

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN UNA MUJER
ADULTA**



DARWIN DÍAZ CAMARGO

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2018.**

***Intervención Cognitivo Conductual en un Caso de Trastorno de Estrés Postraumático
(TEPT) en una Mujer Adulta.***

Proyecto presentado por:

DARWIN DÍAZ CAMARGO

Para optar el título de especialista en psicología clínica



Director del proyecto:

ABDÓN RIBERO ARDILA

Mg. Terapias Psicológicas de Tercera Generación

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2018.**

Nota de aceptación: _____

Presidente del Jurado: _____

Jurado 1:_____

Jurado 2:_____

Bucaramanga

2018

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a mi madre que con gran esfuerzo se ha debatido entre las vicisitudes de la vida y ha salido victoriosa de ellas, mostrándome el camino y siendo ejemplo de lucha, constancia y gran valentía en la consecución de metas. Gracias...

Agradecimiento

Inicialmente quiero agradecer a Dios por darme la vida, la sabiduría y el entendimiento de poder sortear todos aquellos obstáculos que se me han presentado a lo largo de mi existencia; quiero agradecer especialmente a mi novia Yamileth Patricia Prieto Ballestas por motivarme y apoyarme en todo este proceso, al igual que a mi familia que siempre han estado de manera incondicional conmigo, a mi asesor de proyecto Abdón Ribero por su dedicación y orientación permanente, y por último, a la Universidad Pontificia Bolivariana y al grupo de docentes por el conocimiento aportado en mi formación como especialista en psicología clínica.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Tabla de contenido.....	VI
Lista de gráficas.....	VII
Lista de tablas	¡Error! Marcador no definido.I
Introducción	1
Objetivos.....	12
<i>Objetivo General.</i>	12
<i>Objetivos Específicos.</i>	12
Método	13
<i>Participantes</i>	13
<i>Instrumentos de exploración</i>	13
<i>Instrumentos de Evaluación</i>	144
<i>Procedimiento</i>	166
Fase de intervención	197
Resultados	34
Discusión.....	41
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
Referencias.....	48
Anexos	54

Lista de gráficas

Gráfica1. Familiograma.....	19
Gráfica 2. Puntuación pre y pos-test del Inventario de Depresión de Beck.....	37
Gráfica 3. Puntuación pre y pos-test de los núcleos sintomáticos del TEPT.....	38
Gráfica 4. Grado de disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático.....	39

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción familiar.....	20
Tabla 2. Información complementaria.....	39

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN UNA MUJER ADULTA.

AUTOR(ES): Darwin Díaz Camargo

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

El presente trabajo muestra una intervención cognitivo – conductual en un estudio de caso único adelantado con una mujer de 37 años, aquí se corroboró el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, se estructuró y desarrolló un proceso de intervención con técnicas como la Reestructuración cognitiva, Detención y Control de Pensamientos Automáticos, Psicoeducación, etc., con el objetivo de disminuir la sintomatología evidenciada y que la consultante tuviese una mejor calidad de vida. Para la medición de las variables de estudio, se aplicó un proceso de pre y pos test con las pruebas psicométricas Inventario de depresión de Beck-II y Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R; finalmente después del proceso de intervención, los resultados mostraron una reducción considerable de la sintomatología presentada por la consultante, lo que reafirma la efectividad del modelo cognitivo conductual en casos de Trastorno de Estrés Postraumático.

PALABRAS CLAVES:

Trastorno de Estrés Postraumático, modelo cognitivo conductual, técnicas de intervención.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: COGNITIVE - BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CASE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) IN AN ADULT WOMAN.

AUTHOR(S): Darwin Díaz Camargo

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Abdón Ribero Ardila

ABSTRACT

The present work shows a cognitive - behavioral intervention in a single case study with a 37 - year - old woman, the diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder was corroborated here, an intervention process was structured and developed with techniques such as Cognitive Restructuring, Detention and Control of Automatic Thoughts, Psychoeducation, etc., with the aim of reducing the symptomatology evidenced and that the consultant had a better quality of life. For the measurement of the study variables, a pre and post test process was applied with the psychometric tests Beck-II Depression Inventory and Revised Symptoms Gravity Scale (EGS-R), finally after the intervention process, the results showed a considerable reduction of the symptoms presented by the consultant, which reaffirms the effectiveness of the cognitive behavioral model in cases of Post Traumatic Stress Disorder.

KEYWORDS:

Posttraumatic Stress Disorder, cognitive behavioral model, intervention techniques.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El presente documento muestra el abordaje cognitivo conductual llevado a cabo en un proceso de intervención psicológico, en el caso de una mujer de 37 años diagnosticada con un Trastorno de Estrés Postraumático como consecuencia de haber sido víctima de violencia sexual en su adolescencia, además de los resultados positivos obtenidos luego de todo el proceso de intervención realizado.

Cabe resaltar que desde tiempos remotos el ser humano se ha enfrentado a situaciones y/o realidades (sociales, económicas, ambientales, personales, etc.) complejas y cambiantes, que de una u otra manera le han exigido grandes esfuerzos para afrontarlas y adaptarse tanto así, que muchas de ellas terminan siendo familiares y poco problemáticas; sin embargo, en algunos momentos estas situaciones sobrepasan los recursos cognitivos, conductuales, emocionales y físicos con los cuales cuenta el individuo para hacerle frente a las demandas, es allí en ese momento, cuando se enfrenta a un proceso de estrés (Rivadeneira, Minici & Dahab, 2010).

No obstante, en el día a día se presentan situaciones o sucesos (agresiones sexuales, atentados terroristas, delitos violentos, muertes trágicas, accidentes graves, etc.) que afectan y marcan indefinidamente a un número considerado de personas que las vivencian, algunas de ellas logran superarlo, logran adaptarse, sin embargo, otro grupo de individuos se vuelven presas del desánimo, rencor, amargura, tristeza, dolor y sufrimiento y no logran superar tales situaciones, las reviven constantemente, lo que no les permite vivir con éxito su propia vida (Echeburúa, De corral & Amor, 2005).

Es así que en diferentes partes del mundo constantemente se presentan sucesos que generan efectos negativos en las personas que los experimentan (Torres, Martínez, Sayers &

Padilla, 2013), y algunos de esos eventos suelen ser traumáticos, marcando una nueva percepción de ver la vida (de ver el futuro, de verse así mismo y de ver a los demás), pero también generan muchas dificultades en las personas que las viven, considerándose en la mayoría de los casos un Trastorno de Estrés Postraumático, siempre y cuando se cumpla con todos los criterios para su diagnóstico (Checa & Regueiro, 2013).

De acuerdo con Lindeman (2013), el Trastorno de Estrés Postraumático es un conjunto de síntomas que se desarrollan en un individuo y que vivencia constantemente con temor u horror, luego de haber sido expuesto a un suceso o situación traumática, ya sea directamente la persona u otra distinta, y donde la integridad física se puede ver afectada por daño intenso o por muerte.

Las cifras a nivel mundial de acuerdo con Ochoa (2009), muestran que el Trastorno de Estrés Postraumático presenta una prevalencia a lo largo de la vida que oscila entre el 1% y 4%, sin embargo, Breslau y Colaboradores (2002) citados por este mismo autor, afirman que la prevalencia oscila de 5% a 6% en hombres y de 10% a 14% en mujeres. Por otro lado, en el año 2008, Kessler et al. (citados en Gómez, 2010) realizaron un informe basado en un estudio epidemiológico recopilado desde el año 1990 por la Organización mundial de la Salud (OMS) y realizado en 27 países, en este informe mostraron que la prevalencia vital para el trastorno oscilaba entre el 0,3% en China y de 6,1% en Nueva Zelanda; además, Gómez (2010) asegura que en un estudio realizado en 6 países Europeos, se encontró que de un total de 21.425 personas mayores de edad, la prevalencia vital oscilaba en 1,9%, de esta cifra el 1,3% correspondía a mujeres y el 0,9% restante a hombres.

Continuando con lo expuesto anteriormente, Morrison (2014) afirma que:

La prevalencia general del TEPT a lo largo de la vida se calcula en 9%, no obstante investigadores europeos suelen referir tasas menores. Los adultos mayores tienen menos probabilidad de desarrollar síntomas que los de menor edad, y las mujeres tienden a mostrar tasas un poco más altas que los varones (p. 219).

Por su parte, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) se afirma que la prevalencia del TEPT puede oscilar entre el 0.5% y el 3.5% de la población adulta, es decir, el 15% a 30% de quienes sufren un suceso traumático presentan el trastorno, con una alta incidencia en las personas que padecen o son víctimas de sucesos violentos, y baja en los sobrevivientes de catástrofes o accidentes. En el primer caso, los porcentajes pueden alcanzar hasta el 50% a 70% de las personas afectadas (Miller et al., 2013; Wittchen, Gloster, Beesdo, Schönfeld & Perkonigg, 2009, citados en Echeburúa et.al., 2016). En el caso concreto de Colombia, la prevalencia vital del trastorno fue del 1,8%, información publicada en el año 2003 en el Estudio Nacional de Salud Mental y tomada de 2.422 personas entrevistadas (Echenique, Medina, Medina & Ramírez, 2008).

En cuanto a las situaciones o sucesos traumáticos más frecuentes, en un estudio epidemiológico realizado en los Estados Unidos con 5.877 personas arrojó los siguientes: Graves accidentes de tráfico, desastres naturales y presenciar asesinatos o agresiones graves; no obstante, algunos hechos traumáticos son más frecuentes en uno u otro sexo, en el caso de los hombres las situaciones mencionadas anteriormente hacen parte de las principales, además de otras como ataques físicos, ser secuestrado o amenazado con arma y experiencias de combate. En el caso de las mujeres, los acontecimientos más frecuentes son: Acoso y/o agresiones sexuales, violencia física en la niñez y abandono (Kessler, 1995 citado en Bados, 2015).

Cabe resaltar que el TEPT se asocia con mucha frecuencia a otras alteraciones relacionadas con el funcionamiento integral de los individuos, y que pueden ser de gran influencia en la calidad de vida de estos, tal es el caso del funcionamiento sexual y del estado de salud físico (Gómez, 2011).

Tomando como referencia las situaciones traumáticas mencionadas con anterioridad, en lo que respecta a las más frecuentes en mujeres (violación y acoso sexual), en Colombia el Ministerio de la Protección Social (2011) considera que:

La violencia sexual es una problemática frente a la cual cualquier niño, niña, adolescente, mujer y hombre puede estar expuesto. Es una problemática tan común y cercana que muchas veces para la sociedad es invisible, cotidiana y fuente de resignación e indignación. Para la víctima siempre será una condición que le degrada y deshumaniza y que puede dejar consecuencias negativas que puede tener que afrontar de por vida (p.17).

Así mismo, se ha determinado como una problemática de salud pública y un tema de gran interés, lo que ha permitido que se avance en la necesidad de brindar respuestas integrales a aquellos individuos que de una u otra manera han vivido este flagelo.

Echeburúa y de Corral (2006), afirman que no es fácil determinar la incidencia real de la violencia sexual en la población, debido a que esta problemática se presenta generalmente en un entorno privado y familiar, y en el caso de los menores de edad se presenta impotencia para revelar dicha agresión. Los casos denunciados no arrojan cifras reales de la magnitud de esta problemática, por lo que se estima que solo 1 de cada 20 casos es denunciado, de acuerdo con el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS en el 2003, “sólo una pequeña parte de los casos es denunciada, una parte más extensa es visibilizada por las encuestas realizadas en el

tema, y aun así la mayor parte de los casos permanecen invisibles y por tanto no son cuantificables” (Ministerio de la Protección Social, 2011, p. 25).

Según Sánchez (2010) citado en Vallejo y Córdoba, (2012), se reportaron 119.870 casos de violencia sexual contra la mujer entre los años 2002 y 2009 en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Cauca, Chocó, Putumayo, Risaralda, Santander y Valle del Cauca, pasando de 14.421 casos reportados en el año 2002 a 21.88 casos en el año 2009. La población más afectada con un porcentaje del 84% fueron las niñas en edades comprendidas entre los 0 y 17 años de edad, las que se encontraban entre los 10 y 14 años estaban representadas con el 36% del total de casos, las mujeres entre los 18 a 39 años con el 13%, y las mayores de 40 años con el 1%. Por otro lado, un boletín epidemiológico emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Subdirección de Servicios Forenses y el Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (2017), muestra que entre los años 2014 al 2016, las niñas en el rango de edad entre los 0 a 17 años, fueron las mayores víctimas de abuso sexual, esto representado con porcentajes del 84.8%, 85.5% y 85% respectivamente.

Por otro lado, en cuanto al agresor sexual se refiere, en el 36% de los casos es un familiar (papá, tío, abuelo, primos, hermanos mayores, etc.), el 37% son conocidos (padrastros, amigos, vecinos), el 16% son desconocidos, y con el 11% restante se representa a los victimarios de los que se carece de información; entre tanto, el 64% del total de casos de violencia sexual registrados, fueron perpetrados en la vivienda de la víctima. Se debe tener en cuenta que en cada caso de violencia y/o abuso sexual, el nivel de severidad es diferente en cuanto al impacto y consecuencias, esto dependerá del tipo de violencia ejercida, de la cercanía con el agresor, del apoyo socio-familiar recibido, del tiempo de ocurrencia del hecho, entre otros factores más (Ministerio de la Protección Social, 2011).

De acuerdo con Echeburúa y Guerricaechevarría (1998, citados en Echeburúa & de Corral, 2006), algunas de las principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes, son las siguientes: Físicas como la pérdida del control de esfínteres en niños y niñas, pesadillas y cambios en los hábitos de comida; conductuales como el consumo de drogas, huir de la casa, conductas auto lesivas o suicidas, bajo rendimiento académico e hiperactividad; emocionales como miedo generalizado, culpa y vergüenza, depresión, ansiedad, hostilidad y agresión, entre otros; sociales como retraimiento y déficit en habilidades sociales; y sexuales como el exhibicionismo, la excesiva curiosidad sexual, la masturbación y el conocimiento sexual precoz o inapropiado para la edad, etc. Por otro lado, las principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia son: Físicas como desórdenes alimenticios, problemas gastrointestinales, hipocondría y trastornos de somatización, entre otros; conductuales como intentos de suicidio, consumo de drogas y trastorno disociativo de la personalidad; emocionales como ansiedad, depresión, estrés postraumático, desconfianza y miedo en los hombres; sociales como problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento y dificultad en la crianza de los hijos; y por último, sexuales como alteraciones en la motivación sexual, fobias o aversiones, insatisfacción sexual, etc.

Por otro lado, Echeburúa, De Corral y Amor (2014) afirman que:

Más allá de las reacciones inmediatas (malestar emocional generalizado, aislamiento, pérdida de apetito insomnio, etc.), que tienden a remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden experimentar síntomas de ansiedad y de depresión, con una pérdida de autoestima y una cierta desconfianza en los recursos propios para encauzar la vida futura (p. 294).

Se debe tener en cuenta que las consecuencias psicológicas inmediatas en las víctimas, son una función combinada de la intensidad de la agresión o violencia sexual como estresor, y de las habilidades con las que cuentan las personas para hacerle frente a la situación traumática (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

Por lo tanto, las personas que han padecido un evento traumático, como en muchos casos de violencia sexual, deben cumplir con una serie de criterios para ser diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático, el DSM – V en su versión renovada presenta cambios notorios en comparación con su versión anterior, es el caso de la reacción genérica de la víctima, la cual no se tiene en cuenta y en la que los estresores se deben exponer de manera explícita, además de esto se deben presentar cuatro núcleos sintomáticos a diferencia de la versión anterior: re experimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, en este último síntoma se incluyen las conductas de riesgos o autodestructivas, además se debe especificar si se presentan síntomas disociativos y la distinción entre TEPT agudo y crónico se eliminó (Bovin, Marx & Schnurr, 2015; Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014; Keane et al., 2014, citados en Echeburúa & Col., 2016).

A continuación se consigan algunos de los criterios establecidos en el DSM – 5 para el diagnóstico del TEPT, estos solo aplican a personas adultas, adolescentes y niños mayores de 6 años. Se afirma inicialmente que la persona ha tenido que estar expuesta a una amenaza o situación real de muerte, de lesión grave o violencia sexual de forma directa, presenciar que le pase a otras personas, y /o tener el conocimiento que le ha ocurrido a un familiar próximo o amigo íntimo, debe manifestar recuerdos recurrentes, angustiosos, intrusivos e involuntarios de la situación vivida, al igual que pesadillas constantes relacionadas con el hecho, esta persona

evitará persistentemente pensamientos, recuerdos o sentimientos angustiosos asociados a la situación, así como recordatorios externos como por ejemplo, personas, lugares, o situaciones que se pueden relacionar con esta. Por otra parte, se exige que la persona presente alteraciones negativas en su cognición y estado de ánimo (Incapacidad o dificultad para recordar aspectos importantes del suceso, creencias negativas sobre sí mismo, los demás o del mundo, etc.), todas estas alteraciones no pueden ser causadas por una afección médica y deben causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Teniendo en cuenta la sintomatología que manifiestan las personas que padecen un TEPT, el profesional debe ser cuidadoso a la hora de evaluarlo, puesto que, la naturaleza de algunos síntomas (depresión, ansiedad, irritabilidad, consumo abusivo de alcohol, etc.), y la existencia de fenómenos disociativos, pueden inducir al terapeuta a realizar un diagnóstico errado, y por lo tanto un tratamiento inadecuado (Corral & Amor, 2002; McDonald & Calhoun, 2010; Stewart, Tuerk, Metzger, Davidson & Young, 2016 citados en Echeburúa, & Col., 2016).

De acuerdo con Diaconu (2009 – 2010), la intervención cognitivo – conductual es el procedimiento que ha mostrado mayor eficacia en el tratamiento y/o disminución de los síntomas presentes en el TEPT, y se encuentra fundamentada en las conceptualizaciones de la psicología del aprendizaje. Por su parte, Baguena (2001, citado en Guerra & Plaza, 2009) confirma lo expuesto anteriormente, y resaltan que los tratamientos que incluyen los elementos de la inoculación de estrés, como por ejemplo: entrenamiento en relajación muscular, juego de roles, modelamiento, detención de pensamientos, reestructuración cognitiva, etc., y los tratamientos basados en la exposición, permiten que las personas comprendan, controlen y puedan romper la asociación entre la situación traumática y la respuesta emocional subyacente, favoreciendo la

disminución y/o eliminación de los síntomas presentes. No obstante, Foa y Rothbaum (1998) citados en Vera (2004), afirman que aunque el tratamiento cognitivo conductual ha mostrado de manera general gran eficacia, aproximadamente el 25% de los pacientes siguen presentando el diagnóstico luego del tratamiento.

Villavicencio y Montalvo (2011) afirman sustentados en un informe de la APA, que los tratamientos de mayor validez empírica en el proceso de intervención psicológica del TEPT son los siguientes: La terapia de procesamiento cognitivo, la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y la terapia de exposición prolongada; el objetivo de la primera es permitir a través del cuestionamiento socrático la modificación de las creencias distorsionadas y los sentimientos de culpa; la segunda busca a través de movimientos oculares u otras formas de estimulación bilateral que el paciente procese adecuadamente las memorias del evento traumático y reducir de esta manera los efectos negativos del mismo; por último, la técnica de exposición prolongada tiene como objetivo transformar el significado u/o interpretación que las personas tienen de las imágenes y sensaciones dolorosas del suceso traumático que radican en su memoria emocional.

Entre tanto, Báguena Puigcerver (2001, citado en Dongil, 2008) afirma que:

La terapia de exposición ha demostrado claramente su eficacia, sin embargo en ocasiones se observa un alto número de abandonos de tratamiento, probablemente debido a la falta de preparación para afrontar e integrar los efectos emocionales que genera la exposición (p. 269).

Además, Dongil (2008) concluye teniendo en cuenta el modelo biproceso de Brewin, Dagleish y Joseph (1996), que el tratamiento del TEPT requiere de dos tipos de intervención,

uno dirigido al componente cognitivo, y el otro basado en la exposición, con el primero se busca reducir las reacciones emocionales producto de la valoración de la situación traumática, y con el segundo, extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el suceso.

Según Astin y Resick (1997) existen varios tratamientos cognitivos conductuales que han mostrado gran eficacia en la disminución o eliminación de los síntomas del TEPT, sin embargo, no se conoce si determinado tratamiento es preferible para cierto tipo de individuos o para trastornos comórbidos particulares, es el caso de las personas que presentan temor asociado al trauma, que pueden beneficiarse más con las técnicas de exposición; entre tanto, las víctimas que presentan ansiedad constante y que por esta razón no tienen un buen funcionamiento, se pueden beneficiar de las técnicas para el control de ansiedad o inoculación del estrés, y por el contrario, las personas que de alguna manera presentan una historia de victimización complicada y se culpan a sí mismas por esta situación, pueden verse beneficiadas por la terapia de procesamiento cognitivo. No obstante, la elección de uno u otro tratamiento se complejiza por los problemas asociados al trauma.

En los casos de mujeres víctimas de violencia sexual, la relevancia del TEPT ha llevado a la utilización de diversas técnicas de modificación de conducta, tales como: La exposición en vivo y la exposición en la imaginación, las técnicas de relajación y la reestructuración cognitiva (Vera, 2004); sin embargo, se requiere además la integración de un grupo interdisciplinar de profesionales que realicen tratamientos integrales y de alta calidad, para que las víctimas de este flagelo puedan afrontar de manera adecuada y eficaz la complejidad, las manifestaciones, y la gravedad del fuerte impacto de las alteraciones en la salud mental de estas personas, generadas por el suceso traumático para que haya un mejor pronóstico (Vallejo & Terranova, 2009 citados por Vallejo & Córdoba, 2012; González & Pardo, 2007).

Por último, cabe destacar que el proceso de intervención expuesto en este trabajo, se llevó a cabo en las instalaciones del centro de atención médico Samuel Villanueva Valest que se encuentra prestando sus servicios en el Municipio de El Banco Magdalena, esta es una empresa social del estado de carácter Municipal, descentralizada, dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que presta servicios de salud de primer nivel de complejidad a la comunidad Banqueña, al igual que las poblaciones del sur del Magdalena, Bolívar y Cesar.

Objetivos

Objetivo General:

Implementar un proceso de evaluación e intervención cognitivo conductual en un caso de Trastorno de Estrés Postraumático en una mujer víctima de abuso sexual en su adolescencia.

Objetivos Específicos:

- Identificar los pensamientos disfuncionales e intrusivos y dificultades de afrontamiento que presenta la consultante y que le generan malestar clínicamente significativo.
- Realizar la aplicación de un pre y pos test que permita la medición de las problemáticas y/o sintomatología presentada por la consultante al inicio del proceso y al finalizar el mismo.
- Reducir la sintomatología (bajo estado de ánimo e hipervigilancia) que presenta la consultante a través de diferentes técnicas cognitivo conductuales.
- Evaluar a través de un seguimiento longitudinal del caso la efectividad del proceso de intervención cognitivo conductual.

Método

Participantes

Se desarrolló el estudio de caso con una mujer adulta de 37 años de edad, quien solicitó ayuda psicológica en el centro médico Samuel Villanueva Valest del Municipio de El Banco Magdalena, al considerar que estaba presentando muchos problemas en su vida y que no había podido solucionarlos hasta ese momento.

Instrumentos de exploración

Los instrumentos de exploración utilizados durante el proceso de evaluación en la atención psicológica fueron:

Entrevista semiestructurada.

En el proceso de evaluación este tipo de entrevista da conocer con más precisión aspectos o elementos fundamentales del caso, lo que permite dar claridad y fundamentar las bases para un adecuado proceso de intervención psicológico. De acuerdo con Perpiñá (2012) en la entrevista semiestructurada, “las preguntas tienen algún tipo de estructuración: el guion está formado por áreas concretas, dentro de las cuales el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezcan oportunas, siguiendo algún tipo de orientación algo detallada” (p. 31). (Ver anexo No 1).

Historia clínica.

De acuerdo con Heredia, Santaella y Somarriba (2012), la historia clínica es un instrumento con el que cuenta el profesional de psicología, y en el que recoge y organiza toda la información que se ha logrado obtener durante el proceso de entrevista, además esta presenta en forma estructurada los datos centrales sobre los antecedentes personales, adecuando el contenido

y énfasis de las áreas indagadas en función de las características de cada caso, por ejemplo: Composición y dinámica familiar, referencias personales y heredofamiliares en salud, hábitos, conducta, intereses, información escolar, laboral, sexual y social, eventos significativos actuales, etc. (Ver anexo No. 2).

Consentimiento informado.

En el inicio de la intervención se informó a la consultante como se llevaría cabo este proceso, el número de sesiones a realizar, la dinámica del mismo, la aplicación de instrumentos de medición psicológica pre y post tratamiento, además de los tiempos determinados para cumplir los objetivos propuestos, para todo este trabajo terapéutico se pidió previa autorización de la Sra. D. Teniendo en cuenta lo afirmado por Lisboa, Pimentel y Jézia (2010, citados en Rodríguez, 2012), el consentimiento informado:

No es solo un documento firmado por el usuario(a), sino que se transforma en un proceso continuo de conversación, deliberación conjunta, clara y explicada entre el usuario y el profesional, convirtiéndose en la mejor alternativa de acción tanto en el proceder como en el tratamiento y rehabilitación de la persona (p. 3). (Ver anexo No. 3).

Instrumentos de Evaluación

Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; versión española de Sanz, Navarro & Vázquez, 2003). Inventario formado por 21 ítems que ha sido ampliamente utilizado para evaluar la sintomatología depresiva, tanto en pacientes con trastornos psicológicos como en la población general. El formato de respuesta es de cuatro puntos, desde 0 a 3, reflejando a mayor puntuación más gravedad de la sintomatología. Se estructura en dos factores correlacionados: uno cognitivo-afectivo formado por 9 ítems y otro somático-

motivacional formado por 12 ítems. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck, Brown & Steer, 1996). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de .93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de .62 a .66 (Echeburúa et al., 2016). (Ver anexo No. 4).

Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés

Postrumático según el DSM-5 (Echeburúa & col., 2016). Es una escala heteroaplicada que está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 21 ítems en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-5, 5 hace referencia a los síntomas de re experimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y 6 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos, con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido cuatro ítems destinados a evaluar de forma complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático. Esta escala supone una versión modificada y actualizada de la EGS de Echeburúa et al. (1997), que mostraba unas buenas propiedades psicométricas. (Ver anexo No. 5).

Procedimiento

El proceso de intervención terapéutico se desarrolló en varios momentos, los cuales se describen a continuación:

Fase de valoración inicial.

El proceso de intervención con la consultante dio inicio con un análisis detallado de su apariencia (vestimenta, aseo, actitud general, etc.), se registraron los datos sociodemográficos fundamentales en la historia clínica, además del motivo de consulta y las diferentes problemáticas que estaba presentando. Se leyó el consentimiento informado y se dio paso a la firma de aceptación por parte de la Sra. D.

Fase de evaluación.

Luego de la fase de valoración inicial que se desarrolló con la consultante en la primera sesión, se dio paso a la fase de evaluación clínica (segunda sesión hasta la quinta), en la que se indagó con más detalle y detenimiento todas aquellas dificultades o problemáticas referidas por esta, para ello se hizo uso del diálogo socrático y de diferentes técnicas de intervención, además de instrumentos o pruebas psicológicas (Inventario de depresión de Beck-II y Escala de Gravedad de Síntomas Revisada EGS-R del Trastorno de Estrés Postraumático, revisión de los criterios diagnósticos según el DSM-5), que permitieron la medición de la sintomatología presentada por la consultante y así confirmar o desvirtuar la hipótesis que hasta el momento se había planteado, para luego estructurar un plan de intervención adecuado a las características particulares del caso. Cabe resaltar que en esta fase aparte de evaluar, paralelamente se fue desarrollando un proceso de psicoeducación con la consultante, lo que permitió un

reconocimiento de sus problemáticas, además de tener claridad sobre interrogantes que tenía sobre su caso.

Fase de intervención.

En esta fase se materializó con más detenimiento el proceso de intervención, el cual dio inicio en etapas anteriores con el uso de la psicoeducación como técnica fundamental de apoyo, no obstante, en esta tercera etapa se puso en práctica una serie de estrategias y de técnicas (reestructuración cognitiva, detención y control de pensamientos automáticos, resolución de problemas, técnicas de control de la respiración y exposición prolongada) que permitieron brindarle a la consultante las herramientas necesarias para afrontar y resolver sus problemáticas; esta fase tuvo su inicio desde la segunda sesión con el proceso de psicoeducación, y su fortalecimiento desde la sexta hasta la 12ª sesión.

Fase de post-evaluación.

Esta fase se llevó a cabo en la 13ª sesión, aquí se aplicó a la consultante un post-test, es decir, se utilizaron los mismos instrumentos para medir las variables de estudio, con el fin de conocer los avances y/o mejorías obtenidos al terminar el proceso de intervención.

Fase de seguimiento.

Esta fue la última fase desarrollada, aquí se realizó un proceso de seguimiento a la consultante, con el fin de conocer su evolución y determinar la efectividad de las técnicas y estrategias utilizadas en el proceso de intervención. Cabe resaltar que esta fase se realizó de manera periódica, en espacios de tiempos específicos (primer, tercer, quinto, octavo y doceavo

mes luego del cierre del proceso de intervención) y en los que se daba instrucciones y hacían recomendaciones a la consultante teniendo en cuenta las problemáticas que aun persistían.

Fase de intervención

Formulación de un caso clínico

Nombre: DDC

Ocupación: Oficios Varios

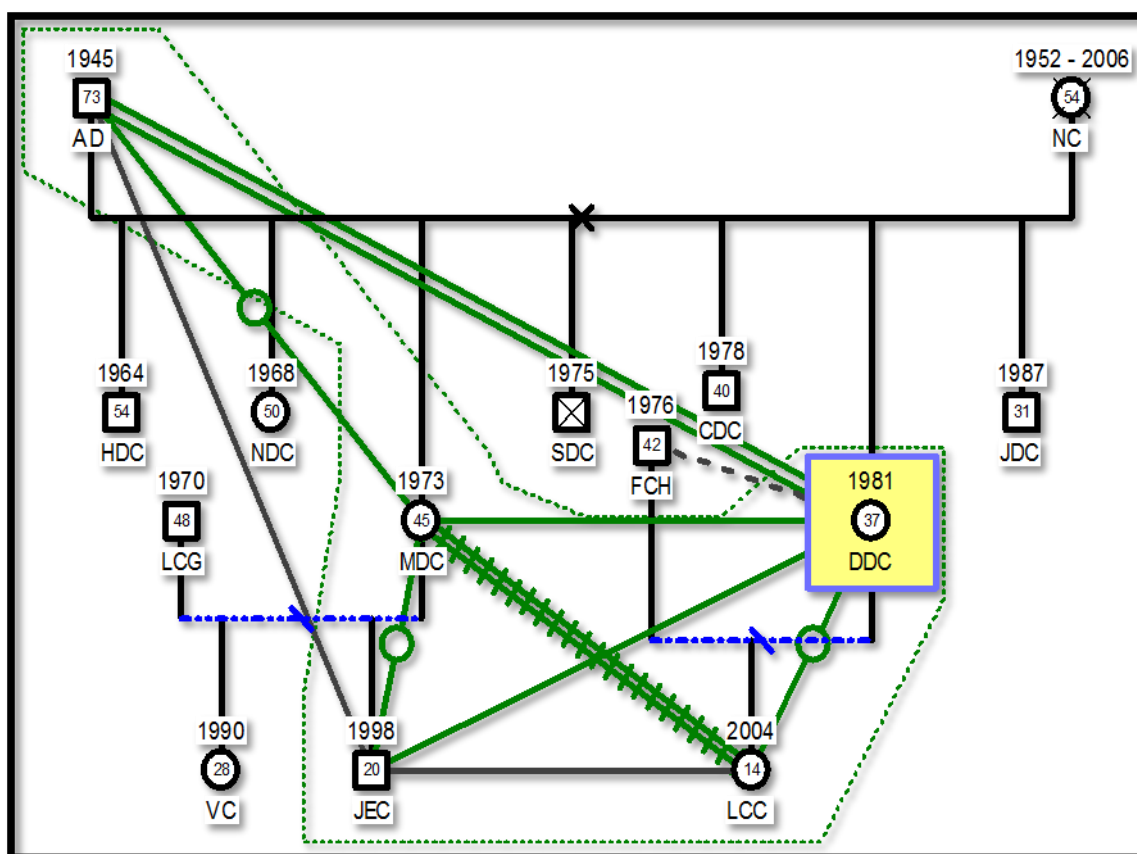
Edad: 37

Escolaridad: Bachiller

Ciudad: El Banco Magdalena

Estado civil: Soltera

Hijos: 1



Gráfica 1. Familiograma

Tipología: Familia extensa.

Etapas del ciclo vital: Familia con hijos adolescentes.

La Sra. D de 37 años de edad convive con su hija de 12 años, su padre de 72, una hermana de 43 y un sobrino de 25 años, es la sexta de 7 hermanos, su madre falleció en el año 2006 y un año después uno de sus hermanos mayores en un accidente de tránsito. La relación más cercana y de mayor vínculo que posee la Sra. D, es la que tiene con su hija, con su padre también tiene un vínculo fuerte, sin embargo, presenta diferencias con él en algunos aspectos de la convivencia; por otro lado, el vínculo con su hermana y su sobrino es bueno, es decir mantiene con ellos una relación de respeto y cordialidad.

Tabla 1
Descripción familiar

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Grado de Escolaridad	Ocupación	Relación
A.D.Q.	Padre	72 años	3° Primaria	Oficios Varios	Afectividad
L. C. C.	Hija	12 años	6° Secundaria	Estudiante	Protección – Muy cercana
M. D. C.	Hermana	45 años	5° Primaria	Oficios varios	Cercana
J. E. C.	Sobrino	20 años	Bachiller	Oficios varios	Cercana

Nota: Información sociodemográfica del núcleo familiar de la consultante.

Antecedentes Psiquiátricos

La consultante presenta antecedentes de Trastorno Depresivo. Estuvo hace 4 años en tratamiento psiquiátrico y psicológico, en este período de tiempo y por aproximadamente 5 meses consumió Fluoxetina, sin embargo, este proceso no tuvo permanencia debido al cambio de residencia de la Sr D a otra ciudad. Actualmente presenta problemas económicos lo que ha impedido que inicie un nuevo proceso de atención con médico psiquiatra.

Motivo de consulta

La Sra. D refiere: *“Tengo problemas de concentración, me distraigo con facilidad y tengo dificultad para recordar”*.

Descripción del motivo de consulta

Cuando la consultante asiste a encuentros religiosos u otro tipo de reuniones, además de entablar conversaciones con otras personas, presenta dificultad para concentrarse y se distrae con facilidad, así que le cuesta recordar la información suministrada en las situaciones mencionadas con anterioridad.

Problemas.

A continuación se consignan los problemas más relevantes observados en el proceso de evaluación:

- ✓ Problemas de concentración
- ✓ Bajo estado de ánimo
- ✓ Ideas disfuncionales
- ✓ Pensamientos intrusivos
- ✓ Hipervigilancia
- ✓ Dificultad de afrontamiento

Descripción del problema

La Sra. D ha venido presentando diferentes problemas luego del evento traumático, entre estos se encuentran:

Problemas de concentración.

La consultante afirma que desde hace muchos años, luego del evento traumático, ha venido presentando problemas de concentración y memoria, esto lo evidencia cuando asiste a eventos de su grupo religioso, le cuesta concentrarse en lo que expone el interlocutor, asimismo, cuando entabla una conversación con personas de su entorno social, se distrae fácilmente y le cuesta recordar información de lo tratado, ella refiere: *“Me queda la mente en blanco, quedo como ida en algunos momentos”*.

Bajo estado de ánimo.

La Sra. D menciona en consulta que constantemente se siente triste, refiere *“lloro mucho y no puedo controlarme”*, además expresa *“no me dan ganas de hacer nada, no siento interés por las cosas, como si nada me importara”*, también comenta que se siente fatigada, *“me canso rápido, es como si me quedase sin energías cuando realizo las labores de la casa, quedo agotada”*.

Ideas disfuncionales.

La consultante constantemente expresa pensamientos en los que se evidencian distorsiones cognitivas, tales como: *“Soy una boba”*; *“los demás piensan que no soy una mujer seria, que soy fácil”*; *“no soy capaz”*, *“no puedo”*, etc., este tipo de pensamientos le generan a la Sra. D malestar clínicamente significativo, inseguridad y frustración.

Pensamientos intrusivos.

La consultante presenta algunos pensamientos que la invaden y atormentan insistentemente, generando malestar clínico psicológico y sufrimiento, de tal manera que

responde ante esto con tristeza, refiere: *“Las personas a mi alrededor me miran y piensan cosas malas de mí, me critican”*.

Hipervigilancia.

Permanece muy atenta ante la cercanía de hombres que no son conocidos, esta situación en particular le genera sobresalto.

Dificultad de afrontamiento.

La Sra. D presenta dificultad para resolver de manera efectiva las situaciones problemáticas que se le presentan continuamente, generalmente muestra conductas evitativas, por lo que los problemas no reciben una solución concreta e inmediata de su parte.

Historia personal

La consultante es una mujer de 37 años, sexta de siete hermanos, nacida en un municipio del Departamento del Magdalena, en el cual vivió la mayor parte de su niñez junto a sus padres y hermanos. Tuvo una infancia llena de alegría, considera que recibió amor por parte de su familia y que tuvo una excelente relación con ellos, refiere: *“tuve una niñez normal, como cualquier otro niño, jugaba, me divertía y estudiaba”*.

La Sra. D inició y desarrolló en gran parte sus estudios académicos de primaria y secundaria en su pueblo natal, sin embargo, en su adolescencia se trasladó a la ciudad de Bogotá a vivir con una de sus hermanas mayores y la familia de esta, con el fin de terminar sus estudios de secundaria e iniciar la universidad; no obstante, tuvo problemas con su hermana y como consecuencia de esta situación presentó un episodio depresivo; más adelante, la consultante tuvo una ruptura amorosa que generó en ella una nueva recaída en su estado de ánimo, encontrándose

en ese estado fue violentada sexualmente en varias ocasiones por un familiar, ella no presentó denuncia por este hecho, debido a que de alguna manera consideraba que lo ocurrido en parte había sido culpa suya; después de esta situación, comenzó a presentar una serie de problemas que han sido recurrentes a lo largo de su vida desde entonces. Actualmente vive con su hija de 12 años, su padre, una hermana y un sobrino, se encuentra trabajando en un almacén de electrodomésticos, además vende productos de revistas y no tiene pareja sentimental.

Evaluación sincrónica

Luego de la situación traumática, la consultante ha venido presentado una serie de problemas que de una u otra manera le han generado un sinnúmero de dificultades a nivel individual, familiar, social y relacional; no obstante, paralelamente a estas circunstancias, la Sra. D sufrió la separación con el padre de su hija, vivió la pérdida de su madre en el año 2006, además del fallecimiento de uno de sus hermanos mayores en un accidente de tránsito un año después, todas estas situaciones han marcado significativamente la vida de esta persona, y le han generado sufrimiento y dolor.

Evaluación Diacrónica

Factores de Predisposición.

Dificultad en resolución de problemas, escasa red de apoyo y poca cohesión familiar.

Factores de Adquisición.

Vivencia directa de evento traumático, dificultad de afrontamiento y deficiente red de apoyo.

Factores de Mantenimiento.

Evitación, sentimientos de culpa y pensamientos disfuncionales.

Factores Protectores.

Motivación por mejorar, adherencia al tratamiento, apoyo emocional de su hija, ocupación laboral y congregación en grupo religioso.

Dominios

Emocional afectivo.

Actualmente la consultante no tiene pareja sentimental, sin embargo refiere “*No me ha ido bien, soy de malas en el amor*”, debido a que no ha tenido una relación estable por mucho tiempo, a excepción de la que tuvo con el padre de su hija, pero de igual manera no funcionó. Por otro lado, en estos momentos cuenta con el apoyo emocional de su hija quien es su principal motivo y razón para superar todas sus dificultades.

Cognoscitivo verbal.

La Sra. D muestra un lenguaje claro, fluido, coherente, y generalmente pausado; además, se encuentra ubicada en tiempo y espacio, presta atención cuando se le habla, sin embargo, en algunos momentos de la entrevista se muestra desconcentrada, refiere “*Me queda la mente en blanco*”, por lo que hay que repetir lo expresado con anterioridad.

Interacción.

La Sra. D. comenta que la relación con su familia es adecuada, no obstante, presenta dificultades con una de sus hermanas mayores y con su padre en algunos momentos, de acuerdo con ella, por los gastos y quehaceres de la casa, sin embargo, mantiene vínculos de respeto con

él; por otra parte, afirma que el vínculo con su hija es positivo. Socialmente interactúa poco, lo hace con mayor frecuencia en las reuniones religiosas a las que asiste, y se considera una mujer bastante tímida.

Repertorios relacionados a salud.

La Sra. D cada vez que presenta pensamientos automáticos distorsionados e intrusivos, acusa malestar psicológico y emocional, con síntomas de tristeza y llanto recurrente, refiere: *“Soy una boba”; “los demás piensan que no soy una mujer seria, que soy fácil”, “las personas a mi alrededor me miran y piensan cosas malas de mí, me critican”, etc.*

Contextos

Académico laboral.

La Sra. D no terminó sus estudios de secundaria, actualmente desea continuarlos y culminarlos, para iniciar una carrera técnica en el Servicio Nacional de Aprendizaje. Por otro lado, esta se encuentra laborando, situación que la llena de tranquilidad y motivación para seguir luchando por mejorar y superar sus dificultades.

Familiar.

La consultante vive en la actualidad con su padre, una hermana, un sobrino y con su hija de 12 años, en general presenta un vínculo positivo con ellos a pesar de algunas diferencias que sostienen, no obstante, presenta dificultades en su relación con otros miembros del grupo familiar, debido a las discrepancias que se generaron por la situación traumática que vivió a causa de su agresor, quien ella identifica como un familiar cercano.

Pareja sexual.

La Sra. D no tiene pareja sentimental en estos momentos, sin embargo, quiere iniciar una nueva relación con una persona que frecuenta, afirma que este hombre hace parte del grupo religioso al cual pertenece y asiste, ella se encuentra entusiasmada y refiere: *“Él es un gran hombre y me gustaría formar una familia con él”*.

Condiciones ambientales.

La consultante afirma que su círculo social es reducido, tiene pocas amistades, y se considera una mujer introvertida y poco sociable, asegura que la mayor parte de su tiempo lo distribuye entre las labores de la casa y su trabajo, lo que no le permite interactuar en otro tipo de actividades, no obstante, el poco tiempo que le queda lo utiliza para asistir a la iglesia en la cual se congrega, y en la que tiene la oportunidad de interactuar con muchas más personas.

Estímulos discriminatorios.

La Sra. D comenta que al estar en contacto con estímulos que le recuerdan el hecho traumático (por ejemplo, el olor del perfume del agresor) presenta el mismo repertorio de conductas, es decir, las mismas dificultades: malestar psicológico y emocional, además de tristeza y llanto generalizado. Además, la Sra. D también presenta constantemente pensamientos automáticos distorsionados e intrusivos, los cuales activan el mismo repertorio de conductas mencionados con anterioridad.

Formulación de hipótesis

Problema.

La consultante presenta constantemente pensamientos automáticos distorsionados e intrusivos, además de problemas de concentración, bajo estado de ánimo, hipervigilancia y dificultad para resolver problemas.

Hipótesis.

Una vez presentado el análisis funcional del caso, queda claro que algunos estímulos del ambiente, tales como: Ser observada por las personas que se encuentran a su alrededor; no darle solución a algún problema presente; recibir un llamado de atención de sus jefes; no realizar una labor adecuadamente como se esperaba, son circunstancias que desencadenan pensamientos automáticos distorsionados y negativos sobre sí misma, además de pensamientos intrusivos recurrentes, todos estos pensamientos generan en ella malestar clínicamente significativo (dolor y sufrimiento emocional), tristeza y bajo estado de ánimo. Por otra parte, la Sra. D evita constantemente todos aquellos estímulos que de una u otra manera le traen recuerdos del evento traumático, lo que le ha generado dificultades para afrontar y superar dicha problemática, esta situación ha sido una constante en su vida luego de lo experimentado en el hecho traumático, lo que hace que la sintomatología cada vez sea más intensa.

Análisis explicativo

Repertorios de autocontrol.

La consultante ha intentado superar y sobreponerse a la situación traumática evitando pensar en ella, siempre que puede, evita todos los estímulos que de una u otra manera le puedan generar malestar y sufrimiento.

Autoconocimiento.

La Sra. D reconoce que no se encuentra bien psicológicamente, que tiene muchos problemas que no ha podido resolver, sin embargo, comenta que no conoce con exactitud que le está generando esas dificultades que la atormentan constantemente y que le causan sufrimiento.

Repertorios para modificar el ambiente.

A pesar de las diversas dificultades que ha venido presentando la consultante, esta se esfuerza por llevar a cabo distintas actividades tanto laborales como del hogar, lo que le permite de una u otra manera no centrarse totalmente en sus problemas, además de esto, intenta asistir con frecuencia a reuniones del grupo religioso al que pertenece, lo que le permite vivir momentos de esparcimiento y tranquilidad para su vida.

Regulación verbal del comportamiento.

La consultante regularmente se expresa de sí misma de manera negativa como “*soy una boba*”, “*no soy capaz*”, “*no puedo*”, “*todo me sale mal*”, “*soy de malas en el amor*”, etc., lo que la hace sentir mal y no le permite tomar la iniciativa en algunas situaciones, afrontar y resolver otras.

Identificación de conducta

Conducta clínicamente relevante.

CCR2: La consultante identificaba que habían unas conductas problemáticas, las reconocía, como el caso de la falta de concentración y el bajo estado de ánimo, estas dificultades las mostró al inicio del proceso de intervención, no obstante, se esforzaba por mantenerse activa en las sesiones.

Función explicativa.

La evitación es la estrategia más utilizada con frecuencia por la Sra. D., le permite evadir los estímulos traumáticos, y de esta manera sentirse tranquila consigo misma, lo que significa, que evita el dolor y sufrimiento que le generan los recuerdos de esta situación.

Diagnóstico

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM V, se encontró que la Sra. D vivió de manera directa el suceso traumático en repetidas ocasiones; constantemente presentaba recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático; malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso vivido; evitaba recuerdos o pensamientos angustiosos relacionados con el hecho traumático; por otra parte, presentaba creencias o expectativas negativas persistentes o exageradas sobre sí misma, los demás o el mundo; estado emocional negativo persistente (culpa, vergüenza); disminución importante del interés o la participación en actividades significativas; hipervigilancia, al igual que problemas de concentración.

El Dx se consigna a continuación:

309.81 (F43.10) Trastorno de Estrés Postraumático.

Con síntomas disociativos.

Subtipo desrealización.

Con expresión retardada.

Plan de intervención

Es importante mencionar que el proceso de intervención desarrollado con la consultante se llevó a cabo en 13 sesiones, en las primeras 5 se adelantó el proceso de evaluación a través del diálogo socrático como herramienta primordial de indagación, además de la utilización de pruebas psicológicas que permitieron medir las problemáticas expresadas por esta, para determinar el diagnóstico y elaborar así un plan de intervención ajustado a sus necesidades que fuese completo y eficaz.

Teniendo en cuenta las diversas problemáticas que ha presentado la Sra. D luego del evento traumático, se diseñó el siguiente plan de intervención, teniendo como objetivo fundamental, la aplicación de diversas técnicas que buscarán restablecer el equilibrio emocional y reducir el malestar clínicamente significativo.

Psicoeducación.

Es un elemento fundamental en la reestructuración cognitiva, haciendo énfasis en la relación entre la cognición y los síntomas del trastorno, por un lado, los pacientes aprenden respuestas emocionales comunes, fisiológicas, de atención, cognitivas y conductuales a los eventos traumáticos, y por el otro, aprenden a identificar que los pensamientos distorsionados son la causa de dichas reacciones características y desadaptativas (Nezu, Nezu & Lombardo,

2006; Guzmán, Padrós, Laca & García, 2015); además, uno de los principales objetivos de esta técnica es inculcar expectativas positivas en la persona respecto a la intervención y la confianza en la idoneidad y eficacia del modelo de terapia utilizado (Allen & Kronenberg, 2014 citados en Prieto, 2015).

Reestructuración cognitiva.

Es una técnica que se centra en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012). De acuerdo con Guzmán, Padrós, Laca y García (2015):

Esta técnica busca que el paciente pueda hacer uso de las herramientas cognitivas para modificar no solo las interpretaciones sobre el evento traumático, sino también sobre los eventos del aquí y ahora y cómo las interpretaciones que les asigna influyen en la experiencia traumática. El objetivo mayor es modificar el esquema cognitivo activado por el evento en el paciente (p. 1182).

Detención y control de pensamientos automáticos.

Esta técnica consiste en utilizar una clave verbal ante la aparición de un pensamiento intrusivo, con el fin de detener el pensamiento que genera malestar, luego evocarlo a voluntad y finalmente detenerlo o cambiarlo por otro, también de forma voluntaria (Cía, 2001; Caballo & Buela-Casal, 1998 citados en Guerra & Plaza, 2009).

Técnicas del control de la respiración.

Conjunto de técnicas que buscan a través de los diferentes tipos de respiración, la disminución de los niveles de activación, es decir, se reducirán progresivamente en los pacientes los niveles de ansiedad (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Resolución de problemas.

Es una técnica utilizada con el objetivo de optimizar el funcionamiento psicológico y conductual de un individuo, aumentando su habilidad para solucionar problemas, es decir, que pueda afrontar las situaciones estresantes en su diario vivir, y de esta manera logre identificar y poner en funcionamiento las opciones de afrontamiento más eficientes y adaptativas (D’Zurilla & Nezu, 2010 citados en Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Exposición prolongada.

Con esta técnica, los pacientes enfrentan los estímulos aversivos a través de representaciones en vivo o imaginarias con el fin de romper el ciclo de evitación y activación, al contrario de lo que estos piensan, la ansiedad disminuye al afrontar los estímulos traumáticos, y por lo tanto, la evitación deja de ser la estrategia de afrontamiento necesaria (Taylor et al., 2003 citado en Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobo (2012) la técnica de exposición en imaginación a diferencia de la exposición en vivo, implica la exposición al estímulo temido a través de la imaginación, es decir, la visualización del estímulo fóbico, su objetivo es conseguir la habituación y eventual extinción de la respuesta fóbica al estímulo. (Ver anexo. No 6 Cuadro de Sesiones).

Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación e intervención desarrollado con la consultante y bajo el enfoque del modelo cognitivo conductual; inicialmente se logró evaluar la sintomatología presente y luego se generó un diagnóstico clínico, que posteriormente permitió diseñar y aplicar un plan de intervención. Cabe destacar que en un primer momento se desarrolló una fase de pre test en la que se aplicaron dos pruebas psicométricas, y en un segundo momento se aplicaron los mismos instrumentos con el propósito de conocer la eficacia de la intervención pos-tratamiento. A continuación se pueden conocer con más detalle los resultados.

En todo este proceso desde la etapa inicial hasta la final, fue fundamental el uso de la psicoeducación como técnica de intervención, esta permitió que la Sra. D pudiese comprender y dimensionar las problemáticas que había estado presentando por mucho tiempo y las consecuencias en su vida, tanto así que inquietudes tales como: ¿qué me está ocurriendo?, ¿me estaré volviendo loca?, ¿será que algún día podré mejorar?, fueron despejadas en el transcurso del proceso de intervención, además, esta técnica permitió que la consultante reconociera que el hecho traumático no había sido parte de su responsabilidad y aceptó ser víctima en el mismo. Cabe destacar que respondió de manera positiva a esta técnica, tanto así que logró mayor tranquilidad luego de su aplicación, el hecho de conocer la/s causa/s de sus problemas le permitían obtener este estado.

Por otro lado, se identificó en el proceso de evaluación que la consultante presentaba pensamientos distorsionados e intrusivos (*“Soy una boba”, “los demás piensan que no soy una mujer seria, que soy fácil”, “no soy capaz”, “no puedo”, “las personas a mi alrededor me*

miran y piensan cosas malas de mí, me critican”), los cuales le generaban malestar psicológico y emocional, por lo tanto, se utilizaron las técnicas reestructuración cognitiva y detención y control de pensamientos automáticos.

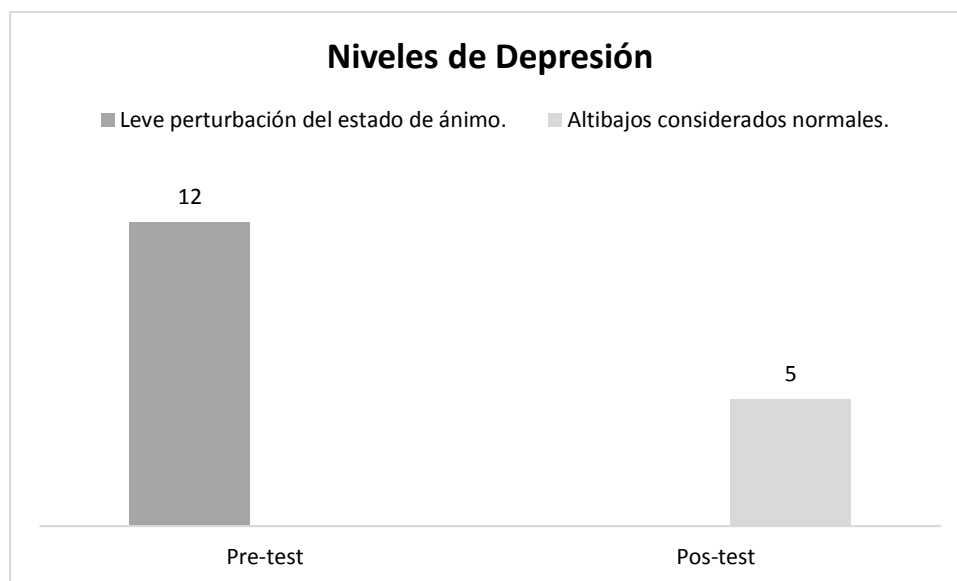
A través de la reestructuración cognitiva la consultante logró identificar y cuestionar los pensamientos que le generaban malestar, de esta manera comprendió la importancia que le asignaba a los pensamientos negativos, y el poder que le daba a estos sobre su estado emocional. Luego, con la segunda técnica (detención y control de pensamientos automáticos) pudo confrontar estos pensamientos, inicialmente con la palabra *Stop* en su aparición, y luego con la generación de pensamientos positivos (*“soy una mujer inteligente”, “yo puedo y soy capaz”, “soy una mujer con muchas cualidades positivas, así que soy valiosa”, “no soy el centro de atención de los demás, así que no siempre me están criticando”*) que pudiesen contrarrestar los negativos surgidos, de esta manera mejoraba su estado de ánimo.

En la actualidad persiste con menor intensidad en la Sra. D el pensamiento *“las personas a mi alrededor me miran y piensan cosas malas de mí, me critican”*, esto quizás por el hecho de que en algunos momentos cuando mira a su alrededor algunas personas la están observando, al menos es lo que ella percibe de la situación. Es importante mencionar que la consultante mostró adherencia a las técnicas mencionadas con anterioridad, por un lado se mostró al inicio confundida en el desarrollo de la reestructuración cognitiva en la identificación de los pensamientos distorsionados, pero luego de varios ejercicios pudo comprender la dinámica de esta, y en cuanto a la técnica detención y control de pensamientos automáticos la Sra. D no presentó ninguna dificultad en su comprensión y aplicación, por lo tanto, se ajustó adecuadamente a la misma.

También se utilizó la técnica Exposición Prolongada en la Imaginería, la cual consistió en llevar a la consultante a recordar escenas, objetos o detalles específicos del suceso traumático (por ejemplo, el olor del perfume de su agresor) que fuesen significativos para ella y que le generaban malestar psicológico y emocional, con el fin de llevarla a confrontar la realidad de lo vivido y reducir la tensión que esto le generaba, ante el desarrollo de estos ejercicios la Sra. D evitaba imaginar escenas de lo vivido, recordar no era fácil para ella, tanto así que se tensionaba y respondía con llanto en las primeras sesiones, sin embargo, en el transcurso de los ejercicios logró controlar estas respuestas y desarrollar con mayor facilidad las actividades; esta técnica se complementó con ejercicios de respiración diafragmática (técnica del control de la respiración) en aquellos momentos en que la Sra. D se mostraba tensionada.

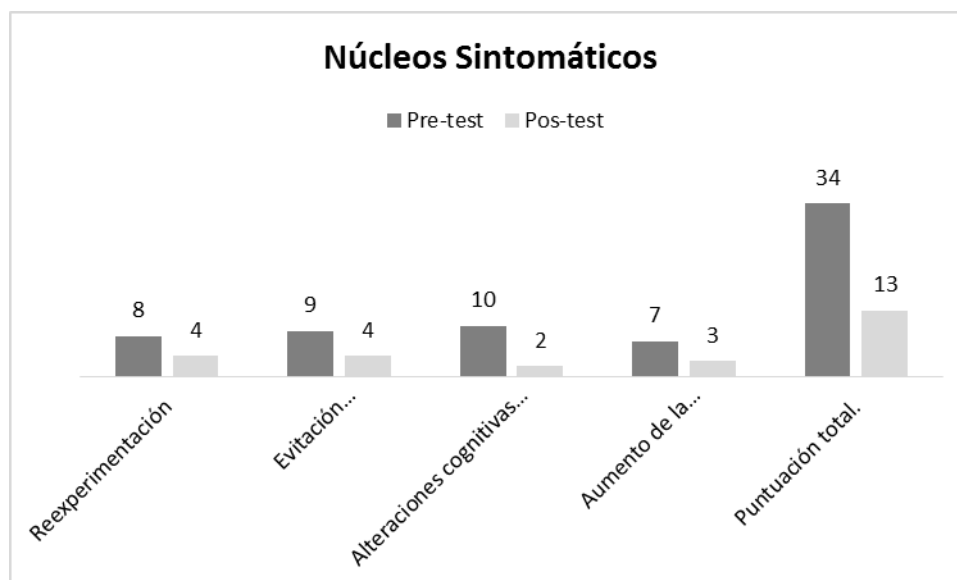
En cuanto a la dificultad presentada por la Sra. D para afrontar las distintas situaciones problemáticas que vivía a diario, se utilizó la técnica “Resolución de Problemas”, se buscaba en el desarrollo de las sesiones terapéuticas, plantear diversas opciones que fuesen eficaces y/o efectivas en la solución de situaciones reales y conflictivas (situaciones estresantes) presentadas por ella, de esta manera se esperaba que pudiese fortalecer su capacidad de afrontamiento y de resolución de problemas, no presentó dificultades en la realización de los ejercicios planteados y pudo comprender la dinámica de estos.

A continuación se muestran los resultados obtenidos por la consultante luego de la aplicación pre y pos test de los instrumentos de medición:



Gráfica 2. Puntuación pre y pos-test del Inventario de Depresión de Beck
Fuente: Inventario de Depresión de Beck.

La gráfica anterior muestra la puntuación obtenida por la consultante en la fase de pre y pos-test, se hizo un comparativo para conocer el nivel de perturbación presentado, los resultados confirmaron que la puntuación obtenida en el pre-test fue de 12 puntos, lo que la ubicó en el nivel *“Leve perturbación del estado de ánimo”*, a diferencia del nivel obtenido en la fase de pos-test, donde la puntuación fue de 5, dejándola en el nivel *“Altibajos considerados normales”*, de acuerdo con esto, es evidente que la consultante no cumple con el puntaje (criterios diagnóstico) para determinar un cuadro depresivo; además, cabe resaltar que su estado de ánimo inicial mejoró considerablemente luego del proceso de intervención psicológico implementado y gracias a las técnicas aplicadas.



Gráfica 3. Puntuación pre y pos-test de los núcleos sintomáticos del TEPT.
Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R).

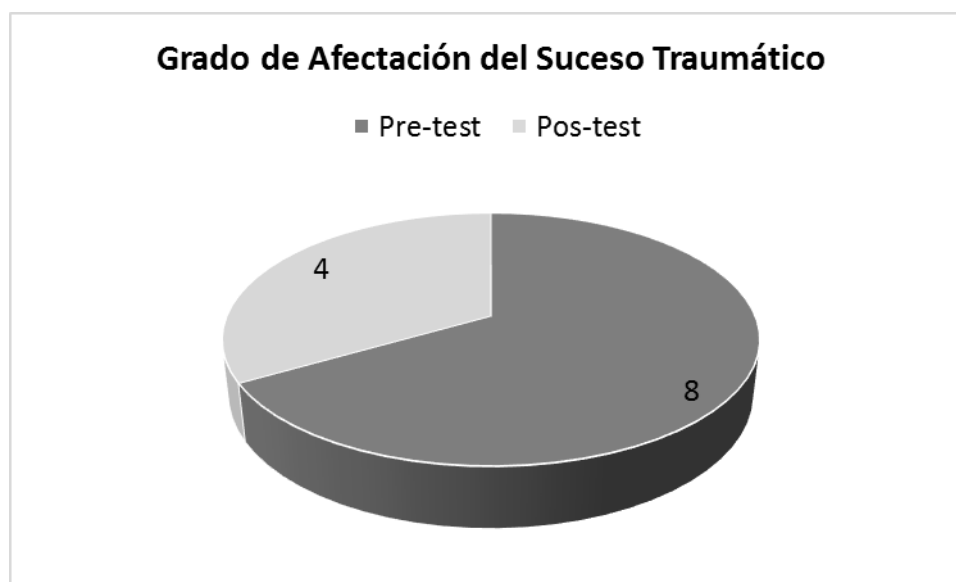
Teniendo en cuenta la información suministrada en la gráfica 3, se observa que el puntaje obtenido por la Sra. D en cada uno de los núcleos sintomáticos (re experimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica) disminuyó considerablemente del pre-test al pos-test, en el primero, la puntuación total fue de 34, y en el segundo, la puntuación obtenida fue de 13, esto indica que la puntuación inicial confirma el diagnóstico de TEPT, puesto que la persona cumple con los criterios estipulados para el mismo (1 síntoma de re experimentación, 1 síntoma en evitación, 2 síntomas en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y 2 síntomas en aumento de la activación/reactividad psicofisiológica), mientras que la segunda puntuación en contraste con la primera muestra una reducción notoria, indicador esto de mejoría, lo que deja en evidencia que la consultante ya no presenta los indicadores que determinan la presencia del trastorno, a pesar de la manifestación de algunos síntomas.

Tabla 2
Información complementaria

Síntomas disociativos	Pre-test Sí/No	Pos-test Sí/No
Presencia de al menos dos síntomas disociativos.	Sí	No
Presentación demorada del cuadro clínico.	Sí	Sí

Nota: Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido cuatro ítems destinados a evaluar de forma Complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5. Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R).

Por otra parte, en cuanto a los síntomas disociativos se refiere, la Sra. D presentó al menos dos de estos en la valoración del pre-test, lo que indica el acompañamiento del trastorno con síntomas disociativos en esta primera etapa, sin embargo, en la segunda (pos-test), la persona no registró puntuaciones que determinaran la presencia de estos síntomas. Cabe resaltar que la presentación del cuadro clínico.



Gráfica 4. Grado de disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático.
Fuente: Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R).

Por último, en lo referente a la disfuncionalidad de la Sra. D en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático, es evidente en la valoración pre-test (8 puntos) que hay una

mayor afectación de esta persona en las diferentes áreas de su vida, en comparación con la valoración registrada en el pos-test (4 puntos).

Considerando los objetivos propuestos se podría afirmar que el proceso de intervención fue efectivo, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el pre y pos test de las pruebas psicológicas aplicadas, cuyos puntajes comparativos muestran una reducción considerable entre una prueba y otra, lo que sustenta la afirmación inicial. Por otra parte, en cuanto a las técnicas, estrategias e intervenciones planteadas, permitieron que en la consultante gradualmente disminuyera la sintomatología presentada, además de optimizar su nivel de concentración, para esto fue de vital importancia su adherencia al tratamiento, el esfuerzo por seguir las instrucciones, recomendaciones y/o actividades propuestas. Sin duda alguna, de las técnicas aplicadas en el proceso terapéutico, la de mayor impacto fue la reestructuración cognitiva, esta permitió que la Sra. D resignificara su experiencia traumática y a partir de allí tener una autopercepción totalmente diferente, más segura, valorada y sin sentimientos de culpa por el hecho traumático, una visión positiva de sí misma.

Discusión

En el presente apartado se pretende realizar un análisis de los resultados obtenidos en el estudio de caso, teniendo en cuenta algunos referentes teóricos que sirvieron de base para la implementación de la intervención psicológica en la Sra. D, y que tuvo como objetivo fundamental disminuir la sintomatología presentada por esta, para ello se planteó la utilización e integración de técnicas cognitivo conductuales tales como: Detención y control de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, exposición prolongada, técnicas de control de la respiración y resolución de problemas.

Los resultados demuestran que la intervención permitió alcanzar los objetivos propuestos inicialmente, viéndose claramente reflejados en los puntajes obtenidos por la consultante en la fase de pos-test, tanto en la medida de depresión (Inventario de Depresión de Beck, BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; versión española de Sanz, Navarro & Vázquez, 2003) reduciéndose de 12 a 5 puntos en el puntaje total, como en la medida de los núcleos sintomáticos (re experimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica) que pasó de 34 a 13 puntos del puntaje total, lo que demuestra y evidencia los resultados obtenidos por otros autores, quienes exponen que el modelo de intervención cognitivo conductual es efectivo en la disminución de la sintomatología presente en el TEPT, a través del control y comprensión de pensamientos asociados a la situación traumática (Baguena, 2001; Diaconu, 2009).

Por otra parte, autores como Vera (2004) también consideran que las técnicas anteriormente mencionadas (psicoeducación, detención y control de pensamientos automáticos, exposición prolongada, reestructuración cognitiva etc.) son efectivas y demuestran resultados

positivos en el tratamiento del TEPT producto de la violencia sexual; de igual manera Vallejo y Terranova (2009, citados en Vallejo & Córdoba, 2012), resaltan la importancia de tratamientos integrales para trabajar las alteraciones en la salud mental de las personas víctimas de este flagelo.

Cabe mencionar que dentro de las técnicas utilizadas en el proceso de intervención, la exposición prolongada fue una de las de mayor complejidad e impacto, debido a que generaba malestar psicológico y emocional en la consultante, por lo tanto, se aplicó de manera controlada en la imaginería, llevándola a recordar por un tiempo determinado acontecimientos del hecho traumático y/o situaciones específicas de este, con el fin de manejar en tiempo real la sintomatología que pudiese presentarse en el momento, esto a través de ejercicios de respiración para el control y reducción de las alteraciones (psicológicas y emocionales) presentadas, como lo afirman Echeburúa y de Corral (2007), la terapia de exposición en la imaginación es la más efectiva para hacerle frente al trauma, no obstante, las personas con altos niveles de evitación son muy renuentes a exponerse a sus recuerdos traumáticos; otros autores como Echeburúa et al. (1997, citados en Vera, 2004) concluyen que la técnica de exposición en vivo es suficiente para la recuperación de algunos pacientes, sin embargo, Foa y Rothbaum (1998) citados por la misma autora, recomiendan la exposición en la imaginería.

En todo el proceso de intervención se utilizó con mucha frecuencia la psicoeducación, esta técnica permitió que la consultante pudiese comprender y dimensionar todos sus problemas y el impacto de estos sobre su vida, de tal manera que al procesar toda esta información pudo obtener respuestas y pudo despejar muchas dudas e inquietudes que le habían surgido con respecto a lo vivido y a sus problemáticas actuales, de acuerdo con esto, Botero (2005) afirma que la psicoeducación sobre el trauma permite que los pacientes puedan comprender su

sintomatología y los elementos necesarios para superarla, del tal manera que esta técnica es una herramienta fundamental en el abordaje terapéutico del TEPT.

Por otro lado, en cuanto a la intervención de los pensamientos distorsionados e intrusivos (generadores de malestar psicológico y emocional) presentados por la Sra. D., se utilizaron las técnicas reestructuración cognitiva y detención y control de pensamientos automáticos, la primera técnica permitió que la consultante pudiese identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos (perturbadores) que presentaba y a partir de allí pudo modificar las interpretaciones no sólo del hecho traumático, sino también de las situaciones o problemáticas de su diario vivir, además esta técnica le permitió comprender como el valor que ella le asignaba a los pensamientos negativos afectaban su estado emocional y psicológico, de acuerdo con esto Botero (2005) afirma que:

La reestructuración cognitiva ayudará al individuo a confrontar sus propias creencias y pensamientos irracionales que están asociados no sólo con su propia percepción del evento traumático sino con su visión de sí mismo, los otros y el futuro, que (en individuos con TEP) generalmente están afectados negativamente (p. 217).

Entre tanto, la segunda técnica (detención y control de pensamientos automáticos) permitió que la consultante pudiese confrontar esos pensamientos (negativos y perturbadores) positivamente, y así reducir de manera progresiva los malestares psicológico y emocional producidos, de acuerdo con esto, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) expresan que los pensamientos distorsionados tienen como consecuencia la aparición de la sensación de tristeza intensa; por su parte, Nezu, Nezu y Lombardo (2004) afirman que “en la detención de pensamientos, el

paciente pone en práctica un estímulo aversivo en un intento por detener los pensamientos intrusivos y obsesivos” (p. 182).

Se debe resaltar que las técnicas del control de la respiración y resolución de problemas, también fueron de gran importancia en el proceso de intervención, cada una ellas cumplió una tarea específica en la reducción de algunas problemáticas presentadas por la consultante, por un lado, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) afirman que con la técnica del control de la respiración se intenta que la persona controle de manera voluntaria su respiración y que pueda ponerla en práctica en aquellas situaciones donde se encuentre alterada; mientras que con la técnica de resolución de problemas se busca que el paciente entre una diversidad de opciones de respuesta pueda afrontar las situaciones problemáticas utilizando y/o aplicando las respuestas más eficaces entre las existentes (Aramayo, 2011).

Es importante resaltar que el hecho traumático vivido por la Sra. D, se perpetró en la etapa de la adolescencia, esta inició un proceso de intervención mucho tiempo después de lo sucedido, proceso que en su momento no tuvo continuidad, teniendo en cuenta esto, investigadores como Vallejo y Córdoba (2012) afirman que:

Cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre el evento de abuso sexual y el inicio de la terapia, mejores serán los resultados de los tratamientos en síntomas como la depresión, la rabia, la disociación y el aislamiento; por el contrario, las personas que pasan mayor tiempo sin ser intervenidos presentan una sintomatología mayor (p. 40).

Al respecto, Carbonel (2002) concluye que luego de un suceso o experiencia traumática es fundamental la necesidad de una evaluación temprana que permita la detección de síntomas del TEPT, puesto que esta problemática puede constituirse en una discontinuidad repentina en la

vida de las personas que lo vivencian, esto permite que se inicie un tratamiento que prevenga la cronificación de la sintomatología. En definitiva, gracias al bagaje teórico y práctico con que cuenta el enfoque cognitivo conductual, se facilita el abordaje exitoso de problemáticas como el TEPT con una variedad de estrategias y técnicas para incorporar a tratamientos encaminados a la reestructuración cognitiva del evento traumático (Vallejo & Córdoba, 2012).

Conclusiones

- Los objetivos terapéuticos del proceso de intervención se cumplieron a cabalidad, se logró reducir considerablemente la sintomatología presentada por la consultante.
- Las personas víctimas de violencia sexual en un alto porcentaje pueden presentar TEPT por el gran impacto que tiene el hecho traumático sobre su salud mental. En este estudio de caso específicamente, la consultante desarrolló la sintomatología del trastorno.
- Para determinar el diagnóstico de TEPT se debe realizar una evaluación muy exhaustiva de la sintomatología presentada por el individuo, esto debido a la similitud entre los síntomas del TEPT con otros como el Trastorno Depresivo.
- El modelo cognitivo conductual y sus diferentes técnicas y estrategias son efectivos en la intervención y rehabilitación de casos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), su intervención en los pensamientos disfuncionales y emociones negativas en las conductas problemáticas, permiten una mejor adaptación al entorno.
- La sintomatología del TEPT se intensifica y recrudece en el tiempo, cuando no se genera un proceso de intervención adecuado e inmediato luego del evento traumático.
- La fase de seguimiento permitió conocer la evolución mostrada por la consultante, tanto en aquellos factores en los que tuvo mejorías, como también en los que tuvo altibajos, por lo que se hace necesario realizar procesos de orientación y retroalimentación en esta fase, que permitan confrontar las recaídas que se estén presentando en el momento.
- Teniendo en cuenta el proceso terapéutico realizado, se puede concluir que la técnica reestructuración cognitiva fue la que tuvo mayor impacto en la consultante y la que permitió que los pensamientos disfuncionales tuviesen un significado emocional y cognitivo diferentes.

Recomendaciones

- Es fundamental que la consultante continúe realizando los procesos, actividades y/o ejercicios adelantados en el plan de intervención, esto con el objetivo de evitar recaídas a causa de situaciones que se presenten en su entorno.
- Ante posibles recaídas, es necesario que la Sra. D busque ayuda profesional, siempre y cuando las situaciones superen su capacidad de afrontamiento.
- Se recomienda realizar un proceso de seguimiento luego de la culminación del proceso de intervención que permita evaluar las mejorías y recaídas que pudiesen presentarse, este seguimiento debería hacerse en tiempos determinados en el transcurso de un año.
- La consultante debería generar más espacios de esparcimiento para fortalecer la relación con su hija, además de interactuar con otras personas.
- Para la atención de este tipo de casos clínicos es recomendable la aplicación de técnicas centradas en el contenido cognitivo y en la modificación de pensamientos disfuncionales, tal es el caso de la reestructuración cognitiva y la detección y control de pensamientos automáticos, y por otro lado, la utilización de técnicas de exposición que permitan que la persona confronte el hecho traumático y pueda a través de esta darle un significado emocional distinto al que le genera malestar, como por ejemplo, a través de la exposición en la imagería.

Referencias

- Aramayo, S. (2011). Terapia centrada en soluciones aplicada a la agresión sexual. Estudio de Caso. *Ajayu*, 9 (1), 132 – 168. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n1/v9n1a4.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Recuperado de: <http://elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/06/Gu%C3%ADa-criterios-diagn%C3%B3sticos-DSM-V.pdf>
- Astin, M. y Resick, P. (1997). Tratamiento cognitivo – conductual del Trastorno por Estrés Postraumático. En V. Caballo. (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos* (4 – 749). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Bados, A. (22 de mayo de 2015). *Trastorno por Estrés Postraumático*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Botero, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo conductual para el trastorno por estrés postraumático en ex combatientes colombianos. *Universitas psicológica*, 4(2), 205-219.
- Carbonel, C. (noviembre, 2002). Trastorno por estrés postraumático: Clínica y psicoterapia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (2), 69 – 75.
- Checa, M. y Regueiro, A. (2013). Trastornos Relacionados con Traumas y Estresores. En M. Ortiz (Ed.), *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM – 5*. (1 – 199). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Diaconu, A. (2009 – 2010). *El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) de origen laboral.*

Estudio de un caso clínico. Recuperado de:

https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/TFM_Aniela_Diaconu.pdf

Dongil, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de Estrés Postraumático. *Ansiedad y*

Estrés, 14 (2 – 3), 265 – 288. Recuperado de:

https://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_estres_postraumatico_violacion.pdf

Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. (2005). *La resistencia Humana ante los Traumas y el*

Duelo. Recuperado de: [http://www.trabajosocialbadajoz.es/colegio/wp-](http://www.trabajosocialbadajoz.es/colegio/wp-content/uploads/2011/05/La-Resistencia-Humana-ante-los-Traumas-y-el-Duelo.pdf)

[content/uploads/2011/05/La-Resistencia-Humana-ante-los-Traumas-y-el-Duelo.pdf](http://www.trabajosocialbadajoz.es/colegio/wp-content/uploads/2011/05/La-Resistencia-Humana-ante-los-Traumas-y-el-Duelo.pdf)

Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos:

¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (enero – abril, 2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso

sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43 – 44), 75 – 82. Recuperado

de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>

Echeburúa, E. y De Corral, P. (2009). Trastorno de Estrés Postraumático. En A. Belloch, B.

Sandín y F. Ramos (Ed.), *Manual de Psicopatología. Volumen II.* (pp. 3 – 650). Aravaca,

Madrid: Mc Graw Hill.

Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. (2014). Trastornos relacionados con traumas y factores

de estrés. En Caballo, Salazar y carroble (Ed.), *Manual de Psicopatología y trastornos*

psicológicos. (pp.10 – 790). Ediciones Pirámide.

- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado, F. y Muñoz, J. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34 (2), 111 – 128. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art04.pdf>
- Echenique, C., Medina, L., Medina, A. y Ramírez, A. (2008). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe*, nd (21), 122-135. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/213/Resumenes/Resumen_21302107_1.pdf
- Gómez, M. (2011). *Desarrollo y validación de un instrumento autoaplicado para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático (EGEP)* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- González, J. y Pardo, E. (2007). El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. Recuperado de: <https://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>
- Guerra, C. y Plaza, H. (2009). Tratamiento cognitivo - conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de psicología*, 18 (1), 103 – 129. Recuperado de: [file:///C:/Users/ACER/Downloads/17130-50141-1-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/ACER/Downloads/17130-50141-1-PB%20(6).pdf)
- Guzmán, M., Padrós, F., Laca, F. y García, T. (septiembre de 2015). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el Trastorno por Estrés postraumático. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 18 (3), 1177 – 1192.

Heredia, C., Santaella, G. y Somarriba, L. (2012). *Informe psicológico*. Recuperado de:

http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Informe_Psicologico_Heredia_y_Ancona_Santaella_Hidalgo_Somarriba_Rocha_TAD_7_sem.pdf

Hermoza, L. (2013). *Trastorno de estrés post traumático en adolescentes de extrema pobreza de la provincia de Huancavelica, 2012*. (Tesis de especialización). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; Subdirección de Servicios Forenses y Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. (2017). *Violencia de género en Colombia. Análisis comparativo de las cifras de los años 2014, 2015 y 2016*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/4023454/genero.pdf/8b306a85-352b-4efa-bbd6-ba5ffde384b9>

Lindeman, Y. (2013). Estrés postraumático en Sobrevivientes de Enfermedad Crítica en unidad de Cuidados Intensivos: Revisión de la Literatura, *Psimonart*, 5 (1 – 2), 53 – 58.

Recuperado de:

<http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen5-1/08%20Psimonart%2007%20-%20Estres%20Postraumatico.pdf>

Ministerio de la Protección Social (2011). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCIÓN%20A%20VÍCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>

Morrison, J. (2014). *DSM –5. Guía para el diagnóstico clínico*. Recuperado de:

<http://diancecht.org/web/wp-content/uploads/2016/02/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders-DSM-5-guia-para-el-diagnostico-clinico-James-Morrison.pdf>

Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Recuperado de:

<http://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-1edi1.pdf>

Ochoa, M. (2009). *Estrés Postraumático y Abuso Sexual Infantil: Factores Asociados en Víctimas que Asisten al Instituto nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, Bucaramanga 2007 – 2009*. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. recuperado de: <http://www.trabajosocialbadajoz.es/colegio/wp-content/uploads/2011/05/Manual-de-Entrevista-Psicol%C3%B3gica-.pdf>

Prieto, M. (octubre de 2015). *Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en infancia maltratada* (tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.

Rivadeneira, C., Minici, A. y Dahab, J. (2010). El impacto del estrés sobre la salud física.

Revista de Terapia Cognitivo Conductual, Nd (18), 1 – 4. Recuperado de:

<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-impacto-del-estres-sobre-la-salud-fisica.pdf>

Rodríguez, A. (2012). El uso del consentimiento informado por parte de los profesionales de salud en la atención clínico asistencial. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 22, 1 – 11.

Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Recuperado de:

http://www.academia.edu/10436026/MANUAL_DE_T%C3%89CNICAS_DE_INTERVENCION_COGNITIVO_CONDUCTUALES

Torres, M., Martínez, A., Sayers, S. y Padilla, L. (2013). Eventos traumáticos en estudiantes de medicina y psicología clínica en Puerto Rico. *Interamerican Journal of Psychology*, 47 (1), 101-110. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/284/28426980012.pdf>

Vallejo, A. y Córdoba, I. (2012). Abuso sexual: Tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30 (1), 19-46. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472012000100002&script=sci_arttext

Vera, M. (2004). Tratamiento cognitivo – conductual del Trastorno de Estrés Postraumático crónico en una víctima de abusos sexuales en la infancia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Nd (22), 89 – 103. Recuperado de: <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-TratamientoCognitivoconductualDelTrastornoDeEstres-2741886.pdf>

Villavicencio, P. y Montalvo, T. (2011). Tratamiento cognitivo conductual del Trastorno por Estrés Postraumático en un caso de una adolescente víctima de agresión sexual. *Clínica Contemporánea*, 1 (2), 39 – 56. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n1a4.pdf>.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista clínica semiestructurada

1. Encuadre.
2. Entrevista:
 - Delimitación inicial del problema: por ejemplo, ¿Cuál es el problema por el que acude a consulta?, ¿Explíqueme qué ocurre?
 - Implicaciones del problema: por ejemplo, ¿Esto le afecta? ¿de qué manera?, ¿Hasta qué punto esto afecta su vida? (indicando a la persona diversas áreas de funcionamiento, laboral, familiar, social, personal, etc.), ¿Cómo reaccionan las otras personas?
 - Análisis de secuencias: por ejemplo, ¿En qué situaciones sucede? ¿con quién? ¿en qué lugares?, ¿qué está haciendo, pensando o sintiendo cuando sucede?, ¿qué sucede después?, ¿qué lo empeora? ¿qué lo mejora?, entre otros.
 - Análisis de parámetros: por ejemplo, ¿Cuándo ha sido peor?, ¿con qué frecuencia ocurre?, ¿Cuánto dura?
 - Evolución del problema: por ejemplo, ¿Cuándo fue la primera vez?, ¿ha mejorado? ¿ha empeorado?, ¿cómo era al principio?
 - Autocontrol, motivación y expectativas: por ejemplo, ¿A qué le atribuye tal situación?, ¿cómo piensa que sería al solucionarlo?, ¿Qué solución le han dado?
3. Cierre

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

La presente evaluación es conducida por el practicante **Darwin Díaz Camargo** de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Bucaramanga. La meta de esta evaluación es permitir la medición de la(s) variable(s) a investigar.

Si usted accede a participar en este seguimiento, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y a las respectivas aplicaciones de pruebas.

En pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, manifiesto que he sido debidamente informado(a), y en consecuencia autorizo a que me sea realizada la aplicación de las mismas.

Además declaro conocer y aceptar los términos de dicha realización, así como el manejo de los resultados y el fin para el cual está diseñado. Y que me puedo retirar en cualquier momento sin efecto alguno. Los resultados de la participación serán manejados de manera confidencial. Si llegado el caso, se encontrara alguna alteración o problema neurológico o psicológico recibirá la información correspondiente.

Además reconozco que dicha aplicación no representa riesgo alguno para mi integridad como persona, no afectará mi salud mental ni física, ni evaluaré aspectos diferentes a los comprendidos en la encuesta. Por lo tanto, declaro estar debidamente informado(a), y doy mi expreso consentimiento a su ejecución.

Me han explicado los siguientes datos:

1. Propósito de la evaluación
2. Beneficios que puedo esperar
3. Los procedimientos
4. Los resultados de la práctica serán confidenciales, no serán divulgados de manera arbitraria.

Firma:

Documento de identidad:

Anexo 3. Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA

1. DATOS DE IDENTIFICACION

- **NOMBRE:**
- **EDAD :**
- **SEXO:**
- **LUGAR DE NACIMIENTO:**
- **FECHA DE NACIMIENTO:**
- **ESCOLARIDAD :**
- **RELIGION:**
- **NIVEL SOCIO- ECONOMICO:**

2. MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de Consulta de la Paciente

3. CONTACTO INICIAL

❖ *Variables De Comportamiento:*

❖ *Variables Sociodemográficas:*

4. IDENTIFICACION DE PROBLEMAS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

5. ANALISIS DESCRIPTIVO

Problema 1

Problema 2

Problema 3

6. ANALISIS HISTORICO

- ❖ Historia del problema
- ❖ Historia Familiar
- ❖ Historia personal
- ❖ Historia Socio – Afectiva
- ❖ Historia Educativa - Laboral

7. ANALISIS FUNCIONAL

- ❖ Análisis Del Contexto

ANTECEDENTE	RESPUESTA	CONSECUENCIA
• <u>AMBIENTE</u>	• <u>COGNITIVAS</u> • <u>AFFECTIVO</u> • <u>CONDUCTUAL</u>	

ANTECEDENTE	RESPUESTA	CONSECUENCIA
•	• <u>COGNITIVA</u> • <u>AFECTIVO:</u> • <u>CONDUCTUAL</u>	

8. ANALISIS MOLAR DE PROBLEMAS

9. PROCESO DE EVALUACION

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

11. FACTORES

❖ Factor Adquisitivo

❖ Factor Predisponente

1. psicológico:
2. ambiente:

❖ Factor Precipitante

❖ factor de Mantenimiento

12. DIAGNOSTICO

Eje I:

Criterios para el Diagnostico del DSM IV

La paciente evidencia conductas tales como las descritas enseguida, las cuales se ajustan a los siguientes criterios del DSM V

❖ Eje II :

❖

❖ Eje III :

❖ Eje IV : Problemas Psicosociales y Ambientales

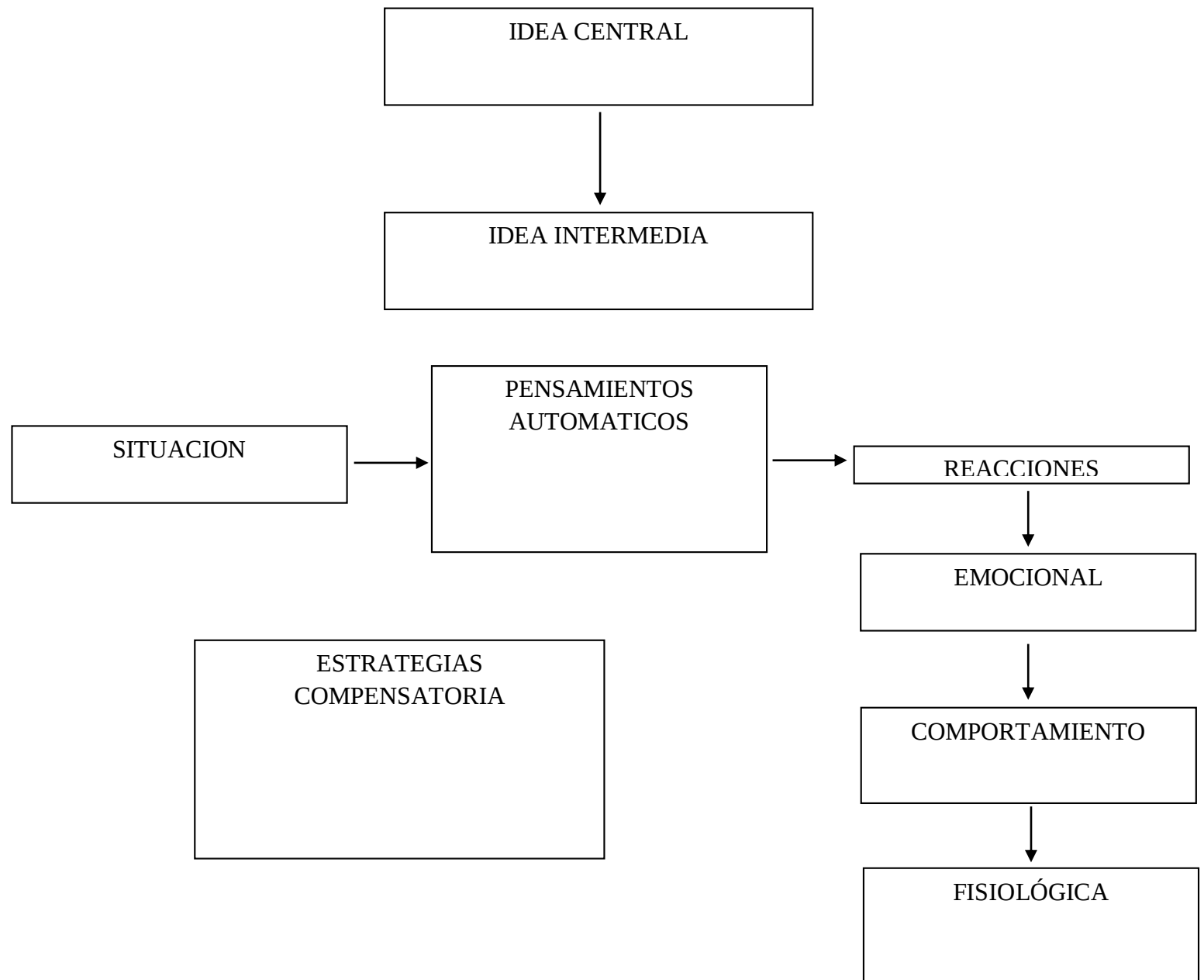
* Problemas relativos al grupo primario:

*Problemas Relativos al Ambiente Social:

*Problemas relativos a la enseñanza

❖ Eje V: Evaluación de la Actividad Global

13. CONCEPTUALIZACION COGNITIVA



15. HIPOTESIS DIAGNOSTICA

16. METAS DE INTERVENCION

17. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.
Estoy menos interesado en los demás que antes.
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
Evito tomar decisiones más que antes.
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.
No duermo tan bien como antes.
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.
Me canso más fácilmente que antes.
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
 Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias,
 malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil
 pensar algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz
 de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:
 Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.
 11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
 17-20Estados de depresión intermitentes.
 21-30Depresión moderada.
 31-40Depresión grave.
 + 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo. No 5. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Revisada (EGS-R).

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)**
(Versión clínica)

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

☐	Exposición directa
☐	Testigo directo
☐	Otras situaciones
☐	☐ Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
☐	☐ Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

☐	Episodio único
☐	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocorre actualmente? ☐ No ☐ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? ☐ No ☐ Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
☐ Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	☐ No ☐ Sí
☐ Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	☐ No ☐ Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: ☐ No ☐ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: ☐ No ☐ Sí

Secuelas físicas experimentadas: ☐ No ☐ Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percebe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: ☐ Sí ☐ No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	☐ Sí ☐ No
--	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO	
Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

Anexo. No 6. Cuadro de Sesiones.

No. Sesión: 1,2,3	Técnica Utilizada: *Entrevista *Psicoeducación
Objetivo Terapéutico: Realizar la evaluación psicológica de la consultante a través de la entrevista para identificar las problemáticas que le generan malestar psicológico y emocional.	
Actividades Desarrolladas en la Sesión	Resultados
Diligenciamiento de la historia clínica y consentimiento informado, empleando la técnica de entrevista semiestructurada. Aplicación de entrevista semiestructurada para la obtención de información relacionada con las problemáticas que generan malestar clínicamente significativo en la consultante. Se hacen recuentos de las sesiones anteriores con el fin de continuar el proceso con la información suministrada y seguir una línea de sucesos.	Se obtiene el motivo de consulta y se logran priorizar las problemáticas que generan malestar significativo en la consultante. Se logra la aprobación de la Sra. D. para llevar a cabo un proceso de intervención psicológico con ella. Se realizada encuadre con la consultante para desarrollar el proceso de intervención adecuadamente. Se estipulan los instrumentos psicológicos a aplicar para determinar el diagnóstico.
No. Sesión: 4	Técnicas Utilizadas: *Entrevista *Aplicación de pruebas psicométricas *Psicoeducación
Objetivo Terapéutico: *Aplicar pruebas psicométricas que permitan determinar el diagnóstico subsecuente en la sintomatología mostrada por la consultante.	
Actividades Desarrolladas en la Sesión	Resultados
Se utiliza la técnica de psicoeducación para explicarle a la consultante el objetivo de la aplicación de pruebas psicológicas y la importancia del adecuado diligenciamiento cada una de ellas. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; versión española de Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).	La Sra. D logró comprender las actividades a desarrollar, se tomó el tiempo necesario para el diligenciamiento de cada una de los instrumentos aplicados y cuando tuvo dudas con respecto a algunos de los ítems pidió orientación. La puntuación obtenida en el pre-test fue de 12 puntos, lo que ubicó a la Sra. D. en el nivel <i>“Leve perturbación del estado de ánimo”</i>, a diferencia del nivel obtenido en la fase de post-test, donde la puntuación fue de 5, dejándola en el nivel <i>“Altibajos considerados normales”</i>,

2. Se aplicó Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5 (Echeburúa y col., 2016).	de acuerdo con esto, se evidencia que la consultante no cumple con el puntaje (criterios diagnóstico) para determinar un trastorno depresivo. El puntaje obtenido por la Sra. D en cada uno de los núcleos sintomáticos (re experimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica) disminuyó considerablemente del pre-test al pos-test; en el primero, la puntuación total fue de 34, y en el segundo fue de 13, esto indica que la puntuación inicial confirma el diagnóstico de TEPT, y la segunda puntuación muestra el nivel de reducción sintomatológica.
No. Sesión: 5	Técnicas Utilizadas: *Entrevista *Psicoeducación
*Socializar los resultados obtenidos en las pruebas de evaluación, con el fin de explicar a la consultante el diagnóstico, características asociadas y acordar el plan de trabajo.	
Actividades Desarrolladas en la Sesión	Resultados
Se hace recuento de la sesión anterior. Se brinda información a la Sra. D. de los resultados obtenidos por ella en el desarrollo del diligenciamiento de las pruebas psicométricas aplicadas. Se aplica la técnica de psicoeducación para explicarle a la consultante el contenido de los resultados obtenidos (Dx) y lo que esto significa en torno a sus problemáticas y el impacto que gener sobre su vida. Planteamiento del plan de trabajo a desarrollar teniendo en cuenta el diagnóstico identificado.	La consultante logró comprender e interiorizar la información brindada. Luego de conocer los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas, y el significado que estas contenían, la consultante logró comprender y/o dimensionar el impacto que estas problemáticas han generado en su vida, además de esto, aceptó y tuvo claridad sobre el diagnóstico, lo que le permitió conseguir cierto nivel de sosiego sobre su estado de salud mental. Se logró acordar un plan de trabajo el cual fue aceptado por la consultante.
No. Sesión: 6 y 7	Técnicas Utilizadas: *Entrevista *Reestructuración cognitiva

	*Detección y control de pensamientos automáticos
Objetivo Terapéutico: Incrementar la capacidad de la consultante para identificar y modificar pensamientos disfuncionales que le generan malestar psicológico y emocional.	
Actividades Desarrolladas en la Sesión	Resultados
Se realizó la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales a través de la técnica reestructuración cognitiva (“Soy una boba”, “los demás piensan que no soy una mujer seria, que soy fácil”, “no soy capaz”, “no puedo”, “las personas a mi alrededor me miran y piensan cosas malas de mí, me critican”). Se aplicó la técnica detención y control de pensamientos automáticos a través de ejercicios conversacionales para la modificación de los pensamientos distorsionados.	La consultante logró identificar cuáles eran esos pensamientos que le generaban malestar, además de comprender la relación existente entre pensamientos, emociones y conducta, y cómo esos pensamientos tenían un impacto negativo sobre sus pensamientos y estado emocional. La Sra. D. a través de ejercicios prácticos logra manejar la dinámica para confrontar y/o contrarrestar los pensamientos distorsionados que le surgen, al utilizar la palabra STOP en la aparición de estos, y reemplazarlos por pensamientos positivos (“soy una mujer inteligente”, “yo puedo y soy capaz”, “soy una mujer con muchas cualidades positivas, así que soy valiosa”, “no soy el centro de atención de los demás, así que no siempre me están criticando”) contrarios a los surgidos.
No. Sesión: 8 – 11	Técnicas Utilizadas: *Entrevista *Exposición en la imagería **Técnicas del control de la respiración *Reestructuración cognitiva *Detección y control de pensamientos automáticos *Resolución de problemas
Objetivo Terapéutico: Aplicar las técnicas “Exposición en la imagería”, “Técnicas del control de la respiración”, “Reestructuración cognitiva”, Detección y control de pensamientos automáticos” y “Resolución de problemas”.	
Actividades Desarrolladas en la Sesión	Resultados
Se aplicó la técnica Exposición en la imagería para la confrontación del hecho traumático a través de ejercicios mentales, para que la Sra. D utilice estrategias de afrontamiento adecuadas y pueda deseche las evitativas.	La consultante logró enfrentar la realidad de lo vivido a través de ejercicios imaginarios en los cuales visualizaba escenas, objetos o recuerdos del hecho traumático, lo que le permitió con el tiempo darle un nuevo significado emocional a lo vivido, no obstante, estos ejercicios le generan tensión inicialmente, para la reducción

Se aplicó la técnica respiración diafragmática (técnica del control de la respiración) en los momentos de mayor tensión en el desarrollo de los ejercicios de la técnica de exposición en la imaginación. Se desarrollaron ejercicios prácticos utilizando la técnica reestructuración cognitiva y detección y control de pensamientos automáticos. Se aplicó la técnica Resolución de problemas con el objetivo de brindarle el conocimiento y las herramientas necesarias para que a la consultante pueda solucionar las situaciones del entorno que le generen dificultades.	de esta dificultad se utilizó la respiración diafragmática (técnica del control de la respiración), en aquellos momentos donde la actividad le generaba malestar. La consultante logró poner en contexto y reforzar el conocimiento adquirido a través de ejercicios prácticos que le permitieron una mejor comprensión de la dinámica de la actividad. La Sra. D. logró comprender la dinámica de la actividad y poner en práctica dentro de las sesiones y bajo situaciones reales de su propia experiencia los conocimientos adquiridos.
No. Sesión: 12	Técnicas Utilizadas: *Entrevista *Inventario de Depresión de Beck * Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5
Objetivo Terapéutico: Aplicar post-test de los instrumentos de evaluación con el fin de estudiar la efectividad de las intervenciones.	
Actividades Desarrolladas en la Sesión 1. Se realizó recuento de la sesión anterior. 2. Se aplicó la prueba psicométrica “Inventario de Beck”. 3. Se aplicó la prueba psicométrica “Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5”.	Resultados La consultante logró diligenciar de manera adecuada las pruebas psicométricas, comprendiendo cada uno de los reactivos allí expuestos, por lo tanto, le tomó menos tiempo realizar este proceso.
No. Sesión: 13	Técnicas Utilizadas:
Objetivo Terapéutico: Realizar el cierre del caso, ofreciendo indicaciones para la prevención de recaídas.	
Actividades Desarrolladas en la Sesión Se hizo retroalimentación de los resultados obtenidos en los diversos instrumentos psicológicos aplicados.	Resultados La consultante logró comprender el significado de los resultados que obtuvo en las pruebas psicométricas aplicadas.

Se desarrollaron ejercicios prácticos de cada una de las técnicas aprendidas, esto con el objetivo de corroborar el conocimiento adquirido por la Sra. D. Se le brindó orientación e hicieron recomendaciones a la consultante para que pudiese prevenir y manejar las recaídas que lleguen a presentarse. Se le informó a la consultante la realización de un proceso de seguimiento con el fin de conocer su proceso de evolución (mejorías o recaídas) en el tiempo y en dado caso brindarle orientación.	La Sra. D. maneja adecuadamente las distintas técnicas y/o herramientas utilizadas en el proceso de intervención (reestructuración cognitiva, detección y control de pensamientos automáticos y respiración diafragmática). Al momento de realizar el seguimiento a la consultante, esta expresa algunas dificultades que sigue presentado (<i>bajo estado de ánimo por el desempleo y la reiteración de pensamientos intrusivos “la gente me observa y me crítica”</i>), se le realiza la debida orientación y se le pide poner en práctica los ejercicios desarrollados para esas problemáticas en específico.
--	--