por enseñarme la palabra de Dios;

a mis hermanos por ser mis mejores amigos y compañeros de vida.

A mi esposo por su compañía, confianza, apoyo incondicional y lucha constante.

A mi hijo por ser el motor de mi existencia y mi fuerza ante los momentos difíciles, por recordarme que no puedo detenerme ante los grandes desafíos y retos de la vida, a mi familia y amigos que han hecho posible mi formación como persona, y profesional y a todos aquellos que me apoyaron en este proceso para realizar este proyecto.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la gran bendición de vivir, salud para hacer realidad cada una de mis metas y poder escribir una historia, dejando huella en la vida de muchas personas.

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana y a todo el equipo de profesionales, por su compromiso incansable con la academia y la formación de una sociedad más humana, que me ha permitido ser cada día más profesional para continuar con amor mi servicio al prójimo.

Agradezco a mi supervisor Jairo Ávila Lázaro, por su compromiso, dedicación, calidad humana y apoyo incondicional; para orientarme con paciencia hacia este sueño, que ahora es una realidad.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Tabla de Contenido.....	IV
Lista de Tablas.....	VI
Lista de figuras.....	VII
Apéndices.....	VIII
Resumen general del trabajo.....	IX
General summary of work of grade.....	1
Introducción.....	2
Justificación.....	10
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
Método.....	14
Participantes.....	14
Requisito Ético.....	12
Instrumento de exploración.....	13
Instrumentos de evaluación.....	15
Procedimiento.....	19
Fase de Intervención.....	23
Resultados.....	40

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Discusión.....	67
Conclusión.....	72
Recomendaciones.....	74
Referencias.....	75
Apéndices.....	79

Listas de tablas

Tabla 1. Descripción familiar.....	24
Tabla 2. Plan de tratamiento.....	34
Tabla 3. Resultados PRE Y POST Inventario de Depresión de Beck.....	60
Tabla 4. Resultados PRE Y POST Inventario de Ansiedad de Beck.....	61
Tabla 5. Resultados PRE Y POST Escala de Habilidades sociales.....	63
Tabla 6. Resultados PRE Y POST Inventario de Depresión de Estado - Rasgo (IDER).....	65

Lista de Figuras

Figura 1. Familiograma.....23

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

Apéndice B. Historia Clínica

Apéndice C. Autoregistros

Apéndice D. Inventario de depresión de Beck (BDI)

Apéndice E. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Apéndice F. Escala de Habilidades Sociales

Apéndice G. Inventario de depresión Estado – Rasgo. (IDER)

Apéndice H. Remisión a psiquiatría

Apéndice I. Formula Médica

Apéndice J. Auto registro Modelo ABC

Apéndice K. Registro de identificación de pensamientos automáticos

Apéndice L. Registro – Debate de pensamientos, Reestructuración cognitiva

Apéndice M. Afianzamiento de pensamientos y creencia Alternativas (TRE)

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN E INTERVENCION PSICOLÓGICA, A PARTIR DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL A PACIENTE CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

AUTOR(ES): Jenny Andrea Cantillo Muñoz

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Jairo Ávila Lázaro

RESUMEN

El siguiente trabajo monográfico, presenta el proceso terapéutico realizado a una mujer de 28 años, quien acude a psicología al Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana ubicado en el Municipio de Piedecuesta – Santander; la cual consulta porque hay cosas del pasado que no olvida y están influyendo en su funcionalidad, en ámbitos, familiares, sociales, laborales y personales. El proceso terapéutico se desarrolló a partir del modelo cognitivo conductual, que incluyó una etapa de evaluación en donde se utilizó la entrevista, aplicación de pruebas pre y post, entre ellas el Inventario de depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Habilidades Sociales, Inventario de depresión Estado – Rasgo y un análisis funcional. Seguido de la identificación de los problemas y síntomas, se dio como diagnóstico que la paciente presenta un cuadro clínico de Trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10), comórbido con depresión recurrente; así mismo; se definen los objetivos terapéuticos y se procede a la etapa de intervención basada en el modelo de Aaron Beck, centrada básicamente en pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas, y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis que está centrada principalmente en las creencias irracionales. Finalizando la etapa de intervención con prevención de recaídas y seguimiento un mes después del tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

Estrés postraumático, cognitivo conductual, terapia racional emotiva.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: EVALUATION AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ADDRESSED BY THE COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH TO A PATIENT WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER.

AUTHOR(S): Jenny Andrea Cantillo Muñoz

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Jairo Ávila Lázaro

ABSTRACT

The following monographic work, presents the therapeutic process carried out to a 28 year old woman, who goes to the psychologist at the Social projection center of Universidad Pontificia Bolivariana located in Piedecuesta – Santander; she ask for psychology help because there are situations from her past that she has not been able to overcome yet and it has been influencing her functionality in family, social, work and personal life. The therapeutic process was addressed by the cognitive behavioral approach, which included an evaluation stage where the interview was used as well as a pre and post test application, among them the Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Social Skills Scale, Depression Inventory State – feature and finally a functional analysis. Followed by the identification of the problems and symptoms the patient mas diagnosed with a clinical pictured of Post-traumatic stress disorder 309.81 (F43.10), comorbid with recurrent depression; the therapeutic objectives are established in order to proceeds towards the intervention stage based on the Aaron Beck model which is basically centered on automatic thoughts and cognitive distortions, and the Rational Emotive Behavior Therapy of Albert Ellis which is mainly focused on irrational beliefs. Closing the intervention stage with relapse prevention and follow-up one month after treatment.

KEYWORDS:

Post-traumatic stress disorder, cognitive behavioral, rational emotive behavior therapy.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El siguiente documento, presenta el estudio de un caso clínico desde el modelo cognitivo conductual, de una paciente de 28 años víctima de abuso sexual entre los 11 y los 14 años; teniendo en cuenta la sintomatología presentada y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5, se concluye que la paciente presenta un cuadro clínico de Trastorno de Estrés Postraumático y comorbilidad con depresión recurrente.

Para una mejor comprensión del documento, en un primer capítulo se abordarán conceptos relacionados al evento traumático (Abuso sexual infantil), que ha sido el desencadenante del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), así mismo antecedentes, síntomas e intensidad de estos, teoría explicativa relacionada al trastorno desde el modelo cognitivo conductual y diversos autores. En un segundo capítulo se presenta el objetivo general y los objetivos específicos; el tercer capítulo corresponde al método, participantes, requisito ético, instrumentos de exploración y de evaluación. En el cuarto capítulo se presenta el procedimiento, formulación del caso con sus respectivas hipótesis y plan de tratamiento; en el quinto capítulo se encontraran los resultados, la discusión, la conclusión, las recomendaciones; por último, las referencias y apéndices.

Conceptos teóricos

El abuso sexual infantil (ASI) se ha considerado uno de los problemas más serios de la sociedad para niños y adolescentes (MacMillan, 1998). Diversas investigaciones muestran que el abuso infantil es una constante histórica que ocurre en todas las culturas y sociedades y en cualquier nivel social (Walker, Bonner, & Kaufman, 1988).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

El ASI es un problema complejo y universal, donde entran en juego factores individuales, familiares, sociales y culturales. Se trata de un fenómeno frecuente y tradicionalmente oculto. Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998 citado por Escudero, Martin-Javato & González, 2017.

Es una forma común de maltrato que interfiere con el desarrollo de la víctima y tiene efectos significativos y duraderos para el bienestar físico y psicológico tanto a corto, como a largo plazo. (Beitchman, et al, 2003 citado por Escudero, Martin-Javato & Gonzalez, 2017).

La tasa de prevalencia en población general de diversos países es de un 7,4% en niños y un 19,2% en niñas, según el meta-análisis de Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito (2009).

En Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reveló que, en el año 2013 se presentaron 21.506 casos de abuso sexual, en el 2014, 21.115 casos de los cuales el 84.44% fueron víctimas mujeres, el 85.08% involucró menores de 18 años; el lugar donde se realizaban los hechos era en la vivienda de las víctimas o de los agresores. Las tasas más altas para el 2015 se presentaron en Bogotá, 57,18 % por 100.000 habitantes seguida por Medellín, 48,49% por 100.000 habitantes y Cali con 41,90 % por 100.000 habitantes. (Pino, Cortez & Salcedo, 2018).

“Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM 5), en Estados Unidos, el riesgo vital para el TEPT, a la edad de 75 años es del 8,7 %: La prevalencia anual entre los adultos de Estados Unidos es aproximadamente el 3,5 %. Se observan estimaciones más bajas en Europa y la mayor parte de Asia y en los países de América Latina, agrupándose en torno al 0,5 – 1,0%”. (American Psychiatric Association. 2014, p.276).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Existe una relación estrecha entre el ASI y la aparición de alteraciones emocionales, como el trastorno de estrés postraumático, la sintomatología ansioso-depresiva o las alteraciones de la conducta alimentaria (Escudero, Martin-Javato, et al, 2017).

En el estudio de caso clínico teniendo en cuenta la sintomatología y antecedentes de la paciente, estos están asociados a un Trastorno de Estrés Postraumático; este trastorno se presenta en sujetos que experimentaron o presenciaron un acontecimiento con alto potencial traumático caracterizado por muerte o amenaza para su integridad física o la de otros (American Psychiatric Association, 2014).

El TEPT conlleva: síntomas de reexperimentación, recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento. Síntomas de evitación; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva; trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto. (American Psychiatric Association, 2014).

Las personas que padecen Estrés Postraumático no deben tener una edad específica, la sintomatología se presenta principalmente a los tres meses después de haber estado expuesto al evento traumático, aunque se puede presentar años después. (American Psychiatric Association, 2014).

Desde un punto de vista cognitivo, y en específico desde la teoría del procesamiento de la información aplicada al TEPT, se plantea que la sintomatología se relaciona con la interpretación que hace la persona sobre el evento traumático, indicándose así, que un evento vital estresante es una nueva información que se interpreta de forma no congruente, alejada de las propias creencias y expectativas (Resick & Schnike, citado por Guerra & Plaza, 2009).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

De esta manera (Astin & Resick, 1997 citado por Guerra & Plaza, 2009) postulan que las víctimas podrían evitar el procesamiento del evento traumático, lo que permitiría que los recuerdos del trauma continúen surgiendo de forma involuntaria; a la vez que surgen respuestas emocionales y de activación fisiológica asociadas al recuerdo traumático que incentivan el surgimiento de las conductas evitativas.

Por otra parte La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Estrés Postraumático abarca diversas técnicas de intervención; los procedimientos contemporáneos de tratamiento, enfocados específicamente en los síntomas del TEP; constituyen herramientas de intervención como la exposición prolongada, terapia cognitiva y terapia de procesamiento emocional, que a través del tiempo, tuvieron más aceptación con respecto a la teoría del aprendizaje bifactorial de Mowrer la cual planteaba que las respuestas emocionales y físicas ocasionadas por el TEP podrían adquirirse y mantenerse por condicionamiento clásico y operante (Botero, 2004).

Según Stallard, citado por Díaz, Soto y Ortega (2016) el nombre de la TCC se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos.

La intervención terapéutica en terapia cognitivo conductual se estructura en tres fases: la primera contempla la evaluación cuidadosa del caso; se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento; esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha; vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente la tercera fase, el seguimiento; consiste en la evaluación de la aplicación del programa terapéutico y

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios. (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

Para el desarrollo del proceso de intervención, se utilizaron diferentes técnicas; entrenamiento en relajación muscular progresiva, revelación emocional mediante escritura, reestructuración cognitiva, terapia racional Emotiva, Técnica de exposición imaginada.

Para una mejor comprensión; según Ruiz, Díaz, & Villalobos (2012) la técnica de relajación muscular progresiva (RMP) consiste en tensionar y relajar los músculos y tener en cuenta las emociones que se presentan durante el ejercicio; en la fase de distensión no se debe realizar ningún esfuerzo activo y simplemente consiste en permanecer pasivo experimentando el alargamiento muscular que se produce al soltar rápidamente toda la tensión.

Por otra parte, una de las mejores adaptaciones y sin duda una de las más utilizadas, es la que realizaron Bernstein y Borkovec (1973) citado por Más, Gómez, Cabañero y Valiente (2003):

Afirman que lo habitual consiste; en practicar la técnica durante las primeras semanas de manera que involucre 16 grupos musculares en un tiempo de 30 a 40 minutos: 1º grupo: manos y antebrazos, 2º grupo: bíceps, 3º grupo: tríceps. 4º grupo: hombros-trapecio, 5º grupo: cuello I. 6º grupo: cuello II, 7º grupo: frente, 8º grupo: ojos, 9º grupo: labios y mejillas, 10º grupo: mandíbula, 11º grupo: pecho-espalda, 12º grupo: abdominales I, 13º grupo: abdominales II, 14º grupo: muslos, 15º grupo: gemelos, 16º grupo: pies. Posterior al entrenamiento inicial, cuando se adquiere la habilidad en el desarrollo de la técnica, el número de ejercicio se reduce al igual que el tiempo, por tal motivo el siguiente paso es realizar ejercicios enfocados en cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas), o ejercicios que permitan que todo el cuerpo este en movimiento; el objetivo

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

principal es que el paciente aprenda a relajarse en situaciones de la vida real que le generan estrés o ansiedad y así mismo se utilice como una herramienta básica para mantenerse en un estado de tranquilidad. (Bernstein & Borkovec. 1973. P, 3).

Teniendo en cuenta la idea del autor, la técnica de relajación muscular es una de las herramientas que se ofrece al paciente para que se practique en su vida cotidiana, sea una de las opciones para mejorar su calidad de vida y pueda afrontar de manera asertiva las diferentes situaciones que puedan generarle malestar.

Así mismo la revelación emocional mediante escritura. Incluye la escritura de situaciones, pensamientos y emociones, la descripción de la parte más perturbadora del evento y el impacto que éste ha tenido en sus vidas. Además, se dice al paciente que entre sesiones se permita experimentar cualquier recuerdo, imagen, pensamiento o emoción relacionados con el trauma. (Bados, 2015).

Por lo anterior la escritura proporciona al paciente herramientas para su bienestar mental, emocional y físico, sobre todo cuando lo que se trata es disminuir y liberarse de una serie de situaciones, pensamientos y síntomas que generaron o generan malestar en su vida.

Además, la Reestructuración cognitiva como tipo de modelo cognitivo cuya meta estriba en corregir el procesamiento distorsionado de la información, así como las creencias y supuestos desadaptativos que mantienen nuestras conductas y emociones. (Gabalda, 2009).

La veracidad de estas técnicas se refleja en la necesidad de que los pacientes modifiquen sus esquemas cognitivos, tengan la capacidad de moldear su forma de pensar con el fin de construir unos pensamientos más adaptativos para una mejor relación con su entorno.

Por otra parte, la idea central de la Terapia racional Emotiva (TREC) estaría en distinción entre creencias racionales e irracionales y su decisiva contribución en el desarrollo de las

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales. Las creencias racionales como cogniciones evaluativas de significado personal son de carácter preferencial que se expresan en forma de deseo, gusto, agrado y desagrado. Los pensamientos racionales son flexibles y ayudan al individuo a establecer libremente metas y propósitos. Ellis (1995) citado por Ruiz, Díaz & Villalobos, (2012).

Teniendo en cuenta lo anterior la terapia racional emotiva permite al paciente identificar las emociones que se generan de los pensamientos; y como atreves del debate o el cuestionamiento se pueden modificar esas creencias irracionales construyendo pensamientos alternativos y adaptativos que disminuyan el malestar psicológico y fisiológico.

Finalmente la Técnica de exposición imaginada; su objetivo es que el sujeto re experimente mentalmente el evento traumático, de la forma más vivida posible, identificando todos sus componentes, como los sonidos, los aromas, las personas presentes, etc y exponiéndose a ellos hasta que la ansiedad disminuya, permitiendo así un nuevo aprendizaje que impida la reaparición de síntomas en el futuro al pensar en ellos. (Guzmán, Padros, Laca & García, 2015).

El objetivo de esta terapia es que los pacientes tengan una visión más racional de las situaciones temidas y evitadas que le permitan seguir con su vida diaria sin experimentar los elevados niveles de ansiedad y controlando los aspectos de la memoria traumática entendiendo que eso no forma parte del momento presente.

Por su parte, Aarón Beck desde el modelo cognitivo, es claro que en cada sujeto existen ciertas creencias y estrategias que forman parte de su perfil característico. Estas son importantes en la medida que guían su procesamiento de la información y la formación de representaciones mentales de sí mismo y del entorno, lo que le permite al sujeto adaptarse al medio (Lemos, Jaller, Gonzalez, Díaz & De la Ossa, 2011).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

La terapia racional emotiva de Albert Ellis plantea que los pacientes deben aprender a vivir de una forma más adaptativa su vida, cambiando sus inferencias defectuosas y evaluaciones irracionales acerca de si mismos, de otras personas y del mundo (Ellis & Grieger, 1990).

Principalmente el proceso se enfocó en disminuir sintomatología y modificar esquemas cognitivos que la paciente presenta, atreves de las asociaciones e interpretaciones que construye de manera equivocada y que considera ponen en peligro su propia vida o la de los demás; por lo que no logra aprender información correctiva.

Por último es importante mencionar que el proceso terapéutico estuvo acompañado de una medida farmacológica como la fluoxetina ya que es un fármaco antidepresivo que pertenece a la familia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Este fármaco difiere tanto química como farmacológicamente de otros fármacos antidepresivos como los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAOs) o los antidepresivos tricíclicos. (Equipo de redacción de IQB, 2009).

Finalmente se trabajó desde la terapia cognitivo conductual, teniendo en cuenta que es una forma estructurada de psicoterapia que resulta de la unión entre las estrategias de modificación de conducta basadas en la ciencia conductual o análisis conductual , y la terapia cognitiva, vinculada con modelos cognitivos de la psicopatología. La premisa principal que apoya la TCC es que los trastornos o problemas emocionales como el trastorno de estrés postraumático, son resultado de respuestas aprendidas y pueden cambiarse con un nuevo aprendizaje. (Zayfert & Black, 2008).

Justificación

El trastorno por estrés postraumático (también conocido como TEPT) es un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso; marcada por la aparición de síntomas tras la exposición a episodios vitales traumáticos, en la cual el individuo reacciona a esta experiencia con miedo e impotencia, revive persistentemente el acontecimiento e intenta evitar su rememoración. (National Institute of Mental Health, 2016).

Los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En un estudio de la OMS llevado a cabo en el 2017 en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT). (Organización mundial de la salud, 2018).

En Colombia la edad promedio de inicio para el trastorno de estrés postraumático es de 24 años; el 0,4% de la población presenta este trastorno alguna vez en la vida, el 0,2% en los últimos 12 meses y el 0,1% en los últimos 30 días; por nivel de escolaridad o personas con ningún nivel educativo 9,2%, seguido de los que tienen primaria completa 3,7%. En cuanto el estado civil, se evidencia una prevalencia en los que están separados, viudos, divorciados del 2,4%; el 3,2% de las personas que presentan este tipo de trastorno son amas de casa y el 1,8% está afiliado al régimen contributivo. (Torres, 2012).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Hay muchos tipos de psicoterapia que pueden ayudar a las personas con trastorno por estrés postraumático. Algunos tipos se dirigen a los síntomas del trastorno, mientras que otros se enfocan en los problemas sociales, familiares o laborales; debe considerarse la posibilidad de derivarlos para que reciban tratamiento avanzado, como por ejemplo terapia cognitivo-conductual; estas técnicas ayudan a las personas a atenuar los recuerdos vívidos, reiterados y no deseados de eventos traumáticos. (National Institute of Mental Health, 2016).

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. (Organización mundial de la salud, 2018)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe; dentro de este grupo de enfermedades la depresión se ha convertido en un diagnóstico frecuente en los servicios de atención primaria en salud; según datos de la Organización Mundial de Salud (OMS), se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia. (Gaviria, A. Osorio, E. Valderrama, J. Bautista, N. Cuello, C. & Urquijo, R, 2017).

Se ha demostrado que los programas preventivos reducen su incidencia en los niños mediante la protección y el apoyo psicológico en casos de maltrato físico o abuso sexual y en los adultos mediante la asistencia psicosocial después de catástrofes naturales o conflictos bélicos. (Organización mundial de la salud, 2018).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos. El mantenimiento o la recuperación de las redes y las actividades sociales son también importantes. (Organización mundial de la salud, 2018).

Las intervenciones deben realizarse con una estructura diseñada de acuerdo a las necesidades de cada caso. En Colombia, desde el gobierno nacional se busca promover que el tema de salud mental sea un derecho; por eso, desde la responsabilidad que se asume como profesional de la salud, es indispensable proponer procesos terapéuticos que puedan aportar al mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas, para concluir diagnósticos responsables y lograr su funcionalidad en todos los escenarios. (Ministerio de salud, 2018).

Objetivos

Objetivo General

Realizar intervención psicológica a partir del modelo cognitivo conductual a paciente que asiste a consulta por Estrés Postraumático.

Objetivos Específicos

- Evaluar sintomatología de la paciente a partir de la observación, entrevistas, auto registros, e inventarios estadísticos.
- Implementar un plan de tratamiento de permita regular pensamientos, emociones y conductas desadaptativas.
- Utilizar técnicas cognitivos conductuales para la intervención clínica de la paciente, con el fin de disminuir sintomatología y mejorar su funcionalidad en ámbitos familiares, sociales, y laborales.

Método

Participante

Paciente de 28 años, sexo femenino, nivel de escolaridad bachiller, soltera, labora en un taller de joyería y oficios varios en casas de familia; vive en el municipio de Piedecuesta. Acude al Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana, buscando ayuda psicológica por presentar sintomatología y problemas tales como; sentimientos de desesperanza, dificultad en las relaciones interpersonales y de comunicación, dificultad para establecer una relación sentimental, miedo a que le hagan daño especialmente la figura masculina, ideas suicidas sin un plan estructurado, llanto fácil, Insomnio, irritabilidad, estrés, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva y conductas de evitación.

Con respecto a sus relaciones interpersonales refiere ser muy distante, interactúa ocasionalmente con sus compañeros de trabajo, tiene un círculo social disminuido, la comunicación con su madre y hermanos no es frecuente. En la actualidad no reporta tratamiento médico, o psiquiátrico.

Requisito Ético

Consentimiento informado: documento que garantiza que la paciente de manera voluntaria decide participar en el proceso de intervención, teniendo en cuenta la información que se brinda con respecto al proceso, los objetivos, y los beneficios que se recibirán; así mismo la confidencialidad de la información. (Ver Apéndice A).

Para abordar de manera adecuada el caso, se utilizaron instrumentos de exploración y de evaluación.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Instrumentos de Exploración

Entrevista Abierta

Se realizó con el fin conocer el motivo de consulta, obtener datos demográficos de la paciente, crear empatía y rapport lo que permitió un mejor desarrollo del proceso evaluativo. El objetivo principal, fue obtener información específica, síntomas, factores desencadenantes, antecedentes personales, identificación de problemas, dar información a la paciente de la naturaleza del problema, e implicación en la elaboración del plan de tratamiento.

Formato de Historia clínica

Se utilizó el formato de historia clínica para adultos, código: PS-FO-081, versión 03, diseñado por docentes especializados, para el CPS de la Universidad Pontificia Bolivariana. Es un documento que permite registrar datos del paciente, descripción del caso, y seguimiento de la atención terapéutica; así mismo es un documento con alto nivel de confidencialidad.

(Ver Apéndice B).

Auto registros

Se utilizaron para trabajar en sesión y en casa, como apoyo para el plan de tratamiento diseñado con el fin que la paciente pudiera identificar situaciones o acontecimientos que desencadenaron los pensamientos automáticos, ideas y creencias irracionales y así mismo cuestionar los pensamientos y crear pensamientos alternativos. (Ver Apéndice C).

Instrumentos de evaluación

Inventario de depresión de Beck (BDI)

El inventario de depresión de Beck, es un instrumento de auto informe compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Los ítems son: (1) estado de ánimo, (2) pesimismo, (3) sensación de fracaso, (4)

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

insatisfacción, (5), culpa, (6) castigo, (7) disgusto consigo mismo, (8) acusaciones a sí mismo, (9) ideas suicidas, (10) llanto, (11) irritabilidad, (12) aislamiento social, (13) indecisión, (14) cambio de imagen corporal, (15) dificultad en el trabajo, (16) insomnio, (17) fatiga, (18) pérdida de apetito, (19) pérdida de peso, (20) preocupación somática y (21) pérdida de libido. (Beck, Steer & Brown, 2006).

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (Peñalver, 2010).

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory o BDI) tiene una gran difusión internacional, ha sido empleado en más de 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo, habiendo mostrado tener alta consistencia interna y buena capacidad para discriminar entre personas con y sin depresión. (Vega, Coronado-Molina & Mazzotti, 2014) (Ver Apéndice D).

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Por ejemplo, uno de los ítems es “Nerviosismo” y se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto”

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

hasta “Gravemente”. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación. (Peñalver, 2011).

Es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 “en absoluto”, 1 a “levemente”, no me molesta mucho”, 2 a “moderadamente”, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de todos los ítems. (Peñalver, 2011) (Ver Apéndice E)

Escala de habilidades sociales

Se utilizó para identificar en la paciente el área donde más presenta dificultad y verificar si sus relaciones interpersonales se ven afectadas por sus creencias irracionales o por déficit en aserción. El instrumento se aplica de forma individual o colectiva en adolescentes o adultos, el tiempo de aplicación es de aproximadamente de 10 a 15 minutos, su finalidad es la evaluación de la aserción y de habilidades sociales. (Gismero, 2010).

El evaluador puede disponer de un Índice Global del nivel de habilidades sociales o aserción de los sujetos analizados y además detectar, de forma individualizada, cuáles son sus áreas más problemáticas a la hora de tener que comportarse de manera asertiva. Para ello, el evaluador dispone de puntuaciones en 6 factores o subescalas: Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos como consumidor, Expresión de enfado o disconformidad, Decir "no" y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. (Gismero, 2010). (Ver Apéndice F).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Inventario Depresión Estado – Rasgo (IDER)

La prueba tiene como objetivo identificar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión. Consta de 20 ítems distribuidos en dos escalas: Rasgo y Estado, cada una con 10 ítems, 5 para medir distimia y 5 para medir eutimia. Por distimia - estado se entiende el grado en el que está presente al momento de la evaluación la afectividad negativa. Eutimia - estado se refiere al grado en el que está presente al momento de la evaluación la afectividad positiva. Por su parte, distimia - rasgo hace alusión a la frecuencia de la presencia de la afectividad negativa y eutimia - rasgo se refiere a la frecuencia de la presencia de la afectividad positiva. (Spielberger et al, 2008).

Las opciones de respuesta para la escala de Estado miden intensidad, mientras que para la escala Rasgo, miden frecuencia. El tiempo de aplicación es de 15 minutos en personas mayores de 15 años, permite obtener el grado depresión como estado y el grado de depresión personal, se aplica en adultos supuestamente sanos con diferentes grados de depresión personal, pacientes psiquiátricos y enfermos crónicos. (Spielberger et al, 2008).

La puntuación total de cada escala se obtiene sumando los resultados de las dos sub-escalas (distimia y eutimia) y oscila entre 10 y 40. Spielberger et al., (2008), reportan niveles adecuados de confiabilidad y validez en una muestra española.

Para Colombia se han reportado niveles adecuados de confiabilidad y validez en muestra de adolescentes (alfa entre 0,60 y 0,91 para la escala estado y entre 0,64 y 0,83 para la escala rasgo) y universitarios (alfa entre 0,73 y 0,81 para la escala estado y 0,79 y 0,82 para la escala rasgo) (Agudelo, 2009). (Ver Apéndice G).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Procedimiento

El proceso terapéutico se desarrolló en 12 sesiones, lo cual la paciente estuvo comprometida, y asistió de manera puntual a cada una de las sesiones programadas; así mismo se realizó seguimiento en un mes para verificar el estado actual de la paciente, aspectos relacionados con la sintomatología, problemas presentados inicialmente, hábitos de vida saludables, factores de riesgo, prevención de recaídas.

Se desarrolló en tres etapas:

Etapas de evaluación y Diagnóstico

Abarca las cuatro primeras sesiones, cada una de 90 minutos, con una frecuencia de un día a la semana; se firmó el consentimiento informado después de dar las indicaciones pertinentes con respecto al proceso a realizar; así mismo se realizó evaluación del caso por medio de diversos métodos que permiten un análisis integral para ser asertivos a la hora de dar un diagnóstico responsable teniendo en cuenta los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM 5.

Se realizó entrevista abierta, con el fin de conocer el motivo de consulta, obtener datos relevantes de la paciente, identificación de sintomatología, problemas y antecedentes, se establece rapport, como una de las herramientas fundamentales para la adherencia al tratamiento.

Se evaluó por medio de pruebas psicométricas, que apoyaron el proceso terapéutico entre ellas, inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck, Habilidades sociales, e inventario de depresión Estado - Rasgo.

Se explicó a la paciente en qué consiste el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual, teniendo en cuenta los problemas y la sintomatología presentada, ya que lo que se pretende es que produzca otro tipo de sensaciones y que le generen bienestar; se definieron el número de

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

sesiones y Horario. Se realizó devolución de los resultados obtenidos de las pruebas y Psi coeducación respecto al Trastorno de estrés postraumático y depresión; así mismo se construyeron los objetivos terapéuticos que hicieron parte del plan de tratamiento.

Etapa de Intervención

Se realizó desde la quinta a la novena sesión, cada una con una duración de 90 minutos, con una frecuencia de un día a la semana. Después de haber informado a la paciente sobre el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual y psicoeducar con respecto al Trastorno de Estrés Postraumático y depresión, se inicia con la terapia racional emotiva, con el modelo ABC cuyo objetivo era dar a conocer el modelo, reconocer, identificar y debatir las creencias irracionales que no le permiten una funcionalidad positiva con su entorno; así mismo la elaboración de pensamientos alternativos, para ello se utilizaron técnicas de relajación muscular, revelación emocional mediante la escritura, reestructuración cognitiva, exposición imaginada.

Se inicia con el entrenamiento en auto registro para que la paciente pueda entender cuál es la función de las creencias irracionales, para ello el modelo ABC, fue una de las herramientas primordiales para que elaborara creencias alternativas con respecto a este tipo de creencias irracionales; como A (Acontecimiento, lo que nos sucede en la vida) influye sobre C (consecuencia, entre ellas conductuales, emocionales o cognitivas.) con respecto a B (Creencias); así mismo se trabaja sobre el hecho traumático siendo este (A), donde se logró modificar (B) *“Mi vida es un desastre”*, *“Quiero ser mejor persona”*, *“Todos los hombres son iguales y me van a hacer daño”*, logrando a partir de la reestructuración cognitiva una respuesta emocional positiva frente a la situación; por otra parte el entrenamiento en relajación muscular fue fundamental para que la paciente a partir del entrenamiento en sesión, lo practicara en casa, y fuera su herramienta principal en situaciones de estrés, irritabilidad y ansiedad; la técnica de revelación

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

emocional mediante escritura, fue esencial a partir del relato realizado por la paciente con respecto a su autobiografía, donde menciona su relación familiar, especialmente con su madre, y el evento traumático con sus hermanos, siendo así el detonante para que la paciente estando en el ciclo vital de la adolescencia saliera de su casa; esta autobiografía fue elemento clave para dar paso a la técnica de exposición imaginada, que permitió a la paciente manejar, controlar y disminuir sintomatología ansiosa al revivir el evento traumático; debatir y cuestionar sus pensamientos irracionales y afianzando los racionales.

Etapas de evaluación post Test, cierre y seguimiento

Abarca las sesiones 10, 11 y 12 en la sesión diez se realiza el post test, donde se aplicaron las pruebas psicométricas, inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck, habilidades sociales, teniendo como resultado disminución de sintomatología y evolución en el paciente; cumpliéndose de manera positiva los objetivos terapéuticos.

En la sesión Once se realiza cierre del plan de tratamiento, se evalúa el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, se brindaron herramientas que le permiten ser funcional y asertiva con el entorno, se fortalecen las estrategias de mantenimiento de las conductas modificadas; la paciente adquirió compromisos y se fortalece lo realizado en cada una de las sesiones en cuanto a las creencias irracionales que mantenía la paciente con respecto al sexo opuesto que le permiten actualmente una mejor relación con su entorno, en ámbitos familiares, laborales y sociales. Se realiza devolución con respecto a los resultados obtenidos en el post test, resaltando en la paciente una evolución significativa, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en un primer momento evaluativo.

Por otra parte, se realizó Psicoeducación a la paciente con respecto a la posibilidad de recaídas y cómo afrontarlas, se resaltan los logros obtenidos y la identificación de aspectos que

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

aún se mantienen y se deben seguir trabajando; fortalecimiento de proyecto de vida y acudir a un profesional en psicología en caso de existir exacerbación de síntomas y problemas recurrentes.

Por otra parte, el compromiso y la dedicación por mejorar su calidad de vida.

Posterior al proceso terapéutico en la sesión 12 se realiza seguimiento vía telefónica ya que la paciente no se encontraba en la ciudad; se indaga sobre aspectos relacionados con la sintomatología, problemas, relaciones interpersonales, cotidianidad, hábitos de vida saludable, fortalecer prevención de recaídas, factores de riesgo y recomendaciones; donde refiere que cuando inició el tratamiento farmacológico, presentó náuseas, mareos, ardor en el estómago, ahora han disminuido y le ha ayudado a sentirse mejor; más tranquila, duerme bien, además juega fútbol tres o cuatro días a la semana, cada vez que lo hace se siente con más energía, ahora se dedica a realizar un trabajo extra aparte de la joyería; vende ropa interior donde manifiesta irle muy bien; considera que le ha permitido relacionarse con muchas personas y eso la hace sentir mejor, todo el tiempo está ocupada y llega a casa solo a descansar.

Refiere que no ha podido hablar con su madre y hermanos, por cuestiones laborales; verbaliza que no es fácil llevar su diario vivir sin un apoyo, ya que en ocasiones siente que necesita comentar algunas cosas, y considera que el terapeuta es su apoyo y es de gran ayuda, pero ella se ha propuesto poner en práctica lo realizado durante el proceso; se recuerda a la paciente que existe la posibilidad de presentar recaída, por el cual es necesario poner en práctica las herramientas y recursos que se enseñaron durante el proceso terapéutico, y en caso de no poder controlar la crisis es necesario acudir a un profesional, así mismo, se recomienda no suspender el tratamiento farmacológico, ya que la fluoxetina debe ser suspendida solo por el psiquiatra; la importancia de aumentar sus redes de apoyo, aprender a sentirse bien con las decisiones que

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

tome en caso de tenga que hacerlo y la importancia de actuar de manera eficaz en alguna circunstancia que le haga sentir miedo.

Fase de Intervencion

Formulación del caso clínico

Datos sociodemográficos

Nombre: B.P.P.

Edad: 28 años

Sexo: Femenino

Lugar de nacimiento: Cáchira

Escolaridad: Bachiller

Ocupación: Joyería

Religión: católico

Estado civil: Soltera

Familiograma

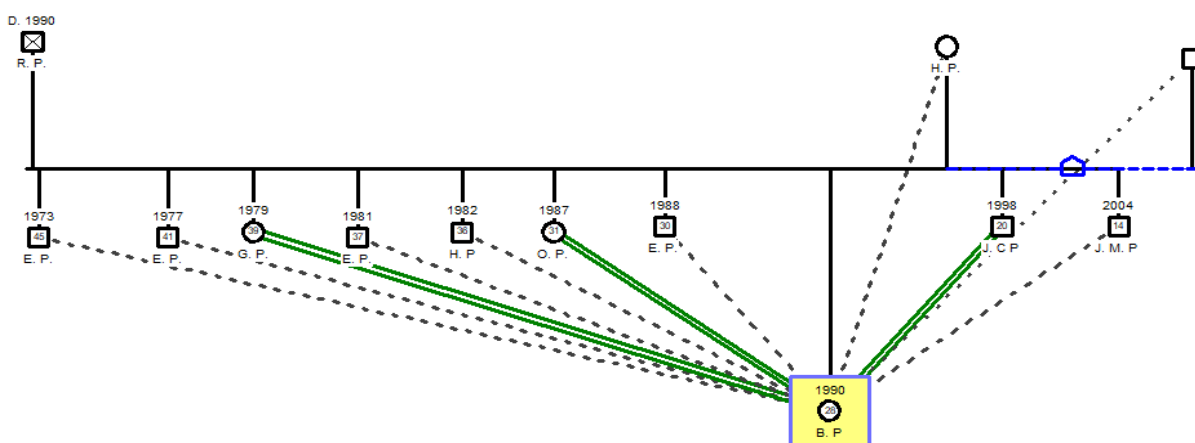


Figura 1. *Familiograma (la informacion se obtiene por medio la entrevista realizada a la paciente)*

Tipología: Familia unipersonal, la paciente B.P.P presenta dificultades en sus relaciones interpersonales, y miedo constante porque le hagan daño especialmente la figura masculina. Proviene de una familia monoparental, compuesta por madre viuda, 10 hermanos, presentando una relación distante con su madre y cinco de sus hermanos, esporadicamente se comunica via telefonica con ella; con sus otros cuatro hermanos la relación es cercana y ocasionalmente se

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

reunen; manifiesta que se siente bien viviendo sola, aunque resalta que si le hace falta la presencia de otra persona en su hogar.

Tabla 1.
Descripción familiar

Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación
B.P.P.	Paciente	28 años	Joyería – oficios varios	Bachiller	Paciente
R.P.	Padre	-	-	-	Fallecido
H.P.	Madre	-	Cultiva café	-	Distante
E.P	Hermano	45 años	Empleado	Segundo primaria	Distante
E.M.P	Hermano	41 años	Empleado	Segundo primaria	Distante
G.P.	Hermana	39 años	Cuida Finca	Primaria	Cercana
E.R.P.	Hermano	37 años	Empleado	Primaria	Distante
H.R.P.	Hermano	36 años	Empelado	Primaria	Distante
O.P.	Hermana	31 años	Cuida finca	1 Bachiller	Cercana
E.S.P.	Hermano	30 años	Empleado	Primaria	Distante
J.C.P	Hermano	20 años	Soldado	Bachiller	Cercana
J.M.P	Hermano	14 años	Cuida finca	Quinto primaria	Distante

Nota: Datos obtenidos por la paciente (Elaboración Propia)

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Motivo de consulta

“Hay cosas del pasado que no me dejan tranquila y no puedo tener una vida normal, quiero que me ayuden a olvidar”

Descripción del motivo de consulta

La paciente refiere que procede de una familia monoparental de 10 hermanos y ocupa el octavo lugar entre ellos, su padre falleció cuando tenía seis meses de nacida, por parte de su madre era agredida física y verbalmente, vivían en una finca en el municipio de Cáchira – Santander; entre los 11 y los 14 años fue víctima de abuso sexual por parte de sus tres hermanos mayores, vecinos y desconocidos; cada vez que tenían la oportunidad abusaban de ella, la perseguían, la encerraban en la habitación, en los corrales de la finca, en la sala de la casa, en el baño, la obligaban a hacer cosas que le causaban demasiado dolor físico, a pesar de los múltiples abusos la paciente nunca estuvo en estado de embarazo y tampoco adquirió una enfermedad de transmisión sexual (ETS), no manifestó a su madre lo que sucedía por miedo a que reaccionara de manera violenta hacia ella o que no le creyera lo que estaba sucediendo.

A los 15 años cansada de la situación y de los problemas económicos decide irse de su casa y viaja a la ciudad de Bucaramanga a casa de un primo que le ayudo a conseguir empleo en una cafetería y poder finalizar sus estudios de básica secundaria; entre los 12 y los 15 años presentó abuso de alcohol (cerveza y aguardiente), y a los 14 años fumó marihuana dos veces, y no lo volvió hacer en su vida.

La paciente llega a consulta con sintomatología depresiva, pérdida de peso sin hacer dieta, alteración del sueño, irritabilidad, estrés, llanto fácil, pensamientos suicidas, sentimientos de desesperanza, miedo para comunicarse e interactuar socialmente, recuerdos del trauma en

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

cualquier momento, palpitaciones, nerviosismo, conductas de evitación, aislamiento y desinterés por realizar actividades placenteras.

Expectativas del consultante.

- Disminuir sintomatología.
- Modificar pensamientos para estar tranquila.
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Mejorar la comunicación con la familia, amigos compañeros de trabajo.

Análisis funcional TEPT

La sintomatología de la paciente se relaciona a continuación con los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM 5.

1. Experiencia directa del suceso traumático.

Paciente refiere: *“ Desde los once a los catorce años, fui víctima de abuso sexual por mis hermanos, vecinos y personas desconocidas; yo vivía en una finca, ellos me perseguían, y abusaban de mí, en mi habitación, en la sala, en los alrededores de la finca, en cualquier parte donde tenían oportunidad de hacerlo ”.*

2. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.

Paciente refiere: *“Cualquier cosa que pasa en mi vida me recuerda algo de lo que sucedió cuando era niña, me siento sucia, culpable, me da miedo y rabia”.*

3. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Paciente refiere:

- *“A veces me siento menos que los demás y lo que más me da rabia es que no hice nada para que eso no sucediera, que abusaran de mí sobre todo porque ellos son mis hermanos”.*

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

- *“En dos ocasiones pensé en quitarme la vida, no veía sentido continuar.*

4. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

Paciente refiere:

- *“ Cuando estoy sola se me vienen muchos recuerdos, me da angustia, rabia, me toca salir de mi casa y llamar a mi pareja y decirle que salgamos al centro comercial, a comer helados o ir a jugar futbol”.*
- *“ En ocasiones me siento insegura, dudo mucho de las personas y cuando tengo pareja y voy a tener una relación sexual, siempre me viene a mi cabeza ese recuerdo del pasado”*
- *“Siento mucho miedo, porque no sé cómo actuaría, creo que sería capaz de matar a alguien”.*

5. Evitación o esfuerzos para recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

Paciente refiere:

- *“A veces prefiero no tener una relación, porque me da miedo que me hagan lo mismo y por eso prefiero no estar con nadie”.*
- *“No me gusta hablar con nadie, igual tengo pocos amigos, y cuando hablo con ellos nada me gusta, a veces dicen cosas que no valen la pena y prefiero alejarme”.*

6. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Paciente refiere:

- *“Mi vida es un desastre, todo me sale mal”.*
- *“La vida no tiene sentido, no valgo nada”.*
- *“Todos los hombres son iguales, hacen daño a las mujeres”.*

7. Percepción distorsionada persistente de la causa o consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse así mismo o a los demás.

Paciente refiere:

- *“No sé por qué no hice nada para que no pasara todo lo que sucedió conmigo”.*
- *“Nunca conté a mi madre lo que había sucedido con mis hermanos porque nunca tuvimos confianza y no sabía cómo iba a reaccionar, siempre estábamos distanciadas, ella tiene la culpa también de lo que paso, porque nada nos enseñó, ni siquiera respetar a los hermanos.”*

8. Estado emocional negativo persistente (miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

Paciente refiere:

- *“Casi no me gusta hablar, me da miedo porque no sé qué pensarán de mí, o que tal diga algo para que todos se rían de mí”.*
- *“Me da miedo a que me hagan daño especialmente los hombres, ni siquiera les doy la mano para saludarlos, prefiero no tener contacto con ellos, de pronto me hacen algo”.*
- *“Soy muy nerviosa, siempre vivo a la expectativa de que no me vaya a pasar nada”.*

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

- *“No sirvo para nada, no valgo nada, yo tengo la culpa de todo, porque no hice nada por evitar que abusaran de mí, además somos hermanos y ante los ojos de Dios eso no está bien”.*
- *“Todo me estresa, me da rabia por todo, a veces me siento cansada”.*

9. Disminución importante del interés o participación en actividades significativas.

Paciente refiere: *“las cosas que me gustan casi no me llaman la atención, el futbol me gusta mucho, y con esfuerzo voy a jugar, pero a veces no me dan ganas”.*

10. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos).

Paciente refiere: *“Soy poco cariñosa, todo me da igual, no me gusta expresar lo que siento a las personas, y si me gusta alguien soy poco amorosa”.*

11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente con agresión verbal o física contra personas u objetos.

Paciente refiere: *“Es fácil para mí irritarme, incluso hay cosas que me irritan solo a mí y a los demás no, no tengo paciencia para nada, y a veces insulto a la gente”.*

12. Hipervigilancia.

Paciente refiere: *“Siempre estoy pendiente de que no me vaya a pasar nada, sobre todo cuando tengo personas a mi lado”*

13. Problemas de concentración

Paciente refiere: *“Tomar decisiones es muy complicado para mí, tengo que pensar mucho, para decidir qué es lo mejor para mí, que me conviene y que no, en ocasiones estoy haciendo algo, y me distraigo fácilmente”.*

14. Alteración del sueño (, dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Paciente refiere: *“ tres veces a la semana presento dificultades para dormir, me pongo a pensar en mi vida, y en todo lo que pasó, y amanezco con mucho sueño”*.

15. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Paciente refiere:

- *“Me da rabia que me hablen, no me gustan las chanzas y que me hagan bromas, nada me gusta, todo me incomoda”*.
- *“Mi padre falleció cuando yo tenía seis meses de nacida, no lo conocí, y mi mama nunca estuvo pendiente de nosotros, nunca nos enseñó lo bueno y lo malo, la relación con ella es muy mala y con mis hermanos también, peleamos mucho”*.

Presenta Comorbilidad con depresión recurrente:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.

Paciente refiere: *“La vida no tiene sentido, tengo un vacío en el pecho, nada vale la pena”*.

2. Disminución del interés o el placer por casi todas las actividades la mayor parte del día.

Paciente refiere: *“ A veces no me dan ganas de parame de la cama, ni de bañarme, parece que no tuviera alientos de nada”*.

3. Insomnio.

Paciente refiere: *“A veces están difícil conciliar el sueño, los recuerdos llegan a mi mente y no me dejan dormir”*

4. Fatiga o Perdida de energía casi todos los días.

Paciente refiere: *“y cuando no puedo dormir bien, al otro día me levanto sin fuerza sin ganas de hacer nada”*.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

5. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva

Paciente refiere: *“ Yo no sirvo para nada, hago las cosas mal, no hago las cosas cuando se deben hacer, si yo hubiera hecho algo mis hermanos y todas esas personas no hubieran avisado de mi”.*

6. Ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado

Paciente refiere: *“si he pensado en quitarme la vida, pero realmente no lo haría, ni se cómo hacerlo, solo lo pienso”.*

7. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Paciente refiere: *“Mis amigos, los pocos que tengo al igual que mis compañeros de trabajo me dicen que soy rara, que no saben porque soy así, que soy muy diferente”.*

“No le veo sentido a la vida, esto es un aburrimiento”.

Variables

Evento Traumático (Abuso sexual entre los 11 y los 14 años, por parte de tres de sus hermanos mayores, vecinos, y personas desconocidas), dificultades en la dinámica familiar, débil vínculo afectivo paterno filial, dificultad en las relaciones interpersonales y de comunicación, tiene un círculo social disminuido.

Hipótesis de origen

Trastorno de estrés postraumático originado por un evento traumático cuando la paciente tenía entre once y catorce años, quien fue abusada sexualmente, en repetidas ocasiones por tres de sus hermanos mayores, vecinos y personas desconocidas; en lugares como habitaciones, la finca donde vivían, y en cualquier lugar donde tuvieran la oportunidad de hacerlo; presenta débil vínculo afectivo paterno filial, dificultades en la dinámica familiar, y dificultades en las

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

relaciones interpersonales, generando sintomatología como irritabilidad, estrés, llanto fácil, sentimientos de desesperanza y minusvalía; presenta comorbilidad con depresión recurrente con la siguiente sintomatología: disminución del interés o el placer por casi todas las actividades la mayor parte del día, estado de ánimo deprimido, insomnio, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, los síntomas causan malestar clínicamente significativo, o deterioro en lo social laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Hipótesis de mantenimiento

La problemática de la paciente se mantiene por presentar esquemas de pensamiento irracional que llevan a conductas de evitación, que se manifiestan por un círculo social disminuido, aislamiento social, reducción de las actividades físicas, dificultades para establecer una relación sentimental, así mismo para establecer relaciones interpersonales principalmente con la figura masculina, lo que le garantiza a la paciente evitar o revivir el evento traumático.

Hipótesis diagnóstica

Paciente de 28 años presenta Trastorno de Estrés Postraumático comórbido con depresión recurrente, por un evento traumático ocurrido entre los once y los catorce años, siendo víctima de abuso sexual por parte de sus tres hermanos mayores, vecinos y desconocidos; se manifiesta con sentimientos de desesperanza, dificultad para establecer una relación sentimental, miedo para comunicarse e interactuar socialmente y que le hagan daño, especialmente los hombres, ideas suicidas, llanto fácil, insomnio, estrés, irritabilidad, rabia, recuerdos del trauma en cualquier momento, sudoración, nerviosismo, palpitaciones, evita estar en contacto con hombres, aislamiento, en ocasiones pérdida del interés por realizar actividades placenteras, pensamientos

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

de culpabilidad, pérdida de peso y ansiedad, así mismo presenta débil vínculo afectivo paterno filial, dificultad en la dinámica familiar, y un círculo social disminuido.

Diagnóstico DSM 5

Trastorno de Estrés Postraumático 309.81 (F43.10), comorbilidad con depresión recurrente, 296.33 (F33.2).

Objetivos terapéuticos

- Reducir sintomatología a partir de técnicas cognitivo conductuales.
- Promover pensamientos adaptativos positivos que favorezcan su funcionalidad en ámbitos familiares, sociales y laborales.

Técnicas cognitivo conductuales

- Psicoeducación
- Auto registros
- Entrenamiento en técnica de relajación muscular progresiva
- Revelación emocional mediante escritura
- Reestructuración cognitiva
- Terapia racional Emotiva
- Técnica de exposición imaginada
- Prevención de recaídas.

Intervención

Plan de tratamiento

Se creó un plan de intervención conformado por 12 sesiones y en la última sesión se realizó el seguimiento. Teniendo en cuenta los objetivos que se diseñaron respecto a la situación actual de

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

la paciente, en la tabla 2 se encuentra en forma resumida las actividades propuestas para el plan de tratamiento.

Tabla 2*Plan de tratamiento*

Objetivo terapéutico 1	
Reducir sintomatología a partir de técnicas cognitivo conductuales	
Sesión 1	
Evaluación	
Objetivo de Sesión	Recolección de datos, evaluación de la paciente y establecer rapport.
Actividad Realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar diligenciamiento de consentimiento informado e historia clínica, entrevista abierta e identificación de sintomatología y antecedentes de la paciente; así mismo explicar a la paciente como los pensamientos afectan su estado de ánimo.
Técnicas Utilizadas	Entrevista Psicoeducación
Sesión 2	
Aplicación de prueba	
Objetivo sesión	Evaluar sintomatología a partir del inventario de depresión de Beck.
Actividad Realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar estado de ánimo y revisar auto registro –

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

	<p>Termómetro del estado del ánimo; por otra parte brindar las indicaciones a la paciente, para la aplicación de la prueba psicométrica (Inventario depresión de Beck.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Así mismo se explica a la paciente en que consiste el tratamiento desde el modelo cognitivo conductual, teniendo en cuenta los problemas y la sintomatología presentada. ▪ Favorecer la adherencia al tratamiento, la motivación frente al mismo y la empatía con la paciente.
Técnicas Utilizadas	<p>Aplicación de prueba</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Motivación y concientización con respecto al proceso.</p>

Sesión 3	
	<p>Encuadre y Evaluación cognitiva</p>
Objetivo sesión	<p>Entrenar en auto registro.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrenamiento en relajación muscular progresiva. ▪ Psicoeducación sobre el Trastorno de e estrés postraumático y depresión. ▪ Ejercicio para reconocer, situación, pensamiento, emociones y conducta.
Actividad Realizada	
Técnicas Utilizadas	<p>Relajación muscular progresiva</p>

Auto registro

Objetivo terapéutico 2

Promover pensamientos adaptativos positivos que favorezcan su funcionalidad en ámbitos familiares, sociales y laborales.

Sesión 4

Dar a Conocer el modelo ABC

Objetivo sesión	<p>Iniciar modelo ABC y técnica de auto registro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de pruebas; inventario de ansiedad de Beck, Escala de Habilidades sociales.
Actividad Realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refuerzo de relajación muscular progresiva. ▪ Como los pensamientos definen los comportamientos del individuo.
Técnicas Utilizadas	<p>Técnica de relajación muscular progresiva</p> <p>Modelo ABC</p>

Sesión 5

Reconocimiento de pensamientos

Objetivo sesión	<p>Reconocer pensamientos e ideas irracionales en la situación actual del paciente</p>
Actividad Realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación del Inventario de depresión Estado – Rasgo.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refuerzo técnica de relajación muscular progresiva. ▪ Realizar ejercicio de reconocimiento de pensamientos, por medio de autobiografía y autoregistro que le permitirá reconocer situaciones, pensamientos, emociones y conductas manifiestas.
Técnicas Utilizadas	Revelación emocional mediante escritura.

Sesión 6

Identificación de pensamientos

Objetivo sesión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de pensamientos automáticos, creencia intermedias e ideas centrales ▪ Refuerzo Técnica de relajación muscular progresiva. ▪ Ejercicio de identificación de pensamientos; creencias centrales o nucleares, creencia intermedia
Actividad Realizadas	(Valoración, suposición negativa, y suposición positiva, regla.), y pensamientos automáticos disfuncionales asociados a la situación de la paciente.
Técnicas Utilizadas	Refuerzo Técnica de relajación. Registro de pensamientos.

Sesión 7

Debate de ideas irracionales

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Objetivo de sesión	Confrontar las ideas irracionales del paciente
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debate a partir de las ideas irracionales
Actividad Realizada	identificadas, en la sesión anterior y elaboración de pensamientos alternativos.
Técnica Utilizadas	Reestructuración cognitiva

Sesión 8

Cierre del Modelo ABC

Objetivo de sesión	Realizar cierre de terapia racional emotiva (TRE)
Actividad Realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajar formulario de terapia racional emotiva.
Técnica Utilizada	Modelo ABC

Sesión 9

Técnica de exposición imaginada

Objetivo de sesión	Exponer a la paciente al evento traumático en un ambiente controlado y reduciendo la sintomatología ansiosa.
Actividad Realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revivir el evento traumático de la paciente, en un ambiente controlado, en una jerarquía de exposición, disminuyendo los síntomas ansiógenos, con ayuda de la respiración y relajación.
	Exposición Imaginada
	Reestructuración cognitiva.
Técnica Utilizadas	Técnica de relajación.

Sesión 10

Exposición imaginada

Aplicar pruebas Post Test

Objetivo de sesión

Fortalecer técnica de exposición imaginada, aplicación de pruebas.

Actividad Realizada

- Aplicación de pruebas (post test), Inventario de depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Habilidades sociales, Inventario de depresión Estado Rasgo.
- Aportar a la paciente recursos cognitivo-conductuales para ponerlos en práctica en situaciones ansiógenas reales y control de la respiración para llegar a un estado de relajación.

Técnica Utilizada

Técnica exposición imaginada.
Reestructuración cognitiva.

Sesión 11

Cierre

Objetivo de sesión

Cierre de proceso terapéutico

Actividad Realizada

- Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y brindar herramientas que le permitan ser funcional en su entorno.
 - Fortalecer las estrategias de mantenimiento de las
-

conductas modificadas.

- Adquirir compromisos individuales para fortalecer lo realizado en el proceso terapéutico que le permitan una mejor relación en entornos, familiares, laborales y sociales.

Sesión 12

Seguimiento

Objetivo

Evaluar la evolución del paciente, posterior al proceso terapéutico.

Indagar sobre situación actual del paciente :

Actividades realizadas.

- Sintomatología.
- Problemas
- Relaciones interpersonales.
- Cotidianidad.
- Hábitos de vida saludable.
- Fortalecer prevención de recaídas, factores de riesgo.
- Recomendaciones.

Técnica Utilizada.

Motivación, concientización, Psicoeducación.

Resultados

A continuación se presentan los resultados del proceso terapéutico desde las técnicas cognitivo conductuales, que permitieron disminuir la sintomatología, y modificar pensamientos irracionales que le impedían funcionar a la paciente a nivel personal, familiar, social y laboral.

Sesión 1

Se realiza diligenciamiento de consentimiento informado y apertura de historia clínica, registrando datos sociodemográficos de la paciente; así mismo aspectos relacionados con el motivo de consulta, donde la paciente verbalizó: *"Estoy aquí porque una amiga me recomendó que lo hiciera, ella me vio muy mal, y le hice caso, aunque tengo un poco de miedo"*. Por otra parte manifestó el motivo de consulta: *"Hay cosas del pasado que no me dejan tranquila y no puedo tener una vida normal, quiero que me ayuden a olvidar"*.

La paciente refiere que entre los 11 y los 14 años fue víctima de abuso sexual, por parte de tres de sus hermanos mayores, vecinos y personas desconocidas, el hecho se presentaba en cualquier parte de la finca donde vivían, ella les tenía mucho miedo, no informo nada a su madre porque pensaba que no le iba a creer; de los 12 a los 15 años se refugió en el alcohol y fumó marihuana dos veces en su vida. A los quince años decide irse de la casa porque ya no aguantaba la situación; pero los recuerdos se mantenían y no podía ser una persona funcional en su entorno.

Describe sintomatología: Miedo, ideas suicidas, sentimientos de culpabilidad, llanto fácil, insomnio, irritabilidad, estrés, miedo a que se repita el hecho, ansiedad, sudoración, nerviosismo, Sentimientos de desesperanza, pensamientos como *"mi vida es un desastre"*, *"Quiero ser mejor"*

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

persona". Refiere: "No tengo buena relación con cinco de mis hermanos y mi madre, estamos muy alejados, a veces hablo con ellos, pero me mantengo distanciada".

Con respecto a sus parejas sentimentales manifiesta, que ha tenido dificultades para relacionarse con los hombres y por eso su orientación sexual es hacia las mujeres; aunque no ha tenido relaciones estables, refiere que solo desea pasarla bien.

Se le explica a la paciente que su estado de ánimo se ve afectado por los pensamientos irracionales que se mantienen producto del evento traumático; la forma como se perciben y se interpretan las diferentes situaciones, es la que nos lleva a presentar una reacción fisiológica, también se ve involucrada la conducta y la forma como se reacciona ante cualquier evento.

En el cerebro hay reacciones químicas donde se ven involucrados el cortisol y la adrenalina que se ponen a la defensiva y en estado de alerta, donde se va dando paso a los pensamientos irracionales, sentimientos como el miedo y la angustia.

La paciente desea cambiar su forma de pensar y de ver la vida, está dispuesta a asistir a todas las sesiones que sean necesarias; refiere que está desesperada, que ya no sabe qué hacer, porque no puede tener una vida normal, se siente muy triste.

Sesión 2

La consultante verbaliza, que mantiene los sentimientos de desesperanza, sin ver un sentido a la vida, se aferra en pensar que su vida es un desastre "filtro mental", motivo por el cual se mantiene hipervigilante ante cualquier respuesta de su entorno; así mismo se dan las indicaciones a la paciente de cómo responder el inventario de depresión de Beck; al momento de responder presenta dificultad en el ítem número 13, donde indica "Si tiene dificultades para

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

tomar decisiones”; donde refiere que es una persona bastante indecisa, y por eso en ocasiones se ha sentido desmotivada; por no saber qué es lo que desea; al momento de responder el instrumento la paciente lo realiza en 13 minutos, tiempo que sobre pasa lo estipulado para desarrollar el cuestionario. La paciente manifestó sentirse desanimada al momento de responder el cuestionario, ya que le recordó algunos momentos de su vida.

El inventario de depresión de Beck, arrojó como resultado un puntaje de 33 puntos, donde nos indica que la paciente llega con un cuadro depresivo grave, que se relaciona con lo sintomatología mencionada en el discurso en un primer encuentro y parte del segundo encuentro; así mismo se continua con el proceso evaluativo y ejercicio de entrenamiento del termómetro del estado de ánimo, donde se le indica a la paciente evaluar su estado de ánimo día a día, incluyendo el día de sesión.

Se explicó a la paciente que se aplicara un plan de tratamiento, desde el modelo cognitivo conductual, donde le permitirá cambiar su forma de pensar sobre sí misma, los demás y el mundo que la rodea; cómo estos pensamientos afectan los sentimientos, emociones, y la conducta; además la existencia de respuestas fisiológicas, entre ellos: sudoración, dolor de estómago, dolor de cabeza, náuseas, vómito, etc.

Se indica que el modelo cognitivo conductual trabaja sobre la forma como piensa el individuo, “que es la parte cognitiva”, y como se actúa, “que es la parte conductual”; lo importante de esta terapia es que se centra en la sintomatología y problemas “del aquí y el ahora”. La forma en cómo se interpreta cada una de las situaciones y el significado que se les da.

Se realizó entrenamiento de auto registro del termómetro del estado de ánimo, para evaluarlo en todas las sesiones (Ver apéndice C). Tener en cuenta que la paciente fue víctima de abuso

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

sexual, por parte de tres de sus hermanos mayores, vecinos y personas desconocidas; antecedentes para tener a consideración en el proceso como uno de los factores relevantes del estado de la paciente. Se establece un horario de 90 minutos un día a la semana, y 12 sesiones.

Sesión 3

Se evalúa el estado de ánimo del día, 9 en una escala de 1 a 10 y se revisa el autoregistro del de la semana, donde manifiesta haber tenido una semana positiva, aunque hubo una situación que la llevo a desmotivarse; estaba haciendo una cadena de oro en su trabajo se le cayó y se dañó, pero así mismo intento repararla.

Teniendo en cuenta los resultados de la prueba aplicada, la evaluación por medio de la entrevista, el discurso de la paciente, los antecedentes, la descripción de la sintomatología, los problemas y la observación, se definen los objetivos terapéuticos.

Se explica a la paciente que las sesiones estarán enfocadas en evaluación por medio de entrevista, y aplicación de pruebas, motivación para la adherencia al tratamiento, entrenamiento en auto registros, técnicas de relajación, Psicoeducación, reconocimiento, identificación, cuestionamiento de creencias irracionales y creación de pensamientos alternativos, exposición imaginada con el fin de disminuir sintomatología ansiógena y afianzar pensamientos adaptativos; así mismo se realizará un cierre de sesión donde se evalúa el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y brindar herramientas que le permitan ser funcional en su entorno.

Se indican a la paciente las estrategias de mantenimiento de las conductas y creencias que serán modificadas. Se explica la importancia de adquirir compromisos individuales, para fortalecer cada actividad que se desarrollara en las sesiones que le permiten una mejor relación con su entorno, en ámbitos familiares, laborales y sociales, para poder mejorar su calidad de

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

vida. Después de indagar en profundidad, se concluye que la paciente presenta los criterios diagnósticos para un cuadro clínico de Trastorno de estrés postraumático comórbido con depresión recurrente.

Por otra parte se realiza una introducción sobre el estrés postraumático y la depresión; aspectos relacionados con sintomatología, esquemas cognitivos, la relación con las emociones, el comportamiento, estado de ánimo y salud mental. Se aclara a la paciente que cualquier persona, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, están expuestos a sufrir un evento traumático sin previo aviso, entre ellos: accidentes de tránsito, estar presente a la hora de un homicidio o muerte violenta, ser víctima de robo, abuso sexual, violencia intrafamiliar, haber sido víctima de secuestro, donde se ve amenazada la vida propia y la de los demás; estas situaciones generan sintomatología como: angustia, tristeza, llanto, sentimientos de desesperanza, ideas suicidas, pérdida del interés por realizar actividades placenteras, culpabilidad, entre otros, inclusive sentimientos de venganza; se recomienda que cuando esté en crisis, no maneje su moto ya que estaría expuesta a sufrir un accidente o tomar decisiones equivocadas.

Se inició entrenamiento en técnica de relajación muscular progresiva, se explicó a la paciente que es una técnica que permite aprender a controlar y relajar los músculos del cuerpo, se debe realizar en un ambiente tranquilo, temperatura adecuada y luz moderada, se puede realizar en posiciones diferentes, en un diván o en una cama con los brazos y piernas separados del cuerpo, o en una silla cómoda que permita apoyo para la nuca y los pies.

Se indicó a la paciente que por un buen tiempo ha estado ansiosa y tensa, ahora aprenderá a relajarse y será una habilidad que va a adquirir si hay compromiso y dedicación de su parte ya que esto requiere de tiempo, es parecido como aprender a conducir un carro, una moto o

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

practicar futbol así como ella lo hace; la idea principal es que los músculos se desactiven para así dar paso a desactivar el sistema nervioso, el cuerpo se sienta menos tenso, relajado y tranquilo.

El objetivo es aprender a percibir la presencia de tensiones innecesarias y reducir las al mismo tiempo que se mantienen los niveles de tensión adecuados en el resto de los músculos para realizar la actividad en la que se está ocupado.

Se hace un acercamiento a la identificación de situaciones, que activan pensamientos irracionales, producen una emoción y conllevan a una conducta inadecuada. Por medio de la construcción de un auto registro se realiza el ejercicio a partir de situaciones que se presentaron durante la semana.

- **Situación:** Vas caminando por la calle y te das cuenta que un hombre camina detrás de ti y en algunas ocasiones te mira.
- **Pensamiento:** Me está siguiendo, me va a ser daño, me va a robar.
- **Consecuencia emocional:** nervios, temblor, palpitaciones, llanto.

En el cierre de la sesión se entrega a la paciente remisión a psiquiatría por presentar sintomatología asociada a depresión. (Ver apéndice H)

Sesión 4

Se revisó auto registro del termómetro del ánimo, y se evalúa su estado de ánimo, 9 en una escala de 1 a 10; se evidencia una semana satisfactoria para la paciente; quien manifiesta sentirse mejor desde que asiste a consulta; así mismo se aplica la escala de habilidades sociales para evaluar como expresa sus capacidades de aserción en distintos contextos, el inventario de ansiedad de Beck para valorar los síntomas somáticos de ansiedad.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Se explica a la paciente el modelo ABC, como los pensamientos interfieren en la funcionalidad del ser humano en el desarrollo de metas y objetivos; generando emociones negativas y perturbadoras.

Se da a conocer el modelo ABC donde se explica a la paciente que la perturbación emocional es creada por las interpretaciones que se dan a las situaciones; la decisión está en elegir qué se quiere experimentar si emociones negativas o saludables Donde:

A- Acontecimiento activador

B- Creencias de las personas.

C- Consecuencias que la persona genera de A Y B. (Ver Apéndice I)

Se indaga con la paciente sobre el evento traumático, donde se le indica que las situaciones que ocurren en el pasado dejan recuerdos y se archivan en la memoria; estos recuerdos no son propios precisamente, básicamente es la interpretación que se da a los hechos que se presentan en la vida.

Fecha: 27 de Septiembre de 2018

- **Acontecimiento activador (situación):** *“Se me cae la moto saliendo de la bomba”*
- **Creencia irracional:** *“la gente piensa que soy una bruta, burra, tonta”*
- **Consecuencia emocional y/o conductual:** Rabia, vergüenza.
- **Fecha:** 30 de Septiembre de 2018
- **Acontecimiento Activador:** *“Estaba en un almacén y me pegue con la puerta de la salida”*
- **Creencia Irrracional:** *“Esto solo me pasa a mí, que tonta, que bruta, mire bien”*
- **Consecuencia emocional:** Pena, soberbia.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Se refuerza la técnica de relajación muscular progresiva, se pide a la paciente que cierre los ojos, se siente derecha tensionando y relajando los músculos del cuerpo de una manera pausada y progresiva, así mismo se facilita un link a la paciente para que practique la técnica en casa y pueda ser aplicada en situaciones que le generen ansiedad de manera que pueda ser controlada.

Técnica de relajación muscular progresiva Jakobson, Recuperado de:

<https://www.youtube.com/watch?v=STB1hXQL-5&t=6s>

Sesión 5

Se dan las indicaciones pertinentes a la paciente para la aplicación del inventario de depresión Estado – Rasgo (IDER), su principal objetivo es identificar el grado de afectación y la frecuencia de ocurrencia del componente afectivo de la depresión.

La paciente verbaliza que ha tratado de practicar la técnica de relajación muscular, y cuando lo hace se siente tranquila, reconoce que no lo ha hecho de una manera consecutiva, a veces porque llega muy cansada y otras porque le da pereza, pero lo intentara más seguido; se retoma el video de técnica de relajación muscular que se asignó para practicar en casa y se van trabajando en sesión uno a uno los pasos de la técnica.

Se realizó ejercicio de reconocimiento de pensamientos, por medio de autobiografía escrita, narrando acontecimientos importantes de su vida, donde se reflejaron modos de pensar, sentir y actuar, identificando pensamientos como *“Mi vida es un desastre”* (filtro mental), *“soy mala persona”* (Etiquetación), exigencias rígidas como, *“ Debo hacer las cosas siempre bien”*, Minimización y magnificación, *“ No soy tan inteligente”*, *“soy una bruta porque me pasan muchas cosas”*, *“los hombres son malos y hacen daño”* Generalización.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

En la carta terapéutica escrita por la paciente se identifica una relación distante con su madre y cinco de sus hermanos; desde edad muy temprana decidió irse de su casa porque no soportaba que sus hermanos y vecinos siguieran abusando de ella, además su madre nunca estuvo pendiente de la educación de sus hermanos y de la formación personal, espiritual e integral; los golpeaba mucho; a la edad de 15 años se estaba tomando unas cervezas y la madre la golpeo muy fuerte, decidió irse de su casa y viajar a la ciudad de Bucaramanga a buscar un mejor futuro; llamo a un primo quien la ayudo a conseguir trabajo y salir adelante.

A partir de esta situación la paciente B.P.P. manifiesta sentimientos de rabia, e incomodidad sobre todo cuando tiene un hombre al lado. Con actitud positiva verbaliza que acudir a psicología ha sido una de las mejores decisiones que ha tomado.

Sesión 6

Se inicia sesión indagando sobre aspectos relacionados a la semana anterior de la consulta, verbalizando que en ocasiones se siente confundida con respecto a la vida; ahora que asiste a terapia le ha permitido identificar un desgaste físico, psicológico y emocional de todo el tiempo que ha transcurrido desde el evento traumático hasta ahora, ya que "el pensamiento erróneo", como así lo manifiesta, no le ha permitido ser feliz como ella merece, ahora poco a poco se da cuenta que hay muchas cosas por hacer, por luchar para seguir adelante, pero no debe descuidar el proceso terapéutico.

A partir de lo que refiere la paciente se realiza en sesión la identificación de pensamientos automáticos, entendiendo como automáticos aquellos que son fugaces, es decir que llegan solos, entran a la mente aunque se esté pensando en otra cosa, logrando que las personas terminen creyendo en su significado con alto contenido de naturalidad. Entre ellos; "*a nadie le importa lo*

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

que me pasa” (Sobregeneralización), *“Y piensan que soy una amargada”* (Visión catastrófica, etiquetación), *“Soy una tonta”* (etiquetación).

Así mismo las creencias intermedias que corresponden a valoraciones suposiciones y reglas, que poco a poco se van construyendo a lo largo de la vida fueron identificadas en la situación de la paciente.

- **Creencia central:** *“A las personas solo le importan sus problemas”* - (Acerca de los demás)
- **Creencias intermedias**
- **Valoración:** *Es triste que a la gente solo le importen sus problemas, uno también necesita que lo escuchen”.*
- **Suposición negativa:** *“Si no consigo que los demás me escuchen me ignoraran”*
- **Suposición positiva:** *“Si consigo que los demás me escuchen no me ignoraran”*
- **Regla:** *“tengo que conseguir que todos escuchen mis problemas”.*
- **Creencia central:** *“la vida es un desastre”* - (Acerca de la vida)
- **Creencias intermedias**
- **Valoración:** *“Es frustrante que la vida sea un desastre”*
- **Suposición negativa:** *“Si no evito pensar en todo lo que me paso me sentiré mal”.*
- **Suposición Positiva:** *“Si evito pensar en todo lo que me paso, me sentiré bien”.*
- **Regla:** *“Debo evitar pensar en lo que me paso”*
- **Creencia central:** *“El mundo es un peligro”*- (Acerca del mundo)
- **Creencias intermedias**
- **Valoración:** *“ es espantoso que el mundo sea peligroso, necesito que me cuiden”.*
- **Suposición negativa:** *“si no me muestro temerosa, mis amigos no me cuidaran”.*

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

- **Suposición Positiva:** *“si me muestro temerosa, mis amigos me cuidaran”*.
- **Regla:** *“tengo que mostrarme temerosa”* (Ver Apéndice K).

Se dialoga con la paciente, para que en casa practique la identificación de los pensamientos automáticos, creencias intermedias y cuanto afecta su estado de ánimo, en un escala de 1 a 10.

Sesión 7

Se recibe la paciente en consulta, manifestando que cada día se siente mejor, su estado de ánimo ha mejorado, se revisa la actividad de registro asignada; donde se evidencia una evolución bastante significativa con respecto a las creencias alternativas permitiendo que la paciente cuestione sus pensamientos irracionales.

Se continua con el desarrollo de la terapia racional emotiva, donde por medio del debate y preguntas reflexivas se logra afianzar las creencias alternativas frente a los pensamientos irracionales relacionados a distorsión de la percepción de la realidad, entre ellos *“mi vida es un desastre”*, *“todos los hombres son iguales y me pueden hacer daño”*, *“quiero cambiar para ser mejor persona”*. Se realiza el siguiente debate:

- **Pensamientos:**

“Mi vida es un desastre”; *“quiero ser mejor persona”*; *lo peor siempre me pasa a mí”*.

- **Porque es importante para mí?, Que significa para mí?**

“Quiero ser diferente”.

“Pensar diferente”.

“Soy rara”.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

“Soy amargada”.

- **Grado de creencia** (0 – 100) antes del debate % 95
- **Proceso de debate**

“Ser diferente, amargada, bipolar, la gente dice que soy rara”.

- **Ideas irracionales**

“Mis compañeros me miran raro, ellos piensan que soy como rara”.

“Mi vida es un desastre, lo que hicieron conmigo mis hermanos y esas personas solo me sucede a mí”.

“Mi pareja no me llamo, mínimo se le olvido que yo existía”.

“Soy una bruta me resbale y me caí con la moto, la gente piensa que soy una bestia para manejar”.

- **Validez de este pensamiento**

“Mis amigos me dicen que soy una amargada, que soy rara, y descuidada”.

- **Hechos en contra de este pensamiento**

“Ellos no saben y no conocen nada de mi vida, el que esté rara como ellos dicen, no quiere decir que sea diferente a ellos, y el que esté amargada no quiere decir que siempre sea así”.

- **Utilidad del pensamiento: Consecuencias de mantener un pensamiento**
- **Ventajas de pensar así**

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

“Qué puedo estar tranquila porque no soy así, y por tal motivo puedo hacer mi vida normal, sin hacerle daño a nadie y no ponerle cuidado a lo que la gente diga”.

- **Inconvenientes de pensar así**

“Me da rabia y quisiera mandarlos a todos a comer espárragos, la gente piensa mal de mí”.

- **Utilidad del pensamiento: consecuencias de cambiar este pensamiento**

- **Ventajas**

“Mi vida sería diferente, hablaría con mis compañeros, con mi familia, compartiríamos más”.

- **Inconvenientes**

“Si es para mal, mi vida sería terrible, sería más sola, me aislaría, porque hay cosas de los demás que no me gustan, ellos piensan mal de mí”.

- **Pensamiento alternativo y grado de creencia (0 – 100)**

“Esas situaciones me generan ansiedad, pero es normal que yo sienta ansiedad porque de pronto no se manejar la situación en ese momento, pero la verdad es que si me pongo a pensar, si es manejable todo lo que pasa, hasta mi ansiedad”.

Este pensamiento me lo creo: 65%

- **Como me siento ahora**

“Mejor, han mejorado las cosas, tomo las cosas con más calma, trato de no estresarme tanto”.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

¿Qué puedo hacer entonces?

“Hablar con mis compañeros, con las personas que me rodean, me falta ser más sociable y no generalizar tanto, no todas las personas son malas, no todos me hacen daño; las personas no somos perfectas a cualquiera nos puede ocurrir un accidente, cualquier persona se puede caer de la moto, y no soy rara, lo que pasa es que me sentía muy mal por lo que me había sucedido, pero ahora entiendo muchas cosas”.

- **Grado de creencia con respecto a las creencias iniciales (0 – 100)**

Después del debate % **40**. (Ver apéndice L).

Paciente manifiesta sentirse mejor y más tranquila. Se propone ejercicio de relajación cuando surjan pensamientos irracionales y continuar con la actividad de registro.

Sesión 8

Paciente manifiesta una mejoría en su estado de ánimo, 9 en una escala de 1 a 10; se indaga por lo trabajado la semana anterior, refiere: *“ Me doy cuenta que las cosas que pasan en la vida hacen que uno cambie la forma de pensar, actuar y le impiden a uno vivir como Dios manda, y ser feliz, son pensamientos que se instalan en la memoria, y que realmente no son ciertos, simplemente los creamos por lo que nos pasa, pero la realidad es otra”.*

Se realiza cierre del modelo ABC, trabajando el formulario de cumplimiento de terapia racional emotiva, (Ver Apéndice M), afianzando lo que se realizó en sesiones anteriores, identificando el acontecimiento activador, las creencias irracionales que conducen a la consecuencia, cuestionamiento y discusión para las mismas y las creencias racionales efectivas

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

que las reemplazaran; verbaliza que se siente más tranquila, se evidencia menos dificultad para hablar de los problemas, y los recuerdos que hicieron ruido por mucho tiempo.

Se evidencio adherencia al tratamiento por parte de la paciente, no se ausento a ninguna de las sesiones sin justa causa, cuando no pudo asistir fue por cuestiones laborales, ya que no era posible que su jefe le otorgara el permiso, por tener mucho trabajo; verbaliza que hace lo posible por practicar en casa lo que se realiza en sesión y trabajar los autoregistros que tanto le han servido para ir modificando sus pensamientos y cuestionarlos; así mismo hay coherencia en su discurso, y se muestra más tranquila.

Sesión 9

La paciente refiere que se siente más tranquila, duerme sin ninguna dificultad, trabaja en lo realizado en las sesiones, en modificar pensamientos y mejorar sus relaciones interpersonales. Se indaga sobre su relación sentimental verbalizando, que está pensando seriamente en alejarse de su pareja, ya que no se siente segura en la relación, y quiere estar tranquila.

Se realiza Introducción sobre la técnica de exposición imaginada que se realizará en sesión; así mismo se explica que la esencia de la técnica consiste en que el paciente recuerde el evento traumático y pueda disminuir los niveles de ansiedad que esto le produce.

Antes de iniciar el ejercicio se pregunta a la paciente como se siente y que evalúe sus niveles de ansiedad de 1 a 10, manifestando que se ubica en un escala de 10, considera que revivir el evento traumático, le genera miedo, ansiedad y temor.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Se revive el hecho por medio de la exposición imaginada; lo cual hay una respuesta fisiológica, angustia, ansiedad, temblor, sudoración, movimiento constante de las manos, una apretando la otra.

Se realiza de manera pausada, pidiendo a la paciente que respire profundo y se relaje; así mismo se afianzan las creencias alternativas, trabajadas en las sesiones anteriores, para ir disminuyendo los niveles de ansiedad que al final de la sesión fue de 6 en una escala de 1 a 10.

Se dialoga con la paciente de lo realizado en sesión y refiere: *“Me sentí muy asustada, me concentre tanto en el ejercicio que sentí como si realmente me estuvieran tocando, persiguiendo, sentí mucho miedo, y tristeza de saber que son mis hermanos los que hicieron eso conmigo, la respiración y relajarme me servía mucho para estabilizarme y sentirme menos ansiosa”*.

Se apoyó la técnica de exposición con la reestructuración cognitiva, para reforzar las creencias alternativas que se generaron a partir de lo realizado en sesiones anteriores.

Sesión 10

En esta sesión se aplicaron a la paciente los instrumentos que sirvieron de apoyo para la evaluación y el diagnóstico al inicio del tratamiento, entre ellos el inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Beck, escala de habilidades sociales e Inventario de depresión Estado Rasgo, con el fin de evaluar la evolución de la paciente y los resultados del tratamiento; así mismo se realiza proceso de aceptación, asumir la experiencia vivida y sobre todo desculpabilizarse como víctima, tomar conciencia que la experiencia es común para muchas mujeres, y aclarar la responsabilidad del agresor, dejando claro que es un hecho del pasado, que por su corta edad y falta de información no se pudo actuar de manera que el hecho no fuera repetitivo como ocurrió en el caso de la paciente.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Se indaga con respecto al perdón; y por medio de preguntas reflexivas se logra un insight en la paciente que permite identificar factores y variables que están presentes en el proceso del perdón, así mismo las consecuencias relevantes para la salud mental y física en caso de no hacerlo.

En la parte espiritual refiere que constantemente se refugia en la oración, desea volver a la eucaristía los domingos y confesarse, verbaliza que buscara el momento adecuado para reunirse con su familia y poder dialogar con sus hermanos, considera que es algo muy difícil para ella, pero es necesario.

Al finalizar la sesión se discute con la paciente los resultados de lo realizado en sesión, su opinión con respecto a la técnica, como se sintió, como fortalece lo trabajado en las sesiones anteriores y como aporta para el mejoramiento de su calidad de vida; refiere que es una técnica bastante difícil para ella sobre todo porque debe recordar cada detalle de lo sucedido con sus hermanos y vecinos, sobre todo por el miedo que le ocasionaba cuando se sentía perseguida por ellos y por todo lo que le hacían; con respecto a la técnica refiere que es bastante difícil y complicado tener que revivir la ansiedad, el temor, el miedo que sentía en ese momento, pero cada vez que se desarrollaba el ejercicio, la relajación y respiración permitían disminuir los niveles de ansiedad, llevándola a conseguir un estado de tranquila que la hacia sentirse mejor.

Verbaliza que lo trabajado en las dos sesiones donde se realizó la técnica de exposición imaginada fortalece lo realizado en las sesiones anteriores porque sus pensamientos irracionales se han creado debido al evento traumático distorsionando su realidad sobre todo en su relación con el sexo opuesto y frente a sus pensamientos con respecto al concepto que tenía de su vida, cuando manifestaba que era un desastre y quiero ser mejor persona; ahora comprende que no es

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

culpable, que es una buena persona porque no ha hecho daño a nadie, es un hecho que se puede superar; *“Ahora me siento diferente, veo la vida de otra manera, mi forma de pensar cambia poco a poco, me siento más cómoda conmigo misma, valoro mi cuerpo como algo sagrado que Dios me ha regalado, me he dado la oportunidad de interactuar con otras personas sobre todo los hombres, no ha sido fácil pero ya no están difícil como antes”*.

Sesión 11

Se realiza cierre del proceso terapéutico, psicoeducando a la paciente con respecto a la posibilidad de recaídas y cómo afrontarlas; así mismo se realiza un resumen sobre el proceso realizado en cada una de las sesiones, los logros obtenidos y la identificación de aspectos que aún se mantienen y se deben seguir trabajando; fortalecimiento de proyecto de vida y como recomendación acudir a un profesional en psicología en caso de existir exacerbación de síntomas y problemas recurrentes.

Se recomienda a la paciente acudir a psicología en caso de presentar una recaída, y así mismo poner en práctica las técnicas utilizadas durante el proceso terapéutico. La paciente verbaliza sentirse un poco intranquila por término del proceso, refiere que pondrá en práctica lo realizado en cada una de las sesiones; se evalúan los logros obtenidos, resaltando que cuando llego a consulta no veía sentido a la vida, y pensaba que no necesitaba de nadie, que lo mejor era aislarse, y hacer su propia vida; ahora está más tranquila, se estresa poco, y prefiere asumir las situaciones que se presenten con cautela buscando soluciones asertivas.

Sesión 12 - Seguimiento

Después de un mes de haber terminado el proceso terapéutico, se realiza seguimiento vía telefónica a la paciente, donde se indaga sobre aspectos relacionados con la sintomatología,

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

problemas, relaciones interpersonales, cotidianidad, hábitos de vida saludable, fortalecer prevención de recaídas, factores de riesgo y recomendaciones; donde refiere que cuándo inició el tratamiento farmacológico, presento náuseas, mareos, ardor en el estómago, ahora ha disminuido y le ha ayudado a sentirse mejor; más tranquila, duerme bien, además juega fútbol tres o cuatro días de la semana, y cada vez que lo hace se siente con más energía, ahora se dedica a realizar un trabajo extra aparte de la joyería, vende ropa interior; manifiesta irle muy bien considera que le ha permitido relacionarse con muchas personas y eso la hace sentir mejor porque todo el tiempo está ocupada, solo llega a casa a descansar.

Refiere que no ha podido hablar con su madre y hermanos, por cuestiones laborales; verbaliza que no es fácil llevar su diario vivir sin un apoyo, ya que en ocasiones siente que necesita comentar algunas cosas, y considera que el terapeuta es su apoyo y es de gran ayuda; pero ella se ha propuesto poner en práctica lo realizado durante el proceso; se recuerda a la paciente que existe la posibilidad de presentar una recaída, por el cual es necesario poner en práctica las herramientas y recursos que se enseñaron durante el proceso terapéutico, y en caso de no poder controlar la crisis es necesario acudir a un profesional, así mismo se recomienda no suspender el tratamiento farmacológico, ya que la fluoxetina debe ser suspendida solo por el psiquiatra; la importancia de aumentar sus redes de apoyo, aprender a sentirse bien con las decisiones que tome en caso de tenga que hacerlo y la importancia de actuar de manera eficaz en alguna circunstancia que le haga sentir miedo.

De acuerdo con lo establecido en la presente monografía, los objetivos terapéuticos propuestos se cumplieron; así mismo se describirán los resultados (PRE) Y (POS). Para corroborar la hipótesis, se aplicó el inventario de depresión de Beck II, Inventario de Ansiedad

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

de Beck, Escala de Habilidades Sociales y El inventario Estado – Rasgo (IDER). Los resultados obtenidos en las pruebas serán explicados a continuación:

Inventario de Depresión de Beck- II

De acuerdo con los resultados que arrojaron las pruebas, estos se dividen en un rango; siendo, Mínimo (con puntuaciones entre 0-11), leve (12-19), moderada (20-28), grave (29-63). Conforme a la evaluación PRE, según los resultados del cuestionario, arrojó una puntuación de 33 la cual corresponde a una Depresión Grave. Este resultado permite verificar el estado en que llega la paciente en un primer momento a consulta, y se relaciona con su discurso cuando se refiere a la sintomatología que presenta.

Con respecto a la evaluación POS, arrojo una puntuación de 12 la cual corresponde a una depresión leve; estos resultados están asociados inicialmente a que la paciente presentaba depresión grave, fue remitida a psiquiatría y medicada con fluoxetina, permitiendo así, que la sintomatología disminuyera.

Tabla 3

Resultados Pre y Post Inventario de Depresion de Beck

RESULTADOS PRE Y POST INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II		
Grupo	Pre - Test	Post - Test
Tristeza	2	1
Pesimismo	3	0
Fracaso	3	2
Perdida de placer	1	1
Sentimiento de culpa	2	1
Sentimiento de castigo	3	0
Disconformidad con uno mismo	1	1
Autocritica	2	1
Pensamiento o deseos suicidas	1	1

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Llanto	3	0
Agitación	1	2
Perdida de interés	1	0
Indecisión	2	0
desvalorización	3	0
Perdida de energía	0	0
Cambios en los hábitos de sueño	2	0
Irritabilidad	1	1
Cambios en el apetito	1	0
Dificultad de concentración	1	1
Cansancio o fatiga	0	0
Perdida del interés en el sexo	0	0
Total	33	12

Con los resultados obtenidos en el Pos tratamiento, se muestra el avance positivo con respecto al proceso terapéutico, evidenciándose así puntuaciones más bajas, que revelan la adherencia al tratamiento y actitud positiva frente a su situación.

Así mismo se mencionan los ítems que no presentaron variabilidad, entre ellos: pérdida de placer, disconformidad con uno mismo, pensamientos o deseos suicidas, irritabilidad, dificultad de concentración, que se mantienen en un puntaje de 1, probablemente por presentar en ocasiones pensamientos irracionales con respecto al evento traumático. Por otra parte las técnicas de reestructuración cognitiva y modelo ABC, que permitieron modificar pensamientos y creencias irracionales, por pensamientos alternativos positivos.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)**Tabla 4***Resultados Pre y Post Inventario de ansiedad de Beck***RESULTADOS PRE Y POST INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**

	Puntuación	Tipo
PRE	27	Ansiedad Moderada
POST	20	Ansiedad muy baja

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: (00–21) Ansiedad muy baja, (22–35) Ansiedad moderada (más de 36) Ansiedad severa.

Conforme a la evaluación PRE, la prueba arrojó como resultado una puntuación de 27 evidenciando la presencia de una ansiedad moderada, lo cual la sintomatología y respuestas fisiológicas manifestadas son indicadores relacionales a situaciones que frecuenta la paciente que la exponen a revivir el hecho traumático y le impiden ser funcional en ámbitos familiar, laboral y social.

Con respecto a la evaluación POS, arrojó una puntuación de 20 la cual corresponde a una Ansiedad muy baja; esto quiere decir que la paciente ha disminuido los síntomas ansiosos, las situaciones que percibía como amenazantes puede controlarlas teniendo en cuenta las técnicas de relajación muscular y de exposición imaginada, que se utilizaron como herramienta en el plan de tratamiento.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Escala de habilidades sociales

Se aplicó a la paciente para identificar el área donde más presenta dificultad, y verificar si sus relaciones interpersonales se ven afectadas por sus creencias irracionales o por déficit en aserción o habilidades sociales, esto con el fin de relacionarlo con su discurso en la entrevista. La escala está conformada por seis factores; Autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Tabla 5*Resultados Pre Y Post Escala de Habilidades Sociales*

RESULTADOS PRE Y POST ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES		
FACTORES	PRE	POST
Factor I – Autoexpresión en situaciones sociales	37	63
Factor II – Defensa de los propios derechos como consumidor	63	76
Factor III – Expresión de enfado o disconformidad	24	63
Factor IV – Decir no y cortar interacciones	67	67
Factor V – Hacer peticiones con el sexo opuesto	42	63
Factor VI – Interacciones positivas con el sexo opuesto	67	91
Global	48	83

Antes de analizar los resultados PRE y POS de la prueba, se debe tener en cuenta que, puntuaciones por debajo del centil 50, se consideran como interferencia en el funcionamiento

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

óptimo de la persona; si las puntuaciones son superiores del centil 50 existe alto grado de aserción y de habilidades sociales.

De acuerdo con los resultados PRE, se logra evidenciar que tres factores presentan puntuación por debajo del centil 50 entre ellos: (Factor I) Autoexpresión en situaciones sociales con puntuación 37, la cual se evidencia dificultad de expresión de forma espontánea, para expresar las propias opiniones, sentimientos y hacer preguntas; presentando sintomatología relacionada con ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales; (Factor III) Expresión de enfado o disconformidad con puntuación 24; con respecto a este factor prefiere que las cosas se solucionen con el paso del tiempo para evitar conflictos o confrontaciones con otras personas; (Factor V) hacer peticiones con el sexo opuesto con puntuación 42; indica que la paciente presenta dificultad para expresar peticiones de lo que quiere o desea de otras personas.

Así mismo se obtuvo una puntuación global de 48, por debajo del centil 50 que corresponde a la media, indicando ciertas falencias en la capacidad de habilidades sociales y de aserción; para ello fue necesario continuar indagando en profundidad por medio de la entrevista, para corroborar si está relacionado con las creencias irracionales.

En cuanto a la aplicación POS se observó una tendencia a presentar puntuaciones superiores al centil 50 en todos los factores, incluyendo la puntuación global que fue de 83; podemos concluir que la terapia desde el enfoque cognitivo conductual, aporta a la paciente herramientas que pueden modificar pensamientos y creencias irracionales desde la terapia racional emotiva, y la reestructuración cognitiva.

Por otra parte es necesario resaltar con respecto al (Factor VI) Interacciones positivas con el sexo opuesto, donde la paciente durante la entrevista inicial manifestó tener dificultades en sus relaciones interpersonales principalmente con la figura masculina; se puede concluir que la

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

paciente posee habilidad adaptativa con el sexo opuesto, sin embargo los resultados de la prueba y discurso de la paciente en un primer momento se evidencia que no hay dificultades en habilidades sociales, si no que las dificultades de interacción personal obedecían a pensamientos irracionales acerca del género masculino, que se fueron modificando de una manera positiva en las sesiones que corresponden a un plan de tratamiento enfocado en la terapia cognitiva conductual.

Así mismo se obtuvo una puntuación global de 83, por encima del centil 50 que corresponde a la media, indicando capacidad de habilidades sociales, teniendo en cuenta la adherencia al tratamiento, y al compromiso por mejorar su calidad de vida.

Tabla 6

Resultados Pre y Post Inventario de Depresion Estado – Rasgo

RESULTADOS PRE Y POST INVENTARIO DE DEPRESION ESTADO – RASGO (IDER)

	PRE	POST
Depresion - Estado	30	20
Depresion - Rasgo	20	15

Con el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDER) se busca evaluar las dos formas de presentarse la depresión, tales como: Depresion Estado, (vista como la condición emocional transitoria) y la Depresión como rasgo (determinada como la propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). (Spielberger, et al., 2008).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Es importante tener en cuenta los intervalos de calificación del Inventario *IDER*, por tanto el grado de depresión Estado se considera baja si es menor o igual a 34, media si está entre 35 y 42 y alta si es mayor de 43 y en la escala Rasgo se considera bajo si es menor que 35, medio si se encuentra entre 36- 46 y alto si puntúa mayor o igual a 47.

A partir de lo anterior mediante los resultados del PRE, se consideran puntuaciones bajas, Estado (30) y Rasgo (20), ya que la puntuación es menor que 35 y por ello no existe la presencia de sintomatología depresiva en el momento, así como es ausente esta sintomatología en la personalidad de la paciente.

Por otra parte, en cuanto a la aplicación POS, las puntuaciones continúan bajas, en Estado (20), y Rasgo (15), lo cual podemos concluir que la paciente no presenta los criterios diagnósticos de un cuadro clínico.

Es necesario aclarar que al inicio del proceso terapéutico se aplicó el inventario de Depresión de Beck, con el fin de verificar el estado en que llega la paciente; así mismo se tienen en cuenta aspectos como la observación directa, discurso y la sintomatología manifiesta; el instrumento arroja como resultado una puntuación alta (33), y se concluye como primera impresión diagnóstica una depresión mayor; así mismo se remite a psiquiatría, donde es medicada con Fluoxetina de 20 mg y posterior a la remisión se procede a aplicar el Inventario de depresión Estado- Rasgo (*IDER*); la cual arroja como resultado puntuaciones bajas Estado (30) y Rasgo (20); por tal motivo se continua indagando en profundidad por medio de la entrevista, la observación directa, discurso de la paciente, y se identifica que la sintomatología no estaba asociada a un cuadro depresivo; estos síntomas estaban asociados a un trastorno de estrés postraumático debido al evento de abuso sexual.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue realizar una intervención desde las técnicas cognitivas conductuales a una paciente víctima de abuso sexual en la infancia con sintomatología relacionada a los criterios diagnósticos de un trastorno de estrés postraumático comórbido con depresión recurrente; esto se relaciona con lo mencionado por (Sarasua1, Zubizarreta1, Corral & Echeburúa, 2013) los efectos del ASI en la vida adulta pueden afectar al funcionamiento, físico, psicológico, social y generar alteraciones psicopatológicas.

Los efectos de la victimización a largo plazo son en general muy negativos para el funcionamiento psicológico de las víctimas, sobre todo cuando el agresor ha sido un miembro de la misma familia y cuando se ha producido un abuso sexual con penetración. Si bien estas consecuencias de largo alcance son variables de unos casos a otros, hay una estrecha relación entre el ASI y la aparición de alteraciones emocionales en la juventud y en la vida adulta. Así, las víctimas adultas de ASI pueden experimentar un trastorno de estrés postraumático crónico, una sintomatología ansioso-depresiva y un comportamiento sexual insatisfactorio, (Sarasua1, Zubizarreta, De Corral & Echeburúa, 2013)

A partir de la evaluación psicológica de los antecedentes y problemas se definen los objetivos terapéuticos y las técnicas; la terapia cognitivo conductual fue la herramienta principal, teniendo en cuenta las creencias irracionales y sintomatología identificadas durante la entrevista y observación directa.

Teniendo en cuenta los resultados del tratamiento, se concluye que fue significativo y exitoso; ya que se logró cumplir el objetivo propuesto; el cual consistía en disminuir la sintomatología problema relacionado con llanto fácil, sentimientos de desesperanza y minusvalía, aislamiento,

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

periodos prolongados sin realizar actividades placenteras, así mismo modificar pensamientos intrusivos entre ellos; *"Mi vida es un desastre"*; *"quiero ser mejor persona"*; *"todos los hombres son iguales y me hacen daño"*: permitiendo así que mejorara su estado de ánimo y su relación directa con el entorno; como también los sentimientos de culpabilidad, estrés, irritabilidad y miedo; para ello el proceso consistió en la integración de técnicas de entrenamiento en relajación muscular progresiva, revelación emocional mediante escritura, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva y técnica de exposición imaginada, apoyadas de entrevista abierta, autoregistros realizados en sesión y en casa, debate y cuestionamiento de creencias irracionales.

Teniendo en cuenta lo anterior La terapia cognitiva (TC) desarrollada por (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) citado por Baguena, (2001), se basa en el supuesto de que la interpretación del suceso, más que el propio suceso, es la que determina los estados emocionales y de ahí los pensamientos desadaptativos que conducen a las respuestas patológicas. La TC plantea como objetivo identificar las cogniciones desadaptativas y cambiarlas por unas más ajustadas a la realidad; por lo tanto la terapia cognitiva permite una mejor interpretación de aquellas situaciones que debe frecuentar la paciente, y que le puedan generar una mayor satisfacción de la vida.

El caso fue formulado en torno a terapia cognitivo conductual la cual cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación se basa en un tiempo limitado, trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido, tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento. (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

La problemática identificada hace referencia a pensamientos desadaptativos, relacionados principalmente con el evento traumático que fue el detonante de una conducta de aislamiento y de evitación, reforzando así sentimientos de minusvalía y una interacción negativa con su entorno, teniendo en cuenta lo anterior (Ellis, 1955) citado por Salgado, (2010) menciona que las personas crean sus propias ansiedades, culpabilidades, depresiones y enfados, por las ideas o creencias que defienden. Basado en esto el objetivo de la TREC es inducir al cliente a que las olvide, así como los pensamientos autodestructivos que a veces los acompañan, a potenciar al máximo su forma racional de pensar y de creer. (Salgado, 2010).

Por otra parte, las investigaciones mencionadas en el documento, permiten evidenciar la importancia de las técnicas cognitivos conductuales, al momento de intervenir la sintomatología; teniendo en cuenta lo anterior Ruiz, Díaz & Villalobos (2012) plantean que La Terapia Cognitivo Conductual aglutina un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida.

Otro aspecto de gran importancia y que se cataloga predisponer el TEPT es la dificultad en las relaciones interpersonales; ha sido un factor de gran relevancia en cuanto a la interacción y su relación con el entorno, entre lo que se destaca, tener un círculo social disminuido, una relación distante con su familia, no poder establecer una relación sentimental duradera, y no contar con una red de apoyo fortalecida. Los acontecimientos traumáticos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en una situación emocional desequilibrada que es

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales. Por ello, este tipo de hechos supone una quiebra en el sentimiento de seguridad de una persona y una alteración de toda su estructura familiar, social y personal. (Echeburúa, Del Corral & Amor, 2004).

Por otra parte se tiene en cuenta aquellos factores que influyeron en el desarrollo de la intervención terapéutica, donde la paciente por motivos laborales, y de salud se ausentó en algunas sesiones; son situaciones que dificultan el proceso ya que debe laborar para subsistir y cubrir sus necesidades básicas, así mismo cuidar su salud, y velar por su bienestar físico y mental; es preciso resaltar que son situaciones que tanto el terapeuta como el paciente no tienen control sobre ello; esto conlleva a disminuir el tiempo con respecto al compromiso inicialmente adquirido con el proceso terapéutico.

Este tratamiento tuvo una duración de 2 meses 9 días, donde se realiza un proceso enfocado en mejorar la calidad de vida de la paciente; al finalizar el plan de tratamiento se realiza un análisis de las pruebas aplicadas en el PRE Y POS donde se evidencia disminución de sintomatología, y un resultado satisfactorio con respecto a las relaciones interpersonales especialmente con el sexo opuesto con el que presentaba mayor dificultad por las creencias irracionales y el concepto que tenía de los hombres; así mismo se puede confirmar que el tratamiento psicológico con ayuda del tratamiento farmacológico, disminuyó la sintomatología depresiva .

La importancia del tratamiento farmacológico, es prevenir o disminuir sintomatología como la que presentaba B.P.P, una depresión recurrente identificada al momento de llegar a consulta por primera vez, lo cual se realizó la remisión a psiquiatría donde es medicada con Fluoxetina de 20mg una vez al día, que permitió que la sintomatología disminuyera y se continuara con la evaluación y poder concluir un diagnóstico responsable.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Según lo anterior se concluye que la terapia cognitivo conductual, realiza un abordaje amplio con respecto al tratamiento de personas con Trastorno de Estrés postraumático, presentando efectividad en la reducción de síntomas y modificación de pensamientos y creencias irracionales en la paciente; por su parte Puerta & Padilla (2011), mencionan que La Terapia Cognitiva-Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas.

Conclusiones

El plan de tratamiento se diseñó teniendo en cuenta, la sintomatología, los problemas y antecedentes encontrados en el discurso de la paciente durante la entrevista realizada, teniendo en cuenta el motivo de consulta, la observación y el análisis comportamental que se realizó durante las sesiones y que permitió identificar factores que apoyaron el proceso terapéutico para ser trabajados en consulta.

Los objetivos terapéuticos se cumplieron a cabalidad, ya que hubo adherencia al tratamiento, cumplimiento, compromiso y motivación por parte de la paciente, quien se caracterizó por la preocupación de su situación, por asistir en el horario establecido a cada una de las sesiones, y por la empatía que se evidenció con el terapeuta.

El plan de tratamiento y los objetivos se enfocaron en el modelo cognitivo conductual, desde la terapia racional emotiva de Albert Ellis, Técnica cognitiva de Beck y la Reestructuración cognitiva; técnicas que fueron fundamentales para modificar las creencias irracionales que impedían la funcionalidad de la paciente de forma positiva en su entorno.

Se debe informar a la paciente con respecto a las recaídas, aclarando que es importante tener en cuenta que en algún momento van a ocurrir, sobre todo si no toma su medicamento (Fluoxetina) como lo indica el psiquiatra o si existe un cumplimiento intermitente, además reconocer las situaciones de alto riesgo, las dificultades para afrontar los momentos de soledad y evitar auto culparse; para ello es necesario no ver las recaídas como un problema, retomar los debates, cuestionamiento de pensamientos y la relajación. En caso de no poder manejar la situación acudir nuevamente a un profesional en el área de psicología.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Finalmente los resultados del proceso terapéutico fueron satisfactorios respecto a la modificación de pensamientos y relaciones interpersonales; teniendo en cuenta los resultados positivos que arrojaron el post test que se aplicó al finalizar el tratamiento; por otra parte se evidencia una paciente con un estado emocional favorable, disminución de sintomatología ansiosa y depresiva; y la utilización de los recursos cognitivos conductuales que fueron enseñados en las sesiones.

Recomendaciones

Es necesario que la paciente ponga en práctica lo realizado en cada una de las sesiones, en caso de recidiva debatir, cuestionar pensamientos y continuar con la relajación muscular progresiva; esta técnica es necesario utilizarla en situaciones que generen estrés o ansiedad; así mismo se recomienda a la paciente no abandonar el tratamiento farmacológico, ya que el único que lo puede suspender es el psiquiatra quien es, el que inicia y decide en qué momento terminarlo, por otra parte asistir a las consultas que son programadas por el profesional.

Teniendo en cuenta que han mejorado sus relaciones interpersonales, es importante fortalecer sus redes de apoyo y como creyente en Dios, continuar asistiendo a la eucaristía y ser constante con la oración, ya que ha sido uno de los recursos que favoreció el proceso terapéutico debido a la devoción que se evidencio y manifestó desde un principio y durante el proceso.

Realizar seguimiento al mes de haber finalizado el proceso terapéutico; con respecto a la evolución, sintomatología, aspectos relacionados con el motivo de consulta y encontrados durante la entrevista, cotidianidad del paciente, hábitos de vida saludables, prevención de recaídas, factores de riesgo. En caso de presentarse recaída, o verse expuesta su vida, la de los demás y no poder controlar la situación, acudir a un profesional en psicología.

Referencias

- Agudelo, D. (2009). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 71-84.
- American Psychiatric Association APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5* (5ª ed) Bogotá: Panamericana.
- Bados, A. (2015). Trastorno por Estrés Postraumático. Facultad de Psicología Departamento de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.
- Baguena, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2006). Inventario de depresión de Beck – II. Argentina: Paidós.
- Bernstein. & Borkovec. (1973). Relajación y sensibilidad a la ansiedad. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 9(2), 123-138.
- Botero, C. (2004). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*, 4(2), 205-219.
- Díaz, N., Soto, H., & Ortega, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Revista Electrónica de estudiantes Escuela de psicología*, 11(1): 19-38.
- Echeburúa, E., Del Corral, P., & Amor, P. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15(3), 273-292.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva volumen 2*. New York: Desclée de Brouwer.
- Escudero, S., Martin-Javato., L. & Gonzalez, H. (2017). Intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* 5(1), 43-64.
- Equipo de redacción de IQB. (2009). Fluoxetina. Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica –ANMAT. Recuperado de: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/f036.htm>.
- Gabalda, I. (2009). *Manual Teórico – Práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A. 2ª Edición.
- Gaviria, A., Osorio, E., Valderrama, J., Bautista, N., Cuello, C. & Urquijo, R. (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá. Ministerio de salud.
- Gismero, E. (2010). *EHS Escala de Habilidades Sociales*. España. TEA Editorial S.A. 3 Edición.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

- Guerra, C., & Plaza H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1), 103-129.
- Guzmán, M., Padros, F., Laca, F., & García, T. (2015). Intervenciones psicológicas, basadas en la evidencia para el trastorno de estrés postraumático. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 18(3), 1177 –1192.
- Lemos, M., Jaller, C., González A., Díaz, Z., & De la Ossa, D. (2011). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*. 11(2), 395-404.
- Mas, B., Gómez, E., Cabañero, M., & Valiente, R. (2003). Relajación y sensibilidad a la ansiedad. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 9(2), 123-138.
- Minici, A., Rivadeneira., & C. Dahab, J. (2001) ¿Que es la Terapia Cognitivo Conductual? *.Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual/>.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2013) Como es un tratamiento cognitivo conductual. Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento. Recuperado de: <https://www.cognitivoconductual.org/terapeutas/como-es-un-tratamiento-de-tcc/>
- Ministerio de salud. (2018). Política Nacional de Salud Mental. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Politica-Nacional-de-Salud-Mental.aspx>
- Millán, M. (1998). Intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* 5(1), 43-64.
- National Institute of Mental Health. (2016). Trastorno por estrés postraumático. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/index.shtml>.
- Organización mundial de la salud. (2018). Trastornos mentales. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización mundial de la salud. (2018). Salud Mental en el Post Conflicto. Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://www.urosario.edu.co/Eventos-UR/DR2/Munur/es/Documentos/Organizacion-Mundial-de-la-Salud-OMS.pdf>
- Peñalver, C. (2011). *Evaluación del inventario BAI*. Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos.
- Peñalver, C. (2011). *Evaluación del inventario BDI-II*. Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid-España.
- Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito (2009). Intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* 5(1) 43-64.
- Pino, A., Cortez, L., & Salcedo, M. (2018) Caracterización de los casos de violencia sexual atendidos en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle Del Cauca, Colombia. *Revista Médica Risaralda*; 24(1), 10-13.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

- Puerta, J., & Padilla, N. (2011) Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la Depresion: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 8(2), 251-257.
- Restrepo, V., Alcántara, L., & Castañeda, M. et al (2016). *Abuso sexual infantil: protocolos de protección integral en Colombia*.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual Técnica de Intervencion Cognitivas Conductuales*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer S.A.
- Salgado, V. (2010). Creencias y conductas irracionales presentes en familiares y víctimas de secuestro y extorsión. *Revista Crim*. 52(2), 33-54.
- Sarasual, B., Zubizarreta, I., De Corral, P & Echeburúa, E. (2013) Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*. 29(1), 29-37
- Spielberger, et al, (2008). *Inventario de depresión estado – rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
Técnica de relajación muscular progresiva Jakobson, Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=STB1hXQL-5a&t=6s>
- Torres, Y. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín. L Vieco e Hijas Ltda. Medellín Colombia.
- Vega, J., Coronado, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista Neuropsiquiatría* 77(2), 1-9.
- Walker, Bonner., & Kaufman. (1988). Intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* 5(1), 43-64.
- Zayfert, C., & Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. Editorial el Manual moderno.

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 03
---	---

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.


Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha _____


Firma del Usuario:	C.C. No. _____
Nombre del Usuario:	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No. _____
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. _____
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	No. T.P. _____

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.


Apéndice B. Historia Clínica

		HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FC-081 Versión: 03					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO							
Nombres y Apellidos			Edad	Género		Documento de Identidad	
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad		Profesión / Ocupación					
Remitido por		Entidad (EPS)					
2. DATOS DEL ACUDIENTE							
Nombre y Apellidos			Parentesco		Edad	Estado Civil	
Dirección Residencia			No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular	
-							
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO							
3.1 Motivo de Consulta							


Folio No.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>INSTITUTO VENEZOLANO de Psicología</small></p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FC-081 Versión: 03</p>
3.2 Historial de la situación	
3.3 Intentos previos para solucionarlo	
3.4 Percepción de la situación desde el consultante	

Folio No.


 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS</small></p>	HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-051 Versión: 03		
7. AREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA			
8. AREA LABORAL / OCUPACIONAL			
Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral
Observaciones generales de la historia laboral			

Folio No.

 <p style="font-size: small;">Universidad Pontificia Bolivariana INSTITUTO NEUROLOGICO Calle 100 No. 100-100</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FC-081 Versión: 03</p>
---	---

9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES						
10. CONDUCTAS DE RIESGO						
Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática	
Actividad Sexual						
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática	
Uso de Drogas						
Otras Situaciones de riesgo						
11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)						

Folio No.	
-----------	--

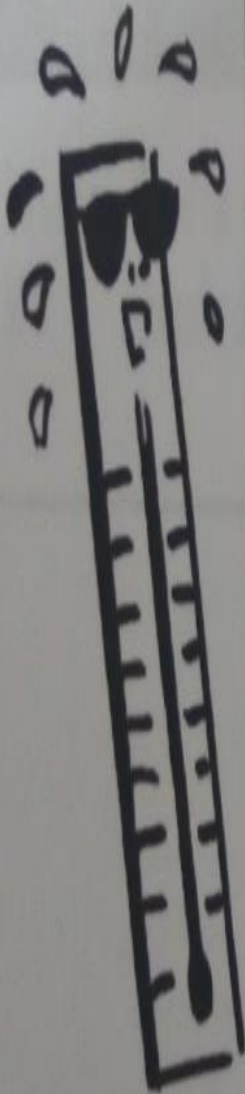
 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>INSTITUTO VENEZOLANO DE PSICOLOGIA</small></p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
12. IMPRESION DIAGNOSTICA (DSM V)	

Folio No.

Apéndice C. Autoregistros

Fecha	situación	Pensamiento	Emocional y conducta

Termómetro del Ánimo 20-sept



Fecha	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante Mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
El Peor	1	1	1	1	1	1	1

Activar Windows
Ver Continuar

Apéndice D. Inventario de Depresión de Beck (BDI)**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

 EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
 - 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 - 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
-

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Apéndice E. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apéndice F. Escala de Habilidades Sociales

EHS

Curso: _____ Fecha: **7-10-18**

SUME LAS PUNTAJES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTAJES DE CADA ESCALA.
 LUEGO DE SUMAR LAS PUNTAJES DE TODAS LAS ESCALAS PARA OBTENER LA PUNTAJES GLOBAL.

PERFIL

Centil	I	II	III	IV	V	VI	Glo	Centil
99	o	o	o	o	o	o	o	99
95	o	o	o	o	o	o	o	95
90	o	o	o	o	o	o	o	90
85	o	o	o	o	o	o	o	85
80	o	o	o	o	o	o	o	80
75	o	o	o	o	o	o	o	75
70	o	o	o	o	o	o	o	70
65	o	o	o	o	o	o	o	65
60	o	o	o	o	o	o	o	60
55	o	o	o	o	o	o	o	55
50	o	o	o	o	o	o	o	50
45	o	o	o	o	o	o	o	45
40	o	o	o	o	o	o	o	40
35	o	o	o	o	o	o	o	35
30	o	o	o	o	o	o	o	30
25	o	o	o	o	o	o	o	25
20	o	o	o	o	o	o	o	20
15	o	o	o	o	o	o	o	15
10	o	o	o	o	o	o	o	10
5	o	o	o	o	o	o	o	5
1	o	o	o	o	o	o	o	1

I II III IV V VI Glo

Centil 27 63 21 22 42 67 48

Consulte los baremos del Manual para interpretar las puntuaciones (PD) de la derecha y anote aquí arriba las puntuaciones centiles que ha obtenido, finalmente, dibuje el perfil en centiles para disponer de una visión general de las habilidades sociales del sujeto.

	I	II	III	IV	V	VI	
1	4 3 2 1						1
2	4 3 2 1						2
3		1 2 3 4					3
4		4 3 2 1					4
5			4 3 2 1				5
6				4 3 2 1			6
7				1 2 3 4			7
8					4 3 2 1		8
9					4 3 2 1		9
10	4 3 2 1						10
11	4 3 2 1						11
12		4 3 2 1					12
13			4 3 2 1				13
14				4 3 2 1			14
15				4 3 2 1			15
16					1 2 3 4		16
17						4 3 2 1	17
18						1 2 3 4	18
19	4 3 2 1						19
20	4 3 2 1						20
21		4 3 2 1					21
22			4 3 2 1				22
23				4 3 2 1			23
24				4 3 2 1			24
25					1 2 3 4		25
26					4 3 2 1		26
27						4 3 2 1	27
28	4 3 2 1						28
29	4 3 2 1						29
30		4 3 2 1					30
31			4 3 2 1				31
32				4 3 2 1			32
33					4 3 2 1		33

PD 20 17 7 17 13 11

PD Global 40

Apéndice G. Inventario de Depresión Estado – Rasgo (IDER)

IDER Nombre: _____ Fecha: _____
Edición: 2008 Autores: D. Spielberger, J. García-López, J. Martínez

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4

Autores: Dr. D. Spielberger.
 Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **BOULEVARD** - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

1. En cada apartado (ESTADO y RASGO) sume los valores de las escalas Eutimia (EUT) y Distimia (DIS) y anote el total en la casilla correspondiente situada encima de las respuestas.
2. Sume las puntuaciones de las dos escalas (PD EUT + PD DIS) y anote el resultado en la casilla PD Total.
3. Consulte los baremos para hacer la transformación a percentiles de cada escala y el total (casillas Pc sombreadas).

VARONES

ESTADO					
PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input type="text"/>	DIS	1	2	3	4
	DIS	1	2	3	4
Pc DIS	EUT	4	3	2	1
<input type="text"/>	DIS	1	2	3	4
	DIS	1	2	3	4
Pc Total	EUT	4	3	2	1
<input type="text"/>	DIS	1	2	3	4
	EUT	4	3	2	1
	EUT	4	3	2	1

MUJERES

ESTADO					
PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS	
<input type="text" value="21"/>		<input type="text" value="11"/>		<input type="text" value="10"/>	
Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input type="text" value="20"/>	DIS	1	2	3	4
	DIS	1	2	3	4
Pc DIS	EUT	4	3	2	1
<input type="text" value="15"/>	DIS	1	2	3	4
	DIS	1	2	3	4
Pc Total	EUT	4	3	2	1
<input type="text" value="30"/>	DIS	1	2	3	4
	EUT	4	3	2	1
	EUT	4	3	2	1

VARONES RASGO

RASGO					
PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input type="text"/>	DIS	1	2	3	4
	EUT	4	3	2	1
	EUT	4	3	2	1
Pc DIS	EUT	4	3	2	1
<input type="text"/>	DIS	1	2	3	4
	DIS	1	2	3	4
Pc Total	DIS	1	2	3	4
<input type="text"/>	DIS	1	2	3	4
	DIS	1	2	3	4
	EUT	4	3	2	1

MUJERES RASGO

RASGO					
PD Total	←	PD EUT	+	PD DIS	
<input type="text" value="20"/>		<input type="text" value="10"/>		<input type="text" value="10"/>	
Pc EUT	EUT	4	3	2	1
<input type="text" value="15"/>	DIS	1	2	3	4
	EUT	4	3	2	1
	EUT	4	3	2	1
Pc DIS	EUT	4	3	2	1
<input type="text" value="40"/>	DIS	1	2	3	4
	DIS	1	2	3	4
Pc Total	DIS	1	2	3	4
<input type="text" value="20"/>	DIS	1	2	3	4
	DIS	1	2	3	4
	EUT	4	3	2	1



Apéndice H. Remisión

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p>CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA PIEDRECUESTA</p>
	<p>FORMATO DE REMISIÓN</p>

NOMBRE	
FECHA	
EDAD	



REMITIDO A:
ANTECEDENTES:
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

PSICOLOGA
T.P No.

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

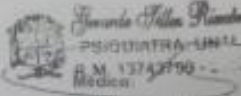
Apéndice I. Formula Medica

Paciente:
 Servicio: Consulta Externa Tipo Usuario: Subsidiado
 Edad: 28 Años - Sexo Femenino - Comparta Eps S "Regimen Subsidiado"
 Dirección: Carrera 15 # 4-17 B. Tejadillos Teléfono: 3172354358
 Formula Nro. 623866 Fecha: 22/10/2018 07:23:05a.m
 Nro Historia: Cédula 1193510558
 Id. Paciente 133169
 Paciente con Diagnóstico :
 1 - TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO (F43.1) 2 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS (F33.2)
 Quien requiere:

MEDICAMENTOS	CANTIDAD	Vigencia de la Prescripción
1 FLUDXETINA 20 MG. CAPSULA Y/O TABLETA Dosis/Frecuencia: 1 CAP Cada MAÑANA 7 AM Duración tratamiento: 2 MESES Via: Oral Resp: GERARDO TELLEZ RINCÓN	60 Sesenta	60 Dias

Indicaciones del Prescriptor:

Dr. Gerardo Tellez Rincon N.º 23



TELLEZ RINCON GERARDO

Firma:

Registro: 5352

E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CARLO
 Calle 45 No. 7 - 04 Barrio Campo Herrero Teléfono 097 85223112
 Bucaramanga - Santander - Colombia - Sur Andina

Emisor: Dr. GERARDO TELLEZ RINCON 22/10/2018 07:23:05a.m 1 de 1

Apéndice J. Modelo ABC

Fecha	Acontecimiento Activador A	Creencia Irracional B	Consecuencia Emocional y/o conductual C

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

Apéndice K. Registro de Identificación de pensamientos automáticos.

	a. Idea central o nuclear	b. Creencia intermedia	c. Creencia intermedia Suposición		Reglad. Creencia intermedia	e. pensamiento automático
			+	,		
1. Estoy indefenso en la vida	x					
2. Soy una fracasada	x					
3. Es horrible que los demás no me quieran		x				
4. Si me esfuerzo no fallaré			x			
5. Tengo que ser el mejor					x	
6. Si no estoy atenta me engañarán				x		
7. El mundo es un asco	x					
8. ¡Esta casa es un caos!						x
9. Soy vulnerable	x					
10. Mis amigos no me quieren						•
11. La vida no merece la pena	x					
12. Si me mira así es que está enfadada					x	
13. Si me enfado los demás me respetarán			x			
14. Estoy solo en la vida	x					
15. Debo evitar tener relaciones sexuales con mi pareja						x

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Técnicas de Intervención Clínica

Prof. Nancy V. Lemos-Ramírez, PhD.

Registro del pensamiento disfuncional

Tomado de: Bernal, G. & Martínez-Taboas, A. (2008). *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.

Instrucciones: cuando se dé cuenta de que su estado de ánimo empeora, pregúntese "¿qué es lo que estoy pensando en este momento?" y tan pronto como sea posible, escriba el pensamiento en la columna de pensamientos automáticos.

Fecha	Situación	Pensamientos automáticos	Emoción(es)	Distorsión	Respuesta alternativa	Resultado
	Describe 1. Hecho actual que conduce a emoción displacentera	1. Escriba pensamientos que anteceden emociones	Describe: 1. Especifique triste, ansioso, enojado, etc.	1. Pensamiento toda-nada	1. Escriba respuesta pensamientos automáticos	1. Reevaluar creencia en pensamientos automático 0% al 100%
	2. Grupo de pensamientos, fantasías o recuerdo, que conducen a	2. Puntúe la creencia en pensamientos automáticos 0% al 100%	2. Puntúe grado de emoción 0% al 100%	2. Sobregeneralización	2. Puntúe creencia en respuesta alternativa 0% al 100%	3. Especifique y puntúe emociones subsiguientes 0 al 100%

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	EMOCIONES	DISTORSIÓN	RESPUESTA ALTERNATIVA	RESULTADO

Anexo L. Registro – Debate de pensamientos – Reestructuración cognitiva.

Nombre:

Fecha:

<p>Pensamiento</p> <p>¿Por qué es importante para mí? ¿Qué significa para mí?</p> <p>Grado de creencia (0-100) antes del debate: % Grado de creencia (0-100) después del debate: %</p>

PROCESO DE DEBATE
<p>Distorsiones cognitivas:</p> <p>Ideas irracionales:</p>
VALIDEZ DE ESTE PENSAMIENTO
Hechos a favor de este pensamiento

Hechos en contra de este pensamiento
UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE MANTENER UN PENSAMIENTO
Ventajas de pensar así
Inconvenientes de pensar así
UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE CAMBIAR ESTE PENSAMIENTO
Ventajas
Inconvenientes
PENSAMIENTO ALTERNATIVO Y GRADO DE CREENCIA (0-100)
Este pensamiento me lo creo en un %
COMO ME SIENTO AHORA
QUE PUEDO HACER ENTONCES?

Apéndice M. Afianzamiento de pensamientos y creencias alternativas (TRE).**FORMULARIO DE AUTO – AYUDA RET**

(A) ACONTECIMIENTOS ACTIVADORES, pensamientos o sentimientos que ocurren justo antes de que me sienta perturbado emocionalmente o actúe contraproducentemente _____

(C) CONSECUENCIA O ESTADO – sentimiento perturbador o conducta contraproducente que me produce y me gustaría cambiar

(B)CREENCIAS – CREENCIAS irracionales (CI) que me conducen a la CONSECUENCIA (perturbación emocional o conducta contraproducente). Rodee con un circulo todo aquello que infiera de aquel ACONTECIMIENTO ACTIVADOR (A)	(D) DISCUSIONES para cada CREENCIA IRRACIONAL rodeada. Ejemplo: Porque TENGO QUE hacerlo bien?, Donde está escrito que soy una MALA PERSONA? , Donde está la prueba de que TENGO QUE ser aprobado o aceptado?.	(E) CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS (CR) para reemplazar mis CREENCIAS IRRACIONALES (CI) Ejemplos: PREFERIRIA hacerlo muy bien, pero no TENGO que hacerlo, soy una PERSONA QUE actúa mal, no una MALA PERSONA , no hay pruebas de que TENGA QUE ser aprobado, aunque ME GUSTARÍA serlo.
1. TENGO QUE hacerlo bien o muy bien. 2. Soy una PERSONA MALA O DESPRECIABLE		

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

<p>cuando actúo débil o estúpidamente.</p> <p>3. TENGO QUE ser aprobado y aceptado por la gente que considero importante.</p> <p>4. Soy una persona MALA E INDIGNA DE SER AMADA si me rechazan.</p> <p>5. La gente TIENE QUE tratarme justamente y darme lo que NECESITE.</p> <p>6. La gente que actúa inmoralmente es GENTE CORROMPIDA e indigna.</p> <p>7. La gente TIENE QUE cumplir mis expectativas o si no es terrible.</p> <p>8. Mi vida TIENE QUE tener pocos problemas o dificultades importantes.</p> <p>9. Realmente NO PUEDO SOPORTAR las cosas difíciles o la gente muy mala.</p> <p>10. Es HORROROSO U</p>		
--	--	--

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

<p>HORRIBLE cuando las cosas importantes no salen como yo quiero.</p> <p>11. NO PUEDO SOPORTARLO cuando la vida es realmente injusta.</p> <p>12. NECESITO ser querido por la gente que me importa un poco.</p>		
--	--	--

EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA

(F) Sentimiento y conductas, que he experimentado después de llegar a mis CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS

TRABAJARE DURAMENTE PARA REPETIRME A MI MISMO EFICAZAMENTE MIS CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS EN MUCHAS OCASIONES PARA QUE ASI PUEDA MOLESTARME A MI MISMO MENOS QUE AHORA Y ACTUE MENOS AUTO – DESTRUCTIVAMENTE EN EL FUTURO.