

**SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
DE UN CASO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL**



**MONOGRAFIA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLÍNICA**

LILIANA ESTHER ORTIZ SUAREZ

COD. 234853

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

BUCARAMANGA

2015

**SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
DE UN CASO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL**

En la modalidad de monografía como requisito para optar el título de Especialista en
Psicología Clínica

LILIANA ESTHER ORTIZ SUAREZ

COD. 234853

ASESORA

MAGDA YANETH ACEVEDO RODRIGUEZ

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**



BUCARAMANGA

2015

Tabla de Contenido

ÍNDICE DE TABLAS	4
TABLA DE FIGURAS.....	5
TABLA DE ANEXOS	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.
INTRODUCCIÓN	9
REFERENTE CONCEPTUAL	12
1. ENFOQUE COGNITIVO - CONDUCTUAL	16
2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	18
3.ESTADO DEL ARTE	23
4.CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA.....	29
5.FORMULACIÓN DEL CASO	33
AUTO REGISTROS	41
RESULTADOS	46
DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

PAG.

TABLA 1 CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS..... 43

TABLA DE FIGURAS

	PAG.
FIGURA 2 EVOLUCIÓN DE LA SESIÓN I Y II.	48
FIGURA 3 EVOLUCIÓN DE LA SESIÓN III, IV Y V.	48
FIGURA 4 EVOLUCIÓN DE LA SESIÓN VI Y VII	49
FIGURA 5 EVOLUCIÓN DE LA SESIÓN VIII, IX Y X	49
FIGURA 6 EVOLUCIÓN DE LA SESIÓN XI, XII Y XIII.	50
FIGURA 7 EVOLUCIÓN DE LA SESIÓN XIV, XV Y XVI	50
FIGURA 8 EVOLUCIÓN SESIÓN XVII Y XVIII.	51

TABLA DE ANEXOS

	PAG
ANEXO A HISTORIA CLÍNICA	63
ANEXO B CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	67
ANEXO C MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL	68
ANEXO D TEST HTP PRUEBA DE PERSONALIDAD.....	72
ANEXO E HOJA DE REGISTRO DE PENSAMIENTO	80

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: SISTEMATIZACION DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA DE UN CASO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

AUTORA: LILIANA ESTHER ORTÍZ SUÁREZ

FACULTAD: FACULTAD DE PSICOLOGIA

ASESOR: MAGDA YANETH ACEVEDO RODRIGUEZ

RESUMEN

El objetivo principal de las prácticas de la Especialización en Psicología Clínica es desarrollar conocimientos teóricos y prácticos a partir del estudio y tratamiento de diversos comportamientos que generan malestar en los pacientes; en el caso de esta práctica se analizará el trastorno por estrés postraumático, ocasionado por el acontecimiento estresante de abuso sexual acaecido en su infancia. En el presente trabajo se sistematiza el proceso de valoración e intervención de la paciente, teniendo como base el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM –IV- TR, la historia clínica y demás elementos a considerar desde el ámbito clínico. Para el estudio de caso, se escogió a una paciente de 37 años de edad, que solicita la consulta por iniciativa propia; en la evaluación realizada mediante entrevista semiestructurada y Entrevista Neuropsiquiátrica M.I.N.I., se evidenciaron síntomas relacionados con el estrés postraumático debido a una situación de abuso sexual en la infancia. Luego de analizar la problemática planteada, se desarrolló un plan de intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual, fundamentado en la reestructuración cognitiva.

Los resultados del proceso de evaluación evidencian el cumplimiento de los criterios diagnósticos, propios del Trastorno por Estrés Post-Traumático crónico de inicio tardío y comorbilidad con riesgo de suicidio actual moderado, con la puesta en marcha de las técnicas cognitivo – conductuales, se creó un ambiente que generó confianza y compromiso en la paciente, evidenciando mejoras en el estado de ánimo disfórico (ideaciones de suicidio), sentimientos de culpa (situación de abuso sexual en la infancia), asumiendo mayor responsabilidad y respeto frente a su propia vida, aunado a la presentación de adecuadas conductas de cuidado físico y construcción de su proyecto de vida.

Palabras clave: Estudio caso, trastorno por estrés postraumático, terapia cognitivo - conductual.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: SYSTEMATIZING PSYCHOLOGICAL INTERVENTION OF A CASE OF POST TRAUMATIC STRESS FROM COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH

AUTHOR: ESTHER LILIANA SUAREZ ORTÍZ

FACULTY: PSYCHOLOGY

DIRECTOR: MAGDA YANETH ACEVEDO RODRIGUEZ

ABSTRACT

The main objective of the practices of the Specialization in Clinical Psychology is to develop knowledge and skills through the study and treatment of various behaviors that create discomfort in patients; if this practice posttraumatic stress disorder, caused by the stressful event occurred sexual abuse in childhood In this paper the process of assessment and intervention of the patient is systematized be analyzed, based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM -IV- TR, clinical history and other elements to consider from the clinical setting. For the case study, a patient of 37 years old, seeking its own initiative inquiry was chosen; on the assessment made by semistructured interview and MINI Neuropsychiatric Interview, related posttraumatic stress due to a situation of sexual abuse in childhood symptoms were evident. After analyzing the issues raised, an intervention plan developed from Cognitive Behavioral Model, based on cognitive restructuring.

The results of the evaluation process will demonstrate the fulfillment of diagnostic, own criteria Stress Disorder Post-Traumatic chronic late onset and comorbid moderate risk of actual suicide, with the implementation of cognitive - behavioral, created a environment created trust and commitment in patients, demonstrating improvements in dysphoric mood (ideations of suicide), guilt (situation of sexual abuse in childhood), assuming greater responsibility and respect in front of his own life, coupled with submission of appropriate physical care behaviors and construction of their life project.

Keywords: Case study, PTSD, cognitive - behavioral therapy

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los resultados de las investigaciones clínicas para el área de la psicología, apuntan al éxito de las terapias cognitivo –conductuales. Cada vez la integración de la tecnología cognitiva conductual a enfermedades y padecimientos de los individuos, ofrecen mejores grados de eficacia y eficiencia para los problemas de salud mental. Ese conjunto de técnicas psicológicas son útiles para algunos trastornos y malestares como ansiedad, depresión, ataques de pánico, fobia, bulimia, esquizofrenia ente otras; es este un avance social que proporciona un profundo conocimiento sobre la mente humana, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de vida del ser humano y la sociedad creando la unión de la máquina y la mente humana para que trabajen juntas, por intermedio de la nanotecnología a través de nanochips y nanosensores, además también permite la formación de inteligencia artificial con robots semihumanos.

Tal y como lo expresa Sparrow (2007). *“las investigaciones compiladas, los procedimientos y técnicas cognitivos y conductuales son las intervenciones de elección específica más útiles y efectivas para la mayor parte de salud mental para niños y adultos”*. (p.5)

La terapia cognitiva, es sin lugar a dudas una de las corrientes que más se ha desarrollado en los últimos años tanto nivel teórico e investigativo como aplicado. Los descubrimientos en lo que se conoce como ciencias cognitivas en general y procesamiento de información de los humanos en particular, ha permitido el modelo de intervención y evaluación cada vez más fructíferos y eficientes.

Para Beck (1999) psiquiatra mundialmente conocido por haber desarrollado la terapia cognitiva, inicialmente para la depresión y aplicada posteriormente a otros problemas psicológicos, propone al paciente ser su propio terapeuta, pone énfasis en la prevención y recaída. Este aspecto es fundamental ya que obliga a ir a más allá de los problemas concretos del paciente identificando e interviniendo sobre aquellas estructuras cognitivas profundas que determinan la vulnerabilidad y dan base para prevenir alteraciones futuras, en otras palabras el paciente aprende a conocer cómo se desarrollan sus esquemas mentales negativos, que los dispara, que los mantiene, como se perpetúan y de qué manera deben controlarse.

Aplicar este modelo de intervención de Terapia Cognitiva Conductual a los usuarios del Centro de Proyección Social del municipio de Piedecuesta, es una de las tareas que viene desarrollando desde el 2006 la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Desde su creación, el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, ha contado con la presencia del servicio de consulta psicológica, liderando varios proyectos, en su deseo científico de aportar y retribuir con programas sociales a los habitantes de la localidad para que mejoren la calidad de vida de sus usuarios y a su vez permitir dar soluciones a la problemática socioeconómica del municipio, asistir a pacientes de escasos recursos, que por razones socioeconómicas se ven afectados por conflictos sociales de problemas de violencia, violencia intrafamiliar y demás situaciones de salud física y mental.

Según estudios realizados por estudiantes de práctica de la facultad de Psicología, en los dos últimos años, dan cuenta que entre los problemas de mayor relevancia atendidos a la población de usuarios de Centro de proyección Social son de tipo escolar, paternos-filiales, pautas de crianza, rasgos y trastornos del comportamiento perturbador, problemas conyugales, trastornos de ansiedad y personalidad. Con incidencia de un 73% en su mayoría en menores de edad y adolescentes, pero últimamente se ha visto el incremento de consulta de personas adultas que por iniciativa propia buscan ayuda y orientación psicológica (Orejarena, 2013).

Para el caso específico de la práctica de especialización de Psicología Clínica la cual tuvo una intensidad de 100 horas, iniciando el 01 de noviembre de 2012 hasta el 28 de agosto de 2013 bajo la supervisión de la Profesional en psicología Dra. Carolina Carvajal de la Universidad Pontificia Bolivariana, se referenciaron intervenciones a jóvenes adolescentes y niños con problemas: paterno-filiales, bajo rendimiento académico, dependencia de sustancias psicoactivas, pérdida de año escolar y pautas de crianza inadecuadas, todos estos pacientes intervenidos desde el enfoque cognitivo conductual y descritos en el capítulo de Contextualización de la práctica.

Con esta motivación se decide adelantar la investigación y estudiar el caso de una usuaria, del Centro de Proyección Social CPS, de 37 años de edad, que solicito consulta por iniciativa propia, en la cual durante la primera entrevista se evidenciaron síntomas relacionados con el estrés postraumático debido a una situación de abuso sexual en la

infancia; se escoge hacer esta intervención por contener este caso elementos de mayor complejidad que permitirían aplicar procedimientos y técnicas cognitivas - conductuales.

Finalmente en este documento, se esboza cada uno de los componentes desarrollados a lo largo de la investigación, desde la elaboración del marco conceptual hasta la contextualización de la práctica, formulación del caso, resultados, conclusiones y recomendaciones finales, incluyendo además los soportes complementarios que permiten la mejor comprensión de todo el contenido como tablas, gráficos, anexos, bibliografía.

REFERENTE CONCEPTUAL

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS (2006) el maltrato " abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder." ¹

Este organismo mundial, también define la violencia sexual como "conductas sexuales, coercitivas o no, impuestas a una persona menor de edad, por una persona mayor, que puede ser físicamente superior, con más experiencia y recursos, que utiliza incorrectamente su poder o autoridad".

Esta violencia sexual hace referencia al abuso sexual que pueden llevarse a cabo sin necesidad de tener contacto físico con la víctima o bien teniendo ese tipo de contacto.

Siempre el abusador busca tener gratificación sexual.

Según la definición aportada por National Center of Child Abuse and Neglect (1978), el abuso sexual son los "...Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro."

El abuso sexual infantil es una realidad en todos los países y grupos sociales. La violencia sexual contra los niños es una grave violación de sus derechos. Toma la forma de abuso sexual, acoso, violación o explotación sexual en la prostitución o la pornografía. y puede ocurrir en cualquier escenario, en muchas ocasiones, se vale de la confianza que el niño deposita en el adulto, por la cercanía de una relación afectiva, o en el seno de una familia, o de una institución, o con un vecino-profesor-orientador-médico, o en el lugar de trabajo, o en las relaciones establecidas por la víctima, son múltiples las posibles circunstancias en las que puede aparecer el abuso sexual.

Según las investigaciones sociales dirigidas por Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? 2001 de la University of New Hampshire de Estados Unidos, se observó que en 42 ciudades más importantes de este país, en los últimos años se viene

¹ Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores, 2013 Chile.

presentando cierta tendencia descendente, la cual tiene su explicación: por los trabajos que se desarrollan en programas de prevención de este tipo de delito, tales como: el auge de las campañas de educación a través de los medios de comunicación y al endurecimiento de las penas. No obstante, estos estudiosos insisten en que no dejan de presentarse casos aberrantes como el abuso por parte de un familiar de la víctima y muchas veces contando con la complicidad de la propia madre del afectado.

En 2002 la Organización Mundial de la Salud, la OMS, estimó que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años en el planeta, experimentaron relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico. Según el estudio de Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, indica que varios millones de niños están siendo explotados en la prostitución o la pornografía cada año; la mayoría de las veces debido a falsas promesas y un conocimiento limitado sobre los riesgos. Sin embargo, la verdadera magnitud de la violencia sexual está oculta debido a su naturaleza sensible e ilegal. La mayoría de los niños y las familias no denuncian los casos de abuso y explotación a causa del estigma, el miedo y la falta de confianza en las autoridades. La tolerancia social y la falta de conciencia también contribuyen a que no se denuncien muchos de los casos.

Los efectos que resultan de una agresión sexual en una persona son múltiples y se expresan en las áreas más importantes del ser humano. La autora del libro *secretos enterrados*, Ordoñez (2008), relata que es vivido como un suceso traumático, es decir, como algo que impresiona tanto que no se puede elaborar y por ello se intenta olvidar. Pero todo suceso traumático “olvidado”, tiende a expresarse y a salir a la luz, bien desde un impulso a la repetición (incluso viéndose inmersa sin saber cómo en situaciones en las que nuevamente es violentada), o siendo ella misma, quien de manera activa, violenta abusa de otros. Al mismo tiempo, también aparece una necesidad de evitar, de defenderse de la sexualidad consigo mismo y de las relaciones sexuales en general y opta por relaciones con su mismo sexo.

“En el caso de la mujer busca abortar, pues es una sexualidad herida, muy mal integrada y vivida como una amenaza, como algo que no se puede controlar y que lógicamente afecta las relaciones y compromisos con el otro”.

“Aclara que el abuso sexual no es sólo penetración o agresión física, y que abarca desde el contacto físico (tocamientos, masturbación, sexo oral...) hasta la ausencia de contacto

(exhibicionismo, erotización con relatos de historias sexuales – vídeos- películas- fotografías...), puede darse prolongado en el tiempo o como hechos puntuales”²

Las pruebas indican que la violencia sexual puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales graves, no sólo para las niñas o niños, sino también para sus familias y comunidades. Esto incluye los riesgos de padecer enfermedades, embarazos no deseados, trastornos psicológicos, estigma, discriminación y dificultades en la escuela.

En muchos países de Latinoamérica, los servicios de salud pública son el primer contacto que las sobrevivientes de abuso sexual tienen con una figura de protección. El tipo de atención que estas instituciones ofrecen son confianza en relación con medidas preventivas, posturas éticas y actitudes humanizadas, como la escucha, el respeto y la solidaridad para llegar a comprender sus demandas y expectativas (Vallejo, Samudio Córdoba, Arévalo, 2009).

A través de la atención clínica que son los pasos a seguir para el trato a los sobrevivientes de violencia sexual se recomienda que en la exploración de la misma, se aseguren los derechos, valores, principios religiosos y éticos. Debe también protegerse contra una re- victimización, no exigiendo relatos forzados sobre el evento de abuso sexual o evaluaciones físicas innecesarias. El examen clínico es recomendable siempre y cuando sea para generar un diagnóstico que permita recoger datos para analizarlos e interpretarlos para un tratamiento adecuado; en el deben consignarse signos, patologías y apreciaciones sobre el estado de salud mental de la persona afectada.

Ahora bien dentro del ámbito de la psicología, como ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea, se analizan las tres dimensiones de los procesos cognitivo, afectivo y conductual y es a través del estudio de la Psicología Clínica donde se investiga, se evalúa, se diagnóstica, se pronostica el tratamiento, la rehabilitación y la prevención de las cuestiones que afectan a la salud mental para ayudar a aquellas personas que tienen inconvenientes para enfrentar su vida normalmente a consecuencia de trastornos mentales o afecciones particulares que producen malestar o sufrimiento, conduciéndolos a trastornos más generalizados con preocupaciones excesivas por más de 6 meses, donde es difícil tener autocontrol en las emociones, las cuales vienen

² (Ordoñez, 2008 capítulo 3 pág. 29)

acompañadas de síntomas como inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteración en su esquema de sueño., síntomas que se reconocen como trastorno de ansiedad generalizada.

A continuación para la Sistematización de la Intervención Psicológica del caso en estudio se profundizará desde el enfoque Cognitivo Conductual con los criterios de diagnóstico y los aportes de las teorías, estudios e hipótesis de las investigaciones realizadas (Valdivia, Hernández Y Tapias, López y Rodríguez Fernández) los cuales permitirán comprender la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y las diferentes aplicaciones para evaluar y buscar mejorar la clínica de la paciente.

1. ENFOQUE COGNITIVO - CONDUCTUAL

En la actualidad, la terapia cognitivo – conductual se ha convertido en una opción efectiva y eficiente para el tratamiento de múltiples perturbaciones psicológicas. Después de que el conductismo y el psicoanálisis fueran las escuelas predominantes en psicología, surge este nuevo enfoque que sería algo así como el resultado de estas corrientes y retoma estos aciertos y elementos que ayudan a reformular objetivos de establecer metodologías y teorías innovadoras de alto impacto.

Según Sarro (2008) la terapia cognitivo – conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos psicológicos, además es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo, adicionalmente opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente, y consta de tres (3) etapas: la evaluación, la intervención y el seguimiento. Etapas en las cuales se establece la relación que existe entre la conducta problema, situación que sucede, factores de riesgo, iniciando un proceso psicoterapéutico en el cual se diseña un tratamiento que permitirá ver la mejoría del paciente, por medio de pruebas y técnicas aplicadas, que finalmente determinaran la efectividad de los instrumentos utilizados y demás herramientas.

A su vez la TCC utiliza metodologías estructuradas y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema, la prevención y la promoción de la salud, y maneja procedimientos cognitivos de comportamientos y experiencias con el objetivo de modificar fallas en el procesamiento de la información en diferentes trastornos (Riso, 2006).

Es importante así mismo, abordar algunos elementos cognitivos que se convierten en la razón de la teoría como tal, según Zuluaga (2003) las principales variables a que hace referencia estos elementos son: las creencias, que son consideradas reglas para la acción, proporcionadas por los padres, hermanos, maestros y demás figuras que asemejan la internalización de la personalidad y el individuo, las atribuciones que son las explicaciones que el individuo da a un evento o suceso observado, es decir, es la que se percibe por algún acontecimiento y pensamientos, consisten en esas frases internalizadas, diálogos privados y un lenguaje interior. Las estrategias cognitivas hacen referencia a las operaciones mentales que el individuo realiza secuencial y lógicamente para resolver un problema. Las imágenes

que se consideran representaciones mentales de un objeto, una situación o una persona. Las expectativas son las consecuencias anticipadas de nuestro comportamiento. Los esquemas son las estructuras que le permiten al individuo interpretar la realidad y organizar su experiencia.

Ahora dentro de la corriente conceptual se incluyen los diferentes tipos de terapias como son: la terapia racional emotiva conductual (Ellis 1962), la Terapia cognitivo - conductual (Beck 1979), donde se pretende cambiar las distorsiones cognitivas que mantienen la conducta patológica; la terapia centrada en esquemas de (Young 1987, citado por Caro en 1997) la cual es considerada como una expansión de la terapia cognitiva estándar.

La conceptualización de las técnicas y tipos de terapias que se aplicaron se evidencian en la tabla 2 en evolución de la sesión, evidenciando con ello el proceso específico con la usuaria. (Ver página 30).

Esto debe ser tenido en cuenta por un Psicólogo clínico cognitivo como promotor del desarrollo humano y de la salud mental, debe aprender a ser, así que es esencial nombrar características y competencias personales bien distintivas. Se destacan el aprender a ser afiliado, comunicativo, participativo, cooperador, atento a las personas, bondadoso, casual, adaptable, de pensamiento abstracto con alta capacidad mental, expresivo, alerta y sensible.

De igual forma según la Organización Panamericana de la Salud (1995), definió que la prevención de la salud podía definirse como un conjunto de esfuerzos realizados para anticipar eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables. En otras palabras es la suma de acciones de una población de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud colectiva e individual. (OPS/OMS 1990 Citado por Restrepo y Málaga 2001 pág. 29).

El análisis conductual para los psicólogos clínicos es la principal herramienta para la evaluación de los problemas psicológicos mediante técnicas específicas de aprendizaje para tratar la conducta humana desadaptativa, debilitando y eliminando este tipo de hábitos y reforzando los adaptativos, señala Wolpe (1981). Este pionero de la psicoterapia por inhibición recíproca, expuso una fundamentación detallada de la formación de una amplia gama de trastornos conductuales y técnicas, tecnología que sigue hoy siendo usada entre las

más utilizadas e efectivas de la terapia de la conducta, para trastornos como ansiedad, las fobias, los problemas sexuales, las conductas obsesivas, amnesia y la histeria,. La idea básica es que la ansiedad podía ser rivalizada e inhibida por una nueva respuesta antagónica. La respuesta antagónica usada comúnmente es la relajación y habiendo aprendido el paciente la técnica de relajación se le presenta el estímulo ansiógeno de forma paulatina, de tal manera que el paciente vaya aprendiendo a relajarse ante el estímulo que provoca ansiedad o situación temida. Este método se la llama hoy en día desensibilización sistemática.

2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno por estrés postraumático, es un trastorno psicológico caracterizado por síntomas específicos tras exposición de una situación estresante, extremadamente traumática y cuyo tratamiento se basa en terapias cognitivas conductuales que permiten profundizar la relación de los distintos sucesos traumáticos de historia de vida de los pacientes con el desarrollo de esta patología.

El TEPT con enfoque de tratamiento cognitivo requiere de tratamientos de alta calidad para ser afrontado, pues la complejidad de sus manifestaciones y la gravedad de su impacto genera fuertes alteraciones en la salud mental de las personas (Vallejo & Terranova 2009).

Al definir un trastorno mental en la mayoría de las veces se olvida que existe una estrecha relación entre un lo físico y lo mental; de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV – TR, “La definición no ha logrado englobar todas las posibilidades y es visto como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, además no debe verse únicamente una respuesta cultural asociada a un acontecimiento particular, sino también al contexto social, económico y legal de las diferentes sociedades” (Fernández, 2010 p. 12).

La Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10, señala que el término “trastorno” se usa para evitar mayores problemas al utilizar el término “enfermedad” por ejemplo; el usar el término “trastorno” se está refiriendo a un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocidas que están generando un malestar, asociado a un dolor, deteriorando las áreas de funcionamiento habituales de los seres humanos.

Los trastornos de personalidad hacen parte de los trastornos mentales a nivel clínico; siendo incluidos en los sistemas de clasificación del CIE 10 y DSM -IV, Organización

Mundial de la Salud. CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid, Meditor, 1992.

Existiendo dudas en la validez de numerosos subtipos de trastornos de personalidad, y cuestionamiento en su tratamiento.

La personalidad se puede medir por medio de la conducta. Los teóricos de la personalidad suponen que los rasgos de la personalidad predicen o causan la conducta, si una persona se comporta con frecuencia de manera distintiva con seguridad esta es evidencia de la personalidad, puede decirse que una persona que con frecuencia llora y habla de temas sombríos es depresiva (Chusmir, 1989).

Inicialmente para dar un diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad es clasificar al sujeto según su temperamento, como introvertido y extrovertido para poder hacer una relación acerca del aprendizaje social que pueda tener, si la persona es introvertida debemos tener en cuenta la forma como interioriza normas y valores en el contexto sociocultural al cual pertenece; analizando un trastorno de personalidad de una persona extrovertida debe empezar por tener en cuenta que el egocentrismo es un factor determinante a la hora de establecer relaciones interpersonales en las cuales exista igualdad, siempre se piensa en el protagonismo y ser el centro de atracción.

Cuando un paciente reporta a través de las pruebas aplicadas, sintomatología de Trastorno por estrés postraumático está haciendo referencia a la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas.

La respuesta de este sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza, y horrores intensos(o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado (Criterio A1); El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de experimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio A2), La evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de

respuesta del individuo (Criterio C), los de síntomas persistentes de activación (arousal) (Criterio D), el cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas laborales importantes del individuo (Criterio F).

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, torturado, tomado como rehén, desastres naturales, accidentes, diagnósticos de enfermedades potencialmente mortales. En los niños experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en la ausencia de violencia o daños reales, observación de muertes graves a causa de la guerra o de forma natural, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigos de amputaciones o fragmentación de cuerpos. Los hechos de acontecimientos traumáticos experimentados por los otros y ser transmitidos también pueden producir un trastorno de estrés postraumático.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido:
1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- B.** El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una o más formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

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

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

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

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

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

Especificar si:

Agudo: Si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: Si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio tardío: Entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

También a lo largo de la literatura psicológica aplicada en la práctica, se encontró un indicador muy común, el estrés postraumático que se puede presentar en cualquier momento de la vida de los seres humanos; es un trastorno de ansiedad que se presenta después de observar o experimentar hecho traumático que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física en eventos como: agresión sexual y física, asalto, ser secuestrado, encarcelamiento, violencia doméstica, guerra, terrorismo, o desastre natural.

Este estrés es más frecuente en especial en los niños, los hechos traumáticos de carácter sexual pueden incluir experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daños reales.

Las secuelas que aparecen después de eventos como estos, puede llegar a ser graves o duraderos cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos como torturas, violaciones y la frecuencia depende de lo cerca que se encuentre el agente estresante; y se manifiesta de recuerdos y pesadillas recurrentes y muy poco frecuente es cuando el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar segundos, horas o días, otros sucesos como el aniversario de este hecho, el clima, algún símbolo etc. ³

Por último estos eventos terminan siendo evitados donde se hacen esfuerzos para evitar tener pensamientos, sentimientos o conversaciones que le traigan recuerdos de este

³ (López, Hernández & Carpintero, 1995. p. 77-98)

momento, la disminución de la reactividad al mundo exterior denominada embotamiento psíquico o anestesia emocional aparece a muy pocos días del hecho en las que la persona se aleja de su círculo social, deja de realizar actividades que antes hacía normalmente, disminución en la capacidad de sentir emociones, futuro desolador, incapacidad de logro de objetivos como obtener estabilidad laboral, económica y sentimental; hipervigilancia, dificultad para conciliar el sueño, ira, irritabilidad, y dificultad para concentrarse.

3. ESTADO DEL ARTE

Dentro de la revisión de antecedentes que se tiene sobre el trastorno por estrés post-traumático se encuentran: El estudio chileno realizado por Valdivia (2005), titulado: Trastorno por estrés pos-traumático, y un segundo estudio realizado por Hernández y Tapias C. (2010) sobre los principales aspectos normativos jurídicos y los instrumentos de evaluación psicológica forense utilizado para proteger al menor maltratado y un tercer estudio de López y Rodríguez Fernández (2008) sobre una serie de estudios en donde desarrollan teorías e hipótesis sobre los hallazgos encontrados con relaciones existentes entre la vivencia de una historia de traumas experimentados a lo largo de la infancia, la adolescencia y el desarrollo del trastorno de la personalidad de tipo limite en la edad adulta.

A continuación se analiza cada una de estas investigaciones:

El propósito del estudio de Valdivia (2005) fue poder contar con instrumentos para evaluar la sintomatología postraumática en niños, niñas y adolescentes. Este instrumento aplicado a niños o niñas evaluó todos los síntomas considerados por el DSM-IV- TR, para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) (APA, 2001).

La investigación estudió las propiedades psicométricas de esta escala en niños, niñas y adolescentes chilenos y fue de gran interés por la frecuencia con que niños, niñas y adolescentes en Latinoamérica están expuestos a situaciones que pueden llevarles a desarrollar estrés postraumático y existen muy pocos instrumentos validados útiles para su evaluación en nuestros países (Goenjian et al., 2001).

El estudio se focalizó en niños y niñas impactados por un desastre natural, específicamente por el terremoto 8.8 grados Richter que azotó el sur de Chile en febrero de 2010.

Contando con una muestra amplia con un total de 1305 niños entre 10 y 14 años afectados por el terremoto y/o tsunami de localidades del borde costero de la región del Bío Bío y de la

ciudad de Concepción. Con un promedio de edad entre 12.11 en toda la población evaluada, siendo el mínimo 9 años y el máximo 13 años de edad.

La CPSS (escala de síntomas de TEPT para niños) fue el instrumento desarrollado para evaluar la presencia de síntomas de TEPT en niños, niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad con una historia conocida de trauma (Foa et al., 2001). Este manual está basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada uno de sus 17 ítems se corresponde con uno de los 17 criterios sintomáticos obteniéndose niveles de consistencia interna de .89 para la escala total, y de .80, .73 y .70 para los grupos sintomáticos de reexperimentación, evitación y activación, respectivamente.

El DISC-IV (entrevista diagnóstica estructurada para la identificación de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes) es una de las entrevistas mayormente empleadas actualmente en la investigación internacional en epidemiología psiquiátrica infanto-juvenil. Evalúa, en base a los criterios DSM-IV, la presencia de trastornos psiquiátricos del eje I en niños, niñas y adolescentes de 9 a 17 años. Debido a su alto grado de estructuración permite ser administrada por encuestadores legos en muestras no clínicas (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000). El DISC-IV tiene formatos alternativos para ser aplicado a los padres o cuidadores o al propio niño/a (en este caso, si es mayor de 9 años).

Una vez solicitado el consentimiento para participar de la investigación a los padres, madres y/o tutores de los niños y niñas, se procedió a la aplicación de los instrumentos en el propio establecimiento educativo. La aplicación fue realizada por estudiantes de Psicología de últimos años previamente capacitados. Luego de explicar a cada niño y niña la investigación y solicitar su asentimiento, se aplicó en primer lugar la CPSS y luego el DISC-IV. Aunque la CPSS fue desarrollada originalmente para ser empleada como auto informe, en el estudio previo realizado en Chile y en esta investigación se optó porque fuera el entrevistador quien leyera las preguntas.

En síntesis, la escala CPSS se muestra como una herramienta útil para clínicos e investigadores para el estudio del TEPT. Ello no excluye la necesidad de que los criterios diagnósticos del TEPT como de sus formas de evaluación sean reformulados de modo que se consideren más centralmente los aspectos evolutivos presentes en las reacciones a eventos altamente estresantes y amenazantes. Otro desafío fue lograr discriminar las respuestas normales y transitorias a situaciones de alto estrés como los efectos de un desastre natural, de aquellas respuestas más estables y que generan discapacidad.

El autor, con el estudio pretendió con base en referencias de otros autores y estudios previos, identificar que los niños responden a los eventos traumáticos severos con

mecanismos mentales que llevan a desórdenes mentales agudos y a veces crónicos. Dentro del amplio espectro de respuestas adaptativas y patológicas al estrés, un cuadro de especial severidad es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) Si bien el diagnóstico de TEPT sólo se incorpora formalmente en 1980 con su inclusión en el DSM-III, la noción de los efectos del trauma en el funcionamiento mental estaban presentes desde hacía mucho tiempo en la literatura; conceptos como "síndrome del trauma de la violación", "neurosis de guerra", "síndrome de supervivencia", "síndrome de los campos de concentración", "neurosis de combate" constituyen los antecesores del diagnóstico de TEPT, en especial en la población adulta y en relación a conflictos bélicos.

Finalmente el estudio permite conocer la trazabilidad del diagnóstico de este tipo de trastorno y ayuda a comprender mejor la sintomatología, desde los momentos previos a su incorporación en el Manual de diagnóstico y orienta su tratamiento e intervención.

Un segundo aporte para el estudio de TPEP desde la Psicología jurídica, es la investigación realizada por Hernández y Tapia (2010) el cual presentan los instrumentos de evaluación psicológica forense utilizados, para probar el daño psicológico frente a casos de maltrato infantil.

El estudio tiene como fin determinar el daño psicológico en niños maltratados con miras a su protección y al resarcimiento de sus derechos. Esto implica, por una lado, el conocimiento de las normas tanto nacionales como internacionales que obligan a los estados del mundo a proteger la infancia y la adolescencia, y por el otro lado a investigar las características psicológicas del niño maltratado, su entorno familiar, social y cultural, así como el cumulo de pruebas que le permitan a Psicólogo forense la aproximación objetiva del daño causado y sus consecuencias.

En cuanto a las metodologías utilizadas es múltiple y variada, se encuentran estrategias de evaluación, tales como protocolos de entrevistas especializadas y fuentes de información colateral. Entre las fuentes más fiables están los vecinos, los profesores, los asistentes sociales y profesionales judiciales. Así mismo la realización de entrevistas con padres e hijos individuales o grupales, adicionando métodos con sistemas objetivos de codificación de respuestas, controles de fiabilidad, grabación de las evaluaciones, observación de la interacción paterno -filial durante las actividades lúdicas y la ejecución de deberes.

Referente a los instrumentos el estudio indica que dada la alta frecuencia de maltrato, procesos de custodia y regulación de visitas, se deben usar y desarrollar instrumentos especializados con el fin de detectar y discriminar sujetos con mayor riesgo de perpetrar

maltrato. Dentro de estos instrumentos especializados se encuentran el Child Abuse Potencial Inventory, CAPI, de Milner, (1980), del cual existe una versión española preliminar (Arruabarrena & De Paúl, 1992 en Ramírez, 2006), más corta que la americana –95 ítems frente a los 160 originales– que sólo incluye una de las tres escalas de validación del instrumento original. Otro dos instrumentos para evaluar el estilo educativo familiar o de conducta parental son el EMBU de Perris, Jacobson, Lindstrom, Von Knorring & Perris (1980), adaptado a la población española por el equipo de la Universidad de Valencia y el Parental Acceptance Rejection Questionnaire (PARQ) de Rohner, Saavedra & Garnum (1978), y finalmente un instrumento de amplio uso es el ASPECT Ackerman- Schoendorf Scales for Parent Evaluation of Custody (Ackerman, 1999, citado en Ramírez, 2006). El cual se divide en sub-escalas de observación, social, emoción/cognitiva.

Los Psicólogos forenses por la escasez de instrumentos específicos suelen recurrir a instrumentos clínicos como una posibilidad, ya que si bien estos instrumentos no valoran los factores directamente inquiridos por las autoridades judiciales, en todo caso son indicadores de la salud y emocionalidad del infante.

Uno de los instrumentos a los que recurren los psicólogos forenses es al MMPI. Al respecto, Ackerman (1999) señala que el MMPI no fue construido con fines de custodia, por lo que no aporta un perfil positivo o negativo para la parentalidad. Otros autores, recomiendan utilizar otras pruebas que valoren alteraciones emocionales y conductuales esperables en infantes víctimas (Jiménez, 2001). Dentro de otras pruebas utilizadas por los psicólogos forenses se encuentra el Test Auto-evaluativo Multifactorial de Adaptación TAMAI de Hernández (2004), el cual evalúa inadaptación personal, social, escolar y familiar así como las actitudes educadoras de los padres en niños comprendidos entre los 8 y 18 años. También es utilizado el Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo en Niños y Adolescentes STAXI de Del Barrio, Spilberger & Aluja (2005) de aplicación individual y colectiva, es un instrumento de aplicación breve y requiere competencia lectora, es auto corregible pueden recurrir al Inventario de Depresión Infantil CDI, original de Kovacs y adaptado por Del Barrio y Carrasco (2004), diseñado para niños de 7 a 15 años con aplicación de 25 minutos aproximadamente y formatos de respuesta auto corregibles. También se acude al Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo de Niños STAIC de Spielberger (2005), prueba que permite evaluar la ansiedad en estado transitorio como en estado permanente en niños y adolescentes desde los 9 hasta los 15 años.

Algunos psicólogos forenses recurren al Test de Dibujo de la Familia, técnica proyectiva de diagnóstico de la afectividad infantil que facilita la exploración de diversas vivencias conflictivas infantiles en torno a su familia. Lo recomendable es que no se utilicen pruebas proyectivas en la evaluación forense y recurrir mejor a pruebas que hayan demostrado valides y confiabilidad. Cada niño se le aplica un test de inteligencia y uno de personalidad como el CAT (Childrens Apercepción Test) o el TAT (Test de Apercepción Temática); en cada adulto, generalmente, se aplica pruebas de personalidad como MMPI o Inventario de Millon, MCMI o Rorschach y un test de inteligencia (no por el CI sino porque los subtest aportan información de juicio, razonamiento, memoria y concentración relevantes para habilidad parental).

El test más usado con los adultos fue el ASPECT, Ackerman- Schoendorf (Scales for Patent Evaluation of Custody) y el test más usado con los niños fue el BPS, (Briclin Perceptual Scales).

En todo el proceso de la evaluación se debe tener en cuenta la edad del niño, utilizando un vocabulario de acuerdo con esta variable. También conocido como paso sabio, traducción literal de Step Wise (Yuille, Hunter, Joffe & Zaparniuk (1993) citados por Cantón & Cortés (2000), los pasos propuestos por este protocolo son:

- a) Desarrollo de empatía.
- b) Modelaje de la manera de entrevistar.
- c) Definición y deber de decir la verdad.
- d) Presentación del tema: se le pregunta si conoce el motivo de la reunión o se introduce el tema, incluso usando dibujos anatómicos para que indique las partes del cuerpo.
- e) Narrativa libre.
- f) Preguntas generales.
- g) Preguntas específicas
- h) Ayudas demostrativas.

Finalmente todos los protocolos y guías de entrevista pretenden optimizar la calidad del entrevistador en la obtención de información específica para el proceso y los factores de riesgo y comportamiento de progenitores o cuidadores, en los cuales permiten identificar: padres con historia de privación afectiva, percepción negativa del niño, niño indeseado, niño especial o minusválido, crisis familiares, falta de apoyo social, abuso de sustancias psicoactivas, enfermedad mental o física de alguno de los padres, progenitores adolescentes y familias grandes o mono parentales, entre otros (Save the Children, 1994) .

El documento presenta una compilación normativa que sustenta la intervención jurídica en los casos de tratos inadecuados, así como los aportes de la psicología forense en la demostración de daño, enuncia instrumentos específicos que permiten evidenciarlo aunque son poco conocidos, esto con el fin de favorecer la protección y restablecimiento de los derechos de los infantes y así prevenir que desencadenen posteriormente conductas maltratadoras o antisociales.

Un tercer estudio presentado por Mayte Francia López, M^a Isabel Rodríguez Fernández. 2008, documento que presenta una compilación normativa que sustenta la intervención jurídica en los casos de tratos inadecuados, así como los aportes de la psicología forense en la demostración de daño, enuncia instrumentos específicos que permiten evidenciarlo aunque son poco conocidos, esto con el fin de favorecer la protección y restablecimiento de los derechos de los infantes y así prevenir que desencadenen posteriormente conductas maltratadoras o antisociales.

Dentro de esta investigación se determinan los estudios que se han venido realizando desde los años ochenta con respecto a los diagnósticos precisos de los trastornos de estrés post traumático, relacionado con hechos traumáticos en la infancia. Con base en ellos se inicia una serie de estudios en los que se desarrollan teorías e hipótesis que permiten relacionar las consecuencias de los mismos y sus posibles causas. En el trabajo mencionado se busca revisar una serie de autores que formularon los estudios presentados, con ello se pretendió mostrar los objetivos principales como son: 1) Conocer los hallazgos relacionados con las relaciones existentes entre la vivencia de una historia de traumas, experimentados a lo largo de la infancia y la adolescencia y el desarrollo del trastorno de la personalidad de tipo límite en la vida adulta. 2) Poner de manifiesto, las dificultades diagnósticas existentes, cuando hay antecedentes de traumas persistentes a lo largo de la infancia y la adolescencia. De ahí se desprenderían dificultades en la clasificación diagnóstica de éstos, dentro del Eje I como trastorno por estrés postraumático de tipo crónico, o bien, dentro del Eje II, como trastorno límite de la personalidad.

4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA

Para entender la dinámica de la práctica efectuada, se presenta un resumen de los casos atendidos durante la misma, esto como preámbulo al análisis del caso estudio.

Informe general de pacientes

Se inician las prácticas 01 de noviembre de 2012 finalizando el 28 de agosto de 2013, se atendieron 17 pacientes con un número total de 100 sesiones asistidas y no asistidas. Entre las problemáticas encontradas están:

Edad	Escolaridad	Quien lo remite	Motivo de consulta	Número de sesiones realizadas	Motivo de cierre de caso
Paciente de 15 años sexo femenino	8 ^a	Fiscalía de piedecuesta	Paciente con alto grado de estrés y ansiedad, en tratamiento con el cardiólogo; debido a disfuncionalidad en el contexto familiar.	1 sesión	La madre de la paciente refiere que continuará el proceso con la fiscalía
Paciente de 13 años sexo masculino	7 ^a	Iniciativa de su mamá	Paciente con bajo rendimiento académico y conductas desadaptativas.	7 sesiones	Paciente se ausentó del proceso
Paciente de 26 años sexo masculino	11 ^a	Iniciativa propia	Paciente con dependencia a las sustancias psicoactivas; alcohol, cannabis y	5 sesiones	Paciente se ausentó del proceso

			cocaína		
Paciente de 12 años sexo masculino	6°	Iniciativa de su mamá	Paciente pierde año escolar, con ausencia de autoridad y pautas de crianza inadecuadas	Sesión 1: 21 de 33 sesiones	Estaba en piedecuesta solo por vacaciones, vive en un municipio lejano por lo cual se le dificulta
Paciente de 14 años sexo femenino	5°	Iniciativa de la tía paterna	Paciente con bajo rendimiento académico, con secuelas de maltrato físico y verbal por parte de su mamá	6 sesiones	Se ausentó del proceso
Paciente de 16 años sexo femenino	10°	Colegio Balbino García	Paciente con alto grado de ansiedad por presentar dificultad en una materia.	7 sesiones	Inasistencia del paciente, se llama y refiere que tiene dificultad en los horarios para asistir a la consulta
Paciente de 31 años sexo femenino	5°	Iniciativa propia	Paciente que necesita orientación para vivir duelo por la pérdida de su esposo	1 sesión	Se ausentó del proceso por vivir en un municipio lejano

			recientemente		
Paciente de 16 años sexo femenino	10°	Iniciativa de su mamá	Paciente con posible intento de suicidio por pérdida de años escolar.	01 sesión	Se ausentó del proceso
Paciente de 37 años sexo femenino	9°	Iniciativa propia	Paciente con secuelas de abuso sexual en su niñez	18 sesiones	Finalización de mis prácticas, y por el nacimiento de su bebé.
Paciente de 53 años sexo masculino	8°	Iniciativa propia	Paciente con disfuncionalidad en el contexto familiar, ausencia de autoridad con sus hijas, quienes además presentan dificultad para establecer relaciones interpersonales con grupos de pares .	1 sesión	Inasistencia del paciente, no se puede ubicar en el # telefónico que dejó registrado, jamás contestan, se le llamó varias veces.
Paciente de 58 años sexo femenino	2°	Iniciativa propia	Paciente con relación disfuncional de pareja	2 sesiones	La paciente refiere tener múltiples ocupaciones que le impiden

					seguir asistiendo a las consultas.
Paciente de 12 años sexo femenino	6°	Iniciativa de su mamá	Conflictos con los compañeros de clase, relación disfuncional grupos de pares.	2 sesiones	Se ausentó del proceso
Paciente de 7 años sexo masculino	2°	Iniciativa de su mamá	Presenta enuresis diurna y encopresis nocturna.	8 sesiones	Se ausentó del proceso
Paciente de 48 años de sexo masculino	11°	Iniciativa propia	Intento de suicidio debido a accidente, el cual le ocasiono pérdida de movilidad en su miembro superior derecho y relación disfuncional con sus hijos.	9 sesiones	Finalización de mis prácticas.
Paciente de 7 años sexo femenino	3°	Colegio Joseph Julibert	Presenta ansiedad, alteración patrón de sueño, inadecuados hábitos alimenticios	8 sesiones	Se ausentó del proceso

			<p>perturbación familiar por separación de sus padres.</p>		
--	--	--	--	--	--

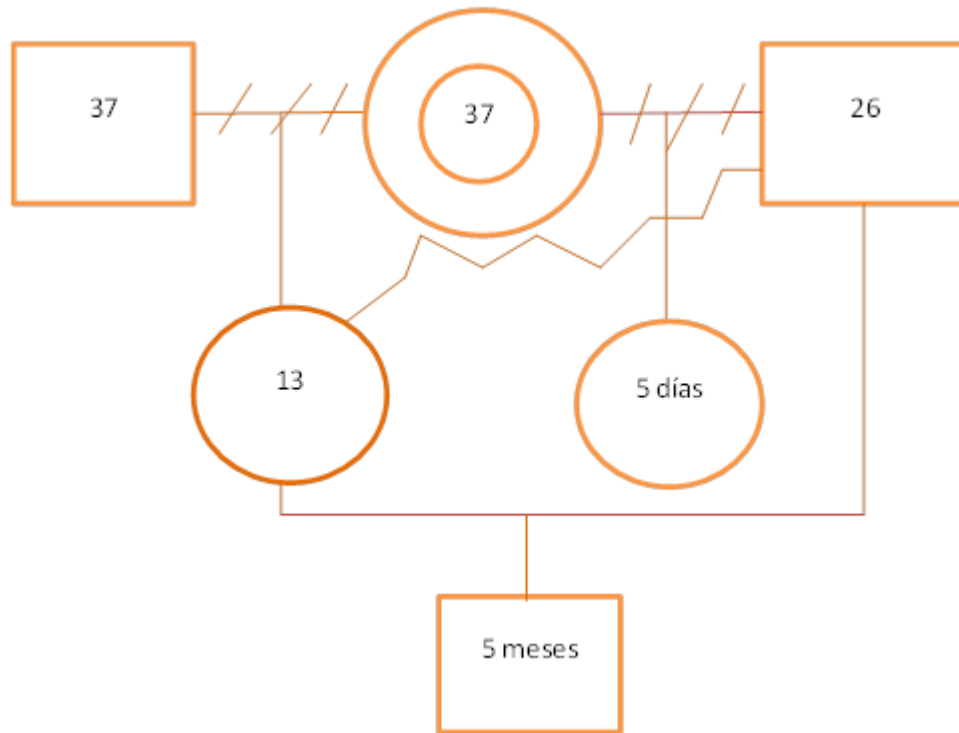
5. FORMULACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: “Necesito orientación para saber cómo cerrar el ciclo de mi vida que estoy terminando y como no volver a repetir lo vivido”

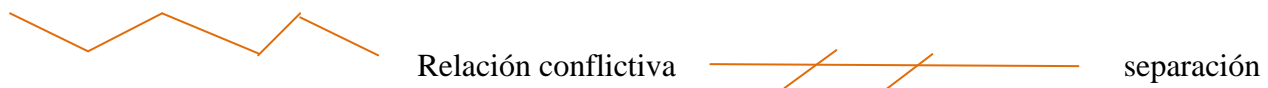
La paciente busca la ayuda psicológica por iniciativa propia (ver anexo A) refiere malestar emocional por experiencias negativas en su niñez, con ideas suicidas, ansiedad, desorientación y preocupación por su futuro inmediato, el de su hija y nieto. De igual forma refiere angustia por la situación traumática debido al abuso sexual que sufriera su hija por parte de su pareja y fruto de esta situación la menor tuvo un hijo.

- *Datos sociodemográficos:*
 - ✓ Sexo: Femenino.
 - ✓ Edad: 37 años
 - ✓ Procedencia: Guaca - Santander
 - ✓ Nivel socioeconómico: Estrato medio – 3
 - ✓ Estado civil: separada
 - ✓ Remitido: iniciativa propia, Conocimiento por terceros de los Servicios del Centro de Proyección Social.
 - ✓ Grado de estudios: 9º (ver anexo B)

Genograma



Fuente: Autora. Programa de trabajo social y apoyo de la dinámica familiar a la dinámica y estructura familiar



Descripción y operacionalización del motivo de consulta y/o remisión, expectativas del consultante y/o resultados deseados

Al momento de la consulta, efectuando el primer acercamiento mediante una entrevista, la paciente de treinta y siete (37) años acude al psicólogo por iniciativa propia, el motivo de consulta, se refiere a una orientación profesional para el cierre de un ciclo de su vida.

La presentación de la paciente al momento del primer encuentro, estuvo enmarcado por una inquietud motora significativa, movimientos repetitivos, pensamientos lógicos y coherentes, dentro de sus contenidos no se presentaron alteraciones, sin embargo, se mostró preocupada y lloró en repetidas oportunidades.

Su presentación personal es muy sencilla, aseada, organizada y sin lujos, su ocupación es ser directora de una asociación religiosa, con estas ganancias subsana sus gastos personales, no suministra más información sobre su actividad. Actualmente la paciente se ha alejado de su actividad laboral, por su estado de gravidez, posterior parto, atención a su hija y nieto, y sus gastos están siendo cubiertos por la familia de origen.

Evaluación del estado mental

Su apariencia física es sencilla, peso normal, según la medida de asociación entre peso y talla (IMC); se evidencian procesos psicológicos básicos acordes con la edad (atención, percepción, ubicación temporal espacial, memoria); una adecuada presentación personal muy austera en su vestimenta.

Análisis Sincrónico

La paciente proviene de un pueblo perteneciente a la provincia de García Rovira llamado Guaca; de una familia numerosa, presentando una relación disfuncional con su madre de setenta y cinco (75) años, quien en su niñez la maltrató físicamente. Relación con hermanas es funcional encuentra apoyo económico y afectivo; ya que ellas son quienes en la actualidad le colaboran con los gastos, motivos por los cuales se vino a vivir en el municipio de Floridablanca desde diciembre de 2012

Presenta antecedentes de abuso sexual de los 7 a los 10 años de edad; por parte de su hermano mayor y único hombre; vivencia de un abuso reciente en su hija de trece (13) años por su actual pareja. La paciente vive en el municipio de Floridablanca- Santander desde diciembre de 2012, momento en cual se enteró del embarazo de su hija de 13 años, pues necesitaba apoyo económico y afectivo ante esta difícil situación.

Presenta ira, por las situaciones difíciles por las cuales ha tenido que pasar desde su niñez, siente culpabilidad por lo que le sucedió a su hija, por el embarazo de su hija a temprana edad y por parte de su pareja; baja autoestima, inestabilidad emocional, temores y pensamientos o ideación suicida todo esto son secuelas de abuso sexual. Sin embargo, muestra motivaciones religiosas, que le permiten concientizar sus pensamientos a descargar sus angustias en oraciones. Sus respuestas son positivas a los encuentros psicológicos de las entrevistas, acepta consejos y orientaciones psicológicas para tratar de mejorar su situación actual. No existen antecedentes de consumo y demás abusos en su familia.

Análisis diacrónico

Historia del problema

A los 5 años de edad pierde a su figura paterna de un infarto, víctima de abuso sexual en la niñez, entre el periodo de siete (7) a diez (10) años, su agresor es su hermano mayor que para ese entonces tenía 12 años de edad y cuyo abuso se extendió hasta los 15 años de el mismo, relación disfuncional con su progenitora, siendo esta quien maltrataba a la paciente en su niñez, siendo esta experiencia traumática para la ella y su familia.

La paciente ha ocultado el abuso y considera que a consecuencia de estas situaciones, carece de relaciones interpersonales sólidas, ha tratado de construir hogar pero siente que ha fallado, actualmente se ha separado en dos ocasiones y tiene dos hijos de cada unión., inestabilidad emocional que dificultan el establecer nuevos vínculos sociales.

Su hija mayor de 13 años fue abusada sexualmente por su pareja actual, quien se encuentra prófugo de la justicia por esta denuncia. Además, la Paciente se encuentra en estado

de embarazo de su pareja que es el mismo agresor de su hija. Sentimientos de culpa manifestados relacionados con que “hubiese sido mejor no haber tenido pareja”, “porque deje a mi hija sola cuando mas la necesitaba”, “porque amándola tanto no la supe orienta, sino al contrario, la maltraté físicamente” y “soy incapaz de proteger a mis hijas”

Actualmente, su hija es madre de un niño de 7 meses, al igual que ella de una niña de 2 meses, previo a esta situación, el instituto de Bienestar familiar separo momentáneamente a la menor de su mamá, hasta efectuar la respectiva investigación y proceso por el abuso sexual ocurrido. Manifestó en la entrevista que solo ha consultado una sola vez un especialista en psicología.

Listado de problemas.

- ✓ Abuso Sexual en su niñez.
- ✓ Presenta estado de gravidez de quien abuso a su hija, siendo el padre de su nieto y de su hijo.; entrando en un conflicto moral; presentando ideas de culpa por no darse cuenta a tiempo del abuso de su hija, de los problemas psicológicos que se generan en la menor y mucho más traumático para ella que ha sido víctima de este delito.
- ✓ Rumiación: pensamientos frecuentes sobre culpabilidad, fracaso.
- ✓ Ideas suicidas
- ✓ Devaluación
- ✓ Labilidad de la paciente por la ira que le genera al ser juzgada por la sociedad y por su familia.; ya que en varias ocasiones ha sentido señalada según refiere la paciente por parte de su familia y el núcleo social al cual pertenece hacen, comentarios sobre la responsabilidad del cuidado con su hija; y del porqué ser mama a temprana edad.
- ✓ rechazo o negación por la maternidad

Tabla 1 Contexto de funcionamiento

CONTEXTO	DESCRIPCION DEL CONTEXTO	COMPORTAMIENTOS QUE SE PRESENTAN
Familiar	Su padre falleció cuando la paciente tenía 5 años, su mamá en la actualidad tiene 72 y en la actualidad vive con ella, la relación madre e hija es disfuncional desde la niñez; los recursos económicos provienen de las hermanas y sobrinas de la paciente; la interacción con el grupo familiar en la actualidad es de confianza y apoyo.	-Discusiones con su mamá en ocasiones, y culpabilización hacia ella. -colaboración y apoyo -falta compartir espacios en familia. -A pesar de las dificultades existe un compromiso de todos los miembros de la familia ante situaciones difíciles.
Sexual	Presenta rechazo y temor, inseguridad como consecuencia del abuso sexual hacia ella y a su hija menor de 14 años.	- Miedo, rabia, agresividad, insatisfacción.
Escolar Académico	La paciente realizó estudios secundarios hasta 9º, se dedicó a trabajar debido a la falta de recursos económicos, falta de acompañamiento y orientación de su familia.	- Nivel socio cultural medio. - Es una persona buenos modales.

Religioso Espiritual	Es una persona creyente, entregada a la religión que en este caso ha sido un factor protector que le ha permitido salir adelante ante situaciones difíciles.	-Dedica gran parte del tiempo a la oración, a predicar. - refiere que la formación de sus hijas y nieto está basada en las creencias religiosas.
Social	Pocas relaciones interpersonales, el único grupo social al cual pertenece es el de su comunidad religiosa.	-Su desarrollo psicosocial no es el adecuado debido a las secuelas de abuso, el temor a ser señalada, juzgada. -Desesperanza aprendida respecto a nuevas relaciones interpersonales.
Condiciones ambientales	La vivienda en la cual reside la paciente pertenece a zona rural de Floridablanca, cuenta con todos los servicios, se	-Colaboración con los oficios del hogar. -Respeto y cuidado por los

encuentra en buen estado muestra aseo, pulcritud.	recursos naturales y los seres vivos.
---	---------------------------------------

Condiciones de Salud	Son adecuadas no presenta ninguna enfermedad de cuidado o de seguimiento, en la que deba tomar un medicamento frecuente o asistir a citas médicas. Durante el proceso estuvo en embarazo.	ninguna -Goza de buena salud, el embarazo no tuvo complicaciones, se agitaba en ocasiones debido al peso del feto, motivos por los cuales el nacimiento de su hija fue por cesárea.
----------------------	--	---

Instrumentos de evaluación utilizados

- Entrevista semiestructurada: Es un tipo de entrevista en la cual varían las preguntas, pues se utilizan las que se encuentra previamente dentro de la prueba con las aparecen de manera espontánea durante la entrevista.

Entrevista Neuropsiquiátrica M.I.N.I.: es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DMS-IV y la CIE 10. Se usa para corroborar hipótesis, diagnósticos y criterios y saber si existe comorbilidad con otros trastornos. La M.I.N.I esta diseñada por la organización mundial de la salud para entrevistadores clínicos, consta de 30 preguntas; evalúa episodio depresivo mayor, trastornos de angustia, riesgo suicida, episodio hipomaniaco, agorafobia, trastorno distimico , abuso y dependencia de alcohol, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, trastornos psicóticos trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, trastorno por estrés posttraumático, sexuales femeninos, ansiedad generalizada, criterio de anorexia nerviosa, trastornos sexuales masculinos, antisocial de personalidad, bulimia nerviosa. .En el caso de la paciente puntuó positivo para TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMATICO

ACTUAL crónico de inicio tardío (F43.1) cumpliendo los criterios: El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente, evitación persistente de estímulos asociados al trauma. También se encontró comorbilidad con RIESGO DE SUICIDIO actual MODERADO, en fase de ideación; refería durante las primeras sesiones pensamientos de muerte, y desesperanza aprendida, considerando el suicidio como solución a sus problemas

AUTO REGISTROS

El auto registro es una herramienta que permite ir anotando el proceso psicoterapéutico llevado con los pacientes y donde se evidencian los avances, además de evaluar resultados, deja plasmar las técnicas de intervención y las pruebas aplicadas.

El significado real de llevar a cabo un registro es mirar si se cumple con los objetivos propuestos al inicio de la intervención, revisar en que se ha fallado, buscar nuevas estrategias, y establecen metas a corto y mediano plazo, es decir de una semana y un mes respectivamente.

Las metas trazadas a largo plazo se pueden considerar como la parte final del tratamiento y es el momento en el que se cierra el caso, estas se deben revisar y si se lograron, entonces se determina el éxito la intervención.

En un autorregistro podemos encontrar:

- Fecha: último día de entrenamiento
- Objetivo propuesto: Es lo que se quiere conseguir, puede ser un acto o un cambio de comportamiento y de actitud y tiene su grado de complejidad.
- Objetivo realizado: Se debe describir el dato real y determinar si se cumplió a cabalidad otorgándole un valor.
- Motivo de cumplimiento: En el caso de que no se haya conseguido, se debe anotar la causa y buscar la solución para no continuar caer en el error.
- Grado de satisfacción: Se califica con una puntuación de 0 a 10, el calificar cuantitativamente un resultado, aunque no sea la puntuación máxima, en cierto modo hace que el paciente sienta un grado de satisfacción y pueda evidenciar su avance.
- Causa de satisfacción: Si la puntuación es mayor a 7, detallar en una hoja los momentos en los que los resultados no sean los mejores, esto nos puede servir para motivar al paciente a buscar nuevas estrategias de afrontamiento.
- Finalmente se debe tener flexibilidad en el cumplimiento de los objetivos, si por algún motivo, no se cumplen especialmente los objetivos a corto plazo, habrá necesidad de

buscar nuevas estrategias, el intentar con estas mismas, podría generar un grado de insatisfacción y frustración que termina en estado de ansiedad con consecuencias físicas y psicológicas.

Tabla 1 Clasificación de Dominios

DOMINIOS	
EMOCIONAL/ AFECTIVO	<p>Posee Afecto – Bloqueo. Presenta estados ansiógenos – referentes al tema de la no aprensión del agresor sexual de su hija. Afecto aplanado hacia la bebe que esperaba – hacia la hija de 13 años victima de abuso. Miedo arraigado hacia el futuro de los niños. Tristeza por la impotencia de no ayudar a su hija. Expresiones de ira constantes por la situación vivida. Agresividad Sensibilidad encubierta. Alteración en sus emociones. Insatisfacción emocional.</p>
COGNOSCITIVO/ VERBAL	<p>Ideas recurrentes sobre la posibilidad de suicidio. Frases como: «por eso uno debe desconfiar de todo el mundo» Manifestaciones de ira hacia su madre: con frases como «A mi mama no la soporto» «es que mi mama si necesita tratamiento psicológico de verdad».</p>
INTERACCIÓN SOCIAL	<p>Ausencia disfuncional en sus relaciones interpersonales. Dificultad para establecer nuevos vínculos sociales.</p>
REPERTORIOS RELACIONADOS CON LA SALUD -ENFERMEDAD	<p>Se alimenta adecuadamente. No posee hábitos o rutinas inadecuados.</p>

Impresión Diagnóstica.

En este caso la paciente presenta sintomatología del Trastorno por estrés postraumático con afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas. La paciente experimenta estos síntomas pues ejerce una sobreprotección sobre su hija, desde su nacimiento y volvió a presentar esta conducta después de su abuso, el querer solucionar todos sus problemas, sentir angustia y ansiedad por su futuro considerando que tiene la responsabilidad de que brindarle seguridad y protección, dificultad par establecer nuevos vínculos sociales, su baja autoestima.

-Problemas relativos al grupo primario de apoyo: al ser víctima de abuso sexual por parte de su hermano mayor, crea disfuncionalidad en el contexto familiar, en este caso porque la paciente solo habló de este hecho como tal 10 años después, experimentando sentimientos de ira, y tristeza.

- EEAG 60-51: el afecto aplanado hacia su bebé durante la etapa de gestación, tiempo en el cual se presentó el abuso de su hija menor de 14 años, la disfuncionalidad en sus relaciones interpersonales, no establecer nuevos vínculos, y su actividades diarias giraban en torno a su hija y nieto, el perder la confianza y sentirse rechazada y señalada por su círculo social.

Diagnostico- evaluación multiaxial

Eje I: F43.1 trastorno por estrés postraumático [309.81]

Eje II .N/A

Eje III: N/A

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo; abuso sexual, situación económica, ideación suicida

EJE V: EEAG 60-51

Formulación de hipótesis.

- ✓ Paciente que en su infancia fue abusada, por tal razón en la actualidad presenta síntomas de stress, depresión y ansiedad recurrentes; que según ella son vivenciados en el momento de establecer relaciones de interacción social con iguales.
- ✓ Mantiene proyección incierta de sí misma y de su familia y por tanto también del futuro de sus hijos. sentir angustia y ansiedad por su futuro considerando que tiene la responsabilidad de que brindarle seguridad y protección
- ✓ Al parecer, Sensación de culpabilidad expresados por la paciente frente a la situación de abuso de su hija. Llevando a que ella experimente sentimientos ambivalentes hacia la pareja (victimario). Y pensando en la posibilidad de que este sujeto reclame sus derechos de padre, además con el temor de que su hija menor de edad se hubiese enamorado de él.
- ✓ El abuso de su hija desencadenó pensamientos de muerte, sentimientos de inferioridad, minusvalía, agresividad, incluyendo una importante desesperanza aprendida.

Objetivos terapéuticos:

En la paciente:

Modificar el estado de ánimo triste e irritable

Eliminar anticipaciones negativas en las interacciones sociales

Disminuir culpabilizaciones

Mejorar habilidades sociales y solución de problemas para afrontar la actual situación y las nuevas que se presenten.

Mediante la técnica de exposición en imaginación se expone a la paciente al estímulo que elicitó la respuesta emocional en ausencia de la consecuencia negativa (hasta que se extinga, habitúe o disminuya en intensidad)

En la familia:

-Aumentar el número de actividades gratificantes

Técnicas aplicadas

En la paciente:

-Educación emocional-autocontrol emocional

-reestructuración cognitiva

-Autoobservación

-autoregistro de pensamientos y conductas

-Entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en solución de problemas.

-Terapias de relajación y técnica de exposición en imaginación

En familia:

Planificación de actividades gratificantes

RESULTADOS

Según el análisis del caso desarrollado, evidenciando que las situaciones particulares de la usuaria de 37 años, que fueron objeto de consulta por iniciativa propia, se muestran a continuación, una serie de resultados de acuerdo a las técnicas y pruebas aplicadas sobre la terapia cognitiva conductual desarrollada:

Según el instrumento aplicado MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (1999) para explorar los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. La paciente puntuó positivo para TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO ACTUAL crónico de inicio tardío (F43.1) cumpliendo los criterios: El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente, evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma) se prolongan más de 1 mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo como el establecimiento de nuevos vínculos sociales; sentirse incapaz de la formación e sus hijas y nieto, el temor al fracaso al no cumplimiento de metas.

También se encontró comorbilidad con RIESGO DE SUICIDIO actual MODERADO, en fase de ideación; refería durante las primeras sesiones pensamientos de muerte, y desesperanza aprendida, considerando el suicidio como solución a sus problemas.

En cuanto al proceso de intervención, desde las sesiones iniciales se evidenció que en la paciente existe empatía, situación que genera un ambiente de confianza y compromiso por parte de las dos. Como terapeuta se estuvo pendiente de ella en algunas ocasiones en las cuales no asistió a consulta realizando seguimiento telefónico, animándola para que continuara con el proceso; transmitiéndole seguridad, la paciente en varias ocasiones refirió sentir el apoyo, encontrar una confidente que se encarga de orientarla y escucharla sin juzgarla, consultado cada cosa que sentía, que pensaba, decisiones por tomar.

Ella es una paciente jovial, activa que por la misma necesidad que tiene de mejorar su situación actual, colaboradora y sigue las recomendaciones que se le dan en cada sesión; como la técnica de detención del pensamiento que consiste en la interrupción y modificación por medio de la sustitución de pensamientos indeseables y negativos; la cual refiere poner en práctica frecuentemente.

A medida que avanzan las sesiones se puede evidenciar los cambios positivos como mejorar sus estados de ánimo disforicos, el no volver a tener pensamientos o ideaciones suicidas, el querer salir adelante y trabajar por el futuro de sus hijas y nieto.

Dentro de los logros más representativos del proceso, fue el poder establecer un vínculo afectivo hacia la bebé que esperaba ya que presentaba rechazo hacia su embarazo, pues al realizar una visita domiciliaria después de su nacimiento, pude ser testigo de las expresiones de afecto y amor. Por medio de besos expresiones verbales como” ya no quiero hacer nada por no separarme de ella, siento que la amo demasiado”

El cambiar sentimientos de culpa por responsabilidad ; al no sentir culpa por el abuso de su sino responsabilidad, teniendo en cuenta que a la menor se le había informado de los cuidados que se debía tener con los adultos, el respeto y cuidado por su cuerpo, además la paciente según información recibida por los psicólogos del ICBF (instituto Colombiano de Bienestar Familiar), y de la ella misma no fue víctima de violencia sexual y fue con su

consentimiento, obviamente reconociendo que al ser menor de 14 años se está hablando del delito de abuso sexual. A continuación se presentan los resultados de la evolución de las sesiones de intervención:

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
Sesión I	
<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza la presentación del terapeuta, diligenciamiento del consentimiento informado, indaga sobre el motivo de consulta expectativas del paciente. - Recopilación de datos para el diligenciamiento de la historia clínica; recolecta información sobre la historia de vida de la paciente. - Se realiza el plan de intervención, para determinar cuales son los antecedentes del paciente y que marcaron significativamente su estado actual. 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente es participativo en la sesión, habla sobre algunos aspectos de su historia médica. - Se muestra receptivo frente a los objetivos terapéuticos. - se compromete a trabajar activamente.
Sesión II	
<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza una revisión de la sesión anterior con el fin de actualizar y comprender el plan de intervención propuesto. - Se le ofrece Pni conducción en métodos de relajación para controlar y disminuir ansiedad y estrés, a través de la técnica: Respiración: Definición. La respiración completa es la mejor herramienta a nuestro alcance para normalizar los estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad provocados por factores exógenos (como el trabajo, los estudios, malos hábitos, etc.), y disminuir la tensión muscular y la fatiga. Identificar estas situaciones nos permitirá actuar sobre ellas de la manera más natural que existe: respirando. Los estados de nerviosismo o ansiedad, frecuentemente se asocian a respiración superficial y dolores musculares. Al no oxigenamos suficiente, nuestro cuerpo demanda aire, y podemos sorprendernos suspirando o bostezando varias veces al día. Para invertir este síntoma y beneficiarnos de modo terapéutico, tomaremos conciencia de nuestro medio interno a través de suspiros voluntarios, que liberen nuestra tensión interior, provocando una espiración forzada que nos aporte sensación de bienestar y relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se muestra con deseos de mejorar su situación actual - colabora con la entrevista. - Se compromete a trabajar activamente, siguiendo con el proceso terapéutico. - La paciente muestra interés, su estado de ánimo ha mejorado, refiere sentirse más tranquila, aunque no deja de angustiarse por la suerte que puede correr su hijo y nieto, además de los deseos que tiene de que el culpable del abuso de su hija sea capturado.

Figura 1 Evolución de la Sesión I Y II.

Fuente: Autora

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
Sesión III	
<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza ejercicios de relajación con técnica de respiración diafrágica: es una técnica de respiración que se usa para disminuir cuadros de ansiedad, tensión, indicado para el trastorno de pánico (con o sin agorafobia), trastorno de ansiedad generalizada, el estrés relacionado con condiciones de salud. La respiración que se realiza constantemente se usa para neutralizar ansiedad crónica. - Se enseña técnica de detención del pensamiento, que consiste en una técnica de autocontrol efectiva para evitar los pensamientos rumiativos, esto es, aquellos pensamientos no deseados que se repiten continuamente en ciertas ocasiones y que llevan a sensaciones desagradables, llegando a afectar a nuestro estado de ánimo. - Sensibilización de la paciente a sus sentimientos de culpa, transformándolos en responsabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente es participativa en el ejercicio de respiración. - Asimilación de la técnica por parte de la paciente, logrando con ello controlar los pensamientos rumiativos, logrando un report óptimo en la sesión. - La paciente refiere sentir culpabilidad por los hechos ocurridos en su hogar, que dieron como resultado el abuso de su hija.
Sesión IV : No existe a la cita programada.	
Sesión V	
<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza técnicas de exposición en consulta orientadas a los episodios vividos durante el abuso sexual en su niñez. Se imaginación o Boponer al paciente al estímulo que elicitó la respuesta emocional en ausencia de la consecuencia negativa (hasta que se extingue, hábita o disminuye en intensidad). - se realizaron preguntas: ¿Qué está sintiendo? Rta: Acco - ¿Qué está pensando? Rta: Soy una basura. Eso está mal hecho, soy de lo peor, pero me gusta mucho. Sobre todo el sexo oral. - ¿Que cómo se siente? Ninguno. - ¿Que está viviendo? Un orgasmo pero pasa. Siento culpa. - ¿Cuáles son sus ansiedades corporales? Rta: excitada, viene el orgasmo y después no quiero nada. - ¿En que parte del cuerpo le sienta? Rta: en la vagina. - ¿En que lugares encuentra? Rta: En la sala de la casa en un sofá rojo. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente, plantea un problema, los estímulos antiógenos en vivo siguen suscitando miedo a la paciente, a pesar de la habituación a ellos en imaginación. - La paciente en su retrospectiva, vive estas experiencias refiriéndose que ya no siente la misma ansiedad y el mismo malestar que sentía meses atrás. - La reconstrucción de los hechos no fue difícil para la paciente, sin presentar inquietud motora significativa, lo contrario se mostró tranquila. Manifiesta de manera detallada el lugar de los hechos, como color del sofá, no experimenta aborreción

Figura 2 Evolución de la Sesión III, IV y V.

Fuente: Autora.

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
<p>Sesión VI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza un balance general de los avances que se han conseguido durante el proceso terapéutico. Se evalúa estado de ánimo al inicio diáfrico, irritable, manifestaba deseos de morir es una paciente jovial que aplica y pon en practica las indicaciones realizadas por el terapeuta como la técnica de detención del pensamiento, refiriendo que ha tenido discusiones con su mamá y ya no se agreden verbalmente como ocurría antes. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente se muestra satisfecha , presentando estados eutímicos favorables. - Aplica las técnicas aprendidas en sesiones previas, como la detención del pensamiento con la cual ha logrado disminuir sus rumiaciones.
<p>Sesión VII</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza en consulta identificación de pensamientos que estén ocasionando baja autoestima. Importante fortalecer su autoestima, genera seguridad y permite la creación de estrategias de afrontamiento. <p>Se aplican una serie de preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones o actividades que no se sienta capaz de realizar? Rta: Siento temor de fallar a mi hija, a su nieto y a su bebé, ya que ellos necesitan protección y orientación. - Que parte del autoestima esta afectada? Rta: Incapacidad de amar. - Que piensa de ud? Como se ve? Rta: soñadora, luchadora, alegre, sencilla, coherente y trabajadora. - Que aspectos negativos ve en ud? Rta: Falta de tolerancia, mal humor, temperamento fuerte. «Me sentía una basura por mi abuso, una persona impura». - Cree en si misma? Rta: Si totalmente. - Que sueños tiene por cumplir? Rta: Ver a mi hija feliz, ser cada día mejor, ver crecer a Rafael (Nieto) y Solange (hija bebé) como se merecen. Tener una casa, estabilidad económica. - Se siente capaz de lograr esos sueños? Rta: si , tengo todo para hacerlo, si uno actúa bien , le tiene que ir bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encontramos que su voluntad de sentido sigue afectada por su futuro próximo. - Manifiesta mantener su estado eutímico. - Las estrategias de afrontamiento en la paciente son un tanto vagas, ya que muestra inseguridad en las metas propuestas. Por ejemplo el temor que le genera sentirse incapaz para sacar adelante a sus hijos y nietos, el querer cambiar de lugar de residencia por las frecuentes discusiones con su mamá, además de estar en un sitio donde no se sienta juzgada.

Figura 3 Evolución de la Sesión VI y VII
Fuente: Autora.

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
<p>Sesión VIII – No asistió a la cita programada. Se realiza seguimiento telefónico motivándola para que continúe con el proceso, a lo cual refiere que es la falta de recursos la que le impide asistir, pero reafirma su intención por continuar.</p>	
<p>Sesión IX</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza tarea de registro de pensamiento en consulta. : esta técnica consiste en registrar por escrito los pensamientos que ocasionan ansiedad y que producen emociones negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente muestra un efecto – bloqueo de situaciones que la hacen propensa a tener episodios de ansiedad. Aun presenta tensión emocional, ante pensamientos automáticos relacionados con el abuso de su hija, y manifiesta preocupación excesiva ante el futuro.
<p>Sesión X</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza test proyectivo HTP, basado en la técnica grafica del dibujo. Expresa de manera inconsciente los rasgos mas íntimos de su personalidad. - Caso: Se evidencia hostilidad, agresividad, visión distorsionada acerca de su futuro. Imaginación, fantasías y deseos de cómo construirlo. Observación: es una persona que no se deja conocer fácilmente, no tiene un proyecto de vida estructurado, no puede proyectarse ni a mediano o largo plazo. - Ábrol: no hay una definición clara de sus emociones, se encuentra agresividad, hostilidad, sensibilidad encubierta, ausencia de metas. Observación: Desconoce sus orígenes, disfuncionalidad de sus relaciones interpersonales. frustración, no ve a la familia como un apoyo así ellos si lo sean. Puede existir culpabilización hacia ellos y los ve como un factor de riesgo. - Figura femenina: Alteración en sus emociones, su desarrollo psicosexual muestra insatisfacción y dificultad para establecer relaciones. Dificultad para expresar lo que piensa y lo que siente. Muestra una gran necesidad de afecto. Agresividad y conflicto con su sexualidad. - Figura masculina: Agresiva, conflicto con la sexualidad masculina y su género. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente realiza dibujos, sigue instrucciones y mantienen un report adecuado. Refiere sentirse tranquila, libera carga emocional en cada sesión, ya que se le permite expresarse sin ser juzgada, y al reconstruir hechos del pasado no genera malestar en ella.

Figura 4 Evolución de la sesión VIII, IX y X
Fuente: Autora.

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
Sesión XI – No asistió a la cita programada, de igual modo se realiza seguimiento telefónico , estimulándola y motivándola para que continúe con el proceso.	
Sesión XII	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente refiere sentimientos de rabia, impotencia, ansiedad por la situación de injusticia por la cual el presunto abusador de su hija no está en prisión.
<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza la continuación de la segunda parte del test HTP. Se realizan nuevas preguntas para continuar con el análisis: 	<ul style="list-style-type: none"> - Pese a esto, la paciente muestra satisfacción por los avances obtenidos por el tratamiento terapéutico. Continúa con la aplicación de las técnicas aprendidas en sesiones previas, como la detención del pensamiento con la cual ha logrado disminuir sus rumiaciones.
Sesión XIII	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente refiere «ha progresado mucho, soy una mujer mas serena, mucho mas tranquila, no me altero con tanta facilidad, trato a los demás con mucho mas respeto y amor, ya no siento culpa por lo que le sucedió a mi hija, solo pienso en trabajar por el futuro de los tres.» (hija – nieto).
<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza seguimiento y resultado de las intervenciones. - Se realiza nuevamente la técnica de exposición en imaginación. Realizada en la sesión V. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al momento de realizar la técnica la paciente se muestra tranquila , refiere un estado eutímico, sin efectos de ansiedad, no se siente afectada. - La paciente refiere: « me siento súper bien, he logrado superar pruebas difíciles como el abuso de mi hija, mi embarazo , la traición de mi pareja, me falta superar la situación en que se encuentra mi ex pareja.

Figura 5 Evolución de la Sesión XI, XII y XIII.

Fuente: Autor

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
Sesión XIV	<ul style="list-style-type: none"> - Se logró sensibilizar a la paciente sobre las consecuencias psico – emocionales de la falta de afecto hacia su bebe.
<p>_ Se enseñan técnicas de estimulación prenatal , ya que es importante fortalecer el vínculo afectivo, evitando con ello consecuencias emocionales de la bebe mas adelante; por presentarse afecto tan aplanado en la actualidad hacia la bebe en su etapa de gestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se orienta a la paciente en tener espacios de forma intima donde manifieste expresar sus sentimientos positivos hacia el bebe, o en momentos de reposo logrando la conversación con su bebe. 	<ul style="list-style-type: none"> -La paciente se compromete a realizar estas técnicas de conexión con su bebe.
Sesión XV	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente, confirma haber realizado estos ejercicios , obteniendo resultados positivos.
<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de la prueba MINI. Corroborar hipótesis diagnósticos y conceptos del DMS –IV . 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente afirma : «Aprendí a vivir en paz y armonía, respecto a mi bebe sentí que le pude dar mas importancia pues ella lo merece».
Sesión XVI	<ul style="list-style-type: none"> -La paciente se encuentra satisfecha con los logros obtenidos en el tratamiento terapéutico.
<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza grabación de la sesión, con la autorización de la paciente, ya que conoce de antemano que es con fines académicos y que se protegerá su identidad. <p>Como se ves un día en su casa con sus hijas y su nieto? Rta: Muy feliz. Mi hija la mayor espera mucho a su hermanita y eso me tiene muy feliz.</p> <p>Que va a pasar cuando tenga a su bebe en sus brazos? Rta: Mucha felicidad. Es una vida!!!.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se evidencia en la grabacion efectuada que la paciente ha logrado cambios positivos en su vida. (Escuchar grabacion –Anexo).

Figura 6 Evolución de la Sesión XIV, XV y XVI

Fuente: Autora.

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN	EVOLUCIÓN
<p>Sesión XVII</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se evalúa en sesión los resultados del tratamiento terapéutico: - Cambios: <ul style="list-style-type: none"> * Ansiedad por tranquilidad * Abatida por paciencia * Violencia por buen trato * Culpa por Responsabilidad * Pasado por presente 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente en un estado autístico refiere: « me encanta el presente» «Tengo ansiedad de la buena, por el buen futuro, que venga lo que venga.. Bienvenido sean». -Manifiesta tranquilidad, seguridad, compromiso con su proyecto de vida, y el trabajar por el bienestar de sus hijas y nieto. -Se evidencian resultados positivos ya que se han logrado corregir patrones de pensamiento negativos, que actuaban como estímulos ansiógenos en la paciente , como el rechazo hacia su mamá, el sentir culpa por el abuso de su hija, el lograr sensibilizarla respecto a la importancia de establecer un vínculo afectivo con su bebé.
<p>Sesión XVIII</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza visita domiciliar por espacio de dos horas. Debido a que la paciente dio a luz el 13 de julio del año en curso. - Se realizó para verificar el estado anímico de la paciente, la situación familiar actual, observar el comportamiento de los nuevos miembros de la familia y la interacción de la paciente con los mismos. - Se interactuó con otros miembros de la familia, como la madre, hermanas, sobrinas m hijo, nieto y bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> - La paciente se encuentra en un estado anímico excelente. - La paciente refiere que ha superado la devaluación, se siente optimista y esta mas segura de si misma y de lograr las metas propuestas. - Refiere: «Me siento bien y feliz por la llegada de mi bebé» . - El vínculo afectivo se ha fortalecido desde su nacimiento, se realiza diena de caso por los cuidados que se deben tener post parto. - Además de los avances obtenido en el tratamiento psico terapéutico argumentados por la paciente; teniendo en cuenta la finalización de practicas en el Centro de Proyección social.

Figura 7 Evolución sesión XVII y XVIII.

Fuente: Autora.

6. DISCUSIÓN

El Centro de Proyección Social de Piedecuesta en su determinación de hacer intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual evidencia, que a través de este conjunto de técnicas, es posible para los pacientes enfrentar eficazmente los problemas mentales y superar paulatinamente múltiples perturbaciones psicológicas.

Para poblaciones con habitantes en situación de vulnerabilidad, es prioritario que existan instituciones como CPS, la cual ofrece servicios de psicología a personas, que no solo asisten a consulta porque alguna entidad de salud o autoridad civil los remiten, sino porque la gran mayoría de ellas lo hacen por iniciativa propia, lo cual denota un interés y preocupación de las familias por mejorar su calidad de vida.

Retomando lo que dice al respecto ⁴ el tipo de atención, que organismos públicos a nivel del planeta (muy similares al CPS) ofrecen a sus pacientes son confianza en relación con medidas preventivas, posturas éticas y actitudes humanizadas, como la escucha, el respeto y la solidaridad para llegar a comprender sus demandas y expectativas

El Centro de Proyección Social y todo el equipo de la institución aplica las Técnicas Cognitivas Conductuales cuya metodología estructurada y de resolución de problemas permite integrar la intervención clínica directa con la prevención y la promoción de la salud, es por tal razón que el centro de proyección social organizan y promueven en el municipio de Piedecuesta campañas de prevención promoción e intervención sobre salud mental en niños, jóvenes y adolescentes, especialmente en estos últimos porque son quienes presentan problemas de rebeldía, al no ser aceptados en su círculo social. El joven en su permanente búsqueda de identidad experimenta ciertos estilos de vida que le traen consecuencias negativas tales como estados de ánimo depresivos, agresividad, inestabilidad emocional que confluyen en el ámbito familiar, social y personal, ocasionando conflictos, requiriendo para ello orientación de terapeutas especialistas en Psicología no solo para los jóvenes, sino para los padres, docentes y demás personas del entorno social.

⁴ (Vallejo, Samudio, Córdoba, Arévalo, 2009),

El compromiso de CPS y su excelente labor, genera en la institución preocupación por el aumento de pacientes y el poco el personal capacitado, pues son los estudiantes de Psicología pregrado y posgrado quienes se encargan de la atención, con la premisa que solo cuentan con periodo determinado mientras cumplen con las horas de práctica.

Ahora bien, en el desarrollo de la práctica, se destaca el género femenino como el que más concurre por iniciativa propia y de manera voluntaria solicitar intervenciones clínicas, no obstante del 100% de personas atendidas el 90% corresponden a jóvenes y niños remitidos por los colegios que conocen la labor de CPS. De otro lado, las problemáticas encontradas a las personas atendidas en el instituto, el 33% corresponde a pacientes con problemas escolares y un 20% con síntomas de ansiedad, y el caso del presente estudio de abuso sexual acaecido en su infancia.

Este refiere a una usuaria de 37 años que llega a consulta en un estado de ansiedad y presenta estado de ánimo depresivo, idea suicida, ansiedad por la difícil situación que atraviesa, al realizar un diagnóstico se evalúa que los tipos de conductas presentadas, el tiempo y los síntomas; se confirma que la paciente fue víctima de abuso sexual en su niñez., seguidamente se analiza la parte afectiva, cognitiva y conductual de la usuaria para iniciar el proceso psicoterapéutico adecuado dependiendo del tipo de patologías.

Es evidente que el abuso sexual genera en las personas afectadas situaciones de malestar que desencadenan tipos de conductas que afectan el estado emocional e interfieren en la cotidianidad y en el desempeño de actividades. Con la intervención de la Psicología Clínica, el profesional interviene los procesos naturales, para volverlos conscientes y manifiestos, de tal manera permitiendo un autocontrol de la conducta problema. De acuerdo a lo manifestado por Beck.(1999) este aspecto es fundamental “el paciente aprende a conocer cómo se desarrollan sus esquemas mentales negativos, que los dispara, que los mantiene, como se perpetúan y de qué manera deben controlarse.”.

Con la modificación de conductas y creando en la paciente estrategias de afrontamiento ante sus problemas se producen resultados positivos. Es importante mencionar que los antecedentes de la conducta pueden dirigir a descubrir asociaciones con el comportamiento, que posibilitan generar hipótesis útiles en la terapia.

Los resultados de la psicoterapia mejoran la autoestima de la paciente, este proceso se realiza durante 4 meses, logrando disminuir cuadros de ansiedad a consecuencia del abuso sufrido en la edad de 7 a 10 años. Este manejo y control de las emociones como la ira, la agresividad por medio de la técnica de respiración diafragmática; técnica de respiración, que se usa para disminuir cuadros de ansiedad, tensión, desorden de pánico; y agorafobia originando estados relajación.

Los ejercicios de relajación en las noches antes de ir a dormir permiten disminuir tensión muscular y fatiga. Los estados de ansiedad se asocian a la respiración superficial, al no oxigenar suficiente el cuerpo demanda aire, para invertir este síntoma y beneficiar de modo terapéutico, se le pide a la paciente tomar conciencia del medio interno a través de suspiros voluntarios, que liberan tensión interior, provocando una respiración forzada que aporta sensación de bienestar y relajación.

También se aplica la técnica de exposición en imaginación que consistió en exponer al paciente al estímulo de respuesta emocional en ausencia de la consecuencia negativa, hasta que se extinga, habitúe o disminuya en intensidad; consiguiendo resultados positivos, eliminando en la paciente conductas ansiosas que afecte su tranquilidad,

Después de varias semanas la paciente en una entrevista refiere “me siento tranquilidad” concluyendo que la terapia fue efectiva al obtener resultados óptimos en el trastorno de estrés postraumático.

Todos estos aspectos además de dejar satisfacción en el terapeuta, lo compromete a seguir trabajando y valorando esta profesión, desarrollando e investigando, no solo por esperar una remuneración económica sino por vocación. Es esta profesión, un compromiso social con la humanidad.

Como se puede observar, para el caso en este estudio los instrumentos van desde pruebas especializadas hasta entrevistas individuales y grupales, que permitan determinar la relación e interacción familiar. Los resultados arrojan que cuando alguien presenta TEPT responde a un evento traumático, mediante mecanismos mentales, que por lo general traen como consecuencias la afectación de su salud mental y el desarrollo de alguna patología

Además el encontrar otras problemáticas como trastornos de personalidad de padres, cuidadores o tutores, falta de apoyo, ausencia de afecto, consumo de spa, embarazos no deseados y familias disfuncionales afectan y agudizan los trastornos mentales en una persona, existen muchos más factores que aumentan la reactivación de síntomas que pueden provenir de los aspectos que se acaban de mencionar, para el caso de la paciente el revivir nuevamente el hecho traumático, que vivió durante su niñez y volver a experimentarlo con su hija quien también fue víctima de abuso sexual.

Las dificultades que presentan los estudios realizados, las técnicas aplicadas y la falta de colaboración de las familias de las víctimas no limitan el grado de confiabilidad de las pruebas e instrumentos aplicados. Así como el aporte de la psicología clínica, forense y jurídica disciplinas que hoy y en el futuro garantizaran la veracidad de las investigaciones

CONCLUSIONES

- Cuando un menor es abusado sexualmente es necesario iniciar de forma inmediata un tratamiento psicoterapéutico, ya que las consecuencias más graves se manifiestan en la edad adulta y repercute en el sano desarrollo de su personalidad.
- Un psicólogo clínico no debe ver a un paciente como uno más de los muchos que se atienden diariamente, siempre se debe poner el mismo empeño y aprecio hacia ellos; en parte el éxito de una intervención depende también de la actitud del profesional como de la empatía que se tenga, una muestra clara de esto los resultados positivos que se lograron con la paciente del estudio de caso, el sentir ella el apoyo el respeto, y lo importante que era para su terapeuta el contribuir a mejorar su problemática sin importar las dificultades, problemáticas presentadas.
- Cuando un profesional en psicología clínica se encuentra con casos tan complejos como estos es necesario realizar un seguimiento de manera muy profesional con el paciente, mirar que pasó después de finalizar el proceso, ahí es cuando realmente se puede evaluar que tan eficaz fue el proceso, además de motivarlos a seguir avanzando y demostrar la importancia de buscar ayuda profesional y especializada cuando la persona sienta que no puede manejar y controlar situaciones que generen malestar, episodios traumáticos que interfieran en su estado emocional y en salud mental.
- El caso presentado deja gran satisfacción y compromiso para el campo profesional, haber podido apoyar a la paciente en un momento difícil, encontrando resultados positivos con las técnicas aplicadas durante el proceso realizado.
- Se realizó una intervención oportuna y continua en la que por medio de técnicas como la de exposición en imaginación, de relajación, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, se consigue la estabilidad emocional de la paciente, creando estrategias de afrontamiento ante situaciones que puedan generar malestar en ella y que puedan transmitir a sus hijas y nietos e interfieran en su sano desarrollo.

RECOMENDACIONES

Para el caso:

- El equipo de Consulta especializada en Psicología del Centro de Proyección Social, se les recomienda intervenir con programas y talleres sobre autoestima a los usuarios que consultan por estrés postraumático o estrés generalizado, con el objeto fortalecer y dar herramientas a esta población para que puedan enfrentar y resolver los retos y responsabilidades que la vida plantea.
- Con el objetivo de que los pacientes con TEPT recuerden el trauma sin que genere malestar, y ansiedad, se recomienda vivir la misma situación a través de técnicas de exposición, permitiendo con ello una retrospectiva y una reconstrucción de los hechos, que permita habituarse a la situación sin presentarse rumiaciones, frustraciones, o malestares que le generan el recordar episodios traumáticos como el abuso sexual presentado en la niñez.
- Para el control del stress se debe enseñar a la paciente técnicas vinculadas con la psicoterapia, entre ellas, la relajación física y mental, realizar técnicas de detención del pensamiento, incentivando y motivando su voluntad de sentido para alcanzar las metas propuesta en su futuro, esto le proporcionará alcanzar un nivel de calma, reduciendo sus niveles de estrés y ansiedad.
- Reactivar redes de apoyo como son sus relaciones familiares, que le proporcionaran actitudes y normas de comportamiento para a afrontar con eficacia las distintas situaciones que llegasen a presentar.

Generales:

- Apoyo y seguimiento continuo a pacientes que presenten algún tipo de trastorno, aun después de lograr estabilizarlo o de finalizar el tratamiento.

- En materia general, se podría orientar las terapias a un nivel más psiquiátrico para ciertos casos de atención especial, como los pacientes que refieren ideas suicidas y agresivas.
- Trabajar por ampliar las instalaciones físicas del CPS para mejorar y aumentar la atención de pacientes, además del espacio que se necesita para integrar a un nuevo grupo de profesionales de todas las áreas que allí se encuentran.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. 1995. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV). Barcelona, Masson S.A.
- Barry H. Kantowitz, Henry L. Roediger, III, David G. Elmes. 1987. Psicología experimental. Otto Zinser. Bogota: McGraw-Hill, 526 p. 152 Z78.
- Chiappe V. 2000. Clínica de los trastornos por ansiedad: estrés postraumático y trastorno de pánico. En: Grau A, Meneghello J (editores). Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, p 334-46
- Donnelly C, Maletic V, March J. 1998. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En: Parmelee D (editor). Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid, Harcourt Brace, p 97-120
- Dr. César Sparrow Leiva 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú Asociación Oaxaqueña de Psicología Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 57-65.
- Echeburúa E, de Corral P. 1995. Trastorno de estrés postraumático. En: Belloch A, Sandin B, Ramos F. (editores). Manual de Psicopatología (Volumen 2). Madrid, Mc Graw-Hill, p 171-86
- Fernández-Fernández Daniel, 2012. La patologización del deseo: apuntes críticos en torno a la coerción de la identidad y del placer. Revista virtual de psicología, [En línea] Consultada en noviembre de 2013] Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000200002
- Gerardo A. Hernández M. Ángela C. Tapias S. 2010. Maltrato infantil: normatividad y psicología forense Universidad Santo Tomás, Colombia. Revista de Psicología. Recuperado de

http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_10/vol.6no.2/articulo_12.pdf
dfores adolescentes y familias grandes o mono parentales, entre otros (Save the Children

Grimes K. 1998. Problemas frecuentes de comportamiento y reacciones al estrés. En: Parmelee D (editor). *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid, Harcourt Brace, p 311-26

Gurwitch R, Sullivan M, Long P. 1998. The impact of trauma and disaster on young children. *Child and Adolesc Psychiatric Clinics of North America*; 7:19-32

Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? 2001. A survey of state child protection administrators. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 1139-58.

López Mayte Francia. (2008). Trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno límite de la personalidad: ¿Es posible una distinción clara entre ambos trastornos? Departamento de Psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo-CEU de Madrid. Recuperado en septiembre 2013. Sitio web disponible: <http://www.maribelium.com/art.postraumatico.htm>.

March J, Amaya - Jackson L, Pynoos R. 1997. Pediatric posttraumatic stress disorder. En: Wiener J. (editor). *Text book of Child and Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. Washington DC, American Psychiatric Press, p 507 - 24

Márquez M. 2000. Los trastornos por estrés: del trauma a la disociación. En: Grau A, Meneghello J (editores). *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, p 369 -79

Milgram N. 1993. Los niños y el estrés. En: Ollendick T, Hersen M (editores). *Psicopatología Infantil*. Barcelona, Martínez de Roca, p 464-83

Montt M, Hermosilla W. 2001. Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 30:110-20

Montero Domínguez Eva. (S f). Auto registro. [En Línea] Consultado en mayo de 2014.
Recuperado de:
<http://www.psicologiaclinicaydeldeporte.es/Documentos/Deporte/Generales->

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. 1994. [En Línea] Consultado en mayo de 2014. Recuperado de: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>

Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid, Meditor, 1992.

Palacios. Américo Jorge. 2010. Psicología comunitaria. Tesis de Grado. Facultad de Psicología Universidad Corporación Unificada Nacional De Educación Superior Apartadó Antioquia. [En Línea] Consultado en noviembre de 2013. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/jorgeamericopalaciospalacios/psicologa-comunitaria-24457195>

Paulo Sérgio Pihneiro. 2003. Informe: ONU Acabar con Violencia contra los niños y los adolescentes. Disponible <http://www.unicef.org/violencestudy/>.pdf

Peláez Gloria Patricia. (2009). HIPERACTIVIDAD: ¿SÍNTOMA O TRASTORNO? ¿DE QUÉ O DE QUIÉN? Electrónica Psiconex. Medellín. Recuperado en septiembre 2013. Sitio web disponible: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/7581/7001>

Perry B, pollard R. 1998. Homeostasis, estrés, trauma y adaptación: Una visión del desarrollo neurológico de los traumas de la infancia. Niños y adolescentes. Psychiatric Clin North Am; 7:33-51


Pfefferbaum B, Allen J. 1998. E estrés en los niños expuestos a la violencia: Recreación y rabia. Niños Adolesc Psychiatric Clin North Am; 7:121-35

Pfefferbaum B. Trastorno de estrés postraumático en niños: una revisión en los últimos 10 años. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36:1503-11

- Reynoso Erazo; Isaac Seligson Nisenbaum 2005. Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México: El Manual Moderno, 210 p.: il.
- Shaw J, Applegate B, Schorr C. Veintiún-mes de seguimiento de los niños en edad escolar expuestos al huracán Andrew. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:359-64
- Shaw J, Applegate B, Tanner S. 1995. Efectos psicológicos de la hurrucance Andrew en una población escolar de primaria. *J Am Acad Child Adolesc Psiquiatría*; 34:1185-92
- Sparrow, C. (2007) *Terapia cognitiva de conduccion*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt
- Terr L. 1985. Trauma psíquico en niños y adolescentes. *Psychiatric Clin North Am*; 8:815-35
- Valdivia Mario. (2005). Trastorno por estrés postraumático en la niñez - Posttraumatic stress disorder in childhood - *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Recuperado en septiembre 2013. Sitio web disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07172272002000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Valencia Olga Lucia. (2010) Características demográficas y psicosociales de los agresores sexuales. Complutense de Madrid, España Universidad Santo Tomás, Colombia – *Revista Psicología Universidad Santo Tomas de Colombia*. Recuperado en septiembre de 2013. Sitio web disponible: http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_10/vol.6no.2/articulo_6.pdf
- Witmer, L. (1979) Citado en la Revista de la Universidad Católica de Ecuador. En línea. Consultado en mayo de 2014. Recuperado de http://www.puce.edu.ec/sitios/publicaciones/Centro_de_Publicaciones/Revistas/Publicaciones/Revista%2024.pdf

ANEXOS

Anexo A Historia clínica

 Universidad Pontificia Bolivariana <small>RECTORADO BOGOTÁ</small>	FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL Código: FO - 405 - 007 Versión: 1 Página 1 de 5			
	Fecha de recepción	Día	Mes	Año
1. DATOS DEMOGRÁFICOS				
1.1 Datos del paciente				
Nombre	Sexo	Edad	Estado civil	Documento de identidad
	M F			
Lugar y fecha de nacimiento	Dirección Residencia			
Estrato	Teléfono Residencia		Celular	
Profesión / Escolaridad		Ocupación		
Remitido por				
Entidad		Tipo		
1.2 Datos del acudiente				
Nombre	Parentesco		Edad	Estado civil
Documento de identidad	Dirección Residencia			
Estrato	Teléfono Residencia		Celular	
Profesión / Escolaridad		Ocupación		
2. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE				
2.1 Motivo de consulta:				
2.1 Observación general del consultante:				

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>REGIONAL BOGOTÁ</small></p>	<p>FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL</p> <p>Código: FO - 405 - 007 Versión: 1 Página 2 de 5</p>
<p>2.3 Descripción de la situación actual:</p>	
<p>3. ANTECEDENTES PERSONALES</p>	
<p>4. ANTECEDENTES FAMILIARES</p>	

Anexo B Consentimiento informado



CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE
PIEDECUESTA
Servicio de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, Manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece el *Centro de Proyección Social de Piedecuesta* se desarrolla a través de **Psicólogos en Práctica y Pasantías** de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor, quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso y en los casos que se considere pertinente acompañara las sesiones.

Acepto que la información que aporte a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del psicólogo practicante o pasante explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consiente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar el inicio de mi proceso de intervención psicológica.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____ En presencia del pasante/practicante de psicología _____

Consultante

Psicólogo en prácticas /pasantía

Psicólogo Asesor

SEDE MEDELLÍN Campus de Laureles Circular 1° No. 70-01 / Teléfono: (057) (4) 41590151 Fax: (057) (4) 2602080 / Apartado Aéreo 580061 E-mail: comrelp@upb.edu.co
SECCIONAL BUCARAMANGA Autopista a Piedecuesta km. 77 Teléfono: (057) (7) 6796220/ Fax: (057) (7) 6796221/ E-mail: info@upboga.edu.co
SECCIONAL MONTERÍA Km. 8 Vía Cereté / Teléfono: (057) (4) 7860146/ Fax: (057) (4) 7860121 E-mail: crelinter@upbmonteria.edu.co
SECCIONAL PALMIRA Seminario Cristo Sacerdote, Km. 1-Vía Tienda Nueva / Teléfono: (057) (2) 27025451 Fax: (057) (2) 2723121/ E-mail: upbpalmira@upb.edu.co
www.upb.edu.co / Colombia 1 Suramérica

Anexo C Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional

FECHA DE LA ENTREVISTA _____ NUMERO DEL PROTOCOLO _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____

MÓDULOS	PERIODO EXPLORATORIO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM IV	ICD-10
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	↑	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Pasado	↑	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SINTOMAS MELANCOLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	↑	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B. TRASTORNO DISTIMICO	Actual (últimos 2 años)	↑	300.4	F34.1
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (ultimo mes)	↑		
	Riesgo: ↑ leve ↑ moderado ↑ alto			
D. EPISODIO MANIACO	Actual	↑	296.00-296.06	F30.X-F31.9
	Pasado	↑		
EPISODIO HIPOMANIACO	Actual	↑	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.1
	Pasado	↑		
E. TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (ultimo mes)	↑	300.01/300.21	F40.01- F41.0
	De por vida	↑		
F. AGORAFOBIA	Actual	↑	300.22	F40.00
G. FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)	Actual (ultimo mes)	↑	300.23	F40.1
H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (ultimo mes)	↑	300.3	F42.8
I. ESTADO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO (opcional)	Actual (ultimo mes)	↑	309.81	F43.1
J. DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	↑	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	↑	305.00	F10.1
K. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	↑	304.00-90/305.20-90	F11.1- F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	↑	304.00-90/305.20-90	F11.1- F19.1
L. TRASTORNOS PSICOTICOS	De por vida	↑	295.10-295.90/297.1	F20.xx- F29
	Actual	↑	297.3/293.81/293.82	
			293.89/298.8/289.9	
TRASTORNO DE EL ESTADO DE ANIMO CON SINTOMAS PSICOTICOS	Actual	↑	296.24	F32.3/F33.3
M. ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	↑	307.1	F50.0
N. BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	↑	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA PURGATIVA	Actual	↑	307.1	F50.0
O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	↑	300.02	F41.1
P. TRASTORNO ANTISOCAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	↑	301.7	F60.2
Q. TRASTORNO SEXUAL FEMENINO				
Q2 TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL			302.71	F52.0
Q3 TRASTORNO POR AVERSION			302.79	F52.10
Q4 TRASTORNO DE LA EXCITACION			302.72	F52.2
Q5 TRASTORNO ORGASMICO FEMENINO			302.73	F52.3
Q6 DISPAREUNIA			302.76	F52.6
Q7 VAGINISMO			306.51	F52.5
R. TRASTORNO SEXUAL MASCULINO				
R2 TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL			302.71	F52.0
R3 TRASTORNO POR AVERSION			302.79	F52.10
R4 DISFUNCION ERÉCTIL			302.72	F52.2
R5 TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO			302.74	F52.3
R6 EYACULACION PRECOZ			302.75	F52.4
R7 DISPAREUNIA			302.76	F52.6

FECHA DE LA ENTREVISTA _____ NUMERO DEL PROTOCOLO _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1		NO	SI	1
A2		NO	SI*	2
		→		
		NO	SI	
A3	a.	NO	SI	3
	b.	NO	SI	4
	c.	NO	SI	5
	d.	NO	SI	6
	e.	NO	SI	7
	f.	NO	SI	8
	g.	NO	SI	9

NO SI*
EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
ACTUAL

A4	a.	→	NO	SI	10
	b.				

NO SI 11
EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
PASADO

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCOLÍCOS (opcional)

A5	a.	NO	SI	
	b.	NO	SI	12
		→		
		NO	SI	
A6	a.	NO	SI	13
	b.	NO	SI	14
	c.	NO	SI	15
	d.	NO	SI	
	e.	NO	SI	
	f.	NO	SI	16

NO SI
Episodio Depresivo Mayor
Con síntomas melancólicos
Actual

B. TRASTORNO DISTÍMICO

B1		→	NO	SI	17
B2					
B3	a.	→	NO	SI	18
	b.				

→
NO SI

B4		→	NO	SI	25
----	--	---	----	----	----

NO SI
TRASTORNO DISTÍMICO
ACTUAL

C. RIESGO DE SUICIDIO

C1		NO	SI	1
C2		NO	SI	2
C3		NO	SI	6
C4		NO	SI	10
C5		NO	SI	10
C6		NO	SI	4

NO SI
RIESGO DE SUICIDIO
1-5 PUNTOS LEVE ↑
6-9 PUNTOS MODERADO ↑
≥ 10 PUNTO ALTO ↑

D. EPISODIO (HIPO) MANIACO

D1	a.	NO	SI	1
	b.	NO	SI	2
D2	a.	NO	SI	3
	b.	NO	SI	4
		→		
		NO	SI	
D3	a.	NO	SI	5
	b.	NO	SI	6
	c.	NO	SI	7
	d.	NO	SI	8
	e.	NO	SI	9
	f.	NO	SI	10
	g.	NO	SI	11
		→		
		NO	SI	
D4		NO	SI	12

↓ ↓
□ □
HIPOMANIACO MANIACO

NO SI
EPISODIO HIPOMANIACO
ACTUAL □
PASADO □

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

E1	a.	→	NO	SI	1
	b.	→	NO	SI	2
E2		→			
		NO	SI	3	
E3		NO	SI	4	
E4	a.	NO	SI	5	
	b.	NO	SI	6	
	c.	NO	SI	7	
	d.	NO	SI	8	
	e.	NO	SI	9	
	f.	NO	SI	10	
	g.	NO	SI	11	
	h.	NO	SI	12	
	i.	NO	SI	13	
	j.	NO	SI	14	
	k.	NO	SI	15	
	l.	NO	SI	16	
	m.	NO	SI	17	

→
NO SI
Trastorno de
Angustia
alguna vez
en la vida
E5
NO SI
Crisis con
síntomas limitados
alguna vez
en la vida - actual
E6
NO SI 18
Trastorno de
angustia
Actual
E7

F. AGORAFOBIA

F1		NO	SI	19
F2		NO	SI	20

NO SI
EPISODIO DE
ANGUSTIA
Sin Agorafobia
ACTUAL

NO SI
EPISODIO DE
ANGUSTIA
Con Agorafobia
ACTUAL

NO SI

<p>=====</p> <p>G. FOBIA SOCIAL</p>															
G1	→	NO SI	i												
G2	→	NO SI	2												
G3	→	NO SI	3												
G4															
<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social) ACTUAL</p> </td> </tr> </table>				NO	SI	<p>FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social) ACTUAL</p>									
NO	SI														
<p>FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social) ACTUAL</p>															
<p>=====</p> <p>H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</p>															
H1	NO SI	1													
	→H4														
H2	NO SI	2													
	→H4														
H3	NO SI	3													
		<u>Obsesiones</u>													
H4	NO SI	4													
		<u>Compulsiones</u>													
H5	→	NO SI													
H6	→	NO SI	5												
<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO ACTUAL</p> </td> </tr> </table>				NO	SI	<p>TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO ACTUAL</p>									
NO	SI														
<p>TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO ACTUAL</p>															
<p>=====</p> <p>I. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</p>															
I1	→	NO SI	1												
I2	→	NO SI	2												
I3	→	NO SI	3												
I4	a.	NO SI	4												
	b.	NO SI	5												
	c.	NO SI	6												
	d.	NO SI	7												
	e.	NO SI	8												
	f.	NO SI	9												
I5	→	NO SI													
	→	NO SI	10												
	→	NO SI	11												
<p>=====</p> <p>J. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL</p>															
J1	→	NO SI	1												
J2	a.	NO SI	2												
	b.	NO SI	3												
	c.	NO SI	4												
	d.	NO SI	5												
	e.	NO SI	6												
	f.	NO SI	7												
	g.	NO SI	8												
<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</p> </td> </tr> </table>				NO	SI	<p>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</p>									
NO	SI														
<p>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</p>															
J3	a.	NO SI	9												
	b.	NO SI	10												
	c.	NO SI	11												
	d.	NO SI	12												
<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</p> </td> </tr> </table>				NO	SI	<p>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</p>									
NO	SI														
<p>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</p>															
<p>=====</p> <p>K. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHOLICAS</p>															
K1	a.	NO SI													
<p>ESPECIFIQUE LA DROGA (S) MAS USADA:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>SOLO UNA DROGA/CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA. <input type="checkbox"/></p> <p>SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA <input type="checkbox"/></p> <p>CADA DROGA ES EXAMINA INDIVIDUALMENTE <input type="checkbox"/></p> <p>b. QUÉ DROGA VA A SER EXPLORADA _____</p> <p>_____</p>															
K2	a.	NO SI	1												
	b.	NO SI	2												
<p>=====</p> <p>L. TRASTORNOS PSICOTICOS</p> <p>EXTRAÑOS</p>															
L1	a.	NO SI	SI 1												
	b.	NO SI	SI 2												
			→												
L2	a.	NO SI	SI 3												
	b.	NO SI	SI 4												
			→												
L3	a.	NO SI	SI 5												
	b.	NO SI	SI 6												
			→												
L4	a.	NO SI	SI 7												
	b.	NO SI	SI 8												
			→												
L5	a.	NO SI	SI 9												
	b.	NO SI	SI 10												
L6	a.	NO SI	SI 11												
	b.	NO SI	SI 12												
			→												
L7	a.	NO SI	SI 13												
	b.	NO SI	SI 14												
L8	b.	NO SI	SI 15												
L9	b.	NO SI	SI 16												
L10	b.	NO SI	SI 17												
L11															
<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>TRASTORNO PSICOTICO ACTUAL</p> </td> </tr> </table>				NO	SI	<p>TRASTORNO PSICOTICO ACTUAL</p>									
NO	SI														
<p>TRASTORNO PSICOTICO ACTUAL</p>															
L12															
<p>=====</p> <p>I6</p> <table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL</p> </td> </tr> </table>				NO	SI	<p>ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL</p>									
NO	SI														
<p>ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL</p>															
<p>=====</p> <p>K3</p> <table border="1"> <tr> <td>a.</td> <td>NO SI</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>NO SI</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>NO SI</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>NO SI</td> <td>11</td> </tr> </table>				a.	NO SI	8	b.	NO SI	9	c.	NO SI	10	d.	NO SI	11
a.	NO SI	8													
b.	NO SI	9													
c.	NO SI	10													
d.	NO SI	11													
<p>ESPECIFICAR LA DROGA (S)</p> <table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</p> </td> </tr> </table>				NO	SI	<p>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</p>									
NO	SI														
<p>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</p>															
<p>ESPECIFICAR LA DROGA (S)</p> <table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</p> </td> </tr> </table>				NO	SI	<p>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</p>									
NO	SI														
<p>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</p>															

L13 a. NO SI
b.

NO	19	SI
TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		

=====

M. CRITERIO DE ANOREXIA NERVIOSA

M1 a. pies pulg
 cm
b. Libras
 Kgs.
→
c. NO SI

M2 → NO SI 1

M3 → NO SI 2

M4 a. NO SI 3

b. NO SI 4

c. NO SI 5

M5 → NO SI

M6 → NO SI 6

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

=====

N. BULIMIA NERVIOSA

N1 → NO SI 7

N2 → NO SI 8

N3 → NO SI 9

N4 → NO SI 10

N5 → NO SI 11

N6 → NO SI

Ir a N8
N7 (_____) NO SI 12

N8

NO	SI
BULIMIA NERVIOSA	

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO / PURGATIVO ACTUAL	

=====

O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

O1 a. → NO SI 1
b. → NO SI 2
NO → SI 3

O2 → NO SI 4
O3 a. NO SI 5
b. NO SI 6
c. NO SI 7
d. NO SI 8
e. NO SI 9
f. NO SI 10

NO	SI
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

=====

P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

P1 a. NO SI 1
b. NO SI 2
c. NO SI 3
d. NO SI 4
e. NO SI 5
f. NO SI 6

→ NO SI
P2 a. NO SI 7
b. NO SI 8
c. NO SI 9
d. NO SI 10
e. NO SI 11
f. NO SI 12

NO	SI
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD ALGUNA VEZ EN LA VIDA	

Q. TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS

Q1 a. NO SI 1
b. NO SI 2
NO → SI 3

Q2 NO SI 4
Q3 NO SI 5
Q4 NO SI 6
Q5 NO SI 7
Q6 NO SI 8
Q7 NO SI 9

NO	SI
TRASTORNO SEXUAL FEMENINO	

=====

R. TRASTORNOS SEXUALES MASCULINOS

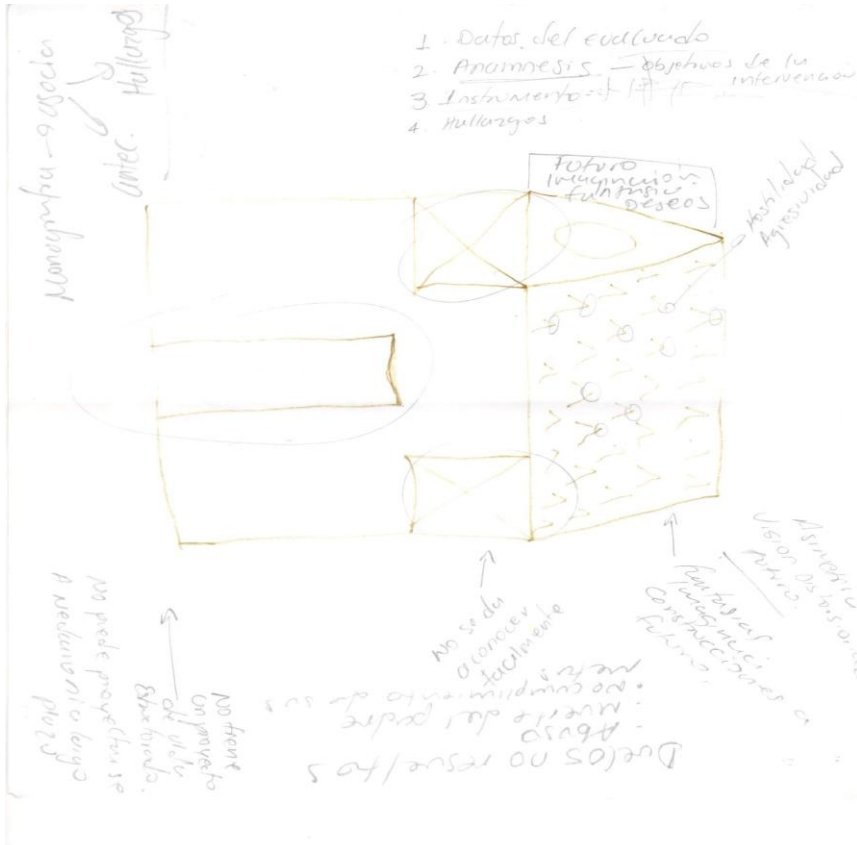
R1 a. NO SI 1
b. NO SI 2
NO → SI 3

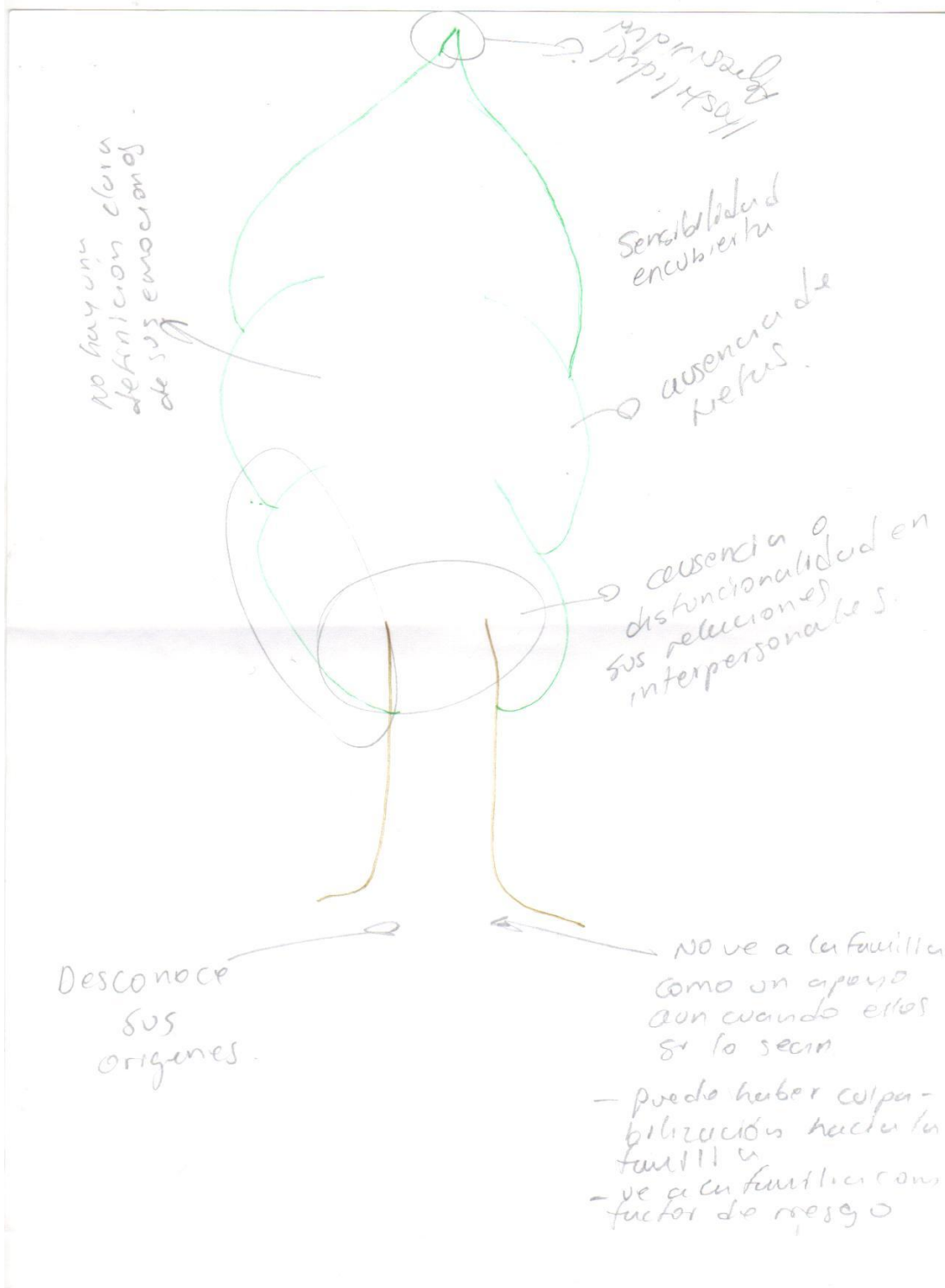
R2 NO SI 4
R3 NO SI 5
R4 NO SI 6
R5 NO SI 7
R6 NO SI 8
R7 NO SI 9

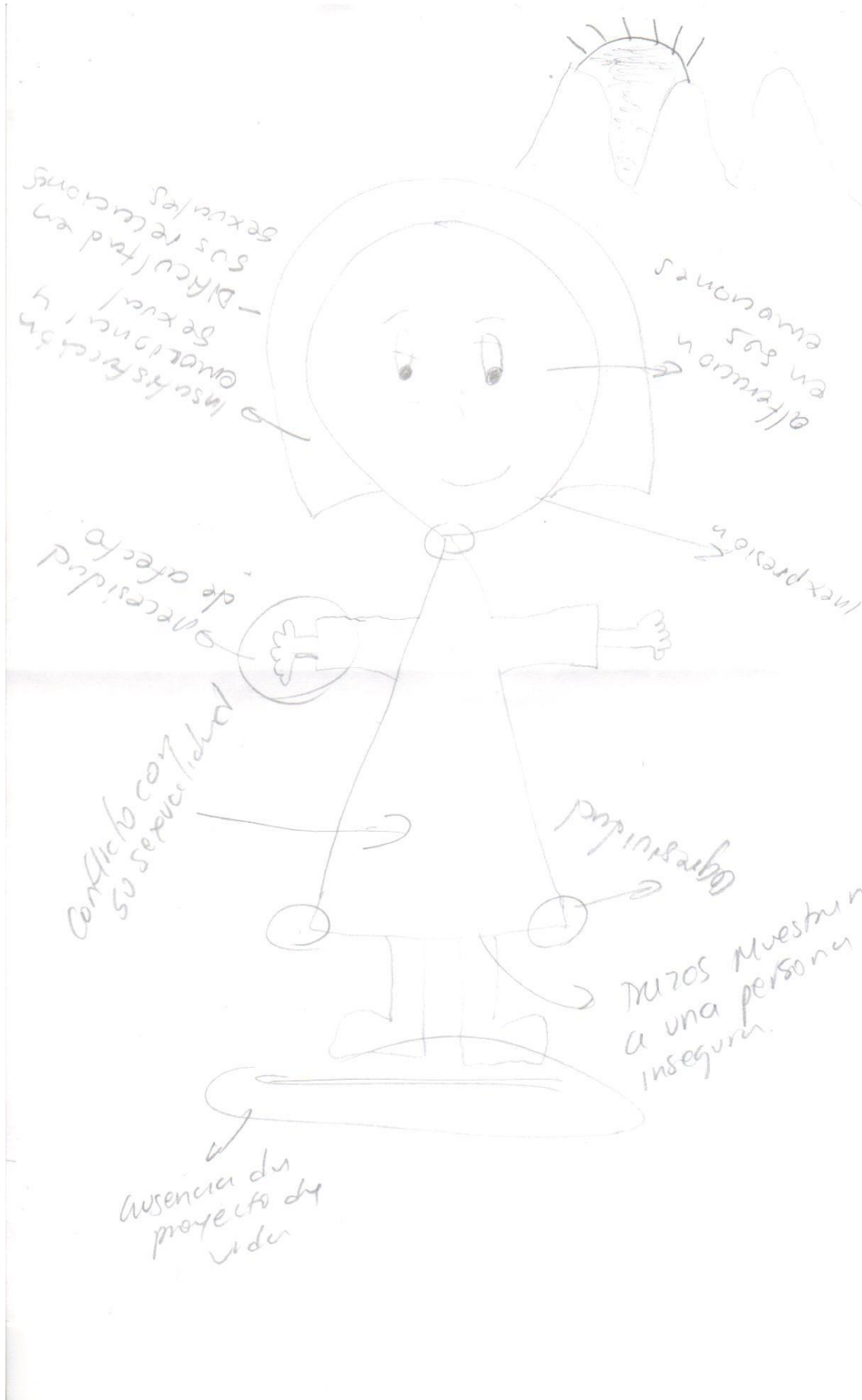
NO	SI
TRASTORNO SEXUAL MASCULINO	

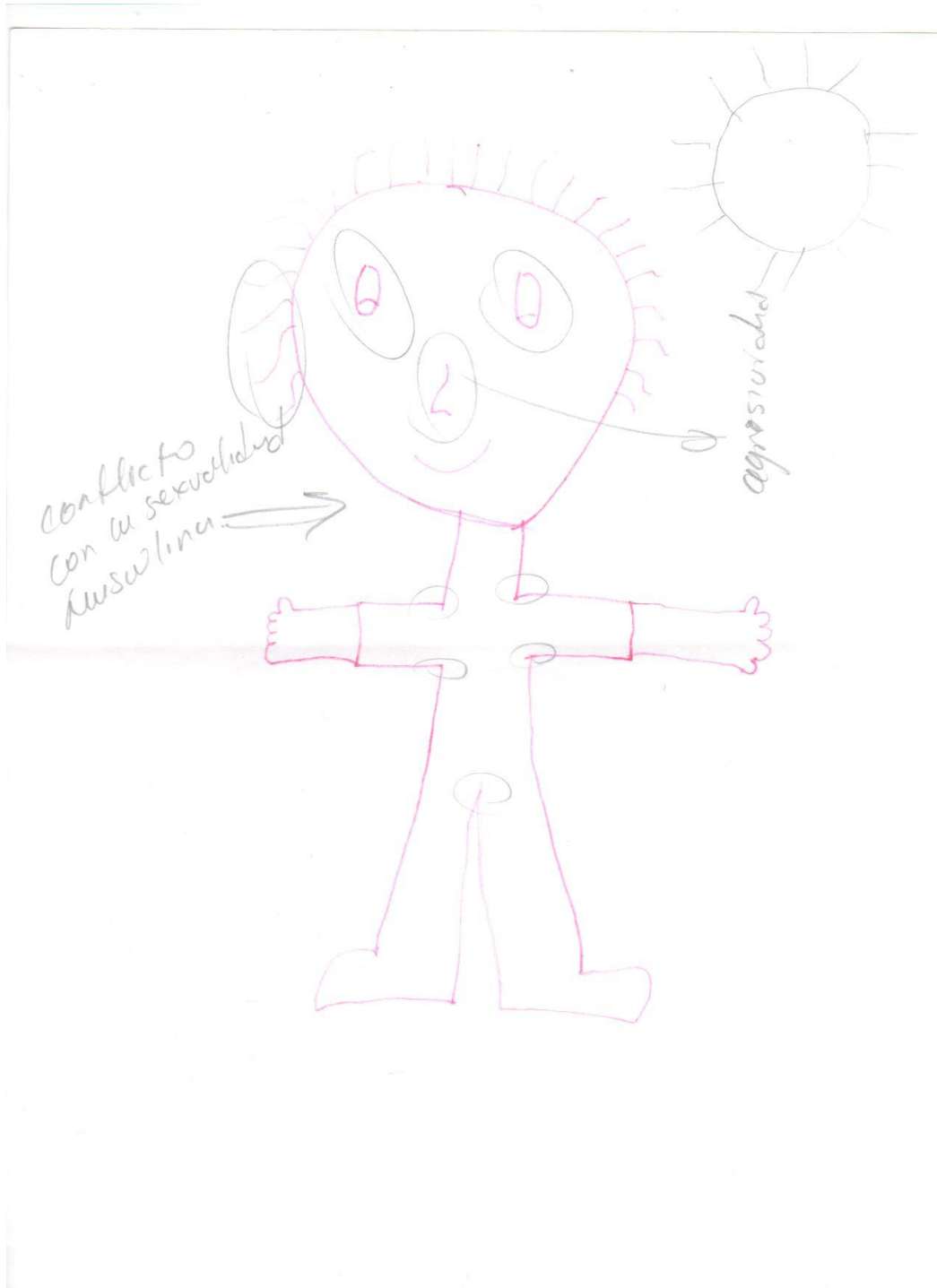
OBSERVACIONES

Anexo D Test HTP Prueba de personalidad









Casa

- 1-¿Cuántos pisos tiene la casa? ¿Tiene escaleras? 1 PISO. NO TIENE.
- 2-¿De que esta hecha la casa? TADILLO. MADERA.
- 3-¿Es suya? ¿De quien es? MIA
- 4-¿En la casa de quien estaba pensando cuando la dibujaba? EN UNA CASA QUE SIEMPRE
E VISUALIZADO DESDE NIÑIA
- 5-¿Le gustaría que fuera suya esa casa? ¿Por qué? CLARO AUNQUE ES PEQUEÑA SE VE PERFECTA
- 6-Si fuera dueña de esa casa, y pudiera hacer lo que quisiera con ella, ¿Qué cuarto es cogería y
porque? EL QUE LE GUSTARÍA PORQUE AHORA ME PREOCUPA MUCHO LA SEGURIDAD Y
PLACERIDAD PARA MIS HIJOS
- 7-¿Quién le gustaría que viviera en esa casa con usted y porque? MIS HIJOS AUNQUE AHORA VEO
LA GRAN NECESIDAD QUE CRECEA
DEL MI TRABAJO.
MUY CEREA
- 8-¿Cuándo mira la casa siente que se encuentra cerca o lejos?
- 9-cuando mira la casa, ¿tiene la impresión que se encuentra por arriba de usted, por debajo, o al
mismo nivel que usted? POR ARRIBA. → hay un conflicto entre los
quiere y mede
- 10-¿Qué le hace pensar o recordar la casa? MI NIÑES.
- 11-¿Qué mas? LA PERFECCION PUES JUSTO A ESA CASA HAY UN ARBOL Y
FLORES PEQUITAS
UN RIO.
- 12-¿Es una casa feliz y amistosa? CLARO.
- 13-¿Qué hay en la casa que le da esa impresión? PUREZA
- 14-¿La mayoría de las casas son así? ¿Por qué piensa eso? NO HAY UNAS MAS. GRANDES OI
PEQUEÑAS
- 15-¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año y momento del día, cielo y temperatura) TODO EL
AÑO DE DIA. AEROS DESPESADO, CALIDO.
- 16-¿Qué tipo de clima le gusta? FRIO
- 17-¿A quien le recuerda esa casa? ¿Por qué? A MI PORQUE ME PARECIA UN BONITO Y
TAN BIEN DIBUJO DE MI OJO DESDE NIÑIA
- 18-¿Qué es lo que más necesita la casa? ¿Y porque? AHORA OTRO PISO PARA AYUDAR A LAS
PERSONAS NECESITADAS
- 19-¿si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado a parte de la casa)? MI PADRE.
- 20-¿Hacia donde lleva la chimenea en esta casa? ESTA EN LA SALA Y VA HACIA EL CIELO.

Árbol

- 1-¿Qué clase de árbol es? PARECIDO AUN PINO.
- 2-¿Dónde se encuentra realmente este árbol? JUNTO A MI CASA
- 3-¿Aproximadamente que edad tiene el árbol? 35 AÑOS.
- 4-¿Esta vivo el árbol? AVESES SI Y HASTA LE VEO MANIZANOS.
- 5-¿Qué hay en el que da la impresión de estar vivo? ES VERDE Y FRONDOSO
- 6-¿Qué causó su muerte? (sino esta vivo) AUN SIGUE VIVO.
- 7-¿Volverá a estar vivo? SEGUIRÁ ESTANDO VIVO.
- 8-¿Alguna parte del árbol esta muerta? ¿Cuál? ¿Qué cree que ocasionó su muerte? ¿Por cuánto tiempo ha estado muerta? NO.
- 9-¿A que se parece más ese árbol? ¿A un hombre o a una mujer? AUN HOMBRE
- 10-¿Qué hay en el que le da esa impresión? LO FUERTE Y GRANDE.

PERSONA

- 45.* ¿Es este un hombre o una mujer (niño o niña)? NINA
- 46.* ¿Qué edad tiene? 8
- 47.* ¿Quién es? YO
- 48.* ¿Es un pariente, un amigo o qué? _____
- 49.* ¿En quién estaba pensando cuando dibujaba? LAS TRINIZAS DE MI VIDA
- 50.* ¿Qué está haciendo? ¿Dónde lo está haciendo? PASEANDO POR EL
CAMPO
- 51.* ¿En qué está pensando? EN LO LINDO DEL CAMPO
- 52.* ¿Cómo se siente? ¿Por qué? ANIMADA Y PENSATIVA
AL VER PASADO Y PRESENTE
- 53.* ¿Qué le hace pensar o qué le recuerda esa persona? EL ANTES Y EL AHORA
- 54.* ¿Qué más? _____
- 55.* ¿Está sana esa persona? SI
- 56.* ¿Qué es lo que le da esa impresión? SU PRESENCIA
- 57.* ¿Es feliz esa persona? NO SE
- 58.* ¿Qué le da esa impresión? SU ROSTRO.
- 59.* ¿Es así la mayoría de la gente? ¿Por qué? SI
NO SE SABE SI LO QUE SE VE EN LA
- 60.* ¿Cree que le agradaría esa persona? SI
- 61.* ¿Por qué? DEFIETA LO QUE ES. NO MI
- 62.* ¿Cómo es el clima en el dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura) _____
ES VERANO.
- 63.* ¿A quién le recuerda esa persona? ¿Por qué? AMI
- 64.* ¿Qué es lo que más necesita esa persona? ¿Por qué? AMOR
- 65.* ¿Alguien ha herido alguna vez a esa persona? ¿De qué manera? SI ABUSARON DE ELLA
- 66.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la persona), ¿quién sería? SEXUALMENTE
ES UNA PERSONA
- 67.* ¿Qué tipo de ropa lleva puesta esta persona? POJA MUY POJA.
- 68.* (Pídale al sujeto que dibuje el Sol y la línea base en cada dibujo)
Suponga que el Sol fuera alguna persona que usted conoce, ¿quién sería? MI MADRE

PERSONA

45.* ¿Es éste un hombre o una mujer (niño o niña)? HOMBRE

46.* ¿Qué edad tiene? 35

47.* ¿Quién es? UN HOMBRE VALIOSO PARA MI

48.* ¿Es un pariente, un amigo o qué? ES MI PADRE

49.* ¿En quién estaba pensando cuando dibujaba? EN EL APRA

50.* ¿Qué está haciendo? ¿Dónde lo está haciendo?
TRABAJANDO EN LA FINCA DONDE NACI

51.* ¿En qué está pensando? EN MI FAMILIA

52.* ¿Cómo se siente? ¿Por qué? FELIZ PORQUE EL ESTIA HAY

53.* ¿Qué le hace pensar o qué le recuerda esa persona? LO DIFERENTE QUE SERIA

54.* ¿Qué más? MI VIDA SIEMPRE SE HUBIERA
ALTERADO.

55.* ¿Está sana esa persona? SI MUCHO

56.* ¿Qué es lo que le da esa impresión? LO FUERTE QUE SE VE

57.* ¿Es feliz esa persona? NO SE VE MAS BIEN SERIO

58.* ¿Qué le da esa impresión? SU ESTIPE

59.* ¿Es así la mayoría de la gente? ¿Por qué? NO
EL 76% LEJA DIFERENTE

60.* ¿Cree que le agradaría esa persona? SI

61.* ¿Por qué? PORQUE LO AMO CON MI ALMA

62.* ¿Cómo es el clima en el dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura) _____
ES COMO POR JUNIO JULIO ES DE DIA

63.* ¿A quién le recuerda esa persona? ¿Por qué? AL HOMBRE QUE SIEMPRE
HA QUERIDO A MI LADO POR SU PECUNIA

64.* ¿Qué es lo que más necesita esa persona? ¿Por qué? APRESIARLO MUCHO
PUES UN DIA SE VA Y NO VUENE

65.* ¿Alguien ha herido alguna vez a esa persona? ¿De qué manera? SI MUCHA ENVIDIA

66.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la persona). ¿quién sería? _____
NO ES UNA PERSONA

67.* ¿Qué tipo de ropa lleva puesta esta persona? UNA ROPA MUY HUMILDE

68.* (Pídale al sujeto que dibuje el Sol y la línea base en cada dibujo)
Suponga que el Sol fuera alguna persona que usted conoce, ¿quién sería? MI MADRE

Anexo E Hoja de registro de pensamiento

FECHA.	DAY Y HORA.	SITUACION QUE SUSEDE.	CON QUE QUIEN.	PENSAMIENTO.	EMOCION.	CONDUCTA QUE HICE.
	CASA.	PIENSO QUE POR COSAS SEXUALMENTE ABUSANDO	JESUS DAVID. WENDY	QUE ABUSAN.	ANGUSTIA.	DIBE ALTO.
	EN LA CASA (ENDO BUS)	DISEÑO	MADRE.	QUE SE MURIERA	IRRACIONAL.	EXPLOTE.
	ENDO BUS.	PIENSO NEGATIVO. VEO TODO ASI	JESUS DAVID.	DELINCUENTE	ANGUSTIA.	DIBE ALTO.
	EN LA CASA	ME EXTEÑO	MAMA	TO DAVIA MURESTANDOTE.	FRUSTRACION.	ME DESE ME VIDA.
	EN LA CASA	SIENTO MIEDO.	FUTURO) SEI ANDEI.	ALGO.	TIENGO.	MIEDO.