



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO**



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)**  
**DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGO CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

**Pensamientos automáticos y su repercusión en los síntomas de estrés  
postraumático en una mujer adulta estudiante de tercer nivel de  
educación superior**

**AUTOR:**

**JOSUÉ MANUEL CEDEÑO BRUNIS**

**TUTOR:**

**DR.C. HERIBERTO ENRIQUE LUNA ALVAREZ**

**BABAHOYO - 2020**



## RESUMEN

Este estudio de caso aborda los pensamientos automáticos y su repercusión en los síntomas de estrés postraumático en una mujer adulta estudiante de tercer nivel de educación superior. Cuando se habla de pensamientos automáticos se hace referencia a ciertas cogniciones que se generan en la psique de forma involuntaria, estas son fugaces o a modo de imágenes, y en concordancia con la amenaza o hecho traumático, los pensamientos automáticos al estar activados perturban significativamente a las personas con estrés postraumático. Alguno de los síntomas del trastorno antes mencionado son: insomnios, pesadillas, irritabilidad, Flashbacks o escenas retrospectivas, tensión, ansiedad, miedo y preocupación, entre otros. Los síntomas aparecen luego de vivir una situación traumática significativa, como un abuso sexual, violación o presenciar una muerte violenta, etc. Este caso se trata de una persona que se presume ha sufrido uno de los hechos traumáticos antes mencionados. Para llegar al diagnóstico se utilizó, la entrevista e historia clínica y la escala de valoración de los síntomas de estrés postraumático, en el plan terapéutico se plantea la reestructuración cognitiva con la aplicación de la terapia cognitivo conductual, mediante una serie de técnicas que permitirán la modificación de los pensamientos, las emociones y conductas en la paciente.

**Palabras claves:** Pensamientos automáticos, síntomas de estrés postraumático, hecho traumático, amenaza, ideas irracionales.

## ABSTRACT

This case study addresses automatic thoughts and their impact on post-traumatic stress symptoms in an adult female higher education tertiary student. When talking about automatic thoughts, reference is made to certain cognitions that are generated in the psyche involuntarily, these are fleeting or as images, and in accordance with the threat or traumatic event, automatic thoughts when activated significantly disturb the emotions. People with post-traumatic stress disorder. Some of the symptoms of the aforementioned disorder are: Insomnia, nightmares, irritability, Flashbacks or flashbacks, tension, anxiety, fear and worry, among others. Symptoms appear after experiencing a significant traumatic situation, such as sexual abuse, rape or witnessing a violent death, etc. This case is about a person who is presumed to have suffered one of the aforementioned traumatic events. To reach the diagnosis, the interview and clinical history and the post-traumatic stress symptoms assessment scale were used, in the therapeutic plan the cognitive restructuring with the application of cognitive behavioral therapy is proposed, through a series of techniques that will allow the modification of thoughts, emotions and behaviors in the patient.

**Keywords:** Automatic thoughts, post-traumatic stress symptoms, traumatic event, threat, and irrational ideology.

# ÍNDICE GENERAL

CARATULA	
RESUMEN.....	ii
ABSTRACT.....	ii
INDICE GENERAL.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
Justificación.....	2
Objetivo General.....	2
Sustento teórico.....	3
Técnicas aplicadas para la recolección de la información.....	11
Resultados Obtenidos.....	13
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	25
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación, bajo la modalidad de examen complejo previo a la obtención del título de psicólogo clínico, dimensión práctica en relación con la línea de investigación: asesoramiento psicológico, y sub-línea: asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional, fue elaborado para identificar la repercusión de los pensamientos automáticos en los síntomas de estrés postraumático en una mujer adulta estudiante de tercer nivel de educación superior, quien se presenta con el motivo de consulta de alteración en su comportamiento a partir de un evento traumático que no ha podido superar.

Los estudiantes están expuestos a diferentes circunstancias personales y académicas que pueden generar tensión por las demandas internas o externas a las que se enfrentan en su proceso de estudio; más aún, cuando estas exigencias se presentan en medio de una pandemia mundial donde se agregan factores sociales generalizados que obstaculizan el desarrollo normal y se dan eventos como la enfermedad grave, la convalecencia en la recuperación, o el fallecimiento de un ser querido, que incrementa la posibilidad de que se construya una condición prolongada de inestabilidad emocional a partir de un evento impactante que se rememora continuamente y se lo experimenta como que si se lo volviera a vivir durante un considerable tiempo, alterando su salud psicológica, y que suele recibir el nombre de estrés postraumático, en el que los pensamientos automáticos se manifiestan en modo de imágenes o ideas referentes al trauma, la mayoría de carácter negativo, y que afectan principalmente a las mujeres.

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, de alcance correlacional, tipo no experimental y transversal. Los métodos teóricos utilizados son el analítico-sintético, el histórico-lógico y el sistémico. Además, se analiza las definiciones de los pensamientos automáticos, así como los elementos involucrados en el estrés postraumático y cuáles son sus síntomas, con la finalidad de comprender cada vez más esta problemática, para lo cual se llevaran a cabo varias sesiones, se aplicaran instrumentos y técnicas como la entrevista clínica, el test de valoración de los síntomas de estrés postraumático, la identificación de pensamientos automáticos, análisis de costo-beneficio, descatastrofización, entre otras, que nos sirvan como elementos que contribuyan a la propuesta de plan terapéutico.

# **DESARROLLO**

## **JUSTIFICACIÓN**

Es muy importante tener conocimientos sobre este tema de investigación, porque sin lugar a dudas dará una perspectiva útil, en cuanto a la disminución de síntomas del estrés postraumático y esto se lograra a medida que se van modificando los pensamientos automáticos negativos por otros positivos y funcionales, vale destacar que mientras los pensamientos automáticos (PA) negativos se encuentren activados en la persona con el estrés postraumático (EPT), sus síntomas serán mayores, ya que estos son parte de los referentes activadores del trauma.

Este estudio de caso brindará nuevas expectativas en cuanto al entendimiento del por qué ciertos pacientes pueden presentar muchos más síntomas que otros con la misma problemática beneficiando de manera directa a la paciente abordada en este estudio y de forma indirecta a los futuros investigadores. Esta investigación es viable porque cuenta con la predisposición de la paciente a ser atendida, con los conocimientos y recursos necesarios para que se efectúe de manera óptima esta investigación.

Además, este estudio de caso es trascendental porque aportará de manera positiva y de carácter metodológico en cuanto al tratamiento de dicha afección psicológica, además brindara nuevas directrices a la investigación en este campo muy importante de la salud mental, contribuyendo con la aplicación de técnicas benéficas para la paciente, de tal manera que se llegara a una mejor comprensión de la influencia que tienen los PA negativos sobre los síntomas de estrés postraumático, el cual perturba a muchas personas en el mundo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la repercusión de los pensamientos automáticos en los síntomas de estrés postraumático en una mujer adulta estudiante de tercer nivel de educación superior en la ciudad de Babahoyo, en el periodo de prácticas pre-profesionales, julio-septiembre 2020.

## **SUSTENTO TEÓRICO**

### **Pensamientos automáticos**

Según el modelo cognitivo de Beck (2009) los sucesos autónomos y a su vez los que han sido planificados, estos actúan de forma directa en la patología de la persona. Desde su punto de vista, existe en las afecciones emocionales una atención sesgada de acuerdo al orden de la información. La etiología de la patología se relaciona con tres factores:

- a) La aparición de actitudes o ideas no funcionales sobre el significado de algunas clases de experiencias, actitudes que plasma y condiciona la construcción de la realidad.
- b) El nivel elevado de la valoración subjetiva de la significancia de esas experiencias que son resultado de la estructuración de la personalidad del sujeto.
- c) La incidencia de ciertos estresores específicos a los posteriores factores, es decir, un evento que la persona considera significativo el cual repercute de manera directa sobre las actitudes negativas o disfuncionales del mismo.

Vale añadir que los pensamientos automáticos aparecen durante acontecimientos que son percibidos como altamente peligrosos, estos hechos inminentes de peligro se perciben de manera aleatoria (contrarios a los signos de bienestar y por ende los de seguridad), los cuales la persona ignora o minimiza dando lugar a pensamientos dicotómicos y de carácter absolutista en cuanto al nivel de peligro de una situación, inclusive cuando esta sea totalmente segura la considerará riesgosa, sin que exista la facultad para distinguir entre los estímulos que son un peligro inminente y aquellos que al contrario son seguros. El organismo reacciona ante el recuerdo y se genera un conjunto de conexiones y activaciones internas dando lugar a la identificación de una alta gama de estímulos ambientales que se creen amenazantes, en tal medida que el individuo elige sus experiencias pasadas y actuales en referencia a la amenaza o trauma vivenciado.

Clark y Beck (2012) en su libro de Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad mencionan que “la activación del modo primal de amenaza producirá pensamientos e imágenes automáticas de la amenaza o del peligro” (pág. 95). Acorde con

esta postura sobre los pensamientos automáticos (PA), podemos definir que son aquellas cogniciones que se generan en el cerebro de manera involuntaria las cuales tienen cierta relación con la situación traumática o amenazante, estos influyen de diferente manera en los sentimientos y comportamientos de las personas. También es muy importante mencionar que estos se caracterizan por ser:

1. Transitorios o dependientes del estado
2. Altamente específicos y discretos
3. Espontáneos e involuntarios
4. Plausibles
5. Coherentes con el propio estado emocional
6. Una representación sesgada de la realidad

En el caso de las personas con estrés postraumático se ha considerado que tienen una actividad cognitiva que activa la amenaza y da lugar a la evitación inmediata de temas relacionados a ella, generando pensamientos calificados como negativos por contribuir a la disfuncionalidad de la conducta; en otras palabras, los pensamientos automáticos negativos se mantienen de forma interna, se relacionan a su vez con algunas creencias de la persona, quien va a interpretar cualquier estímulo estresante como una potencial amenaza a su seguridad asociándolo de manera autónoma e inmediata al trauma vivido, aunque estos no puedan recordar ciertas condiciones adicionales acerca de la vivencia.

Moyano, Furlan, y Piemontesi. (2011) en el análisis factorial de los (PA) mencionan que estos son productos de pensamiento generados por distorsiones cognitivas que por lo general se encuentran inmersos en la aparición y sostenimiento de una gran variedad de conductas y emociones disfuncionales. Acorde a este punto de vista, es de vital importancia tener en cuenta que mientras estos pensamientos se encuentren activados la persona, tendrá más síntomas debido a que estos son procesados de manera poco consciente y en muchas ocasiones o por no decir en la mayoría, las personas no los perciben, es decir no son detectados. Además se crean interrogantes en los pacientes como por ejemplo: ¿Por qué me siento así? ¿No comprendo! ¿Por qué no puedo superarlo? , lo que da lugar a la evitación de la amenaza, pero con la sensación de sentirse atraídos a recordarla.

Por otro lado, Ellis (como se citó en Lalangui, 2019) menciona que es posible evaluar los pensamientos automáticos según los siguientes tres criterios: primero, por su evidencia empírica, es decir que hechos sustentan o avalan el pensamiento automático; segundo, por su consistencia lógica, existen otras posibles explicaciones posibles, cuáles son las premisas y cuáles fueron los procedimientos de deducción, y tercero, por su utilidad y pragmatismo, es decir de qué manera ayuda o perjudica el pensamiento automático.

Es muy importante que el paciente entienda sus pensamientos automáticos desde cómo se originan hasta cómo identificarlos, también puedan conocer cuáles son dañinos para su salud mental, para que de esta manera baya obteniendo otras formas más adecuadas de pensamientos, es decir sustituyendo o cambiando aquellos pensamientos automáticos negativos por otros más positivos y saludables.

Por otro lado, hay que considerar la propuesta de Albert Ellis el cual fue uno de los que aportó teóricamente en el área cognitiva por medio de su Teoría Racional Emotiva Conductual (TREC), la cual se destaca por la identificación de los pensamientos irracionales y propone cambiarlos por creencias racionales. Cored (2015) indica que en la teoría planteada por Ellis en la TREC, tanto las emociones, como los pensamientos y conductas se relacionan entre sí, estos se encuentran conectados, si el uno se afecta afectará al otro, es decir no se encuentran desligados. Esta afirma que las afecciones emocionales no son generadas por las situaciones, sino por lo que se interpreta de cada una de ellas.

Sin duda es importante señalar que el término, ideas irracionales, es equivalente al de pensamientos automáticos, solo cambia el nombre ya que en sí, tanto Ellis como Beck se refieren a lo mismo, cada uno en su teoría pero con términos diferentes, y planteamientos metodológicos distintos en cuanto al abordaje de la psicoterapia, tanto los pensamientos automáticos negativos como las ideas irracionales producen alteraciones mentales.

Adicional a esto, las ideas irracionales también se las conoce como creencias irracionales, al igual que cuando se hace referencia a las distorsiones cognitivas son equivalentes a los pensamientos automáticos, es decir que el nombre usado depende del enfoque con el que se esté trabajando.

## **Síntomas de estrés postraumático**

Antes de conocer los síntomas es necesario tener en cuenta que. Según Rojas (2016) en la revista médica de Costa Rica y Centroamérica menciona lo siguiente:

“El trastorno de estrés postraumático es 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” (pág. 1).

Aunque dependiendo cual sea el contexto del evento traumático este tendrá un impacto similar en cada persona ya sea por violación, maltrato físico o algún hecho que ponga en peligro su integridad, e incluso presenciar una situación aterradora como un accidente de tránsito o alguna muerte violenta. En relación a esto, los pacientes que pasan por este tipo de trastorno experimentan múltiples sintomatología en cierta forma vuelven a experimentar la amenaza o suceso que ocasionó el trauma, debido a lo mencionado anteriormente es importante realizar un abordaje adecuado para la obtención de la información necesaria más relevante, lo cual permite una mejor resolución del problema, siendo fundamental conocer y reconocer la sintomatología que presentan los pacientes.

En relación a esto, los pacientes que pasan por este tipo de trastorno experimentan múltiples sintomatología en cierta forma vuelven a experimentar la amenaza o suceso que ocasionó el trauma, por ello es importante realizar un abordaje adecuado para la obtención de la información más relevante, lo cual permite una mejor resolución del problema, siendo fundamental conocer y reconocer la sintomatología que presentan los pacientes.

Según un estudio experimental de Menéndez et al. (2016), las víctimas de abuso sexual tienden a tener una cantidad significativa de pesadilla, recuerdos y pensamientos intrusos que las féminas que no han sufrido abuso y también las del grupo de control, las abusadas reportan más PS debido a que estas acusan mayor insatisfacción, disfunción sexual y además sentimientos o pensamientos sexuales no deseados. Esto se debe a que el trauma vivido les impide tener un deseo sexual adecuado es posible que estas pacientes experimenten anhedonia sexual.

Cabe destacar que el equipo R&A, Psicólogos (2018) mencionan que los síntomas usualmente suelen aparecer tres meses después que la persona haya experimentado la

situación traumática, aunque a veces pueden presentarse años después, en cuanto a la duración de estos deben de sobrepasar el mes de duración también llegan a ser graves impidiendo en las actividades diarias de los pacientes, los síntomas pueden ser distintos debido a los hechos traumáticos, para que sea considerado trastorno como tal, hay que destacar que algunas personas tienen la capacidad de recuperarse en meses, a diferencia que a otras les puede costar demasiado tiempo o incluso años.

Los síntomas que pueden manifestar son los siguientes:

- ❖ Insomnios, dificultad para conciliar el sueño.
- ❖ Pesadillas
- ❖ Flashbacks o escenas retrospectivas.
- ❖ Tener la Sensación de que un suceso traumático sucede nuevamente.
- ❖ Pensamientos de carácter abrumador que no se pueden ser controlados.
- ❖ Irritabilidad.
- ❖ Aislamiento.
- ❖ Enojo.
- ❖ Miedo, preocupación.
- ❖ Tensión.
- ❖ Sensación de soledad.
- ❖ En ocasiones violencia, alcoholismo o depresión.
- ❖ Evasiones de ciertos pensamientos o sentimientos en relación al evento.
- ❖ Dificultad para recordar aspectos del hecho traumático.
- ❖ Pensamientos de carácter negativo sobre sí mismo y el mundo que le rodea.
- ❖ Pérdida de interés en actividades recreativas.
- ❖ Culpabilidad.

Es de vital importancia considerar que no todas las personas reaccionan de la misma manera y que cada ser humano es un mundo diferente por lo tanto la atención brindada será distinta, al igual que la mayoría de síntomas que presente, dependerá netamente de cuán traumática fue la situación y como ésta evolucionó en el transcurso del tiempo y su reacción emocional además de los mecanismos de auto ayuda o soporte que esta maneje, de aquí por qué ciertas personas logran superar sus traumas con mayor facilidad y de tal forma continúan con su vida de forma natural sin miedo alguno, en comparación de otras que manifiestan que su vida es un completo infierno esto se debe a

que les aterra tener que experimentar el suceso en sus pesadillas, en sus pensamientos, haciéndoles sentir muchas emociones negativas.

Además, Orozco et al, (2020) mencionan acerca de la victimización (directa e indirecta) y los síntomas del Trastorno de estrés postraumático, en estudiantes de tercer nivel, por el alto índice de violencia que se vivencia en México. Mediante fuentes propias ellos determinaron que, en 45,7% en las víctimas habían experimentado el síntoma de disminución del interés por actividades que antes eran placenteras, 34,5% síntomas como ponerse nervioso con movimientos o ruidos cotidianos, en un 27,3 % hacer esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que me recuerden el hecho violento, 25% tener problemas para dormir o mantener el sueño, 18,9% han comenzado a sentirse más distante y aislados de las otras personas, y un 14,8% comenzaron a sentir que no tenía sentido planificar el futuro, y en un 13,7% les ha sido difícil sentir amor o afecto hacia otras personas.

En relación con esto cabe mencionar que los síntomas del estrés postraumático, varían dependiendo del suceso que género o dio lugar al trauma en la persona, es por ello que se debe tomar en cuenta esto para usar herramientas que nos faciliten la información requerida, para llegar a un diagnóstico certero y por ende a el uso de herramientas que nos faciliten conocer y entender los pensamientos automáticos que están perturbando al cliente, es bueno señalar que debido a que en los síntomas citados anteriormente se generaron por violencia comunitarias, estos serán referente a ese hecho traumático.

Según Benjamin (2020) en el libro Covid-19 en República Dominicana, tratado por especialistas de la salud, expone que “Para recibir un diagnóstico, un adulto debe tener todos los siguientes síntomas durante al menos un mes:

- Al menos un síntoma de reviviscencia.
- Al menos dos síntomas de evasión.
- Al menos dos síntomas de hipersomnias y reactividad.
- Al menos dos síntomas cognitivos y del estado de ánimo” (p.235).

Sin lugar a duda, es positivo tener en cuenta que para lograr buenos resultados es necesario hacer un buen diagnóstico conociendo los síntomas y cuales cumplen con los requerimientos para configurar la patología, entendiendo que es posible que también estos

síntomas vayan aumentando si la persona no es tratada por un profesional de la salud mental.

Por otro lado, la American Psychological Association (APA) en el 2013 publica el manual DSM-5, dónde plantea criterios diagnósticos para adultos y adolescentes y otros para niños mayores o igual a 6 años de edad, las categorías diagnósticas van desde la A hasta la H. Es fundamental mencionar que en esta investigación solo se colocaran las categorías diagnósticas para adultos y adolescentes.

Se debe tener muy en cuenta el tiempo de evolución de la patología ya que de este va a depender si será considerado como un trastorno como tal, en los casos de abuso sexual o intento del mismo en la etapa de la niñez o adolescencia es considerable evaluar si el problema persiste en la paciente y con qué intensidad desde la fecha inicial de la primera sensación mental de volver a vivir el acontecimiento, los criterios diagnósticos nos sirven como referencia además de que nos aportan con sintomatologías específicas del trauma en dependencia de cuál haya sido el mismo.

De allí la noción de que para cada acontecimiento traumático los síntomas suelen variar un poco pero se mantiene el criterio de volver a vivir el acontecimiento que lo ocasionó, sin dudas es una tarea compleja pero no imposible, hay que saber llegar al paciente mostrando las características terapéuticas idóneas, para una mayor relación terapéutica y por ende una mejor comprensión de la afección y dirección del trabajo positivo, técnicas aplicadas satisfactoriamente para la obtención de resultados benéficos.

### **Enfoques terapéuticos**

Existen algunos enfoques terapéuticos, que permiten abordar casos de afecciones psicológicas significativas, pero en este caso solo se describirán brevemente a dos grandes terapias de conductas, estas aparecieron contemporáneamente y forman parte de las terapias de segunda generación, la cognitiva conductual, liderada por Beck y la Terapia racional emotiva conductual, liderada por Ellis, ambas son las terapias más relevantes.

En cuanto a la terapia cognitiva conductual, esta ofrece una alta gama de técnicas que nos permiten abordar distintas problemáticas o perturbaciones de los pacientes con necesidades de atención psicológicas, Díaz, Ruiz, y Villalobos. (2012) Indican que la (TCC) se ha convertido en los últimos años en la terapia que se le ha otorgado mayores

evidencias empíricas y experimentales sobre su efectividad y eficacia para tratar problemas y trastornos psicológicos.

Por otro lado la Terapia Racional Emotiva Conductual, también posee técnicas interesantes para el abordaje terapéutico, siendo esta de carácter filosófica, Oblitas (como se citó en Colop, 2016) en su tesis de grado Terapia Racional Emotiva Conductual y sentimientos de culpa, hace mención que la TREC en la actualidad se aplica en muchas afecciones emocionales personales de todo índole: Puede aplicarse en las adicciones, o consumo excesivo de alguna sustancia, en los enojo, en la cólera, además en los sentimientos de culpa, incluso el entrenamiento asertivo, la comunicación, educación, sin dejar de lado las situaciones empresariales, la salud, el amor, el sexo, problemas en matrimonio, la religión, la autodisciplina, las tolerancias a las frustraciones, incluso la psicología deportiva y el estrés.

Tanto la TREC, como la TCC están aptas para abordar esta patología, ya que ambas son terapias muy buenas en la resolución de conflictos, y problemas de la salud mental en general, cada una aborda a los pacientes desde sus perspectivas teóricas, dando pautas esenciales al terapeuta para la puesta en marcha de un plan psicoterapéutico con buenas expectativas de solución de problemáticas psicopatológicas.

Finalmente en este caso se hará uso de varias técnicas de la terapia cognitiva - conductual, con la finalidad de reducir los síntomas del estrés postraumáticos, mediante la disminución de pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas, además se plantearan soluciones. Se espera esta secuencia aplicada pueda ser usada en otros casos con similitud o adaptadas a otro tipo de perturbación mental.

## **TÉCNICAS APLICADAS**

Durante el proceso de investigación de este estudio de caso, se implementan diversas técnicas e instrumentos que aportan de manera significativa a la obtención de información relevante sobre la problemática de la paciente. Se eligen la entrevista semiestructurada y la historia clínica para recabar la mayoría de datos personales e históricos del paciente; el test de evaluación de los síntomas del estrés postraumático, para confirmar el diagnóstico y por ende la gravedad de los síntomas de la patología. Además,

ya en el proceso de intervención se utiliza la técnica de relajación se usa para disminuir la activación fisiológica; un diario de pensamientos automáticos, cuya función en esta investigación es facilitarle el registro de sus pensamientos automáticos más importantes, que estén perturbándole, y que servirán para el abordaje terapéutico con las técnicas, análisis costo-beneficios y descatastrofización, a partir de las cuales se trabaja para disminuir los pensamientos automáticos referentes al trauma, y proporcionar una nueva manera de pensar. A continuación se detalla cada una de las técnicas sin que signifique un orden específico de aplicación

### **Entrevista semiestructurada**

Es un tipo de entrevista cualitativa permite hacer preguntas abiertas y cerradas sin seguir un orden secuencial de preguntas esta se guiará a medida que se vaya obteniendo información del paciente, esta entrevista tuvo una duración de 45 minutos, la cual fue aplicada a la paciente con una serie de preguntas planteadas con anterioridad, recolectando los datos filiales de la paciente, motivo de consulta, cuadro psicopatológico actual y su desarrollo evolutivo.

### **Historia clínica**

Se trata de un documento estructurado el cual consta con algunos puntos importantes a seguir en la entrevista, los cuales deben ser llenados con la información que se va obteniendo de las respuestas del paciente. Se tienen que escribir de manera textual como el paciente manifiesta al contestar las preguntas. En la historia clínica se encuentran datos directos y de interpretación que van desde información personal del paciente, motivo de consulta, cuadro psicopatológico actual, antecedentes familiares, topología habitacional, historia personal, exploración del estado mental, pruebas psicológicas aplicadas, matriz del cuadro psicopatológico, diagnóstico, pronóstico, recomendaciones y esquema terapéutico, entre otros.

Toda la información recabada servirá para la familiarización del terapeuta con el paciente, y su situación, para alcanzar la confianza y el rapport, para que se produzca la familiarización con el proceso y para llegar al diagnóstico, que por ende nos llevará a la elaboración de una propuesta de esquema terapéutico acorde a su problemática y que le será de mucha utilidad para la pronta solución o mejora de su condición.

### **Test para evaluar la gravedad de los síntomas de estrés postraumático**

Se hizo uso de un instrumento realizado por Echeburúa et al (2016) el cual nos permite evaluar la gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático es una entrevista estructurada que consta de 21 apartados, está basada en los criterios diagnósticos del, DSM-5, esta herramienta permite conocer con exactitud dichos síntomas.

### **Diario de pensamientos automáticos**

Es un formato de diario que consta con tres columnas fecha, situación, emoción, pensamientos automáticos, mediante esta técnica la paciente registro sus pensamientos automáticos cada vez que sentía volver a vivir el trauma o ante cualquier estímulo que genere la activación de los pensamientos, describiendo dónde pasó, cómo se sintió y qué fue exactamente lo que pensó.

### **Análisis de costo – beneficio de un pensamiento**

En ella se escribe el pensamiento negativo que se va analizar en el paciente, está dividida por las ventajas y por las desventajas de esa manera de pensar, de tal manera que pueda saber cuán factible es la realización aquella manera de pensar, y pueda adoptar un pensamiento más adaptado.

### **Descatastrofización**

Consiste en imaginar el peor resultado posible y después juzgar objetivamente su gravedad, consta de tres componentes fase de preparación, descripción de la catástrofe y la fase de solución de problemas, en ella se buscan tres tipos de evidencias a los resultados temidos, deseados y más probables.

### **Técnica de relajación**

La técnica consiste en respirar y exhalar, durante un tiempo determinado de retención en cada respiro, hasta llegar a una relajación mediante la cual se irá contrayendo cada músculo del cuerpo, y luego con una música agradable vamos a pedirle al paciente que imagine un lugar determinado, al final el paciente expresara cuan relajado se siente.

## RESULTADOS OBTENIDOS

M. L. es una paciente de 24 años de edad, estudiante universitaria, es la menor de dos hermanas, en cuanto a su religión, se identificó como católica, vive en la ciudad de Babahoyo, con su madre de 49 años de edad la cual es comerciante, tiene una hermana mayor de 29 años de edad y una sobrina de 12 años de edad, su padre se separó de su madre cuando ella tenía la edad de 9 años.

### Sesiones

En el presente estudio de caso se realizaron las siguientes entrevistas y uso de test y técnicas, con la finalidad de brindar una atención psicológica de calidad y calidez, cabe destacar que desde el primer contacto con la paciente se logró establecer una buena relación terapéutica, lo cual hizo posible que se consiguieran buenos resultados durante el proceso planteado, este consta de 6 sesiones detalladas a continuación:

**Primera sesión:** se dio mediante la entrevista en la fecha 06/07/2020, hora 8:00 am a 8:45 am, la cual tuvo una duración de 45 minutos, de esta se obtuvo datos importantes de la paciente y el motivo de consulta, lo cual se detalla a continuación:

La paciente realizó la consulta mediante llamada telefónica, bajo la modalidad online mencionando lo siguiente: “Tengo un problema cuando me enfrento a tensiones, me producen un dolor fuerte en mi cabeza acompañado de dolor en el brazo izquierdo, que no me permite hacer mis actividades, y cuando una persona me cuenta algo triste tengo ganas de llorar y no lo hago por vergüenza esto me produce dolor de cabeza porque enseguida pienso en lo que me paso”. “Además tiendo a tener mal carácter y suelo no ser tan paciente” también mencionó lo siguiente “desde hace unos dos años empecé con los dolores de cabeza y mareos, dolores de brazo, no puedo dormir, tengo pesadillas, que un tipo toca mi cuerpo”.

Todo esto llegó a producir en la paciente otros síntomas psicósomáticos, ella alude lo siguiente, “sentí arritmias esa fue la primera vez que me sucedió y desde allí con tensiones palpitaciones regresa el dolor, es muy intenso, y cuando estoy bajo tensión el dolor esta permanente; ejemplo cuando tengo que realizar una tarea en poco tiempo, empiezo a sentir, dolor de cabeza y de brazo hasta terminar la tarea, hay días que no puedo realizar mis tareas de la universidad, ni las de la casa, porque sola no pudo, se me

vienen pensamientos a la mente de algo que me sucedió hace mucho tiempo, no recuerdo bien que paso, el esposo de mi hermana intentó violarme, me acosaba todo el tiempo”.

Además aludió que: “Los pensamientos son sin querer, suceden cuando estoy haciendo cualquier actividad o tarea de la universidad, llegan a mi mente y me siento mal, recuerdo cuando él se metía a mi cuarto, ya no puedo con esto, tampoco no puedo hablar de temas relacionados con el sexo o sexualidad los evito esos temas, me pongo roja, me traen recursos desagradables se me ha hecho difícil confiar en las personas por eso tengo pocas amistades”.

**Segunda sesión:** Se realizó el 13/07/2020 y tuvo una duración de 1 hora, en el horario de 9:00 am a 10 am. En esta sesión el nivel del rapport aumento, a tal punto que se logró conocer más aspectos sobre la problemática de la paciente, la cual indicó lo siguiente “hace dos años, cuando tenía 22, sentí estrés académico, lo asocio con estrés académico por, mucha tensión de estudio”. La paciente también mencionó lo siguiente: “Fui al médico y me receto inyecciones para la relajación muscular”. Además la paciente indicó. “Sueño que el marido de mi hermana entra a mi cuarto y empieza a tocarme, despierto asustada y sudorosa y me da el dolor muy fuerte se me ponen las vistas borrosas y no puedo respirar profundamente, entró en desesperación y tengo que respirar y me cuesta volver a dormir”.

En cuanto a las relaciones interpersonales, la paciente mencionó lo siguiente: “La relación con mi padre era distante, no había comunicación ni afectividad, porque él era muy enojado, sentía mucho miedo temor de que él llegue borracho y le quiera pegar a mi madre, a veces llegaba así queriéndole pegar, la relación con mi madre no era tan buena, porque mi madre a veces me gritaba aunque no así como enojada, la relación con mi hermana siempre ha sido buena, algunas circunstancias hacen que hallan sentimientos con mi madre, por cosas del pasado”.

Además mencionó lo siguiente; “ mis padres se divorciaron, cuando yo tenía 9 años, aunque yo estaba un poco feliz, porque ya no había el temor de que mi padre llegara borracho a querer pegarle a mi madre, pero todo empezó cuando mi madre, empezó a tomar y me sentía sola, antes de eso mi hermana se casó, y se fue a vivir con el esposo a mi casa, el esposo tomaba, yo lo considero una persona borracha con adicción, se metía a mi cuarto mi madre tenía que botarlo”.

También la paciente hizo la siguiente narración “El esposo de mi hermana, cuando mi madre se iba a las fiestas a tomar con sus amigas, el empezaba a tocar la puerta de mi cuarto en las noches, se entraba donde yo estaba, incluso sin ropa, luego aparecía mi mami, y él se escondía debajo de la cama, mi madre lo botaba, vuelta volvía, no entendía porque, no lo botaba de la casa, entonces yo iba guardando muchos resentimientos, hacia ella, pasaba un tiempo el empezaba hacerme lo mismo, y a tocarme descuidada, también lo hacía, cuando yo estaba dormida”,

Incluso expreso lo siguiente; “El me mostraba sus partes, me tocaba las piernas, cuando estaba descuidada, una vez desperté y lo vi en la cama acostado, cuando desperté él se fue rápido, y nunca le conté a nadie”, la paciente también menciona que, la última vez que paso ella tenía 19 años, y posteriormente narra lo siguiente: “tengo recuerdos seguidos y pesadillas con lo que me pasaba, no sé qué hacer ayúdeme”.

Además menciona ; “Le conté a mi novio, él me pidió que le contara a mi madre, y no lo hice entonces, él le contó a mi madre, y ella boto de la casa a el marido de mi hermana, y no sé qué pasó después de un tiempo, el esposo de mi hermana volvía a ir a la casa, parece que no me creyeron”, la paciente tomó valentía y se enfrentó al sujeto, narrando lo siguiente, “una vez mi hermana se fue y me quede sola en la casa, él llegó y se bajó el pantalón, empecé a gritar, lo mire y le hable, le dije que se largara, que le iba a contar todo a mi hermana, él se fue, se rió y me dijo, tu hermana no te va a creer, cuando mi hermana llegó le conté, ella le fue a reclamar y regresó triste, parece que ella no me creyó, luego lo denunció mi madre, se realizó los trámites legales, y mis abuelitos me decían, cómo se va a sentir tu hermana, y no le daban importancia a lo que yo sentía, yo donde quedaba”.

También señaló con un tono de voz melancólico que: “En la actualidad la relación, del marido de mi hermana, con mi madre es normal, la relación de él con mi padre, siempre fue distante, la relación de él con mi hermana sigue normal pero él toma muchísimo, a mí se me hace difícil perdonarlo, no lo quiero ni ver nunca más en mi vida”. Cabe mencionar que la paciente empezó a llorar, mencionó “no es fácil vivir con esto” en lo cual se le realizó contención emocional y también una serie de respiraciones, hasta que se fue sintiendo mejor, se acordó para la siguiente sesión la aplicación de un test.

**Tercera sesión:** Realizada la fecha de 20/07/2020, tuvo una duración de 35 minutos, desde las 8:00 am hasta las 8:35 am. En esta sesión se aplicó la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático, para tener un diagnóstico eficaz, esta fue aplicada vía online a través de google meet, se explicó a la paciente en qué consistía el instrumento de evaluación, y se envió en formato Word, para que vaya respondiendo conforme a su situación, también se le indico que debía responder con sinceridad para una mejor valoración de su problemática, además una vez terminada la evaluación, se le dio un diario de pensamientos automáticos en formato Word, y se le explico cómo identificarlos, para que los vaya registrando porque es de mucha utilidad, más adelante.

A través de los instrumentos y técnicas para la recolección de la información, se logró analizar, el área, cognitiva, emocional y conductual, de la paciente, lo cual sirvió para llegar al **diagnóstico que según el DSM-5 es el, 309.81 Trastorno de estrés postraumático**. A continuación presentamos la descripción de los síntomas por área de afectación de la paciente:

- Síntomas cognitivos: Dificultad para concentrarse, dificultad para recordar la totalidad del suceso, recuerdos traumáticos involuntarios, pensamientos automáticos sobre el trauma.
- Síntomas afectivos: Sentimientos de culpa y vergüenza, sentimientos de ira y miedo, deterioro de las relaciones familiares y de pareja.
- Síntomas conductuales: Conducta irritable, exaltación, dificultad para realizar actividades, evitación personas y temas que le provocan malestar, impaciencia.
- Síntomas somáticos: Cefaleas, dolor en el brazo izquierdo, mareos, insomnio, arritmias.

A todo esto hay que agregarle la falta de comunicación con sus padres, lo cual se convirtió en un evento predisponente para la paciente, generando en ella vulnerabilidad, lo cual fue uno de los factores que dieron lugar a que la patología tenga un tiempo de evolución de aproximadamente dos años, además se agrega la disrupción de la homeostasis psicológica que se genera en esta al saber que su cuñado se encontraba cerca de su hogar siendo este un evento precipitante para que se generen los síntomas de revivencia por el miedo generado en ella, incluso el estar bajo tensión de estudio sirvió de agente

mantenedor de la afección, y esto desencadenar la demás sintomatología que antes fue mencionada por área de afectación.

**Cuarta sesión:** Realizada la fecha de 27/07/2020, tuvo una duración de 45 minutos, desde las 10:00 am hasta las 10:45 am. En esta sesión se realizó la devolución respectiva a la paciente, explicándole sobre la evaluación realizada mediante las distintas técnicas e instrumentos que se aplicaron, con los cuales se llegó a un análisis de su estado emocional-afectivo, social y conductual, dándole detalles sobre el diagnóstico, así como la socialización del plan terapéutico el cual consta con técnicas cognitivas y conductuales, además se revisó la tarea para en la próxima sesión trabajar los PA, detectados.

**Quinta sesión:** Realizada la fecha de 03/08/2020, tuvo una duración de 45 minutos, desde las 9:00 hasta las 9:45 am. En esta sesión se aplicaron las técnicas cognitivo-conductual, análisis costo beneficios, con la cual se trabajó los pensamientos automáticos que anotó la paciente en su diario de PA, se le explicó cómo funciona la técnica, posteriormente se inició con los pensamientos que le provocan mucho malestar, debatiendo las ventajas y desventajas de cada uno, la paciente analizó una nueva creencia o pensamiento, pero de carácter positivo y funcional, acogiendo esta manera de pensar, para ello se le mando de tarea hacer una plana de los pensamientos alternativos, funcionales, además de ello se realizó la técnica de relajación progresiva, durante varios minutos, se le pidió a la paciente que buscara un lugar cómodo donde pueda acostarse.

Luego se le explicó cómo respirar e ir contrayendo los músculos cuando se le indicará, para ello uso audífonos, coloque una música de fondo en una computadora mientras iba guiando la relajación, luego de que la paciente contrajo cada uno de los músculos de su cuerpo y mediante la imaginación se pidió que se transportará a la orilla de un río cristalino, que se bañara en él, que se relajara que sintiera la libertad, que se sienta libre de todos sus problemas, miedos que todo está mejor, que el pasado quede atrás, luego se le pidió que se transportará a un lugar muy bonito donde haya estado antes, etc.

**Sexta sesión:** Realizada la fecha de 11/08/2020, tuvo una duración de 35 minutos, desde las 10:05 am hasta las 10:40 am. En esta sesión se realizó la aplicación de la técnica de descatastrofización, la cual fue aplicada en dirección al hecho traumático de la paciente, para lo cual se preparó a la paciente explicándole en qué consiste la técnica, luego la paciente expresó el pensamiento sobre el evento traumático, a modo catastrófico y lo peor

que podría pasar, y lo peor de lo peor que podría pasar, de esa manera se dirigieron interrogantes a la solución del problema, y una confrontación sobre ello.

### **Situaciones detectadas**

En la en la primera sesión: mediante la entrevista, se detectaron los siguientes síntomas: cefaleas, mareos, dolor en el brazo izquierdo, dificultad para realizar actividades, irritabilidad, impaciencia, pesadillas, pensamientos acerca del trauma, sentimientos de culpa, dificultad para recordar la totalidad del suceso, dificultad para concentrarse, arritmias, pensamientos automáticos desagradables sobre el hecho traumático, evitación de personas o temas relacionados con el trauma.

En la segunda sesión: mediante la entrevista, se logró detectar las siguientes problemáticas: Deterioro en las relaciones familiares y de pareja, pesadillas referentes a la amenaza, sudoración, insomnio, miedo, sentimientos de culpa, pensamientos automáticos negativos, indicios de una presunta violación o abuso sexual, se presume es el origen del trauma.

En la tercera sesión: mediante la escala de valoración de la gravedad de los síntomas de estrés postraumático basado en los criterios diagnósticos del DSM- 5, se logró determinar que la paciente posee una gravedad en un rango total de 61 de 63, siendo la siguiente puntuación por criterio evaluativo; re experimentación 15 de 15, evitación conductual - cognitiva obtuvo una puntuación 9 - 9, en las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, 20 - 21, en cuanto al aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, 17 - 18, en la valoración de las áreas afectadas por el suceso obtuvo una puntuación de 14 - 18. Además este test aportó para llegar con mayor certeza al diagnóstico el cual según el DSM-5 es el, 309.81 Trastorno de estrés postraumático.

En la cuarta sesión: se revisó la tarea de los pensamientos automáticos, mediante los cuales la paciente envió los siguientes pensamientos registrados en su diario de PA, desde cuál fue la situación, la emoción y el pensamiento, de los cuales colocare los referentes al trauma:

#### **Pensamiento automático N° 1**

- Situación: Recuerdo cuando mi cuñado se metía a mi cuarto.
- Emoción: Miedo, rabia.

- Pensamiento: No debía hacerlo porque yo era parte de su familia soy una tonta por no contarle a nadie.

#### Pensamiento automático N°2

- Situación: Escuche en las noticias que una chica fue violada.
- Emoción: Miedo, tristeza.
- Pensamiento: Recuerdo sin querer cuando mi cuñado me tocaba, siento que va a violarme.

#### Pensamiento automático N°3

- Situación: Intentó hacer una tarea.
- Emoción: Tensión
- Pensamiento: Volví a recordar cuando mi cuñado se entraba a mi cuarto.

En las siguientes dos últimas sesiones aplique 3 técnicas cognitivo-conductuales a la paciente, con la finalidad de proporcionarle herramientas para el manejo de su problemática, es importante mencionar que anterior mente se envió una tarea la cual consistió en anotar los PA.

Quinta sesión: se puso en ejecución la técnica análisis de costo y beneficios, donde trabajamos los pensamientos revisados en la sesión anterior, con el objetivo de lograr disminuir aquellos pensamientos automáticos referentes al trauma, e inducir una nueva creencia positiva, lo cual fue muy satisfactorio, ya que la paciente comprendió, la técnica y concluyó que pensar en el suceso y seguir sintiendo miedo no era una forma óptima de pensar y que le está trayendo perturbaciones, por lo cual pensar que es algo del pasado y “no puede hacerme daño porque solo es un recuerdo”, es la mejor manera de pensar. Además Se le aplico la técnica de relajación progresiva a la paciente, con el objetivo de disminuir algunos síntomas fisiológicos, y que estas sean puestas en práctica por ella, cada vez que sienta que vuelve a vivir el trauma.

Sexta sesión: en esta sesión se aplicó la técnica descatastrofización, con el objetivo de disminuir el pensamiento catastrófico sobre el hecho traumático vivenciado por la paciente, “Pienso que el marido de mi hermana se va a entra a mi cuarto y me va a tocar” luego se le preguntó, Qué es lo peor que podría ocurrir? La paciente mencionó, “Qué me viole o me haga algo” cuando ella dio esa respuesta se le preguntó, ¿Qué sería lo peor de

eso? Ella mencionó “Qué eso vuelva a pasar? Entonces pasamos a la resolución de ese pensamiento referente al trauma dirigiendo la siguiente pregunta, Qué probabilidad hay de que eso vuelva a ocurrir? A lo que ella mencionó que ninguna porque el sujeto está preso actualmente, por un caso de abuso a una menor pero igual siente miedo a que pase.

Entonces se fue confrontando a la paciente, hasta que ella misma admitió que es algo irreal pensar que eso va a ocurrir estando esa persona presa, y que pensar de manera positiva es lo mejor, además de que dijo que las dos técnicas anteriores le sirvieron mucho ya que antes le era muy difícil concentrarse en algo que enseguida pensaba involuntariamente en el suceso y que además ahora puede dormir mejor auto aplicándose, la relajación antes de dormir.

### **Soluciones planteadas**

Se plantea siguiente esquema terapéutico, en donde se encontrarán las técnicas que fueron aplicadas a la paciente así como tres técnicas más que ayudarán a la reestructuración cognitiva, conformada por la técnica, diario de pensamientos automáticos, análisis costo y beneficios, técnica de relajación progresiva, descatastrofización, entrenamiento autógeno, la cual consiste en la siguiente secuencia, desensibilización sistemática y de auto observación.

#### **Nº Sesión 1**

**Fecha:** 27/07/2020

**Técnica:** Diario de pensamientos automáticos.

**Categoría:** Cognitivo, afectivo, conductual.

**Objetivo:** Identificar y registrar los pensamientos automáticos que están ocasionando malestar, psicológico.

**Actividad:** Anotar en el formato de pensamientos automáticos, la fecha, la situación, la emoción y los pensamientos exactos que le están provocando malestar psicológico.

**Resultados:** Identificación de los pensamientos automáticos negativos, que están ocasionando malestar psicológico.

#### **Nº Sesión 2**

**Fecha:** 03/08/2020

**Técnica:** Análisis costo y benéficos.

**Categoría:** Cognitiva

**Objetivo:** Debatir los pensamientos automáticos negativos, y encontrar nuevas alternativas de pensamientos funcionales.

**Actividad:** Debatir con la paciente los pensamientos negativos que han sido registrados en el diario de pensamientos automáticos.

**Resultados:** Fijación de nuevas alternativas de pensamientos positivos y funcionales.

### **Nº Sesión 3**

**Fecha:** 03/08/2020

**Técnica:** Relajación progresiva.

**Categoría:** Conductual.

**Objetivo:** Disminuir tensiones físicas y emocionales.

**Actividad:** Guiar a la paciente mediante una serie de instrucciones, respiración y tensión muscular, e imaginación, acompañada de una música de fondo.

**Resultados:** Disminución de los síntomas, tensiones físicas y pensamientos automáticos.

### **Nº Sesión 4**

**Fecha:** 11/08/2020

**Técnica:** Descatastrofización

**Categoría:** Cognitiva

**Objetivo:** Analizar los pensamientos automáticos desde una perspectiva más realista del trauma.

**Actividad:** Imaginar, lo peor sobre el trauma, y cual sería lo peor de ello, así como cuan probable es que eso ocurra de nuevo.

**Resultados:** Anulación del sentimiento de culpa y la activación del pensamiento de revivencia del trauma.

### **Nº Sesión 5**

**Fecha:** 8/09/2020

**Técnica:** Desensibilización sistemática.

**Categoría:** Cognitivo-Conductual.

**Objetivo:** Exponer progresivamente a la paciente mediante la imaginación, al trauma para de esta manera ir reducir el miedo provocado por el mismo.

**Actividad:** La paciente debe imaginar el trauma, se le guía de manera que se vaya avanzando lentamente al suceso, de tal forma que esta pueda recordarlo completamente e ir perdiendo el miedo que le provoca pensarlo.

**Resultados:** Anulación de los síntomas fisiológicos y pensamientos automáticos asociados al hecho traumático.

## CONCLUSIONES

De acuerdo al trabajo que se ha realizado, los pensamientos automáticos se manifiestan en la paciente de manera intrusiva y de sensación de volver a vivenciar el hecho traumático en reiteradas ocasiones y como una amenaza eminente, dando lugar a los síntomas somáticos y emocionales, interrumpiendo las actividades de la vida diaria de la paciente.

Los pensamientos automáticos irrumpen aleatoriamente con recuerdos reiterativos de la situación traumática experimentada por esta mujer, a veces con algún estímulo externo, como el escuchar en las noticias que una chica fue violada, involucrándose en la mantención de los síntomas y emociones negativas, como factor desencadenante de malestar, dando lugar a la imposibilidad de continuar con actividades regulares.

Los reiterados pensamientos automáticos sobre el suceso traumático, y el discurso reiterativo de la paciente sobre ello, dan lugar a que se genere un estado de alerta en ella, incluso el no poder concentrarse al estar realizando sus tareas y de pronto volver a recordar por la intrusión del pensamiento automático de manera involuntaria, dan lugar a la activación de los síntomas como el sentir miedo, tensión, sudoración, sensación de volver a vivir el suceso, incluso cefaleas, dolor en el brazo izquierdo entre otros.

Incluso cabe mencionar que la aparición espontánea y persistente de la cognición traumática, en la paciente le genero dificultad para conciliar el sueño y por ende las pesadillas ya que la mantienen en alerta por el miedo que se ha generado en ella, y lo difícil que se le está haciendo poder superar aquello, además la existencia de la incertidumbre de no recordar parte del suceso, también le es un agente generador de pensamientos automáticos y por ende esto impedía la disminución de los síntomas.

Además la falta de comunicación con sus padres se convirtió en un evento predisponente, generando en ella vulnerabilidad, lo cual fue uno de los factores que dieron lugar a que la patología tenga un tiempo de evolución de aproximadamente dos años, a esto se agrega la disrupción de la homeostasis psicológica que se genera en esta al saber que su cuñado se encontraba cerca de su hogar siendo este un evento precipitante para que se generen los síntomas de revivencia por la preocupación generada en ella, incluso el estar bajo tensión de estudio sirvió de agente mantenedor del estrés postraumático.

Vale destacar que se consiguieron logros importantes en esta investigación, destacando el inmenso interés de la paciente para encontrarle una solución a su problema la cual la llevaba persiguiendo desde aproximadamente 2 años, y sin haber recibido antes atención psicológica, lo cual fue fundamental para la obtención de la información, y la aplicación de las técnicas que ayudaron a que el objetivo se cumpla, lo cual fue muy satisfactorio porque se determinó la repercusión los pensamientos automáticos y al ser tratados mediante las técnicas análisis costo y beneficios y descatastrofización, la paciente menciona haber sentido un alivio, ya que estos disminuyeron y junto con ellos algunas sintomatologías, y así mismo la técnica de relajación progresiva fue de gran utilidad para la paciente.

Se recomienda diez sesiones de la terapia cognitiva-conductual, usando esta secuencia de técnicas o en otro orden y aparte de ello poner en marcha las soluciones planteadas, para ayudar a la paciente, el punto es direccionar las mismas hacia la situación problema de la paciente, en tal medida que sean útiles.

Se recomienda que la paciente siga poniendo en práctica la técnica de relajación, ya que le es de gran ayuda, en su proceso psicoterapéutico y por ende durante toda su vida, le servirá como una herramienta de suma utilidad.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association, APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos mentales. DSM-5* (5ª ed.). Washington, DC.
- Beck, J. (2009). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Benjamin, A. (2020). Covid-19 y sus secuelas: trastorno Por estrés postraumático. *El Covid-19 en República Dominicana Tratado por especialistas de la salud*. (pp. 231-243). Pedro Ángel, República Dominicana. Editorial Búho.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A., Henao, 6 – 48009 Bilbao.
- Cored, A. (2015). De la Terapia Racional Emotivo Conductual a la Educación Racional Emotiva diversidad de pensamientos. *Educación y Diversidad*, 9 (1-2), 61-72.
- Colop, A. (2016). *Terapia Racional Emotiva-Conductual y sentimiento de culpa. (Estudio realizado con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que acuden a psicoterapia al Centro Landivariano de Psicología* (tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala, Guatemala.
- Díaz, M., Ruiz, Á. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado, F., y Muñoz, J. (2016). *Escala de gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas, terapia psicológica*. Vol. 34.
- Lalangui, H. (2019). *Pensamientos automáticos y adherencia al tratamiento en pacientes Adultos mayores con insuficiencia renal crónica que se realizan hemodiálisis*. (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Lega, L. Sorribes, F. Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual. Una versión teórico-práctica actualizada*. Edición, mayo de 2017, Impreso en España.

- Menéndez, B., Elba I., Martines, T., y Alfonso. (2016). La utilización del Inventario de Síntomas de Trauma y la Escala de Experiencias Disociativas en una muestra de adultas sobrevivientes de abuso sexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología* Recuperado de <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/124/510>.
- Moyano, M., Furlan, L. y Piemontesi, S. (2011). Análisis factorial exploratorio del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). *Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Realizado en el III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Orozco-Ramírez, L.A., Y barra-Sagarduy, J.L., Romero-Reyes, D. & Esparza-del-Villar, O.A. (2020). Direct and indirect victimization and post-traumatic stress symptoms in university students in Northeastern Mexico. *Acta Colombiana de Psicología*, Recuperado: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.14>
- R&A Psicólogos. (2018). Trastorno de estrés postraumático. Recuperado de <https://www.ryapsicologos.net/salud-y-trastornos-mentales/trastorno-estres-postraumatico-tept/>
- Rojas, C. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, volumen 73(619), pág.: 233-240. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>

## ANEXOS

### **Anexo1.Criterio del DSM-5 para Trastorno de estrés postraumático**

Para adultos y adolescentes se refieren los siguientes criterios:

*Criterio A.* Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una o más de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Observación directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo. En los casos de ocurrencia o amenaza 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 del suceso(s) traumático(s) (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato o abuso 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.

*Criterio B.* Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s) y que comienza tras la ocurrencia de este último:

1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso(s) traumático(s)

**Nota:** En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso/s traumático(s)

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso/s traumático/s.

**Nota:** En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p.ej., reviviscencias o flashbacks<sup>1</sup>) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir en un continuo, 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 externo 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).

*Criterio C.* Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras este último y que se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso(s) traumático(s) o estrechamente asociados con este.
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso(s) traumático(s) o estrechamente asociados con este.

*Criterio D.* Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático/s, que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s) y que se ponen de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad para 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 persistentes 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 totalmente destrozados”).
3. Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático/s que hace que el individuo se culpe a sí 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. Sentimiento de desapego o distanciamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

*Criterio E.* Alteración importante de la activación y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s) y que 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 expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo (p.ej., conducción peligrosa, uso excesivo de alcohol o drogas, conducta suicida o autolesiva).
3. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).

*Criterio F.* La duración del trastorno (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

*Criterio G.* El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

*Criterio H.* El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si: tiene síntomas disociativos, los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al suceso estresante, la persona experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado, como si uno mismo fuera un observador externo, de los propios procesos mentales o del propio cuerpo (p.ej., sentir como si se soñara; sensación de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, como si fuera un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., amnesia anterógrada o lagunas, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si tiene *expresión demorada*, Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

## Anexo 2. Historia clínica reformada

### HISTORIA CLÍNICA

HC. # \_\_\_\_\_

Fecha: 06/ 07/ 2020

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

**Nombres:** \_\_\_\_\_

**Edad:** 24 años

**Lugar y fecha de nacimiento:** Babahoyo 10/04/1996

**Género:** Femenino

**Estado civil:** Soltera

**Religión:** Católica

**Instrucción:** Tercer semestre CPA

**Ocupación:** Estudiante

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Remitente:**

#### 2. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente se presentó a consulta online mencionando lo siguiente, “Tengo un problema cuando me enfrento a tenciones, me producen un dolor fuerte en mi cabeza acompañado de dolor en el brazo izquierdo, que no me permite hacer mis actividades, y cuando una persona me cuenta algo triste tengo ganas de llorar y no lo hago por vergüenza esto me produce dolor de cabeza”. “Además tiendo a tener mal carácter y suelo no ser tan paciente” también menciono lo siguiente “desde hace unos dos años empecé con los dolores de cabeza y mareos acompañados con dolores de brazo”.

Todo esto llego a producir en la paciente otros síntomas psicósomáticos, ella alude lo siguiente, “sentí arritmias esa fue la primera vez que me sucedió y desde allí con tenciones palpitaciones regresa el dolor, es muy intenso, y cuando estoy bajo tensión el dolor esta permanente; ejemplo cuando tengo que realizar una tarea en poco tiempo, empiezo a sentir, dolor de cabeza y de brazo hasta terminar la tarea, se me vienen pensamientos a la mente de algo que me sucedió hace mucho tiempo, no recuerdo bien que paso, pero el esposo de mi hermana intento violarme”.

Además mencionó lo siguiente “Los pensamientos son sin querer, suceden cuando estoy haciendo cualquier actividad o tarea de la universidad, llegan a mi mente y me siento mal, recuerdo cuando él se metida a mi cuarto, ya no puedo con esto, tampoco no puedo hablar de temas relacionados con el sexo o sexualidad evito esos temas me pongo roja, me traen recursos desagradables se me ha hecho difícil confiar en las personas por eso tengo pocas amistades”.

### **3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

La paciente aludió lo siguiente “hace dos años, cuando tenía 22, sentí estrés académico, lo asocio con estrés académico por, mucha tensión de estudio”. La paciente también mencionó lo siguiente: “Fui al médico y me receto inyecciones para la relajación muscular”. Además la paciente indicó. “Sueño que el marido de mi hermana entra a mi cuarto y empieza a tocarme, despierto asustada y sudorosa y me da el dolor muy fuerte se me ponen las vistas borrosas y no puedo respirar profundamente, entró en desesperación y tengo que respirar y me cuesta volver a dormir, justo ese día me entere que el esposo de mi hermana estaba cerca de donde vivo”.

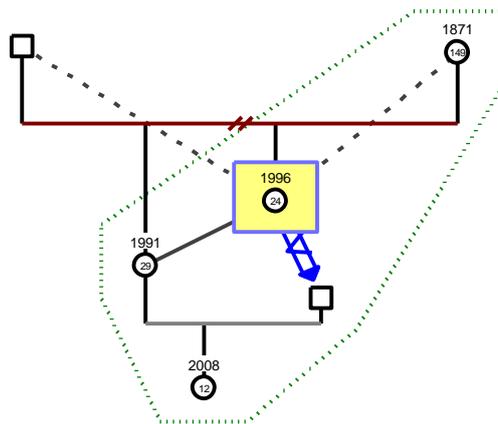
La paciente menciona lo siguiente; “Todo empezó cuando mi madre, empezó a tomar y me sentía sola, antes de eso mi hermana se casó, y se fue a vivir con el esposo a mi casa, el esposo tomaba, yo lo considero una persona borracha con adicción, se metía a mi cuarto mi madre tenía que botarlo”.

“El esposo de mi hermana, cuando mi madre se iba a las fiestas a tomar con sus amigas, el empezaba a tocar la puerta de mi cuarto en las noches, se entraba donde yo estaba, incluso sin ropa, luego aparecía mi mami, y él se escondía debajo de la cama, mi madre lo votaba, vuelta volvía, no entendía porque, no lo votaba de la casa, entonces yo iba guardando muchos resentimientos, hacia ella, pasaba un tiempo el empezaba hacerme lo mismo, y a tocarme descuidada, también lo hacía, cuando yo estaba dormida”, la paciente aluce que lo siguiente: “EL me mostraba sus partes, me tocaba las piernas, cuando estaba descuidada, una vez desperté y lo vi en la cama acostado, cuando desperté el se fue rápido, y nunca le conté a nadie”, la paciente también menciona que, la última vez que paso ella tenía 19 años, y posteriormente narra lo siguiente; “tengo recuerdos seguidos y pesadillas con lo que me pasaba”.

Además mencionó “Le conté a mi novio, él me pidió que le contara a mi madre, y no lo hice entonces, él le conto a mi madre, y ella voto de la casa a el marido de mi hermana, y no sé qué paso después de un tiempo, el esposo de mi hermana volvía a ir a la casa, parece que no me creyeron”, la paciente tomo valentía y se enfrentó al sujeto, narrando lo siguiente, “una vez mi hermana se fue y me quede sola en la casa, él llevo y se bajó el pantalón, empecé a gritar, lo mire y le hable, le dije que se largara, que le iba a contar todo a mi hermana, él se fue, se rio y me dijo, tu hermana no te va a creer, cuando mi hermana llevo le conté, ella le fue a reclamar y regreso triste, parece que ella no me creyó, luego lo denunció mi madre, se realizó los trámites legales, y mis abuelitos me decían, como se va a sentir tu hermana, y no le daban importancia a lo que yo sentía, yo donde quedaba”.

### **4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

**a. Genograma (Composición y dinámica familiar).**



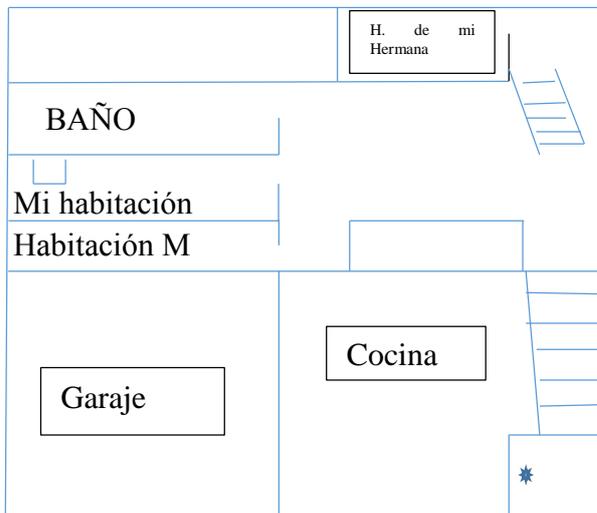
**b. Tipo de familia.**

Familia extensa.

**c. Antecedentes psicopatológicos familiares.**

La paciente narro lo siguiente: “Un primo de mi madre, él ha recibido terapia, hasta incluso estuvo internado, a él no le gusta bañarse, lo tienen encerrado y si lo descuidan se escapa y se va a tomar alcohol”

**5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**



**6. HISTORIA PERSONAL**

**6.1. ANAMNESIS**

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

La paciente menciona lo siguiente: “El embarazo de mi madre fue problemático, tubo muchas discusiones con mi padre, sufrió mucho”, además mediante una expresión triste, respondió lo siguiente, “fui un embarazo no planificado, una hija no deseada”, el parto de la madre, fue mediante cesaria.

Menciono lo siguiente: “tome leche materna y de formula hasta los 3 años, pero mi madre me daba cerelac en biberón hasta los 8 o 9 años porque yo solo pedía”, También mencionó, que empezó a dar sus primeros pasos, al año y medio de nacida, menciono también, que su madre no consumió ningún tipo de sustancias psicoactivas, durante el embarazo.

sele dificulto acordarse, de algunos acontecimientos en su niñez como; a que edad empezó a decir sus primeras palabras, a qué edad empezó a ir al baño por su propia cuenta, aunque mencionó lo siguiente: “ Recuerdo que me orinaba la cama, hasta los 4 o 8 años de edad, lo hacía ocasionalmente, mi madre no se enojaba porque me hiciera pipi”, la paciente no recuerda la edad, que empezó a vestirse por sí sola, refiriendo lo siguiente: “ Solo recuerdo que la niñera me vestía para llevarme a la escuela, lo hacían hasta los 6 años de edad”.

También alude que sufría de falta de respiración, además que sufrió de hepatitis. Asimismo por la falta de respiración, le hicieron muchos exámenes, pero la enfermedad no tuvo origen médico, eso fue a partir de los 3 años.

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

La paciente menciona, que no tuvo una buena adaptabilidad el primer día de clases, incluso mencionó que ese día la fue a dejar su madre, ella lloro mucho, aluciendo lo siguiente: “Todos los días lloraba, me retiraron del jardín debido a ello, y al otro año fui directo a primero de básica”, su rendimiento académico fue bueno, asimismo tenía una buena relación con sus maestros, su aprendizaje fue optimo, indico que solo una vez, cuando cursaba el tercer grado de básica, fue cambiada a la modalidad matutina, porque se despertaba tarde.

## **6.3. HISTORIA LABORAL**

La paciente indico lo siguiente: “Solo he tenido un trabajo, en el cual trabaje durante tres meses”, puesto a que luego, entro a estudiar, además dijo, que fue una experiencia laboral muy agradable, por el hecho de asumir responsabilidades y esto ayudarle a madurar, incluso manifestó que la relación con su jefe y compañeros de labor fue muy buena, trabajo por tiempo completo, esto fue exactamente, cuando ella tenía 18 años de edad. También menciono lo siguiente, “actualmente no tengo trabajo”.

## **6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

En cuanto a su adaptación social la paciente mencionó lo siguiente: “Tengo una amiga desde mi niñez, la veo muy poco, solíamos conversar, comer juntas”, la paciente también indico que le gusta llevarse bien con todas las personas, pero considera sus amigos a muy pocos.

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

Pasa sola en casa.

## **6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

La paciente manifestó, que si ha tenido parejas “enamorados”, desde hace “siete meses”, pero hay problemas porque las relaciones coitales le traen recuerdos desagradables.

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

La paciente aludió lo siguiente: “No consumo drogas, ni alcohol, café si consumo, cuatro veces por semana”.

## **6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

La paciente indico, que no duerme sus horas competas pero su alimentación es saludable.

#### **6.9. HISTORIA MÉDICA**

La paciente menciona lo siguiente: “No padezco de ninguna enfermedad, ni estoy tomando medicamentos”.

#### **6.10. HISTORIA LEGAL**

En cuanto a lo legal, La paciente señaló, “no ha tenido ningún tipo de problemas con la justicia”.

#### **6.11. PROYECTO DE VIDA**

En cuanto a su proyecto de vida, la paciente menciona que, desea terminar su carrera, tener un trabajo estable, tener su casa propia.

### **7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

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

#### **7.2. ORIENTACIÓN**

#### **7.3. ATENCIÓN**

Su atención fue sostenida, durante la entrevista estuvo muy enfocada en relatar su problema.

#### **7.4. MEMORIA**

Falta de concentración.

#### **7.5. INTELIGENCIA**

#### **7.6. PENSAMIENTO**

Mediante su discurso de detectaron, pensamientos de carácter intrusivos.

#### **7.7. LENGUAJE**

Su lenguaje fue coherente con su estado emocional.

#### **7.8. PSICOMOTRICIDAD**

#### **7.9. SENSOPERCEPCION**

#### **7.10. AFECTIVIDAD**

### 7.11. JUICIO DE REALIDAD

La paciente, se encuentra consiente de su problema.

### 7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La paciente esta consiente de su problemática y es lo que le motivo a recibir la ayuda.

### 7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

La paciente aluce lo siguiente: “Tuve una vez ideas suicidas, pensé en tomarme pastillas, por el problema, eso fue entre los 13 a los 14 años, averigüe las pastillas, pero no lo hice, ya que entre al colegio, la tristeza desapareció, porque me entretuve con mis compañeras”.

## 8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- Escala de valoración de la gravedad de los síntomas de estrés postraumático basado en los criterios diagnósticos del DSM- 5: Rango de gravedad, 61 de 63.
- Re experimentación 15 de 15.
- Evitación conductual - cognitiva obtuvo una puntuación 9 – 9.
- Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, 20 – 21.
- Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, 17 – 18.
- Áreas afectadas por el suceso obtuvo una puntuación de 14 - 18.

## 9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo	Dificultad para concentrarse. Dificultad para recordar la totalidad del suceso.	Alteraciones de la memoria
	Sueños referentes al hecho traumático.	Pesadillas.
Afectivo	Sentimientos de culpa y vergüenza, sentimientos de ira y miedo.	Emociones negativas.
	Deterioro de las relaciones familiares y de pareja.	Deterioro de las relaciones interpersonales.

Pensamiento	Recuerdos traumáticos involuntarios, pensamientos intrusivos sobre el trauma,	Ideas irracionales.
Conducta social - escolar	Mal carácter	Irritabilidad
	Dificultad para realizar actividades.	Dificultad en la función ejecutivo.
	Evitación de personas y temas que le provocan malestar.	
Somática	Dificultad para conciliar el sueño.	Insomnio
	Dolores de cabeza	Cefaleas
	Dolor en el brazo izquierdo, mareos.	

**9.1. Factores predisponentes:** Falta de comunicación con los padres.

**9.2. Evento precipitante:** cuando hace dos años la paciente se enteró que el sujeto se encuentra cerca de su domicilio, empieza a tener, pesadillas referentes al evento traumático.

**9.3. Tiempo de evolución:** 2 años.

## **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

Según el DSM-5 se trata del 309.81. (Trastorno de estrés postraumático), también encontrado en la CIE-10 como el **F43. 10** (Trastorno de estrés postraumático).

## **11. PRONÓSTICO**

El pronóstico es favorable, ya que con 9 a 10 secciones de psicoterapia se puede conseguir, mejorar su situación progresivamente.

## **12. RECOMENDACIONES**

- Terapia Cognitivo-conductual.

## **13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Detección de pensamientos intrusivos.	Recolección de información importante.	Entrevista semiestructurada.	1	06/07/2020	Síntomas cognitivos, afectivos y conductuales.
Detección de evento traumático significativo, síntomas somáticos, afectivos y conductuales.	Analizar los síntomas.	Entrevista semiestructurada.	2	13/07/2020	Antecedentes del hecho traumático significativo.
Detección de similitud en síntomas de estrés postraumático.	Realizar el diagnóstico.				
Pensamiento automático N° 1 Situación: Recuerdo cuando mi cuñado se metía a mi cuarto. Emoción: Miedo, rabia. Pensamiento: No debía hacerlo porque yo era parte de su familia soy una tonta por no contarle a nadie. Pensamiento	Identificar y registrar los pensamientos automáticos que están ocasionando malestar, psicológico.	Diario de pensamientos automáticos	4	27/07/2020	Identificación de los pensamientos automáticos negativos, que están ocasionando malestar psicológico.

<p>automático N°2 Situación: Escuche en las noticias que una chica fue violada. Emoción: Miedo, tristeza. Pensamiento: Recuerdo sin querer cuando mi cuñado me tocaba, siento que va a violarme. Pensamiento automático N°3 Situación: Intentó hacer una tarea. Emoción: Tensión Pensamiento: Volví a recordar cuando mi cuñado se entraba a mi cuarto.</p>					
	<p>Debatir los pensamientos automáticos negativos, y encontrar nuevas alternativas de pensamientos funcionales.</p>	<p>Análisis costo y benéficos.</p>	<p>5</p>	<p>03/08/2020</p>	<p>Fijación de nuevas alternativas de pensamientos positivos y funcionales.</p>
	<p>Disminuir tensiones físicas y emocionales.</p>	<p>Relajación progresiva.</p>	<p>5</p>	<p>03/08/2020</p>	<p>Disminución de los síntomas, tensiones físicas y pensamientos automáticos.</p>
	<p>Analizar los pensamientos</p>	<p>Descatastrofización</p>	<p>6</p>	<p>11/08/2020</p>	<p>Anulación del sentimiento de culpa y la</p>

	automáticos desde una perspectiva más realista del trauma. Actividad: Imaginar, lo peor sobre el trauma, y cual sería lo peor de ello, así como cuan probable es que eso ocurra de nuevo.				activación del pensamiento de revivencia del trauma.
--	---	--	--	--	--

**Firma del pasante:** Josué Cedeño

### Anexo 3. Diario de pensamientos automáticos.

2016

Diario de Pensamientos  
Automáticos

Centro de Terapia Breve  
Institut RET Barcelona

Nº 1

## [DIARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS]

Es el primer tipo de diario de pensamientos. Sirve para que se aprenda a identificar de forma sencilla como nuestros pensamientos automáticos están detrás de nuestras emociones disfuncionales.

### Instrucciones de registro diario de pensamientos

Cómo nos sentimos y actuamos no depende tanto de la situación en sí (un accidente, un apuro al trabajo, etc.) sino de la forma en que se interpreta la situación (de lo que pensamos cuando sucede la situación). Es natural, entonces, que para poder sentirnos mejor tenemos que cambiar nuestra forma de pensar acerca de lo que nos sucede. El primer paso para poder cambiar nuestra forma de pensar consiste en aprender a identificar aquellos pensamientos de nuestro diálogo interno que causan nuestras emociones disfuncionales, en otras palabras que nos perturban. Cada persona suele presentar unos pensamientos automáticos propios, pero a continuación le describimos algunas características comunes. Estos pensamientos suelen ser ideas específicas y concisas. Aparecen como de la nada, como fueran un acto reflejo que se da espontáneamente cuando vivimos una cierta situación. Acostumbramos a creerlos sin cuestionarlos. Son encabezados por frases categóricas y culpabilizadoras. Tienden a magnificar lo negativo y catastrofizar. Frecuentemente son juicios polarizado del tipo todo/nada. Cuesta detenerlos.

Cuando usted experimente una emoción o sentimiento molesto, desagradable, interferente, que le hace sentir mal y que se da cuenta que no le conviene, dedique unos minutos a realizar el siguiente ejercicio para aprender a identificar sus pensamientos automáticos, es decir la verdadera causa de sus emociones. Siga un ejemplo que enseña como rellenar su primer diario de pensamientos automáticos.

<b>Especifique la situación:</b>	<b>Describa la emoción negativa:</b>	<b>Refleje en una frase el pensamiento automático:</b>
¿qué pasa?, ¿dónde?, ¿con quién?, ¿cuándo?  El <u>acontecimiento</u> que motivó la emoción desagradable.  El <u>pensamiento</u> o el <u>recuerdo</u> que motivó la emoción desagradable.	¿qué siento?  Especifique la emoción: triste, enojado, ansioso, etc.	¿Qué estoy pensando?  Anote el pensamiento o pensamientos automáticos que preceden juntos con la emoción
"Recuerdo cuando me despidieron de un trabajo"	Me siento enojada y triste	No deberían haberlo hecho, son despreciables! Está claro que soy un desgraciado y que todo me va mal en la vida

Aunque siempre es más efectivo registrar las cogniciones inmediatamente después de que hayan ocurrido, a veces es imposible hacerlo. Por consiguiente, puede dedicar cierto tiempo a lo largo del día o al final de él, para repasar sus pensamientos y sentimientos y las situaciones en las que surgieron.

Fecha	Situación	Emoción	Pensamientos Automáticos
	Recuerdo cuando mi cuñado se metía a mi cuarto.	Miedo, rabia.	No debía hacerlo porque yo era parte de su familia soy una tonta por no contarle a nadie.
	Escuche en las noticias que una chica fue violada.	Miedo, tristeza.	Recuerdo sin querer cuando mi cuñado me tocaba, siento que va a violarme.
	Intentó hacer una tarea.	Tensión	Volví a recordar cuando mi cuñado se entraba a mi cuarto.
	Vi a un hombre parecido a mi cuñado en la tienda de al frente.	Miedo	Pienso que va a entrar a mi casa a abusar de mí.
	Me asome a la ventana, y recuerdo cuando gritaba auxilio.	Preocupación	Pienso cuando el marido de mi hermana intentaba violarme.

## Anexo 4. Análisis costo beneficios.

### Formulario de costes-Beneficios

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: 03/08/2020

1. Describa brevemente el pensamiento, creencia o valoración ansiosa: Recuerdo cuando mi cuñado se metía a mi cuarto y me enseñaba sus partes íntimas.

Ventajas inmediatas a largo plazo	Desventajas inmediatas a largo plazo.
1. Ninguna	1. Me trae recuerdos desagradables.
2.	2. No me permite realizar mis tareas.
3.	3. No puedo concentrarme en hacer algo porque pienso en eso.
4.	4. No puedo ver escenas de actos sexuales en las novelas.
5.	5.
6.	6.

**\*Rodee con un círculo los costes y beneficios más importantes para usted.**

2. Describa brevemente una perspectiva alternativa: Es algo del pasado y no puede hacerme daño porque solo es un recuerdo.

## **Anexo 5. Descatastrofización.**

- La decatastrofización consta de tres componentes:
  1. Fase de preparación
  2. Descripción de la catástrofe (“¿Qué es lo peor que podría ocurrir?”; “¿Qué sería lo peor de eso?”)
  3. Fase de resolución de problemas



## Anexo 6. Escala de valoración de los síntomas de estrés postraumático.

### Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas

#### Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale-Revised (EGS-R) according to DSM-5 criteria: Psychometric Properties

Enrique Echeburúa

Universidad del País Vasco (UPV-EHU), San Sebastián, España

Pedro J. Amor.

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

Belén Sarasua.

Centro de Asistencia Psicológica para la Violencia de Género, Vitoria, España

Irene Zubizarreta.

Centro de Asistencia Psicológica para la Violencia de Género, Vitoria, España

Francisco Pablo Holgado-Tello.

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

José Manuel Muñoz.

Psicólogo Forense.

Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid (España)

#### Resumen

La Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una entrevista estructurada que consta de 21 ítems, basada en los criterios diagnósticos del DSM-5, y sirve para evaluar la gravedad de los síntomas de este cuadro clínico. En este trabajo se describen las propiedades psicométricas de este instrumento. La muestra contó con 526 víctimas de agresiones sexuales o de violencia familiar y con una muestra normativa de 193 participantes. El instrumento global mostró una alta consistencia interna ( $\alpha = .91$ ), así como una buena validez discriminante ( $g = 1.27$ ) y convergente ( $r_{pb} = .78$  con el diagnóstico). Los resultados del análisis factorial confirmatorio apoyan los cuatro núcleos de síntomas del DSM-5. Un punto de corte de 20, con una eficacia diagnóstica del 82.48%, es apropiada para discriminar a las víctimas con un TEPT. Esta escala resulta útil para planificar el tratamiento y las investigaciones clínicas.

*Palabras clave:* Trastorno de estrés postraumático. DSM-5. Evaluación. EGS-R. Propiedades psicométricas.

#### Abstract

The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptom Severity Scale-Revised is a 21-item structured interview based in DSM-5 criteria and intended to assess the severity of the symptoms of this mental disorder. This paper describes the psychometric properties of this instrument for assessing PTSD. The sample consisted of 526 patients who had been victims of sexual aggression or family violence and 193 people from the general population. The global instrument showed high internal consistency ( $\alpha = .91$ ), as well as good discriminant ( $g = 1.27$ ) and concurrent validity ( $r_{pb} = .78$  with diagnosis of PTSD). The results of confirmatory factor analysis are presented and give support to the DSM-5 four symptom clusters. A cut-off point of 20, with a diagnostic efficacy of 82.48%, is appropriate to discriminate the victims with PTSD. The interview appears to be a sound instrument and should prove useful for treatment planning and research.

*Key words:* Post-Traumatic Stress Disorder. DSM-5. Assessment. EGS-R. Psychometrics.

\* Correspondencia: Enrique Echeburúa, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Avda. de Tolosa, 7, 20018 San Sebastián (España). E-mail: enrique.echeburua@ehu.es

## APÉNDICE

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

(Versión clínica)

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

Nº:	Fecha: 20/07/2020	sexo: F	edad: 24
estado civil: Soltera	profesión:	situación laboral:	

## 1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: El esposo de mi hermana siempre me acosaba y en varias ocasiones intento violarme.

Tipo de exposición al suceso traumático

<input checked="" type="checkbox"/>	exposición directa
<input type="checkbox"/>	testigo directo
<input type="checkbox"/>	otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	episodio único
<input checked="" type="checkbox"/>	episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: \_\_\_ (meses) / 4 (años)¿Ocurre actualmente?  No  sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): \_\_\_ (meses) / \_\_\_ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No sí (especificar): NO

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> psicológico	___ (meses) / ___ (años)	___ No ___ sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	___ (meses) / ___ (años)	___ No ___ sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: \_\_\_ No \_\_\_ sí

Revictimización a otro suceso traumático: \_\_\_ No \_\_\_ sí

Secuelas físicas experimentadas: \_\_\_ No Sí (especificar):

## 2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

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

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

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

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

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

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

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

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: 20 (Rango: 0-21)

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

**Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica:** 17 (Rango: 0-18)

**Puntuación total de la gravedad del TEPT:** 61 (Rango: 0-63)

### 3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

<b>Síntomas disociativos</b>	
<i>Items</i>	<i>Valoración</i>
1. ¿al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	<u>0</u> 1 2 3
2. ¿siente como si su cuerpo no le perteneciera?	<u>0</u> 1 2 3
3. ¿siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	<u>0</u> 1 2 3
4. ¿percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	<u>0</u> 1 2 3

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

<b>Presentación demorada del cuadro clínico</b> (al menos, 6 meses después del suceso)	X si <input type="checkbox"/> No
---	-------------------------------------

### 4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

<b>Áreas afectadas por el suceso traumático</b>	
<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 <u>3</u>
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 <u>3</u>
3. interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 <u>2</u> 3
4. interferencia negativa en la vida social	0 1 <u>2</u> 3
5. interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 <u>3</u>
6. Disfuncionalidad global	0 <u>1</u> 2 3

**Puntuación en el grado de afectación del suceso:** 14 (Rango: 0-18)

## Anexo 7. Sesión con la paciente.

1



---

<sup>1</sup> En esta sesión con la paciente mediante google meet, se aplicó la escala de gravedad del TEPT, y también se explicó sobre una tarea enviada, que fue mediante un diario de pensamientos automáticos, el cual fue enviado antes de iniciar.

## Anexo 8.Tutoria.

2

The screenshot shows a Zoom meeting interface. At the top, it says 'GRABANDO' and 'HERIBERTO ENRIQUE LUNA ALVAREZ está presentando'. The time is 16:07. The shared content is an Excel spreadsheet titled 'Datos de Estudiantes de TITULACION 15-2020 - Excel (Error de activación de productos)'. The spreadsheet has columns for 'N', 'Estudiante', and 'Temas de trabajo de titulación'. The data is as follows:

N	Estudiante	Temas de trabajo de titulación
14	Cedeño Brunis Josue Manuel	Pensamiento automático y su repercusión en los síntomas de estrés posttraumático en una mujer adulta estudiante de tercer nivel de educación superior
39	HERRERA RUBIN MARÍA SANTA	Estrés y su influencia en el rendimiento laboral de un docente que hace teletrabajo

Below the spreadsheet, there are icons for mute, video, and chat. At the bottom right, there is a video feed of the tutor, HERIBERTO ENRIQUE LUNA ALVAREZ, and a smaller circular video feed of another participant.

---

<sup>2</sup> En esta reunión se plantearon puntos importantes, sobre el trabajo practico del examen complejo, y como realizarlo paso a paso, asimismo se coordinó como se realizarían las correcciones.