



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
MODALIDAD PRESENCIAL**



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSION ESCRITA) DEL  
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO  
PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
MENCION PSICOLOGIA CLÍNICA**

**PROBLEMA:**

**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU INFLUENCIA EN EL  
RENDIMIENTO ACADÉMICO**

**AUTOR:**

**JOSUE XAVIER ROMERO ZAMORA**

**TUTOR:**

**MSC. MARIO HERNAN PROCEL AYALA**

**BABAHOYO – ENERO**

**2020**

## **RESUMEN**

El presente trabajo investigativo está enfocado la identificación del trastorno por estrés postraumático y como este malestar psicológico produce un bajo rendimiento académico por lo cual no le permite desarrollarse con funcionalidad en las áreas de su propio interés psicológico, educativo, social y laboral. En este estudio también se utilizaron técnicas como la observación, la entrevista y una prueba psicométrica, además de contar con la ficha o historia clínica proporcionada por el departamento psicológico de la Universidad Técnica de Babahoyo. Dentro de las situaciones detectadas, se presentaron datos significativos en relación al caso y la problemática a lo largo del proceso, mediante la aplicación de estrategias y un plan terapéutico basado en la Terapia Cognitivo Conductual, se diseñó un plan de tratamiento específico para el trastorno de estrés postraumático, donde se verán los objetivos de la terapia y técnicas específicas de la Terapia Cognitivo Conductual, con el fin de lograron alcanzar los resultados deseados.

### **PALABRAS CLAVE:**

Trastorno de estrés postraumático, suceso traumático, diagnostico, malestar psicológico, Terapia cognitivo conductual.

## **ABSTRACT**

The present research work is focused on the identification of posttraumatic stress disorder and how this psychological malaise produces a low academic performance, so it does not allow it to develop with functionality in the areas of its own psychological, educational, social and labor interest. In this study, techniques such as observation, interview and a psychometric test were also used, in addition to having the file or medical history provided by the psychological department of the Technical University of Babahoyo. Within the situations detected, significant data were presented in relation to the case and the problem throughout the process, through the application of strategies and a therapeutic plan based on Cognitive Behavioral Therapy, a specific treatment plan for the disorder of Posttraumatic stress, where the objectives of the therapy and specific techniques of Cognitive Behavioral Therapy will be seen, in order to achieve the desired results.

### **KEYWORDS:**

Posttraumatic stress disorder, traumatic event, diagnosis, psychological distress, Cognitive behavioral therapy.

## Tabla de contenido

PROBLEMA: .....	I
RESUMEN.....	II
PALABRAS CLAVE: .....	II
ABSTRACT.....	III
1. INTRODUCCIÓN .....	1
DESARROLLO .....	2
Objetivo general.....	2
2. CONCLUSIONES .....	20
3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	1
Bibliografía .....	1
Referencias.....	1
4. ANEXOS.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se realizó en las áreas del CEDE de la unidad Educativa “José María Estrada Coello” modalidad nocturna en la que se efectuó una evaluación psicológica clínica por medio del psicólogo responsable del caso. Cabe recalcar que se tuvo en cuenta la gravedad del malestar psicológico que presentaba el paciente, el trastorno por estrés postraumático provoca muchos cambios en la vida del sujeto, la mayoría de individuos son capaces de regresar a un funcionamiento relativamente normal en pocos días, otros en cambio les toman días o meses enteros hasta que aparecen los síntomas de un Trastorno por Estrés Postraumático.

Mediante el estudio de caso realizado por el psicólogo clínico responsable utilizo los métodos de investigación de prevención y diagnóstico, se empleó estrategias de entrevista, como estrategias de relación, utilizo técnicas para obtener información, se empleó 3 métodos para valorar el estado mental como son, la observación, la conversación, y la exploración, se pudo ejecutar métodos clínicos mediante la entrevista para examinar las funciones mentales del cerebro y escalas comunes para la medición de una serie de estados psicológicos.

Siguiendo el curso del caso valoraron sus facultades mentales y de personalidad utilizando test psicológicos estándar como el Inventario de Depresión de Beck II, Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático DSM 5, Rey test de copia de memoria de figuras geométricas complejas, se realizó el test de personalidad de la persona bajo la lluvia, conforme se valla estudiando el caso se dará cuenta de la importancia de ejecutar cada una de las técnicas de entrevista y test psicológicos para llevar a cabo un buen diagnóstico clínico, especificando el malestar que ha dado como resultado una influencia en el rendimiento académico.

El enfoque terapéutico y el diseño de tratamiento va orientado al modelo teórico TCC empleado por el psicólogo clínico responsable, como podrá observar al inicio del diseño de tratamiento se diseñara un Mapa Clínico de Patogénesis (MCP), la terapia trabajara con metas generales y cada una de las metas tendrán sus objetivos específicos, habrán fichas de puente entre sesiones, y control del estado de ánimo, se le enviara tareas para el hogar dando como resultados posteriores un mejor desempeño, personal, educativo y laboral.

## **DESARROLLO**

### **Justificación**

El trastorno de Estrés Postraumático es un malestar psicológico muy frecuente además que puede ocurrir a diferentes sujetos a cualquier edad, por lo general el trastorno comienza dentro de los primeros tres meses después de que surge el trauma, pero también puede existir un retraso de meses, incluso de años, antes de que el paciente llegue a cumplir los criterios para un diagnóstico.

En el caso a una exposición directa a un acontecimiento traumático genera en el sujeto un malestar significativo en las áreas especialmente educativa y laboral, por lo general suele ser doloroso y muchas veces angustiante para quien lo padece. En mucho de los casos el evento traumático cambia al sujeto de un ambiente de alegría y bienestar emocional a un ambiente de suma preocupación, retraimiento y muchas veces a un aislamiento social.

Teniendo en cuenta que una de las características de este trastorno es el hecho de escuchar, ver una situación desgarradora y de dolor y experimentar personalmente un trauma, para el sujeto esto se convierte en una amenaza que le dejara secuelas para toda la vida. Una vez que sepamos manejar el acontecimiento traumático podremos resolverlo y a su vez podremos generar en el sujeto un pensamiento más funcional sobre el acontecimiento traumático de la manera más realista, cambiando así su conducta.

### **Objetivo general**

Determinar cómo influye el trastorno por estrés postraumático en el rendimiento académico a un estudiante de 29 años de edad en la Unidad Educativa “José María Estrada Coello” en la ciudad de Babahoyo - Provincia de los Ríos, a través de técnicas de entrevista y el diseño de tratamiento psicológico cognitivo conductual.

## **Sustento teórico**

### **Que es un trauma psicológico:**

Para poder comprender de como un trastorno por estrés postraumático ocasiona un malestar psicológico al sujeto ocasionando un bajo rendimiento académico, debemos definir antes que nada que es un trauma psicológico, “trauma es como nuestro cuerpo responde ante la amenaza de supervivencia” (levis, 2014) Otra de las personas que aumento la idea de lo que es un trauma fue Josef Breuber, en el famoso caso de “Anna O” (breuber, s.f.). El trauma es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona (Janet, 2014). Cuando las personas tienen historias con traumas a lo largo de su vida, tienen miedo o tienen fobia al recordar y evitan cualquier contacto o cualquier estímulo que pueden llevarles a recordar. Uno de los primeros pioneros en la utilización del término del trauma con afectación psicológica es Emil Kraepelin manifestando que un acontecimiento traumático afectaría el sistema nervioso. (Kraepelin, s.f.)

### **Mecanismo de afrontamiento del estrés**

La manera en como afrontamos las situaciones que nos causan un malestar estresante se debe a los mecanismo que hemos adquiridos, de cómo afrontamos el estrés, (lazarus y folkman, 1986, p. 44).

Cada uno de los sujetos utilizamos estilos de afrontamientos que pertenecen a nuestro estilo de vida nosológico y que de alguna manera contribuye a que experimentemos o no un acontecimiento traumático.

(folkman, 2011) Formularon en total 8 estrategias de afrontamiento al estrés: distanciamiento, confrontación, autocontrol, búsqueda de apoyo social, escape-evitación, aceptación de la responsabilidad, planificación de solución de problemas, y reevaluación positiva.

## **El rendimiento académico**

Rendimiento académico se define como el de la asimilación del contenido dependiendo del programa de estudio, esto se expresa en calificaciones, dentro de una estimación de valores numéricos. en resultados se lo realiza de manera cualitativa y cuantitativa, el docente ejecuta las acciones señaladas mediante pruebas de conocimiento, test, puntaje por buena conducta etc. (Figueroa, 2004, pág. 11)

El rendimiento académico identifica el nivel de educación que el sujeto a alcanzado, esto se toma en cuenta para medir el éxito o el fracaso del rendimiento estudiantil. En el sistema educativo se cuantifica valorando las puntuaciones de máximo de 10 y un mínimo de 0, donde se promedia al estudiante con un rendimiento estable si cumple un mínimo de 7 puntos, esto verificara si el estudiante rindió de manera excelente, muy buena, buena o mala e insuficiente.(MIDED 2002). (Figueroa, 2004).

La organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE) lanzo un estudio donde identifica las características de los medios educativos para el rendimiento académico, donde se los evalúa en lectura, esto mide al estudiante en la capacidad de leer bien y ser capaz de entender lo que leyó, esta evaluación se la conoce con el nombre de PIZA (Muñoz, 2016)

### **Factores que inciden en el rendimiento académico**

Teniendo en cuenta que un estudiante estudia muchas asignaturas a la vez, los momentos de exámenes, dentro de periodos cortos junto con las demás asignaturas, más los programas de la unidad educativa, son motivos que pueden llevar a un estudiante a mostrar un pobre rendimiento académico.

Otra de las razones es la metodología de enseñanza del docente y la manera explicativa de dirigir la temática, sus correcciones y además estimaciones que puede tener de un estudiante a otro, también causa una influencia determinante en el rendimiento académico. (EcuRed, s.f.)

## **Como influye el trastorno en el rendimiento académico:**

Dada la particularidad del trastorno en un ámbito educativo, se encuentra presente una disminución del rendimiento estudiantil, y se encuentra en todas las facetas de su actividad personal, sean estas estudiantiles, laborales y familiares.

Sobrellevar la carga emocional y cognitiva del trauma, lo que hace es que bloquea las áreas de interés personal del sujeto dejándolo vulnerable en el desarrollo y desempeño de su actividad estudiantil. (Antioquia, 2011).

## **Trastorno por estrés postraumático**

Debemos considerar que una de las características del trastorno por estrés postraumático (TPET) es el desarrollo de signos y síntomas a exponerse a uno o a más eventos traumáticos (p.ej., el horror, la impotencia o el miedo), en ciertas personas se la presentación a un hecho traumático puede variar, en unos existe la reexperimentación del miedo y pueden predominar los síntomas emocionales y también del comportamiento. En otros sujetos sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. (Katharine A. Phillips, 2014)

Trastorno de estrés postraumático

Criterios diagnóstico 309.81 (F43.10)

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenazada, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa de sucesos(s) traumáticos(s).
  2. Presencia directa del suceso(s) traumático(s).
  3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
  4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de sucesos(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles de maltrato infantil).

**Nota:** el criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s).
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
  2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el suceso(s) traumático(s).
  3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.).
  4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
  5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) que comienzan tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
  2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistente y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej., “estoy mal”, “no puedo confiar en nadie”, el mundo es muy peligroso”, “tengo los nervios destrozados”).
  3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a si mismo o a los demás.
  4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza”).
  5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
  6. Sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás.
  7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s) como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas y objetos.
  2. Comportamiento imprudente o autodestructivos.
  3. Hipervigilancia.
  4. Respuesta de sobresalto exagerado.
  5. Problemas de concentración.
  6. Alteración del sueño (p.ej., dificultades para conciliar o continuar el sueño o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterio B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección medica.

*Especificar si:*

Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: experiencias persistente o recurrentes de un sentimientos de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p.ej., como si se soñara, sentimientos de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: experiencia persistente o recurrentes de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en sueño, distante o distorsionado).

En este caso se realizó un abordaje de un trastorno por estrés postraumático mediante el cual se utilizaron estrategias de intervención diagnóstica y posteriormente un diseño de tratamiento enfocado en la terapia cognitivo conductual, es necesario realizar un abordaje temprano para mejorar el rendimiento académico del sujeto.

### **Abordaje en un caso de Trastorno por estrés postraumático**

Generalmente una vez que se haya realizado la formulación del caso, teniendo en cuenta el conocimiento de todo lo que se ha realizado, se da inicio al diseño de tratamiento tomando en cuenta el cuadro psicopatológico. En perspectiva lo que se necesita es que el paciente tenga presente como se originó el trastorno por estrés postraumático y de cómo él debe de afrontarlo, el paciente tiene que tener en cuenta cómo es que debe de trabajar en su malestar y cuales debe de reforzar, para eso se necesita de varias sesiones con el paciente acordando fechas y hora de encuentro.

El diseño de tratamiento tiene un enfoque en la terapia cognitiva conductual, donde lo que perturba al paciente no son los acontecimiento en si, si no sus propios pensamientos distorsionados que tiene sobre la realidad las que le realmente les perturba, por lo tanto habría que “para esta persona, con su problema específico, ¿cuál tratamiento es el más eficaz, quien debe aplicarlo y en qué circunstancias? (Arthur M. Nezu, 2006).

Se establece junto con el paciente objetivos del tratamiento, estos objetivos tienen aspectos generales de mediano plazo pueden durar entre una y varias sesiones terapéuticas para cumplir ese objetivo general y objetivos específicos a corto plazo, esto puede ser de una sesión a otra.

Debido al deterioro muy significativo que a experimentado el sujeto con trastorno por estrés postraumático, las metas que nosotros nos planteamos que nos dará un resultado deseado, se dirigen a mejorar el funcionamiento general y una mejor calidad de vida en rendimiento académico, por lo que al plantearnos metas específicas lo que queremos es disminuir sus síntomas cognitivos, emocionales y conductuales y físicos de la angustia y ansiedad, tratamos de mejorar las relaciones sociales, académicas y la capacidad de mejorar su rendimiento académico de manera óptima, además que el tratamiento cognitivo conductual pretende reducir la psicopatología asociada. (falta de concentración, baja autoestima, rendimiento académico deficiente). (Arthur M. Nezu, 2006).

### **Técnicas aplicadas para la recolección de información.**

**Estrategias para la relación:** Para poder realizar una recolección de datos para el diagnóstico se debe lograr que tanto el paciente como el psicólogo clínico se sientan cómodos, utilizando las estrategias de reconocer las señales y de cómo responder a las señales. Para poder descubrir el sufrimiento se tuvo que mostrar compasión sobre su malestar, para ello se utilizó la estrategia de valorar el sufrimiento y de responder con empatía. Durante el curso de la entrevista se valoró niveles de introspección haciendo que el paciente se convierta en un aliado que colabora para el proceso diagnóstico, se realizó la estrategia de separar la parte enferma del paciente con objetivos terapéuticos.

Una de las estrategias para la relación es demostrar pericia, situando la enfermedad en perspectiva diagnóstica, se demostró conocimientos sobre el curso de la relación, también pudo hacer frente a las dudas que tuvo el paciente, una de las estrategias fue infundir esperanza. Se estableció liderazgo desde el primer momento de la consulta, también se tuvo en cuenta el equilibrio de papeles.

### **Técnicas para obtener información diagnóstica:**

Se utilizaron técnicas de comienzo, aclaración y conducción, de esa manera vamos verificando los síntomas. En el curso de la entrevista se midió la resistencia que pudo haber presentado el paciente, para ello se utilizaron las técnicas de expresar aprobación, confrontación, técnica de cambio de tema, exageración, inducción al fanfarroneo. Se valoraron los mecanismos de defensa del paciente que pudo haber presentado en el curso de la entrevista, se utilizó las técnicas de entrevista de reconocimiento y técnica de manejo de defensas.

### **Tres métodos para valorar el estado mental:**

**La observación** .- la impresión diagnóstica que se la obtiene desde el momento en que se tiene contacto con el paciente es la observación, el sexo la edad, la raza y antecedentes étnicos, su estado nutricional, su higiene y vestimenta, el contacto ocular, en ella se percibe la apariencia del sujeto que puede ser útil para llegar a establecer el diagnóstico, el nivel de conciencia sobre su malestar psicológico es lo que le debe de llevar al psicólogo clínico a considerar la gravedad de un posible trastorno, se valora al paciente por medio del comportamiento psicomotor, su postura, sus movimientos psicomotores, movimientos que pueden expresar afecto, y movimientos complejos anormales.

**Conversación:** en una conversación casual con el paciente a través de una pequeña charla el psicólogo clínico mide su atención y concentración, su lenguaje y su pensamiento, su orientación, memoria, afecto.

**Exploración:** en la exploración más allá de observar y conversar con el paciente, en ella se necesita la colaboración del paciente, se evalúa el estado de ánimo, su nivel de energía, su percepción, el contenido de sus pensamientos, su capacidad ejecutiva y por último su introspección o (conciencia de la enfermedad) en el caso de que presente un trastorno. (Ekkehard Othmer, 2003)

**Historia clínica:** Es una herramienta muy utilizada por los psicólogos, por lo general se utiliza historias clínicas semiestructuradas, que no son preguntas ni muy abiertas que pueden llevar a la divagación del paciente sin poder llevar al psicólogo a una impresión diagnóstica, ni tampoco contienen preguntas cerradas de si y no, que pueden llevar al paciente a presentar malestar u hostigamiento, en la entrevista tenemos acceso a registro clínico de un paciente datos personales, escolaridad, historia de la enfermedad, edad, sexo, información acerca de su familia y otros datos complementarios necesarios para realizar nuestra intervención. (Morrison, 2015)

### **Técnicas psicométricas aplicadas**

Se utilizaron técnicas tales como:

#### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2):**

El Inventario para la Depresión de Beck ha sido ampliamente utilizado como medida de sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal, hasta constituirse en el instrumento autoaplicado para evaluar la depresión más utilizado en la práctica clínica y en investigación (Beck, Steer y Garbin, 1988; Piotrowski, 1996; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

#### **Test de la persona bajo la lluvia:**

El test de la persona bajo la lluvia permite evaluar aspectos de la personalidad del examinado, su imagen corporal y su reacción frente a un elemento amenazante como lo es la lluvia que puede ser indicador de presiones ambientales. El test de la persona bajo la lluvia es aplicable a individuos de cualquier edad, es importante que mantenga la hoja en la posición inicial en caso de no hacerlo puede indicar conductas de oposicionismo, rechazo en cumplir órdenes.

1. Evalúa las ansiedades, y temores, conflictos
2. Evalúa mecanismos de defensas predominantes la afectividad de los mismos o su patología.
3. Niveles de ansiedad.
4. Evalúa la estructura psicológica subyacente. (Silvia M. Querol, 2005)

### **Figura de rey, test de copia de una figura compleja:**

Este modelo fue realizado por André Rey en el año 1942 y consistía en copiar y después reproducir de memoria un dibujo geométrico complejo. La finalidad de esta prueba es reconocer su actividad perceptiva, la reproducción que se da una vez terminada la prueba informa y grado y la finalidad de su memoria visual. Por lo general en sujeto con sospechas de deficiencia de memoria más allá de lo que pueda medir la prueba, deja por sentado de que la memoria del sujeto esta disminuida, temiendo en cuenta los datos omitidos o exagerados en la prueba, y su falta de retener la consigna establecida.

Los materiales a utilizar:

Manual común para la figura A, la lámina modelo, la hoja de anotación, lápiz y bolígrafos de distintos colores, y un reloj o cronometro que marca el tiempo de ejecución. (Rey, 1987)

### **Test de Kent y Wilson:**

Este test psicológico valora tanto las capacidades verbales y el pensamiento y es un test de inteligencia rápida que fue diseñada por Grace H. Kent (Ekkehard Othmer, 2003) está organizado por cuatro preguntas de resolución de problemas, y seis preguntas de conocimiento, las personas con inteligencia normal superaran las últimas tres preguntas de conocimientos. y el test de Wilson o que mide el cálculo matemático que es una tabla de multiplicación, 2 x 24, para excluir o establecer la presencia de inteligencia subnormal.

### **Resultados obtenidos**

En la primera sesión el paciente es remitido por la orientadora, porque los profesores le han llamado la atención porque ha disminuido su rendimiento académico y ha cambiado su conducta en este año lectivo, no sabe llevar las tareas y en clases cuando se le pregunta sobre un tema de clases, responde que tiene que repetirle nuevamente la pregunta, se ve algo desanimado, le da sueño en clases, y presenta sobresaltos.

En su padecimiento actual el paciente presenta dificultades en concentración en algunas materias, sus docentes no se explica porque esta así, no se muestra muy colaborador con ellos, y les comunica que es por mucho cansancio y estrés por el trabajo y estudios que hace y, y lidiar ciertos problemas con su esposa, el paciente refiere que ya hace meses presenta pesadillas y sueños que no son agradables para él, se siente estresado y han habido días en que no puede dormir y tiene falta de apetito, manifiesta que hace meses atrás alrededor de 6 meses mientras iba conduciendo con su hijo de 9 años en el coche de al frente del otro carril se cruza otro coche que se saltó el semáforo en rojo y colisionaron. (se muestra tenso y preocupado, mueve con sus manos la manera en que chocaron). Los dos quedaron atrapados en el coche hasta que después de un rato un equipo de policías y paramédicos los pudo sacar, su hijo en cambio tenía una pierna rota. (Presenta ligera preocupación y ansiedad).

El asegura que estaba conduciendo con cuidado, además manifiesta que desde adolescente aprendió a manejar, nunca creyó que podía estar en un accidente. Los primeros días después del accidente el paciente estuvo preocupado por atender a su hijo y a llevar a reparar el coche. Tuvo problemas al reparar el coche y nunca había estado en discusiones judiciales, su esposa que estuvo preocupada por el hijo no tuvo tanta consideración con su esposo, por no tener mucho cuidado. Pocos días después comenzó a presentar pensamientos e imágenes sobre el accidente, esto le provocaba malestar, los síntomas duraron varias semanas, no le dejaban hacer sus tareas o mientras trabajaba en una finca que tiene el con su esposa, donde le ofrecieron que cultive arroz, no dejaba de pensar en el accidente. Los recuerdos de los gritos de su hijo después de que el carro colisionara le resultaba especialmente vivido, el sentía en su cuerpo como el sonido de las llantas relinchaban y en ocasiones le hacía espeluscar el cuerpo y los dientes, ( empieza a hacer gestos como si lo viviera de nuevo, se siente ansioso, se muestra cooperativo), estaba impresionado después de todo lo que le sucedió y que cuando le hablaban sus familiares sobre lo acontecido se ponía irritable, que él no tiene la culpa, y no lo ocasionó,, ha tratado de evitar el tema para no sentir ese malestar que no le permite concentrarse en su trabajo o estudio.

Manifiesta que ha tratado de desviarse del camino en donde surgió el accidente para no querer tratar de recordar la manera en cómo se sintió prisionero en el coche y escuchar

a su hijo gritar del dolor por su pierna, aun conduce pero con más precaución, actualmente cree y duda de si cuando surgió el accidente el semáforo estaba en rojo en verde.

Expresa que en clases no puede concentrarse, tiene problemas para entender lo que dice el profesor, aunque no acostumbra a hablar de sus problemas con ninguno de sus compañeros si refiere que, se siente un poco culpable por lo que le sucedió, hay momentos en que eso le da vuelta en la cabeza todo el día, y algunas veces en las noches, no dejándolo dormir bien, en ciertas ocasiones le duele la cabeza, después del accidente es más frecuente, aunque refiere que no se ha golpeado la cabeza, cuando va en bus o en carro particular, los síntomas aumentan cuando pasa un auto rojo en frente de él, le vuelven las imágenes de como ocurrió el accidente, el carro del sujeto era rojo, además refiere que cuando escucha llorar a un niño le vienen a la mente los gritos de su hijo de 9 años y cree que no soporta más el hecho de seguir sintiéndose culpable.

En su segunda sesión de entrevista diagnostica se pudo explorar parte de su infancia Nació en Babahoyo en hospital Martin Icaza en el mes de mayo del año 1990, es hijo único, manifiesta que durante su nacimiento su madre tuvo pequeñas complicaciones en su parto (fue parto distócico) aunque no se acuerda bien de lo sucedido.

A los 14 años trabajo con su abuelo en las cosechas de arroz y soya y desde ese entonces le gusto el trabajo, dejo de estudiar varios años ayudando a sus padres.

Se le aplico el test de la persona bajo la lluvia donde manifiesta que, presenta timidez, ansiedad, falta de confianza en si mismo, necesidad de liberarse de los problemas, se siente amenazado por lo externo, dirección hacia el pasado, conflictos sin resolver, suele presentar sufrimiento fetal, y acontecimientos traumáticos, sentimientos de culpa, torpeza.

Se le aplico el test de resolución de problemas y conocimientos del test de Kent, donde en resolución de problemas y conocimientos tiene una estimación de 24 sobre un total de 36, y en test de inteligencia rápida de Wilson el grado de estimación fue normal baja con CI de 80-90 aproximadamente.

En la tercera sesión

A los 18 años tuvo una novia la cual se unió al siguiente año a los 19 años, tuvieron un hijo, el primer año vivió con sus padres, pero después se independizó, viviendo en arriendo sus primeros años, manifiesta no tener ningún vicio salvo que en ciertas ocasiones si ha bebido alcohol, no le gusta el cigarrillo y no cree necesitarlos, manifiesta que regreso a estudiar a los 27 años a primero bachillerato en un colegio nocturno por necesidad de ser un bachiller y aspirar estudiar la universidad, trabaja durante todo el día con su abuelo en maquinarias y cosechas de arroz y soya, manifiesta que hace 6 años aproximadamente le dieron la mala noticia de que un trabajador de su abuelo no había labrado bien el arroz y por inspeccionar la cosechadora, la parte de delante del acarreador y el molinete, al ver dejado prendido y con cambio la cosechadora, se movió y los dedos retractiles le avanzó a coger el brazo y parte del hombro dejándolo sin el brazo, al visitarlo al hospital, estaba muy herido el obrero, se impresiono tanto que dejo de trabajar una semana.

Recuerda que la cosechadora era nueva que el abuelo había comprado, refirió que la marca era tipo WORD 4.LZ- 6.OP color blanca con roja. Manifiesta que se le venían las imágenes del obrero y de cómo pudo haber sido el accidente, en ocasiones formaba una escena de como sucedió explicándose porque porque tuvo que sucederle así, y que tenía que haber apagado la máquina para poder inspeccionar. Manifiesta que no le han sucedido tales cosas manejando esas máquinas pero de ser así, él no lo soportaría y sería muy grave para él y su familia.

No presenta padecimiento ni ninguna enfermedad, no ha tenido necesidad de ir a un hospital, no consume medicamentos salvo en raras ocasiones, no es alérgico, tiene buena alimentación, padece de dolores de cabeza, no se ha golpeado la cabeza.

#### **En su cuarta sesión**

Se realizó unos test complementarios para comprobar la sintomatología del trastorno y generar junto al paciente un diseño de tratamiento, Rey test de copia de memoria de figuras geométricas complejas, donde el proceso de copia ha sido normal, aunque la reproducción es claramente insuficiente: en este caso, puesto que no existe problema en la percepción y la organización de los datos a fijar, la pobreza de la reproducción manifiesta claramente la del recuerdo visual, aunque también puede ser causa de esta deficiencia un bloqueo originado por una escrupulosidad exagerada.

Se fijó la fecha para la quinta sesión donde se le explicaba su diagnóstico, como se originó el trastorno y cuál sería el diseño de tratamiento más adecuado para superar el trastorno del paciente.

El entrevistador para llegar al diagnóstico propiamente dicha estableció un diagnóstico diferencial a través del árbol de decisiones del DSM IV TR del manual de diagnóstico diferencial (Michael B. First, 2006), se diferenció de otros trastornos mentales que pueden aparecer después de la exposición a un estresante intenso,( p. ej., trastorno depresivo mayor), pensamientos intrusivos en el trastorno obsesivo compulsivo, pero este no se relaciona con un estresante interno, se diferenció de trastornos disociativos o amnesia disociativa, de despersonalización y desrealización, ya que estos no presidieron a causar un trastorno por estrés postraumático.

### **Situaciones detectadas**

El presente estudio de caso que consta de 5 sesiones de entrevista para la formulación del caso encontramos que en su estado de alerta es normal, aunque se tornó un poco distraído, en su ropa e higiene, está limpio y cuidado, abrigo, botones abrochado, peinado normal, tiene barba bigotes, unos días rasurados y otros días sin rasurar.

En su actividad motriz es relajado u observador el paciente se sienta quieto y firme sus manos e mueven de acuerdo a su discurso, sus manos están asentadas en el escritorio abierto, sus uñas están cortadas, aunque un poco ásperas y sucias. En su expresión facial el paciente sonríe, tiene movilidad normal, en las expresiones faciales, mantiene el contacto visual constantemente muchas veces muestra rostro sorprendido, asustado, expresivo, en su voz mantiene una forma templanza , ritmo normal, lenguaje gramaticales promedio, asiento campesino, costeño, no tartamudea, utiliza muletillas, su voz es cordial y fuerte muchas veces.

Su actitud con el entrevistador fue colaborador, cordial en su lenguaje hacia otros muchas veces, ha mostrado evasión durante la entrevista, en su estado de ánimo en ciertos

momentos estuvo enojado, asombrado, poco, apático, calmado, temeroso de sí mismo, culpable e irritable. En su labilidad afectiva presento sobresaltos, en cuestión de segundos, euforia, micro depresión, su estado de ánimo en curso fue apropiado, aunque su sonrisa muchas veces parecía forzada quizás esconde algún otro sentimiento, continuo entre la ansiedad y la tristeza, la intensidad de su estado de ánimo fue leve, momentánea entre el continuo de la ansiedad y la tristeza.

Su discurso es espontaneo, aunque se considera también fugas de ideas ya que el paciente pedía que realice nuevamente la pregunta para poder responder. Refería no recordar ciertos acontecimientos con detalle, la velocidad del discurso fue normal salvo en 2 o 3 ocasiones en que no permitió terminar la pregunta o el discurso interrumpiendo al entrevistador para proseguir su respuesta, no hubo tartamudeo utilizo muletillas.

### **Soluciones planteadas**

En la 5 sesión se le explico al paciente su malestar psicológico sobre que era el trastorno por estrés postraumático, donde surgió los síntomas del trastorno, y como su historia familiar y personal exacerbó en un continuo a que presente el trauma, en el diseño de tratamiento se elaboró un plan junto al paciente.

Entre los objetivos al tratamiento se encuentran los siguientes ítems:

- Tratar de reducir su activación psicofisiológica
- Disminuir las ideas disfuncionales.
- Proveer un mejoramiento de las habilidades adaptativas de afrontamiento del estrés.
- Mejorar el rendimiento de las habilidades educativas.

Antes de llevarlo a cabo el diseño de tratamiento con el paciente, el psicólogo clínico estudia cada una de los objetivos y que espera de cada una de ellas.

En el TEPT ya el sujeto ha experimentado de manera real el suceso traumático, y este temor y angustia del paciente se perciben como incontrolables, a más de eso el paciente evita la exposición al trauma como lugar, suceso, personas asociadas.

Cuando tratamos de disminuir los pensamientos disfuncionales, en este modo específico el paciente con TEPT está acostumbrado a procesar la experiencia traumática interpretando que la amenaza seguirá ahí presente.

El psicólogo complementa sus otros objetivos tratando de mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento al estrés, ya que el paciente experimenta (distanciamiento social, problemas de manejo de la ira y sobresaltos).

En la 5 sesión se le presenta al paciente los objetivos establecidos y de cómo se va a llevar el curso del tratamiento, se enseña al paciente que el psicólogo clínico mantiene un enfoque en la terapia cognitivo conductual y le presenta el Mapa clínico de patogénesis de su trastorno y juntamente con los objetivos empieza el tratamiento.

Dentro del primer objetivo se empleó la técnica exposición prolongada y se elaboró una jerarquía de temores y se fue clasificando los estímulos relacionados al trauma a través de una ficha técnica de jerarquía de temor, hubo retroalimentación, y se le entregó una ficha de nota de terapia, donde se establece los números de las sesiones, el plan del paciente, objetivos de la terapia y puntos importantes de la sesión, también incluye tareas para el hogar, esperando que el paciente traiga en la siguiente sesión la ficha de nota de terapia, el psicólogo clínico se queda con una copia.

En la sexta sesión se le presentó un formulario puente entre sesiones, donde se le pregunta que puntos importantes se trató la sesión anterior. Antes de seguir cumpliendo con el primer objetivo del diseño de tratamiento, se presentó la ficha de control del estado de ánimo en esta se registra los diferentes estados afectivos y por medio de un porcentaje estimar el nivel de emociones que actualmente sigue presentando el paciente y esto se le debe de aplicar en cada sesión de terapia, para verificar si hay un mejoramiento en el estado de ánimo.

Luego inducidamente y con la colaboración del paciente, se aplicó la técnica de exposición de canales múltiples, esto sugiere que los hechos traumáticos produjeron en el paciente mucha angustia por ejemplo, lugares o sonidos asociados al trauma, y a nivel interno, angustia emocional, el propósito de esta técnica de exposición de canales múltiples es que el paciente poco a poco llegue a participar en la exposición del trauma, se le mostro por medio de imágenes fotos de autos y de carreteras con varios vehículos y vehículos de color rojo, para que el paciente pueda expresar lo que está sucediendo en la imagen y así disminuya poco a poco la activación fisiológica elevada. Se le entrego el formulario de registro de tareas de exposición en vivo para que en cada casillero en sesiones posteriores escriba el nivel de síntomas que tubo antes y las que tiene después de las sesiones.

Hubo retroalimentación de la sesión establecida y se le entrego como rutina la ficha de informe de terapia, después se entregó la ficha de nota de terapia y tareas para el hogar.

En la séptima sesión se realizó la rutina de indagar en el formulario de puente entre sesiones y el control del estado de ánimo donde se ve un ligero mejoramiento en el control de la ansiedad con un porcentaje de 70 % sobre 100 %, se revisó la ficha de nota de terapia donde pudo escribir los sucesos que aún le hacen sentir malestar y se empezó a dialogar sobre ello.

Posterior a seguir cumpliendo el primer objetivo se utilizó la técnica de manejo de la ansiedad, esto implica enseñar al paciente como debe de manejar la ansiedad al trauma, se le entreno en el la técnica de relajación donde antes de eso se le entrega al paciente una ficha de relajación, la respiración diafragmática.

En la octava sesión el psicólogo verifico de que el primer objetivo estaba cumplido, entonces dio paso en el segundo objetivo se trabajó en la disminución de las ideas disfuncionales, se le explico al paciente el significado de los pensamientos disfuncionales y como opera este en su trastorno de estrés postraumático, se le pidió la ficha de notas de tarea de la sesión anterior y hubo retroalimentación del puente entre sesiones y el control del estado de ánimo, con la colaboración del paciente se le aplico la técnica de reestructuración cognitiva para cumplir el segundo objetivo de disminuir los pensamientos disfuncionales.

En medio de la entrevista se le entrego una ficha técnica de psicoeducación, como la técnica de reestructuración cognitiva ayuda al paciente a disminuir los pensamientos disfuncionales,

los diez minutos restantes, se le entregó la ficha de notas de terapia y tareas para el hogar, el psicólogo dio paso al informe de terapia de la sesión.

En la novena sesión una vez que se entabló el diálogo de 3 minutos, se le pidió la ficha de notas de terapia y entre la sesión se le realizó la técnica puente entre sesiones y el control del estado de ánimo, no tuvo complicaciones al realizar la tarea para el hogar, se le aplicó el BDI II de Beck donde tuvo la puntuación de 20. Se le aplicó la técnica de ensayos conductuales hechas por el clínico, esto permitió al individuo poner a prueba sus hipótesis acerca del peligro que actual que presenta, para poner a prueba la veracidad de las desadaptaciones que presenta el paciente.

En la décima sesión haciendo una retroalimentación de la sesión anterior se le pidió la ficha de nota de terapia y tareas para el hogar, se discutieron algunos puntos que no hayan quedado claro, y se prosiguió con la ficha de control del estado de ánimo, el psicólogo clínico prosiguió a cumplir dentro de la sesión el tercer objetivo de la terapia, mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento al estrés, tomando en cuenta la colaboración del paciente, se le explicó la terapia de resolución de problemas, se le entregó una ficha donde tenía que escribir una lista de soluciones que tendría que dar para resolver sus problemas, al finalizar se realizó retroalimentación de la nota de terapia y tareas para el hogar.

## **2. CONCLUSIONES**

El trastorno por estrés postraumático ha sido un trastorno que ha causado un malestar muy significativo en el ámbito específicamente educativo, ya que el trauma afecta el estado cognitivo y conductuales del sujeto. Se ha comprobado que este trastorno ha dejado secuelas emocionales, donde el sujeto muchas veces se ha sentido ansioso en diferentes ocasiones, generándole sentimientos de culpa y mucha angustia, cada vez que se presentaba cualquier indicio que le produjo el trastorno. El rendimiento académico es uno de los factores que se vieron influenciados a la hora de la valoración psicológica, causándole un malestar no solo individual sino también social, de parte de sus familiares y docentes.

Los resultados de las diferentes técnicas de entrevista en el sujeto con trastorno por estrés postraumático se han visto evidentes a lo largo de las sesiones, ya que en algún sentido no esclarecedor, no había antecedentes previos de trastorno por estrés postraumático en la unidad educativa, y mucho menos historial clínico de este trastorno en la unidad educativa, por eso fue desvelador a la hora de elaborar herramientas específicas en la entrevista que pudieron detectar los síntomas del trastorno de estrés postraumático, como fue las estrategias de relación, demostrando el psicólogo una pericia en el manejo de la sesión, pudo comprender su sufrimiento y se demostró empatía.

Fue muy útil poner en marcha la observación clínica que le pudo ayudar al psicólogo a identificar los signos y síntomas que lo llevo a una impresión diagnóstica, esto no fuera posible si no se hubiera entablado una conversación con el paciente, de esta manera se pudo explorar las áreas que tuvo mayor atención clínica. Fue muy necesario poner en una historia clínica la vida del sujeto en diferentes fases del periodo del desarrollo, esta herramienta le pudo dar un dinamismo y a la vez un compromiso al paciente de que su historial de vida tenía significado.

Los test psicológicos arrojaron luz para sustentar y corroborar la patogenia del trastorno, focalizo al psicólogo clínico en ciertas áreas de interés clínico, que fueron anteriormente explorada, con la ayuda del test de BDI II, el test de Kent y Wilson, la persona bajo la lluvia, y la figura compleja del rey.

Con la historia clínica realizada por el psicólogo que termino con de la formulación del caso se recomendó seguir un plan de tratamiento que se ajustó al estilo de afrontamiento del sujeto y para ello la terapia cognitiva conductual fue muy eficaz, se establecieron objetivos claros y alcanzables para el sujeto que pudieron cumplirlos al corto plazo, junto con el paciente se trató de reducir sus síntomas de ansiedad a los temores y sensaciones negativas que le produjo el acontecimiento traumático, se disminuyó sus pensamientos disfuncionales que tuvo sobre el mismo y sobre los demás.

El paciente colaboro de manera significativa en las sesiones con los formularios desarrollados dentro de la sesión, estuvo pendiente de todo lo que se dijo en las sesiones anteriores, realizo adecuadamente el formulario de notas de terapia y se evidencio el

compromiso con la terapia al colaborar con el formulario puente entre sesiones y las tareas para casa que el presente.

Se recomendó seguir con el orden de las consignas terapéuticas presentadas por el psicólogo mediante las fichas técnicas, se prosiguió con ayudar al paciente a mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento al estrés cumpliendo los objetivos del diseño de tratamiento. Esto aumento el interés de seguir con el objetivo de mejorar el rendimiento de las habilidades educativas, tanto en el aspecto individual como colectivo, pidiendo como recomendación realizar el seguimiento a la unidad educativa y al departamento del DECE.

### 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sanz, J., Pergigón A., y Vázquez C. (2004). *Adaptación Española Del Inventario Para La Depresión De Beck-Ii (Bdi-Ii)*: 2. Propiedades Psicométricas En Población General Clínica Y Salud, Vol. 14, Núm. 3, Pp. 249-280. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>

<http://mundopsicotecnicapedagogica.blogspot.com/2013/01/test-hombre-bajo-la-lluvia.html>

#### **Bibliografía**

breuber, j. (s.f.). *trauma psiquico*. Obtenido de wikipedia: [https://es.wikipedia.org/wiki/Trauma\\_ps%C3%ADquico#cite\\_note-4](https://es.wikipedia.org/wiki/Trauma_ps%C3%ADquico#cite_note-4)

Ekkehard Othmer, S. C. (2003). DSM IV La entrevista clinica. En S. C. Ekkehard Othmer, *La entrevista clinica Tomo I Fundamentos*. Barcelona 99: MASSON.

Janet, P. (31 de enero de 2014). *youtube*. Obtenido de estres postraumatico un asunto fisiologico con consecuencias psicologicas: <https://www.youtube.com/watch?v=mSA-Kvkz-Fk&t=241s>

Katharine A. phillips, M. (2014). DSM 5. En M. David J. Kupfer, *trastornos relacionados con traumas y factores de estres* (pág. 274). Editorial Medica Panamericana. Obtenido de trastorno relacionados con traumas y factores de estres : [www.psych.org](http://www.psych.org)

levis, p. (31 de enero de 2014). *youtube*. Obtenido de estres postrumatico un asunto fisiologico con consecuencias psicologicas : <https://www.youtube.com/watch?v=mSA-Kvkz-Fk&t=241s>

Morrison, J. (2015). La entrevista psicologica. En J. Morrison, *La entrevista clinica*. Manual Moderno.

Rey, A. (1987). Test de copia de una figura compleja. En A. Rey, *Test de copia de una figura compleja*.

Silvia M. Querol, M. I. (2005). Test de la persona bajo la lluvia. En M. I. Silvia M. Querol, *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

#### **Referencias**

breuber, j. (s.f.). *trauma psiquico*. Obtenido de wikipedia: [https://es.wikipedia.org/wiki/Trauma\\_ps%C3%ADquico#cite\\_note-4](https://es.wikipedia.org/wiki/Trauma_ps%C3%ADquico#cite_note-4)

- Ekkehard Othmer, S. C. (2003). DSM IV La entrevista clinica. En S. C. Ekkehard Othmer, *La entrevista clinica Tomo I Fundamentos*. Barcelona 99: MASSON.
- Janet, P. (31 de enero de 2014). *youtube*. Obtenido de estres postraumatico un asunto fisiologico con consecuencias psicologicas: <https://www.youtube.com/watch?v=mSA-Kvkz-Fk&t=241s>
- Katharine A. phillips, M. (2014). DSM 5. En M. David J. Kupfer, *trastornos relacionados con traumas y factores de estres* (pág. 274). Editorial Medica Panamericana. Obtenido de trastorno relacionados con traumas y factores de estres : [www.psych.org](http://www.psych.org)
- levis, p. (31 de enero de 2014). *youtube*. Obtenido de estres postrumatico un asunto fisiologico con consecuencias psicologicas : <https://www.youtube.com/watch?v=mSA-Kvkz-Fk&t=241s>
- Morrison, J. (2015). La entrevista psicologica. En J. Morrison, *La entrevista clinica*. Manual Moderno.
- Rey, A. (1987). Test de copia de una figura compleja. En A. Rey, *Test de copia de una figura compleja*.
- Silvia M. Querol, M. I. (2005). Test de la persona bajo la lluvia. En M. I. Silvia M. Querol, *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Antioquia, r. p. (2011). *PAPSIC*. Obtenido de periodicos electronicos en psicologia: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006)
- Arthur M. Nezu, C. M. (2006). *Formucion de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductual*. Manual mODERNO.
- breuber, j. (s.f.). *trauma psiquico*. Obtenido de wikipedia: [https://es.wikipedia.org/wiki/Trauma\\_ps%C3%ADquico#cite\\_note-4](https://es.wikipedia.org/wiki/Trauma_ps%C3%ADquico#cite_note-4)
- Ekkehard Othmer, S. C. (2003). DSM IV La entrevista clinica. En S. C. Ekkehard Othmer, *La entrevista clinica Tomo I Fundamentos*. Barcelona 99: MASSON.
- folkman, l. (2011). *periodicos electronicos en psicologia*. Obtenido de revista de psicologia universidad de Antioquia: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006)

- Janet, P. (31 de enero de 2014). *youtube*. Obtenido de estres postraumatico un asunto fisiologico con consecuencias psicologicas: <https://www.youtube.com/watch?v=mSA-Kvkz-Fk&t=241s>
- Katharine A. phillips, M. (2014). DSM 5. En M. David J. Kupfer, *trastornos relacionados con traumas y factores de estres* (pág. 274). Editorial Medica Panamericana. Obtenido de trastorno relacionados con traumas y factores de estres : [www.psych.org](http://www.psych.org)
- levis, p. (31 de enero de 2014). *youtube*. Obtenido de estres postrumatico un asunto fisiologico con consecuencias psicologicas : <https://www.youtube.com/watch?v=mSA-Kvkz-Fk&t=241s>
- Michael B. First, M. A. (2006). *DSM IV Manual Diagnostico Diferencial*. MASSON.
- Morrison, J. (2015). La entrevista psicologica. En J. Morrison, *La entrevista clinica*. Manual Moderno.
- Rey, A. (1987). Test de copia de una figura compleja. En A. Rey, *Test de copia de una figura compleja*.
- Silvia M. Querol, M. I. (2005). Test de la persona bajo la lluvia. En M. I. Silvia M. Querol, *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.