



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL

DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN
COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

TEMA:

MALTRATO FÍSICO Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POST
TRAUMÁTICO EN UNA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE EDAD DEL CANTÓN
VINCES

AUTORA:

NAVARRO HIGUERA CAROLINA ELIZABETH

TUTOR:

MSC. XAVIER EDUARDO FRANCO CHOÉZ

BABAHOYO 2021





UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESUMEN

El trastorno de estrés postraumático es un trastorno que se caracteriza por producirse ante la exposición de un evento traumático, este evento puede ser de carácter físico, emocional o conductual, el cual generó un gran impacto a nivel psíquico en el paciente produciendo así el trastorno; la sintomatología en el trastorno de estrés postraumático puede aparecer de forma inmediata o hasta dos años después de la exposición del evento, una sintomatología característica es la presencia de los flashback que son los recuerdos del evento traumático. Aunque existen distintos eventos precipitantes que evocan el trastorno en este estudio de caso se centró en el maltrato físico siendo esta toda acción voluntaria que provoque o pueda provocar lesiones, a pesar de que es muy común la violencia intrafamiliar por ende se la ha normalizado y restado importancia, este evento de violencia es un gran desencadenante del trastorno, al ser un evento de gran impacto para la persona y al tener una gran carga de afectación física que a su vez se desemboca en áreas cognitivas, conductuales, emocionales y somáticas así generando el trastorno.

Palabras claves: Trastorno de estrés postraumático, violencia física, evento precipitante, flashback.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
MODALIDAD PRESENCIAL



ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder is a disorder that is characterized by being produced by the exposure of a traumatic event, this event can be of a physical, emotional or behavioral nature, which generated a great impact at the mental level in the patient, thus producing the disorder; Symptoms in post-traumatic stress disorder can appear immediately or up to two years after exposure of the event, a characteristic symptomatology is the presence of flashbacks, which are memories of the traumatic event. Although there are different precipitating events that evoke the disorder, this case study focused on physical abuse, this being any voluntary action that causes or may cause injuries, despite the fact that domestic violence is very common, therefore it has been normalized and subtracted Importance, this event of violence is a great trigger for the disorder, being an event of great impact for the person and having a great burden of physical affectation that in turn leads to cognitive, behavioral, emotional and somatic areas thus generating the disorder.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, physical violence, precipitating event, flashback.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación	2
Objetivo general	2
Sustento teórico	3
Maltrato físico	3
Perfil del maltratador	3
Estrategias empujadas por agresores	4
Trastorno de estrés postraumático	6
Sintomatología	6
Recuerdos intrusivos:	6
Evasión:	7
Cambios negativos en el pensamiento y en los estados de ánimo:	7
Cambios en reacciones físicas y emocionales	7
Factores de riesgo	7
Tratamiento de trastorno de Estrés Postraumático	8
Terapias para el trastorno de Estrés Postraumático	9
Terapia Cognitiva de Aaron Beck	9
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	9
Historia clínica:	9
Entrevista semi estructurada	10
Test de Ansiedad de Hamilton:	10
Escala de Trauma de Davidson:	10
Cuestionario para experiencias traumáticas:	10
Psicoeducación	10
Diferencia entre hechos, pensamiento y emociones:	10
Autoregistro de Situación, pensamiento y emoción:	10

Categorizando sus pensamientos distorsionados	11
Costo – Beneficio	11
Decastratofización	11
Relajación	11
Ejercicios de respiración	11
RESULTADO OBTENIDOS	11
 Presentación del caso	11
SITUACIONES DETECTADAS	13
 Área cognitiva.....	13
 Área Afectiva	14
 Área conductual	14
 Área somática	14
SOLUCIONES PLANTEADAS	14
CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXOS.....	22

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de estudio de caso designado como documento probatorio de la dimensión escrita del examen complejo previo a la obtención del título en la especialidad de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, se utilizó la línea de investigación de Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento Psicoterapéutico en el ámbito clínico y una sub-línea de psicoterapia individual con las cuales se pretende demostrar como el maltrato físico hacia una adolescente ocasiona un trastorno de estrés postraumático.

Este tema fue escogido de una problemática real de una paciente presentada en consulta durante el proceso de prácticas preprofesionales de una población de 20 casos registrados durante ese proceso, en donde se la selecciono como muestra debido al interés que generó su problemática, trastorno y variables.

Se investiga para dar solución a la problemática de este paciente a nivel sintomático que indico durante la consulta, a su vez para mejorar sus interpretaciones cognitivas y las conductas producidas por sus pensamientos del evento traumático, además para generar técnicas adecuadas cuando se encuentre con estímulos que le generan flashback del evento traumático.

Para realizar el presente estudio de caso se utilizaron diferentes técnicas psicológicas en la recolección de información, estableciendo a la entrevista psicológica como la principal técnica, para la investigación se utilizó el método deductivo e inductivo, el cual se caracterizan por ser formas de razonamiento lógico, que van desde la visión general a la específica y desde la visión específica a la general respectivamente.

DESARROLLO

Justificación

Este estudio de caso con su temática de maltrato físico y su incidencia en el trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente de 15 años de edad del cantón Vinces, es de gran interés debido a que la población de este rango de edad tiene una mayor predisposición a padecer de este trastorno, además que son los más vulnerables a sufrir de maltrato físico por parte de sus progenitores.

Este estudio es de gran importancia para las investigaciones posteriores de este trastorno debido a que hay un gran aumento del mismo en la actualidad por los diferentes factores predisponentes que tiene y gracias a este estudio podríamos tener una idea más clara de todas sus influencias y características en el desarrollo de la patología, además de generar un plan guía adecuado de intervención.

Los beneficios de este estudio de caso principalmente serán para los psicólogos practicantes de las futuras generaciones, los cuales tendrán una guía clara y detallada del proceso psicodiagnóstico de un paciente con este trastorno, y uno de los beneficiarios será la paciente la cual obtuvo un proceso psicodiagnóstico, de intervención y de psicoterapia para mejorar su calidad de vida a través de la reestructuración cognitiva

El estudio de caso trascenderá a las futuras generaciones al ser un trabajo planteado con unas variables de gran interés en el campo profesional de la carrera de psicología clínica brindando gran aporte teórico para los problemas relacionados con el tema que se puedan presentar en el futuro. Tiene una excelente factibilidad al tener gran apoyo por parte del paciente, al tener la información adecuada, las técnicas apropiadas de intervención para esta problemática.

Objetivo general

Determinar la influencia del maltrato físico en el desarrollo de trastorno de estrés postraumático en una adolescente de 15 años de edad.

Sustento teórico

Maltrato físico

El maltrato físico es toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones; es un problema social, familiar que afecta a las vidas de las personas. Aunque el maltrato físico puede ocurrirle a cualquier persona independientemente de su género, edad, condición física, sin embargo, actualmente en su gran mayoría las personas que sufren maltrato son los más vulnerables en este caso los niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores.

En muchas ocasiones el maltrato físico lo ejerce una persona que conoce a la víctima, esto debido a como nos indica Tovar A. “la violencia entre integrantes de la familia no es un problema que perciban los niños debido a que es parte de la dinámica familiar” (Tovar Domínguez, 2016). Al estar expuesto ante estos estímulos durante gran periodo de su infancia normalizan estas conductas como propias lo que a su vez los hace más tolerantes y genera una replicación de la agresividad.

El maltrato físico surge de diversas formas estas pueden ser desde un golpe con una parte del cuerpo del agresor, con algún objeto como un cinturón, palo de escoba, zapatilla, entre otros, laceraciones con algún objeto cortopunzante, sujetar a la víctima bajo el agua, generar quemaduras ya sea con agua hirviendo, con colillas de cigarrillos, con fuego directo, entre otros, también otra forma de agresión sería amarrar a la víctima o sacudirla agresivamente, las formas de agresiones físicas son bastante variadas.

Perfil del maltratador

Las personas que ejercen la violencia en muchos casos son personas que repiten conductas aprendidas, que en muchos casos han sufrido de abuso en su infancia o adolescencia y replican estos actos en otras personas, estos abusos pudiendo ser proveniente del sistema familiar o escolar, entendiendo esto como abuso físico o psicológico recibido por parte de miembros cercanos o externos de su entorno.

El entorno en donde se desenvuelve la persona es de gran importancia para entender por qué adquiere esta conducta de violencia, si en su infancia frecuenta entornos violentos o

no propicios, o estuvo en una familia poco estructurada donde se vivenciaba en gran medida el maltrato o factores predisponentes al mismo, entonces existirá un mayor índice de desarrollar una personalidad más agresiva o violenta en su edad adulta.

(Powell, 2018) mencionado por citar a (Bandura, 1987) “La mayoría de los comportamientos humanos aprenden observacional mente a través del modelado: desde la observación de los demás, uno forma una idea de cómo se realizan los nuevos comportamientos, y en ocasiones posteriores esta información codificada sirve como guía para la acción”. Sin embargo, existen distintos rasgos que nos podrían ayudar a identificar una persona agresiva:

La mayoría de las personas maltratadoras se presentan bajo una máscara como personas agradables, simpáticas en un principio ocultando su verdadera personalidad lo que hace que la persona víctima no reconozca a una persona victimaria, además que su verdadero yo suele tardar tiempo en aparecer, ya que normalmente sacan su verdadera personalidad cuando ya han incrementado el vínculo o la relación con la otra persona lo que a su vez causa una menor posibilidad de ruptura.

Estrategias empeladas por agresores

- **Abuso de confianza previa.** Valerse de la relación familiar, de amistad o trato frecuente para acceso al cuerpo de las niñas, niños y adolescentes, utilización del chantaje emocional para convencer al agredido(a). Ejemplos: “Es normal que nos demos beso”, “¿por qué no me dejas acariciarte?”, “¿es que no me quieres?”
- **Situación confusa o ambigua.** Planteamiento de situaciones como “te voy a dar un masaje”, “vamos a jugar a los novios o esposos”, “vamos a jugar al doctor”.
- **Sorpresa, engaño, premios y castigos, amenazas:** “si le dices a alguien voy a matar a tu mamá...”, “te voy a llevar lejos de tu casa...”, “nadie te va a creer...”, “no te voy a querer más...”, “tu familia creerá que eres mala(o)...”, “a ti no te creerán porque eres niño(a)...”.
- **Sedución:** “eres tan bonita”, “mi princesita”, “mi reina” (CNDH, 2020).

Algunos de los rasgos de estas personas es que son intolerantes ante pensamientos o acciones de otra persona, son autoritarios y tienen la preferencia de que la persona abusada realice su voluntad independientemente de que, si estos poseen la razón o no, y si no realizan su voluntad ejercen el acto de violencia como una forma de castigo, tienen un pensamiento rígido en donde piensan y sienten que ellos siempre tienen la razón ante cualquier circunstancia, no son reflexivos e imparciales creyendo que solo ellos tienen la única verdad.

Estas personas también tienen pensamiento dicotómico lo que a su vez es una distorsión cognitiva que se caracteriza por el pensamiento del todo o nada, bueno o malo, es decir van a los dos opuestos sin un punto intermedio, esto generalmente se dan porque han vivido con familias que han tenido este mecanismo de manejo por ende repiten esta conducta aprendida en su vida adulta con la víctima estipulando su pensamiento como una forma de vida autoritaria.

Otro rasgo que tienen es que son chantajistas, manipulan a sus víctimas para que estas hagan lo que ellos desean, además que la culpabilizan por la mayoría de los actos negativos de la relación, incluso cuando son ellos los que cometieron el error culpan a la víctima por hacerles cometer el error así hacen que la víctima sienta culpa y remordimiento por actos que no explícitamente están mal.

Además, no aceptan las autocríticas debido a que consideran que ellos están bien y no tienen ningún problema, si alguien no está de acuerdo con su comportamiento y se los indica, ellos lo tomaran como algo negativo y la vera como enemigos que están en su contra, se logran ofender con facilidad ante cualquier situación; y por el contrario ellos si se sienten con la autoridad de criticar a las demás personas, buscando todos sus defectos y haciéndoselos saber para minimizarlos emocionalmente.

Otra característica que tienen estas personas es la tendencia de desconectar a la víctima con su entorno, los alejan de sus familias, amigos y conocidos y les prohíben tener contacto con estos y estas conductas manipuladoras también son transmitidas a los demás como a sus hijos para así tener el mayor control posible de las víctimas.

Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático está definido como “Reacción emocional intensa ante un suceso traumático, presentando alteración del sentido, la conciencia o la conducta, que amenaza el bienestar o la vida del individuo” (Bermúdez, 2020). Toda esta reacción se produce ante un evento traumatizante para la persona lo cual le genera una gran carga emocional que ocasiona una aparición de la sintomatología.

Marian Rojas indica que para que exista un trastorno de estrés postraumático debe existir un “evento que involucra directamente haber experimentado o presenciado una amenaza inmediata a la vida propia, de otra persona, la violación de la integridad física, moral propia o de otra persona; incluyendo asalto, abuso sexual o físico” (Rojas, 2016).

Sintomatología

Los síntomas que se presentan en el trastorno de estrés postraumático pueden comenzar en el transcurso de un mes después de la exposición con el evento traumático e inclusive pueden aparecer hasta dos años después de la exposición. Los eventos traumáticos pueden ser factores psicológicos, físicos o ambientales que son generados en base a un factor estresante. La sintomatología que presentan los pacientes con trastorno de estrés postraumático los limita en gran medida para la realización de sus actividades cotidianas, laborales, sociales y sentimentales.

Mayo Clinic en su libro Mayo Clinic Family Health Book indica que “los síntomas del trastorno de estrés postraumático se agrupan en cuatro grupos: recuerdos intrusivos, evasión, cambios en el pensamiento y los estados de ánimo, y cambios en las reacciones físicas y emocionales” (Mayo Clinic, 2021). En base esta agrupación podemos determinar los síntomas según su clasificación:

Recuerdos intrusivos:

En esta categoría encontramos recuerdos recurrentes, involuntarios los cuales están acompañados de una reviviscencia del hecho traumático, también están presente los sueños o pesadillas del trauma con alteraciones emocionales como la angustia y puede incluir reacciones físicas similares al momento del suceso traumático.

Evasión:

En esta categoría ubicamos a la evitación voluntaria del pensar o hablar sobre el suceso traumático, además de la evitación de tener contacto con lugares, personas o de realizar cualquier tipo de actividad que esté relacionada o que le genere recuerdos sobre el suceso traumático.

Cambios negativos en el pensamiento y en los estados de ánimo:

En esta categoría se incluyen los pensamientos negativos que pueden ser hacia si mismo o hacia otra persona, también existe un pesimismo acerca del futuro, suelen padecer problemas en la memoria lo que les incapacita en muchos casos hasta recordar aspectos importantes del suceso traumático.

Otra sintomatología de esta categoría es la dificultad que tiene el paciente para mantener relaciones cercanas, además de sentir un distanciamiento de sus seres queridos como familia y amigos, con frecuente pierden el interés de realizar actividades que antes del evento traumático disfrutaban, tienen emociones negativas con frecuencia además de sentirse insensibles emocionalmente.

Cambios en reacciones físicas y emocionales

En esta categoría encontramos una serie de sintomatología como es sentir nervios, asombro o incluso asustarse de forma fácil, mantener un estado de alerta constante, tener una conducta autodestructiva, así como puede ser beber en exceso, tener trastornos del sueño, dificultad para concentrarse, tener conducta agresiva, tener sentimientos de vergüenza o culpa.

Todos estos síntomas tienen sus variaciones dependiendo del transcurso de tiempo desde el evento traumático lo cual podría generar un aumento en la sintomatología y el tipo de persona en donde se encuentra una gran variedad de personalidades lo cual influye en su reacción ante el evento traumático.

Factores de riesgo

No todas las personas que se exponen ante un evento traumático desarrollan el trastorno de estrés postraumático, esto porque existen distintos factores que influyen para el desarrollo de este trastorno. Algunos de estos factores suelen estar presente durante la experiencia

traumática mientras que algunas personas le dan gran importancia, otras recién después de la experiencia traumática le dan la importancia, esto se desarrolla en base a las creencias, la personalidad y respuesta ante los estímulos del suceso. Algunos factores de riesgo son los siguientes:

- Tener la experiencia de haber estado en situaciones de peligro o traumáticas.
- Ser testigo directo de muertes o de laceraciones hacia su persona
- Tener algún tipo de trauma durante la infancia.
- Tener poco apoyo social después del evento traumático.
- Tener mayor carga estresante después del acontecimiento que esta puede ser la muerte de un ser querido, lesiones, pérdida de un miembro, entre otros.
- Tener antecedentes personales o familiares de trastornos mentales o en el abuso de sustancias psicotrópicas.

Tratamiento de trastorno de Estrés Postraumático

El departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos indica que “Algunos tipos de psicoterapia se dirigen a los síntomas del trastorno por estrés postraumático, mientras que otros se concentran en los problemas sociales, familiares o laborales” (National Institute of Mental Health, 2020). Esto quiere decir que en base a la problemática y propuesta psicoterapéutica de trabajo se debe establecer que es lo que se va a trabajar.

“Las psicoterapias eficaces tienden a destacar algunos componentes clave, incluidas las habilidades de aprendizaje que ayuden a identificar los factores desencadenantes y controlar los síntomas” (National Institute of Mental Health, 2020). Esto indica que para realizar un correcto proceso psicoterapéutico se debe realizar un abordaje investigativo a profundidad para determinar las causas del trastorno y poder trabajar a partir de este.

Terapias para el trastorno de Estrés Postraumático

“Existen tres tipos de terapia eficaz para tratar el trastorno de estrés postraumático: Terapia Cognitiva, terapia de exposición y terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular.” (Mayo Clinic, 2020). Cada una de estas terapias son efectivas para el trabajo con un paciente con trastorno de estrés postraumático, depende del profesional la elección más adecuada que considere para abordar en el tratamiento.

Terapia Cognitiva de Aaron Beck

“Esta terapia está centrada en los pensamientos que genera una persona de manera automática, es decir, la percepción que tiene acerca de la vida y de las dificultades que se le van presentando” (Glover, 2019). También considera que los pensamientos negativos que tiene la persona se los debe llamar como distorsiones cognitivas.

Esta terapia contiene distintas técnicas que serán de utilidad para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, en donde destaca la reestructuración cognitiva que “es una técnica cognitiva conductual que busca que el paciente sea capaz de identificar los pensamientos negativos que lo perturban y poderlos modificar por pensamientos positivos que le ayudaran a hacer frente ante las futuras problemáticas” (Cordova Valencia, 2018)

La reestructuración cognitiva es una “técnica muy habitual en consulta, aunque su aplicación no es nada fácil. Es necesario un buen conocimiento del trastorno a tratar y se necesita agilidad mental y creatividad para mantener una interacción fluida y satisfactoria con el paciente” (Psicopedia, 2017). Es una de las técnicas más habituales debido a su diversidad de adaptación ante las distintas problemáticas o trastornos que presente el paciente.

TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

En el presente estudio de caso para realizar las fases del proceso psicoterapéutico se utilizaron distintas herramientas y técnicas las cuales se detallan a continuación.

Historia clínica:

Este instrumento es utilizado para obtener información del paciente, donde se incluye los datos personales, antecedentes psicopatológicos familiares, composición y dinámica

familiar, sintomatología del paciente, psico sexualidad, entre otra información necesaria para ejercer un diagnóstico correcto en relación a los criterios de los manuales psicodiagnósticos.

Entrevista semi estructurada:

Esta técnica es utilizada para recolectar la mayor cantidad de información a través de preguntas previamente diseñadas y personalizadas para el paciente, se complementa con la historia clínica ya que se usan los parámetros de esta para realizar las primeras preguntas.

Test de Ansiedad de Hamilton:

Este es un test psicométrico de gran utilidad a la hora de corroborar el diagnostico presuntivo ya que sirve para medir sintomatología que se encuentra en el trastorno de Ansiedad.

Escala de Trauma de Davidson:

Este es un test psicométrico de gran utilidad al momento de corroborar el diagnostico presuntivo ya que sirve para medir sintomatología que se encuentra en el el trastorno de estrés postraumático.

Cuestionario para experiencias traumáticas:

Este es un cuestionario principalmente utilizado para medir cual es el trauma o evento traumático que más está afectando al paciente.

Psicoeducación:

Esta es una técnica utilizada para realizar la explicación del trastorno y de la psicoterapia que se utilizara al paciente.

Diferencia entre hechos, pensamiento y emociones:

Esta técnica es utilizada para que el paciente logre reconocer los hechos, pensamientos y emociones que tiene en su día a día y la diferencia entre cada uno de estos.

Autoregistro de Situación, pensamiento y emoción:

Esta técnica es utilizada para que el paciente registre de forma diaria la situación, pensamiento y emoción que atraviesa en su vida cotidiana.

Categorizando sus pensamientos distorsionados:

Esta técnica se utilizó para identificar los pensamientos distorsionados que tiene el paciente que le generan emociones insanas.

Costo – Beneficio:

Esta técnica es de gran utilidad para diferenciar los beneficios y costos que tiene el paciente al mantener un tipo de pensamiento y conducta.

Decastratofización:

Esta técnica se utilizó para establecer los peores escenarios que podría tener el paciente al tener una modificación conductual.

Relajación:

Esta técnica se la utilizo para generar una disminución de la sintomatología somática al obtener un estado completo homeostático relajante.

Ejercicios de respiración:

Esta técnica se utilizó para que le paciente logre una disminución de la sintomatología somática a partir de entender su respiración y mejorarla

RESULTADO OBTENIDOS**Presentación del caso**

El presente caso es de una adolescente con nombre protegido (Melany E.) que asistió a consulta de forma voluntaria, indicando que había sufrido violencia física por parte de su padre hace 5 años por lo cual estaba atravesando una serie de sintomatología como son el miedo, llanto, desesperación, disminución del interés social, dificultad para conciliar el sueño, interrupción de sueño cansancio, cefalea, dificultad para concentrarse, flashback. Además de una serie de alteraciones del pensamiento como ideas fijas, pensamiento de anticipación aprensiva y distorsiones cognitivas.

En base a la sintomatología planteada durante el proceso de entrevista, la valoración de test psicométricos y a los criterios de diagnóstico del CIE-10, se logró establecer un diagnóstico presuntivo con código F43.1: “Trastorno de estrés postraumático”.

Sesión N°1 08/06/2021: En la primera sesión con el paciente se recaudó la mayor cantidad de información, escogiendo como guía el llenado de la historia clínica, recolectando los datos personales, motivo de consulta y otra información útil para establecer un diagnóstico presuntivo, además se procedió a realizar el test psicométrico de ansiedad de Hamilton para comprobar si tenía rasgos de este trastorno, luego se aplicó el test de trauma de Davidson con el cual se pudo corroborar el diagnóstico presuntivo. Además de esto se realizó la técnica de psicoeducación con la cual se explicó al paciente su posible diagnóstico, también se aplicaron técnicas conductuales como la de relajación y respiración con las cuales consiguió un estado de calma homeostático y se le indicó que estas técnicas conductuales las realizara en su hogar como tarea.

Sesión N°2 15/06/2021: En la segunda sesión se continuó el llenado de la historia clínica mediante una entrevista semiestructurada, por consiguiente, se procedió a aplicar el cuestionario de Experiencias traumáticas de Davidson y Collins con el cual se estableció cuál es el trauma que más afecta al paciente generando la serie de sintomatología, se utilizó la técnica de Psicoeducación con la cual se explicó el trastorno del paciente y su tratamiento. Además, se le enseñó las técnicas de Diferencia entre hechos, pensamientos y emociones y autorregistro de situación pensamiento y emoción con las cuales se procedió a enviar tarea para la casa.

Sesión N°3 22/06/2021: En la tercera sesión se pretendía revisar la tarea Autorregistro de Situación, pensamiento y emoción sin embargo la paciente no la había llevado a consulta por esa razón se la realizó durante la sesión y se indicó que realizara la tarea en casa y la importancia de esta para su tratamiento.

Sesión N°4 29/06/2021: En la cuarta sesión se revisó la tarea Autorregistro de Situación, pensamiento y emoción la cual fue realizada con éxito y por ende se aplicó la técnica cognitiva Categorizando sus pensamientos distorsionados y se envió esta de tarea para la casa.

Sesión N°5 06/07/2021: En la quinta sesión se revisó la tarea Categorizando sus pensamientos distorsionados y además se aplicó otra técnica como es la de Costo - Beneficio enviando esta técnica como tarea para la casa.

Sesión N°6 13/07/2021: En la sexta sesión se realizó la revisión de la tarea Costo – Beneficio la cual fue realizada con éxito por la paciente y se empezó a aplicar otra técnica denominada Decatastrofización en la cual se imagina el peor escenario ante una situación determinada generando así una modificación cognitiva – conductual y a su vez se le recomendó aplicar esta técnica ante los escenarios que le provoquen malestar.

Sesión N°7 20/07/2021: En la séptima sesión se prosiguió con la técnica de Decatastrofización analizando los resultados que tuvo la paciente ante la exposición de los escenarios que le generaban malestar, obteniendo un resultado positivo cumpliendo el objetivo de la técnica.

Sesión N°8 27/07/2021: En la octava y última sesión se procedió a hacer una revisión del avance que ha tenido la paciente durante consulta, como esta ha influido para la generar la modificación cognitiva – conductual, cumpliendo con los objetivos planteados de la psicoterapia mejorando la calidad de vida de la paciente a través de la reestructuración cognitiva. Para finalizar y dar cierre al proceso se aplicó técnicas de relajación y respiración dando por concluido el proceso psicoterapéutico en consulta.

SITUACIONES DETECTADAS

Área cognitiva:

Paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio, mantiene un lenguaje fluido y adecuado para su edad; en la memoria no se encontraron alteraciones al momento de la entrevista consiguiendo recordar y responder a las preguntas realizadas; en el área del pensamiento se presentaron distintas alteraciones evidenciándose distorsiones cognitivas existiendo una generalización excesiva indicando el pensamiento (todos los hombres mienten), pensamiento de anticipación aprensiva (sí dejo sola a mi mamá algo le van a hacer a ella o a mí), Idea fija (Ellos nunca me han querido). También presenta dificultad para concentrarse y flashback del acontecimiento traumático.

Área Afectiva:

Se observo el malestar que tenía el paciente ante el evento precipitante (maltrato físico) y ante su agresor (padre) en donde denotaba llanto, miedo y desesperación, en donde esta sintomatología se hacía principalmente presente en el momento de los flashbacks o al estar en presencia del agresor.

Área conductual:

En esta categoría el paciente tiene una disminución del interés social, como una manifestación de sobreprotección hacia su ser al tener una baja exposición social lo que disminuye su probabilidad de salir lastimado según como lo manifestó en sus alteraciones del pensamiento “Pensamiento de anticipación aprensiva (sí dejo sola a mi mamá algo le van a hacer a ella o a mí)”.

Área somática:

En esta área se constata lo somático que es la sintomatología resultante de la problemática o trastorno del paciente, en este caso esta sintomatología somática es la que ejerce mayor preocupación en el paciente por el gran malestar físico que le ocasiona en donde se encuentra la presencia de la dificultad para conciliar el sueño, interrupción de sueño, cansancio, cefalea, pesadillas y ráfagas de calor nocturno.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Durante el proceso psicoterapéutico se estableció la solución a la problemática del paciente con el siguiente esquema terapéutico.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<p>Área cognitiva:</p> <p>Dificultad para concentrarse</p> <p>Flashback</p> <p>Pensamiento de anticipación aprensiva “si dejo sola a mi mamá algo le van a hacer a ella o a mí”</p> <p>Ideas fijas “Ellos nunca</p>	<p>Explicación por lo que está atravesando el paciente.</p> <p>Darle a conocer el proceso</p>	<p>Psicoeducación</p>	<p>2</p>	<p>08/06/2021</p> <p>15/06/2021</p>	<p>El paciente logró comprender su diagnóstico y el plan de terapia.</p>
	<p>Que el paciente pueda identificar y reconocer que sus pensamientos están generando un estado de ánimo no adecuado.</p>	<p>Diferencia entre hechos, pensamientos y emociones.</p> <p>Autorregistro de Situación pensamiento y emoción.</p>	<p>3</p>	<p>15/06/2021</p> <p>22/06/2021</p> <p>29/07/2021</p>	<p>Paciente reconoce que sus pensamientos generan emociones y conductas negativas.</p>

me han querido” Distorsión cognitiva generalización (Todos los hombres mienten	Que el paciente reconozca los pensamientos automáticos que le generan distorsiones cognitivas.	Categorizando sus pensamientos distorsionados	2	29/06/2021 06/07/2021	Paciente reconoce que tiene pensamientos que le generan emociones distorsiones cognitivas.
Área afectiva: Miedo Llanto Desesperación	Que el paciente establezca lo positivo y negativo de tener este tipo de pensamientos y conductas.	Costo - Beneficio	2	06/07/2021 13/07/2021	Paciente logra establecer lo positivo y negativo de tener este tipo de pensamientos y conductas
Área conducta social-escolar: Disminución de interés social	Que el paciente pueda imaginar el peor escenario para obtener una modificación conductual	Decastratofización	2	13/07/2021 20/07/2021	Paciente logra una modificación de la conducta.

Área somática: Dificultad para conciliar el sueño, interrupción de sueño, cansancio, cefalea, pesadillas, ráfagas de calor nocturno.	Que el paciente obtenga un estado homeostático de relajación	Relajación Ejercicios de respiración	2	08/06/2021 27/07/2021	Paciente consiga un estado de homeostasis .
--	--	---	---	------------------------------	---

CONCLUSIONES

En la primera sesión con el paciente se logró establecer de forma correcta el rapport, además gracias a todo lo aprendido en las aulas virtuales se logró de forma positiva recaudar la mayor cantidad de información completando en su totalidad el llenado de la historia clínica en las primeras dos sesiones; con toda esta información se pudo establecer un diagnóstico estructural y con el uso de las distintas herramientas y técnicas se realizó un abordaje correcto.

Existió una gran viabilidad de llevar con éxito las fases del proceso terapéutico gracias al uso adecuado de las técnicas usando primero la observación directa mediante la cual se consiguió determinar los rasgos del paciente físicos y emocionales observables durante la sesión; con la utilización de la entrevista semi estructurada se consiguió establecer las preguntas adecuadas para determinar el diagnóstico presuntivo.

A través del uso de los test psicométricos se logró corroborar el diagnóstico presuntivo del paciente generando esto un resultado de coincidencia a la hipótesis de diagnóstico, además con el apoyo en el uso de los manuales de psicodiagnóstico se estableció de forma adecuada el diagnóstico diferencial que resulto ser igual al diagnóstico presuntivo.

A lo largo del periodo de psicoterapia se emplearon técnicas que se estaban estudiando en el proceso estudiantil Universitario lo que contribuyó al completo desarrollo profesional a través de la práctica clínica, consiguiendo el uso de estas técnicas con éxito durante las sesiones psicoterapéuticas obteniendo resultados positivos al mejorar la calidad de vida del paciente más una notable disminución de la sintomatología.

Un dato importante a tomar como consideración es que cada persona tiene una reacción distinta ante un evento traumático (estimulo – respuesta) esto se da por distintos factores que se desencadenan en el sujeto que van desde el tipo de personalidad, la exposición ante otros sucesos traumáticos, la infancia e incluso el ambiente en que se desarrolló, en base a esto aunque un grupo de personas se expongan ante un evento traumático de la misma magnitud, no todas desarrollaran un trastorno de estrés postraumático.

Las personas que normalmente desarrollan un trastorno de estrés postraumático son aquellas a las que les generó un gran impacto el suceso traumático ya sea por la gran carga emocional, física o conductual del evento, en el caso de la violencia física también se incluye por la carga emocional que genera el agresor en la vida de la víctima en este caso en particular la relación padre – hija.

La violencia física intrafamiliar ha tenido una notable normalización (principalmente en el subsistema padres – hijos) minimizando la gravedad de las agresiones físicas hacia la víctima no solo creando daños físicos notables si no daños emocionales y conductuales, volviéndose un círculo vicioso creando mayor probabilidad de que el niño víctima se convierta en futuro agresor mediante la repetición conductual.

RECOMENDACIONES

Para los próximos estudios que mantengan una relación con el trastorno de estrés postraumático es recomendable el uso de una terapia centrada en el trauma para así poder establecer una relación de afectación que ocasiono el evento traumático y poder trabajar a partir de este. Además, otra recomendación es establecer de formar correcta la gravedad del trauma para la vida del paciente, sin generar minimizaciones del evento o establecer estereotipos del suceso, sino más bien siendo lo más empático posible con el paciente y todo esto sin revictimizar a la víctima.

BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1987). *Docebo*. Obtenido de <https://www.docebo.com/es/learning-network/blog/que-es-el-aprendizaje-social-y-como-adoptarlo/>
- Bermúdez, L. (01 de Septiembre de 2020). *Revista médica Sinergia*. Obtenido de Revista médica Sinergia: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568>
- Cordova Valencia, S. V. (2018). *Universidad Tecnica de Babahoyo*. Obtenido de Universidad Tecnica de Babahoyo: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5499>
- CNDH. (29 de Mayo de 2020). *Alumbra*. Obtenido de una luz contra la violencia fisica: <https://alumbramx.org/perfil-del-agresor/>
- Glover, M. (28 de Enero de 2019). *Psicología online*. Obtenido de Psicología online: <https://www.psicologia-online.com/terapia-cognitiva-de-aaron-beck-que-es-y-en-que-consiste-4364.html>
- Mayo Clinic. (2 de Junio de 2020). *Mayo Clinic*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/diagnosis-treatment/drc-20355973>
- Mayo Clinic. (29 de Julio de 2021). *Mayo Clinic Family Health Book*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>
- National Institute of Mental Health. (2020). *National Institute of Mental Health*. Obtenido de National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-posttraumatico>
- Powell, M. (Marzo de 2018). *Docebo*. Obtenido de Docebo: <https://www.docebo.com/es/learning-network/blog/que-es-el-aprendizaje-social-y-como-adoptarlo/>

Psicopedia. (27 de Octubre de 2017). *Psicopedia*. Obtenido de Psicopedia:
<https://psicopedia.org/877/la-reestructuracion-cognitiva-paso-a-paso-pdf/>

Rojas, M. (2016). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. Obtenido de Revista Médica
de Costa Rica y Centroamérica: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf>

Tovar Domínguez, A. G. (Febrero de 2016). *Revista mexicana de ciencias agrícolas*. Obtenido
de Revista mexicana de ciencias agrícolas:
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-
09342016000100195](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342016000100195)

ANEXOS

Anexo A**HISTORIA CLÍNICA**

HC. #

Fecha: // 2021.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento: /

Género:

Estado civil:

Religión:

Instrucción:

Ocupación:

Dirección:

Teléfono:

Remitente: Ninguno

2. MOTIVO DE CONSULTA**3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL****4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

a. Genograma (composición y dinámica familiar)

b. Tipo de familia

Familia Reconstruida

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGIA HABITACIONAL**6. HISTORIA PERSONAL****6.1. ANAMNESIS**

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA**7.6. PENSAMIENTO****7.7. LENGUAJE****7.8. PSICOMOTRICIDAD****7.9. SENSOPERCEPCION****7.10. AFECTIVIDAD****7.11. JUICIO DE REALIDAD****7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD****7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS****8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS****9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:**9.2. Evento precipitante:****9.3. Tiempo de evolución:**

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**11. PRONÓSTICO****12. RECOMENDACIONES****13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

Anexo B

Test de ansiedad de Hamilton

Escala de Ansiedad Hamilton
CSMSJ - UC

Escala Ansiedad Hamilton

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

1. <i>Humor ansioso (AP)</i> Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad	0 1 2 3 4
2. <i>Tensión (AP)</i> Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar	0 1 2 3 4
3. <i>Miedos (AP)</i> A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud	0 1 2 3 4
4. <i>Insomnio (AP)</i> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos	0 1 2 3 4
5. <i>Funciones intelectuales (AP)</i> (gnósticas). Dificultad de concentración. Mala memoria	0 1 2 3 4
6. <i>Humor depresivo (AP)</i> Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día	0 1 2 3 4
7. <i>Síntomas somáticos generales (AS)</i> (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura	0 1 2 3 4
8. <i>Síntomas somáticos generales (AS)</i> (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo	0 1 2 3 4
9. <i>Síntomas cardiovasculares (AS)</i> Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles	0 1 2 3 4
10. <i>Síntomas respiratorios (AS)</i> Peso en el pecho o sensación de apresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire	0 1 2 3 4
11. <i>Síntomas gastrointestinales (AS)</i> Dificultad para tragar. Meteorismo (hinchazón). Dispepsia (acidez). Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborigmos. Diarrea. Constipación	0 1 2 3 4
12. <i>Síntomas genitourinarios (AS)</i> Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Evacuación precoz. Ausencia de erección. Impotencia	0 1 2 3 4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónoma (AS)</i> Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Hiperplasia	0 1 2 3 4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista (AP)</i> (general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tenso. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonias palpebrales	0 1 2 3 4

A.P. + A.S. = TOTAL

Anexo C

Escala de trauma de Davidson


DTS

Identificaci _____ Fecha: _____

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

	<u>Frecuencia</u>	<u>Gravedad</u>		
	0 = Nunca 1 = A veces 2 = 2-3 veces 3 = 4-6 veces 4 = A diario	0 = Nada 1 = Leve 2 = Moderada 3 = Marcada 4 = Extrema	Frecuencia	Gravedad
1.-¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?				
2.-¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?				
3.-¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?				
4.-¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?				
5.-¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).				
6.-¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el				
7.-¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?				
8.-¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?				
9.-¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?				
10.-¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?				
11.-¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?				
12.-¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus				
13.-¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?				
14.-¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?				
15.-¿Ha tenido dificultades de concentración?				
16.-¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido "en				
17.-¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?				

 TOTAL: FRECUENCIA: GRAVEDAD:

Anexo D

Cuestionario para Experiencias Traumáticas

7.15. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

1

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrían ser sucesos que representarían una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico; amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo; la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad; ver otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo «no». Si los ha experimentado rodee con un círculo «sí», e indique qué edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (p. ej., 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas o 4 años).

<i>Acontecimiento</i>	<i>Edad (cuando ocurrió el suceso)</i>	<i>Duración (anote la unidad de tiempo empleada: minutos, horas, etc.)</i>
1. Accidente de coche, tren o avión	NO	SÍ
2. Accidente industrial o de trabajo	NO	SÍ
3. Pérdida del hogar por incendio	NO	SÍ
4. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones	NO	SÍ
5. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán	NO	SÍ
6. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto	NO	SÍ
7. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SÍ
8. Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SÍ
9. Estar próximo a ahogarse	NO	SÍ
10. Abuso físico	NO	SÍ
11. Sufrir graves quemaduras	NO	SÍ
12. Ser tomado como rehén	NO	SÍ
13. Combate	NO	SÍ
14. Agresión	NO	SÍ
15. Violación	NO	SÍ
16. Incesto	NO	SÍ
17. Secuestro	NO	SÍ
18. Otra situación (especificar):	NO	SÍ

Nota: si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación. Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que le resulte más desagradable recordar ahora.

ACONTECIMIENTO: _____

1. ¿Estaba preparado para el suceso?	NO	SÍ
2. El acontecimiento, ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye la/s palabra/s apropiada/s	NO	SÍ
3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	NO	SÍ
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	NO	SÍ
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	NO	SÍ
6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	NO	SÍ
7. ¿Se ha sentido «diferente» de otras personas debido al acontecimiento?	NO	SÍ
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	NO	SÍ
9. En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?	NO	SÍ

7.15. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

2

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presenta síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos *en cualquier momento después del suceso*.

1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema	NO SÍ
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	NO SÍ
3. Estar nervioso o fácilmente asustado	NO SÍ
4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	NO SÍ
5. Dificultad para dormir	NO SÍ
6. Problemas de concentración	NO SÍ
7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	NO SÍ
8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	NO SÍ
9. Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento	NO SÍ
10. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso	NO SÍ
11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	NO SÍ
12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	NO SÍ
13. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	NO SÍ
14. No poder recordar una parte importante del suceso	NO SÍ
15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso	NO SÍ
16. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	NO SÍ
17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	NO SÍ
18. Sentirse distanciado o alejado de la gente	NO SÍ
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	NO SÍ
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	NO SÍ

Anexo E**DIFERENCIANDO HECHOS, PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS**

Los ejemplos de hechos o eventos, pensamientos y sentimientos están enumerados en el siguiente formulario. Vea si puede identificar correctamente cada afirmación en la columna izquierda como hecho, pensamiento o sentimiento. Coloque una “X” en la casilla correspondiente, por ejemplo, “Mi jefe critico mi trabajo” es un evento.

	Evento	Pensamiento	Sentimiento
Mi jefe critico mi trabajo			
Voy a perder mi empleo			
Me siento ansioso			
Jamás tendré una oportunidad			
Estoy triste			
Estoy atascado en el trafico			
Está lloviendo			
Pienso que no le gusto			
Me siento avergonzado			

Anexo G

CATEGORIZANDO SUS PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

Anota en la columna izquierda un pensamiento automático. Luego, identifique en la columna derecha la categoría (o categorías) de distorsión a la que pertenece este pensamiento: lectura del pensamiento, adivinación del futuro, visión catastrófica, etiquetado, descarte de lo positivo, filtro negativo, sobre generalización, pensamiento dicotómico, “deberías”, personalización, atribución de culpa, comparación falsa, orientación hacia el remordimiento, “y que sí”, razonamiento emocional, inhabilidad para confirmar, foco de opiniones propias y ajenas.

PENSAMIENTO AUTOMATICO	DISTORSION

Anexo H

COSTO – BENEFICIO

Pensamiento/Conducta:	
COSTO	BENEFICIO
1)	1)
2)	2)
3)	3)
4)	4)
5)	5)
6)	6)
7)	7)
8)	8)
9)	9)
10)	10)
11)	11)
12)	12)
13)	13)

Anexo I

Evidencias de trabajo



Sesión Psicoterapéutica

HISTORIA CLÍNICA:

EDAD: 52

SEXO: Femenino

ESCOLARIDAD: Primaria (ingreso a los 6 años a la escuela con logros en las redes sociales, en el colegio si me casto me daban un poco pero todo volvió a la normalidad me llevaba bien con mis profesores y compañeros, nivel de aprendizaje: promedio bueno)

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente de 52 años de edad de sexo femenino, desde la consulta anterior, por la junta cantonal de protección de derechos del cantón Vinces por lo que ella lleva un proceso legal... ella presenta la misma situación manteniendo la situación... me expuso me agrada psicológicamente... me resulta... sin su asistencia me agrada mucho más... no quiero estar más con él lo sé porque me da miedo que se vaya de la casa pero él solo me amenaza que me voy a quedar sin nada... me hace no tener el apoyo de él... le pido para los alimentos y vestimenta de mis hijos y él solo me insulta ya no quiero seguir así... me quiero divorciar de él... hoy noches que no duermo de tanto pensar me siento incapaz frente a la vida nuestro y a veces son ganas de venir incluso en momentos saliendo con mi vida si me esposo nos dejó en la calle.

GINA ESMERALDA BELTRAN BAQUERIZO

Revisión de casuística con Docente tutor de PPP