



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en
Psicología Clínica

**Estudio de caso único de violencia de género: evaluación e
intervención desde un Modelo Cognitivo Conductual**

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALMA PATRICIA MARISCAL ABUD

Directora: Mtra. Verónica Cristina Morales Vásquez

Secretario: Mtra. Eva Norma Ortiz García

Vocal: Lic. Verónica Santiago González

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 05 de Febrero, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Dios por el regalo de una vida colmada de bendiciones.

A mi madre por su esfuerzo continuo, amor incondicional y enseñanzas.

A mis hijos por su amor, apoyo incondicional y enseñanzas, así como el privilegio de ser su madre.

A mis nietos por el amor, apoyo y complicidad.

A mis hermanos por todo su amor y apoyo incondicional durante nuestro viaje de vida.

A mis sobrinos, por todo su amor y apoyo.

A todos mis maestros por compartir sus conocimientos, tiempo y apoyo.

A Verónica que además de compartir sus conocimientos, tiempo y apoyo, me brindó su lado humano.

A mis amigos y personas que de alguna manera estuvieron involucrados en este proyecto.

A Karla por la confianza.

ÍNDICE	
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO.....	9
1 Violencia de género.....	9
1.1 Antecedentes	9
1.2 Concepto de Violencia de Género.....	11
1.3 Descripción tipos de violencia.....	13
1.4 Impacto de la violencia.....	15
1.5 Abordaje de la Violencia de Género desde la Terapia Género-Sensitiva.....	19
2 Trastorno de Estrés Postraumático.....	20
2.1 Antecedentes	20
2.2 Concepto de estrés post-traumático	22
2.3 Criterios	23
2.4 Epidemiología.....	26
2.5 Etiología.....	27
2.6 Comorbilidad.....	27
3 Tratamiento Cognitivo Conductual del TEPT	28
3.1 Terapia cognitiva conductual	28
3.1.1 Antecedentes	28
3.1.2. Influencias	28
3.1.3 Clásica, neoclásica y cognitivo conductual.....	29
3.1.4 Postulados	29

3.2. Abordaje Cognitivo Conductual para el TEPT.....	30
4 Abordaje Cognitivo para el TEPT	30
4.1. Terapia de procesamiento cognitivo.....	30
4.2 Fases del proceso de aplicación.	31
Planteamiento del problema	32
Justificación	32
Pregunta de investigación	33
MÉTODO.....	33
ESTUDIO DE CASO	34
Título del caso:	34
Identificación de la usuaria:	34
Análisis del motivo de la consulta:	35
Historia del problema:.....	35
Instrumentos.....	36
Técnicas	38
Categorías de análisis	40
Procedimiento.....	41
Desarrollo de las sesiones de Evaluación e Intervención.....	43
Fase de la evaluación	43
Fase de Intervención	48
Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC).....	48
RESULTADOS	56
Fase de Evaluación	56
Fase de intervención.	59
Conclusión	62

Limitaciones de la investigación.....	64
REFERENCIAS.....	66
ANEXOS	72

RESUMEN

La violencia hacia las mujeres es una problemática de salud pública por las afectaciones que tiene en la salud física, psicológica y social.

El objetivo de esta investigación, fue aplicar un programa de intervención cognitiva conductual en la atención de un caso de violencia con perspectiva de género. Esta investigación corresponde a un estudio de caso n=1, de una usuaria referida por la supervisora de prácticas de servicio del Hospital General de Tlaxcala.

La investigación se dividió en dos fases. La primera fase de evaluación consistió en seis sesiones. Los instrumentos utilizados de acuerdo a sus autores contienen validez y confiabilidad. La violencia de género se midió a través de la entrevista semiestructurada de 38 ítems; el trastorno de estrés postraumático mediante EGS-R de 21 ítems, mostrando entre ambos resultados, la existencia de una asociación. En la fase de intervención se planearon 12 sesiones. El avance de los resultados del tratamiento hasta la fase de intervención de la sesión número cuatro, se observan cambio en sus cogniciones y disminución en las respuestas fisiológicas.

ABSTRACT

Violence against women is a public health problem due to its long-term effects on physical, psychological, and social health.

This research's objective was to utilize a cognitive-behavioral intervention program in the attention of a case of violence with a gender perspective. This research is an $n = 1$ case study belonging to a patient referred by the General Hospital of Tlaxcala's service practices supervisor.

The investigation was divided into two phases. The first evaluation phase consisted of six sessions. The instruments used (according to their authors) contain validity and reliability. To evaluate Gender-based violence was through the 38-item semi-structured interview; Post-traumatic stress disorder using 21-item EGS-R, showing the existence of an association between both results. In the intervention phase, were planned 12 sessions. The treatment results progress is observed on the intervention phase of session number four by changes in their cognitions and a decrease in physiological responses.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género en contra de las mujeres, es entendida como expresión de la desigualdad social y cultural atribuida precisamente en función de su sexo. Lo anterior ha representado a través de la historia de la humanidad, una violación sistemática a sus derechos humanos, que ha tenido presencia en todos los países con ingresos bajos, medios o altos, sin importar formación, edad, nivel económico, religión o raza, etc., constituyendo sin lugar a dudas, un problema social y de salud pública.

Es importante señalar que en el ámbito privado, se encuentra una de las mayores manifestaciones de violencia de género, derivado de la ideología machista y patriarcal que durante siglos se ha perpetuado en las relaciones familiares y de pareja. Diversas investigaciones señalan que las mujeres víctimas de violencia presentan más probabilidades de presentar diversos trastornos como del humor, ansiedad, de estrés, de uso de sustancias, obsesivos compulsivos, o bien de estrés postraumático. La mujer al encontrarse expuesta a condiciones graves o situaciones traumatizantes de violencia que ponen en peligro su integridad física o psicológica, tiene efectos adversos significativos en diferentes áreas; sin embargo todo esto depende del grado y percepción del evento traumático, así como de las características propias de la persona.

Es así que en esta investigación, se presenta un programa de evaluación y tratamiento cognitivo conductual, aplicado a un caso único de Violencia de Género asociado al Trastorno de Estrés Postraumático (TPET).

En mi país hay una flor que no se marchita, entonces a las sobrevivientes decidí llamarlas con nombres de flores. Para mí ellas son y serán queridas y bellas flores fuertes. "Siempreviva" (Batres, 1999.)

MARCO TEÓRICO

1 Violencia de género

1.1 Antecedentes

El tema de la violencia hacia la mujer, como Ayala y Hernández (2012) refieren, ha existido desde el tiempo de nuestros ancestros, considerada parte de la cultura, aceptada como parte de la formación familiar; presente a través de la historia y grabado en documentos que van desde las antiguas escrituras hasta las tablas estadísticas actuales.

La violencia es tan antigua como el mundo, vinculada a los orígenes de la evolución y desarrollo del hombre, con referencias en escritos de filósofos y pensadores como Anaximandro, Heráclito y Sofos, y reflejada por artistas de diversas manifestaciones, bien narrativos o escultores. El dominio del hombre en las distintas sociedades se puede encontrar también en la religión donde la mujer por naturaleza es más débil e inferior a los hombres; para los cristianos Dios sitúa a Eva bajo la autoridad de Adán; en el "suttee" entre los hindúes (rito que exige

que la viuda se ofrezca en la pira funeraria de su marido); en China e India, el infanticidio femenino; los musulmanes y los matrimonios acordados, etc.

De acuerdo a Da Silva, García & Da Silva (2017) la violencia hacia las mujeres, ha existido de forma sistemática a lo largo de la historia de la civilización, con base en un sistema patriarcal como estructura de poder. El origen de éste, se debate entre corrientes económicas, políticas, arqueológicas y antropológicas. En las áreas economicistas y política, el patriarcado se rastrea en las primeras sociedades con estructura civil y distribución o reparto sexual del trabajo, asociado con el nacimiento de la propiedad privada y la familia patriarcal.

A principios del siglo XIX a la familia se le llega a considerar desde las ciencias jurídicas, sociales y humanistas, como una institución social y la mujer se visibiliza de una forma tenue a través de la historia, siendo retratadas únicamente en hechos excepcionales donde tuvieron un papel fundamental, o bien de forma individual “por su pertenencia a una familia noble, por un mérito o desmérito individual reseñable” y en la historia de religiones teocráticas, como “nutricias, madres, esposas, amantes, hijas, hermanas, sanadoras, hechiceras, bellas, pero absolutamente secundarias” (Da Silva, García & Da Silva 2017, p.173).

Las raíces más profundas señala Pérez (2019) residen en la desigualdad histórica que siempre han existido en las relaciones de poder entre el hombre y la mujer. La sumisión de la mujer al hombre es la esclavitud primitiva y las costumbres bárbaras del género humano en sus inicios; donde la mujer esclavizada al hombre, no podía resistirse ni oponerse dada la inferioridad de su

fuerza muscular. Se suele señalar al patriarcado como la razón principal de la violencia de género ya que refuerza la desigualdad de poder de las relaciones entre hombre y mujeres y establece la condición de subordinación femenina dentro de un orden jerárquico preestablecido de la tribu o familia como algo legítimo e invariable. La concepción de que las mujeres son seres inferiores propiedad de los varones, quedan en una situación de doble dependencia: a) dependencia del varón y; b) dependencia total del grupo, es decir, se trata de una doble esclavitud, ya que una vez que es despojada de su individualidad el “objeto” es propiedad de su amo, pero en ausencia de éste, es también patrimonio del grupo.

1.2 Concepto de Violencia de Género

La violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones históricamente desiguales entre hombres y mujeres (Batres, 2009).

Para Batres (1997) la violencia de género es la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, producto de una socialización bastante diferenciada, donde se van construyendo un «deber ser masculino» con las características valoradas socialmente y por supuesto con el poder sobre el género femenino. De igual forma, se construye «deber ser femenino» con características menos valoradas socialmente, que favorece la explotación, discriminación y violencia sobre ellas.

La violencia de género es la violencia más generalizada y quizás menos percibida, debido a la cultura patriarcal que durante siglos se ha perpetuado como algo “normal”, percibiéndose en los ámbitos privado y público, trayendo consigo no solo su aprendizaje, sino su reafirmación continuación. Refiriéndose al concepto de violencia de género, nos dicen: “todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal” (Ayala y Hernández 2012).

Como lo mencionan Calvo y Bejarano (2014) la violencia de género es un fenómeno que ocurre sin distinción de país, de clase social o ámbitos de la sociedad. Asimismo señalan que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) definen la violencia de género “como cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada”.

Para Castro (2014), la violencia de género se refiere a la violencia que se ejerce contra las mujeres solo por el hecho de serlo, es decir son formas de violencia que perpetúan el control sobre ellas, o que imponen o restablecen una condición de sometimiento, como la expresión más extrema de la desigualdad y opresión de género. El término describe un tipo de violencia de carácter social, es decir su explicación no se encuentra en los genes, ni en la psique masculina, sino en los mecanismos sociales que hacen de la diferencia sexual, la base de la subordinación de las mujeres.

Con relación a los roles establecidos, Pérez (2019) refiere que a las mujeres se les sitúa en una posición jerárquica de inferioridad, sumisión o supeditación a los varones. Asimismo señala las consecuencias que conlleva la violencia de género como son: *físicas* (consecuencias fatales, lesiones, en la vida sexual y en la salud reproductiva), así como problemas de salud; *psicológicas* (trastorno de estrés postraumático, sentimiento de culpabilidad, disminución de la autoestima, interiorización del machismo e incomunicación y aislamiento); *laborales* (dificultades para acceder al mercado laboral, para conservar el empleo, baja productividad, pérdida del capital humano personal) y; *consecuencias en los hijos* (en la salud, en el rendimiento escolar y trastornos de la conducta).

Sánchez de los Monteros (2020) describe que la inferioridad femenina es una idea muy arraigada en nuestra cultura y sociedad (América Latina) siguiendo patrones de la educación que las ha rodeado y formado desde la cultura patriarcal, con la ideología práctica de que las mujeres están para servir, para ocuparse de las labores de la casa, de los hijos, generando violencia de género con diversas manifestaciones en diferentes ámbitos de su vida, donde su opiniones y esfuerzos por hacerse escuchar, son minimizados.

1.3 Descripción tipos de violencia

De acuerdo a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en México, en el Manual de Operación dentro del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (2010) describe:

- **Física:** cualquier acto que infringe daño no accidental usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas.
- **Psicológica:** cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, que conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
- **Abandono:** *acto de desamparo injustificado, hacia uno varios miembros de la familia con las que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales que ponen en riesgo la salud.*
- **Sexual:** todo acto sexual o la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.
- **De pareja:** violencia familiar en donde la víctima y agresor tiene cualquiera de las siguientes relaciones: cónyuge, concubina/o, novio/a, amante, así como ex-cónyuge, ex - concubino/a, ex -novio/a, ex - amante.
- **Maltrato económico:** acto de control o negación de injerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone o somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.
- **Patrimonial:** cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidad y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
- **Violencia:** cópula anal, vaginal u obtenida mediante la violencia física (con la utilización de medios físicos), o moral (con medios psicológicos).
- **Violación instrumentada:** introducción forzada de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al pene, en la cavidad anal o vaginal de la víctima.
- **Violación equiparada:** cópula anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido consentimiento, con una persona menor de 12, 13 o 14 de años de edad, o bien con una persona que vive con alguna discapacidad mental o física que le impide comprender o resistirse al acto.
- **Violación entre cónyuges:** se refiere a las relaciones sexuales forzadas entre cónyuges o concubinos.

Como indicadores de violencia, describe los siguientes:

- **De abandono:** son los signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien los sufre y quien está obligado a su cuidado y protección, que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control de cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.

- *De violencia física:* son los signos y síntomas –hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.
- *De violencia psicológica:* son los síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica –autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como el estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia de sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.
- *De violencia sexual:* son los síntomas y signos físicos-lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos –baja autoestima, ideas y actos destructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático; abuso o dependencia de sustancias entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva o sexual que tienen su origen en la violencia familiar, sexual y contra mujeres.

1.4 Impacto de la violencia

En una investigación relativa a menores expuestos a violencia de género, se encontró que la exposición a diferentes tipos de violencia o patrones extremos, repetitivos o anormales a temprana edad, van a generar estrés durante periodos críticos del desarrollo cerebral infantil, con un impacto en la arquitectura del cerebro en proceso de maduración, provocando a menudo de forma permanente, la actividad de los principales sistemas neuroreguladores, provocando cambios neuroestructurales.

Otro factor destacado se refiere a que la violencia interparental y la falta de disponibilidad emocional de la madre, se encuentran asociados con niveles de cortisol más bajos (utilizando el cortisol salival), en respuesta de la angustia. Lo anterior puede conducir a una alteración en el rendimiento cognitivo y el funcionamiento general, con consecuencias profundas y presentando un mayor

riesgo de desarrollar psicopatología como la depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y abusos de sustancias, entre otros (Martínez, 2015, p.103).

Por otro lado, el daño y síndromes más frecuentes que se presentan en mujeres que han vivido violencia de género, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en México (2010) en su Manual de Operación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, enlista:

•**Indefensión Aprendida.**

Es la obediencia pasiva al entorno cuando todos los esfuerzos por transformarlo no logran causar ningún efecto ni la situación se modifica. Los resultados son resignación, desgaste, depresión y culpa, entre otros, que se reflejan en cansancio físico y emocional. La indefensión aprendida es resultado de la incapacidad de sobrevivencia lejos del agresor y la convicción de culpa y responsabilidad ante la situación de violencia. La mujer trata de complacer y no molestar a su agresor, y evade toda confrontación para no ser lastimada. Al desencadenarse los episodios de violencia, las mujeres confirman la impotencia y falta de recursos para resolver la situación, y se mantiene el temor.

•**Síndrome de Estocolmo.**

Se caracteriza por la relación afectiva de las personas en contexto de violencia con el agresor. Los indicadores del Síndrome de Estocolmo en el comportamiento son:

- Agradecer intensamente las pequeñas amabilidades del abusador.
- Negar o racionalizar la violencia recibida.
- Negar la propia rabia hacia el agresor.
- Estar en constante estado de alerta para satisfacer las necesidades del agresor.
- Dificultad para abandonarlo aun cuando se tenga alguna posibilidad.
- Tener miedo al regreso del agresor, aun cuando esté muerto o en la cárcel.
- Presentar síntomas de estrés postraumático.

•**Síndrome de la Mujer Maltratada.**

Vergüenza, culpa desaliento; todo ello en detrimento de los aspectos emocionales, cognitivos, motivacionales y conductuales de la vida de las mujeres en situación de violencia. Estos sentimientos se manifiestan en perspectivas aterradoras e inmovilizantes sobre el futuro y en repercusiones en el bienestar

físico, como alteraciones del sueño, pérdida de apetito y rechazo de la sexualidad.

Este síndrome se establece generalmente ante las siguientes condiciones:

- Haber pasado al menos dos veces por el ciclo de violencia.
- Presentar el síndrome de indefensión aprendida.
- Sujeción consciente o inconsciente a las creencias tradicionales respecto al rol de género.
- Aislamiento social.
-

• Síndrome de Trauma por Violación.

Se reconocen dos momentos en este síndrome y hay un periodo de dos a tres semanas entre una y otra a partir de la violación.

La fase aguda inicia inmediatamente después de un ataque y puede durar desde unas horas hasta dos o tres semanas. Se caracteriza por una desorganización en todos los aspectos de la vida. Se manifiesta en: ansiedad, pánico, ira, inseguridad, incredulidad, llanto incontrolado, sollozos, risas, insomnio, tensión muscular, irritabilidad, desconfianza y temor hacia todo lo que le rodea. También sentimientos de humillación, vergüenza, fuertes deseos de venganza, impotencia, auto culpabilidad, vulnerabilidad e indefensión.

La fase de reorganización consiste en un visible aumento de actividad motora, sentimientos y necesidades de cambio, búsqueda de alternativas que le permitan a la persona reiniciar su vida en condiciones de mayor seguridad. Hay una tendencia a buscar ayuda profesional, o al menos la retroalimentación de alguien de su confianza capaz de escucharle y de disminuir sus sentimientos de culpa.

Una investigación en México, sobre las secuelas emocionales a largo plazo del impacto psicológico de la violación, concluye que las secuelas persisten, que la depresión es la más notoria y que el tiempo como tal no parece ser el factor predominante de la recuperación.

Asimismo, se encontró un menor índice de depresión en las mujeres que decidieron hacer la denuncia y si el agresor fue encarcelado. Pero ante un agresor conocido, los índices de depresión aumentaron y la autoestima fue menor. También la ansiedad fue mayor en los casos en los que la mujer fue golpeada durante la violación.

Trastorno de Estrés Postraumático.

La aparición del trastorno de estrés postraumático está estrechamente relacionada con los recursos personales de quienes enfrentan la situación traumática, las características del evento y el apoyo social que reciben ante esta circunstancia.

Factores que predisponen la aparición de este trastorno:

- La edad de la persona, los rasgos de personalidad, los antecedentes

familiares, las experiencias durante la etapa infantil y trastornos mentales preexistentes.

- La magnitud y frecuencia de los eventos de violencia, la identidad del agresor, la presencia de lesiones, enfermedades de transmisión sexual o embarazo.
- El apoyo familiar, las relaciones afectivas y la calidad de la atención recibida.
- Si el evento vivido es extremadamente traumático, el trastorno de estrés postraumático se presentará aun sin la presencia de dichos factores.
- Este trastorno se caracteriza por la experimentación persistente del acontecimiento traumático a través de una o más de las siguientes formas:
 - Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes o percepciones.
 - Sueños recurrentes sobre el acontecimiento.
 - Sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.
 - Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 - Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 - Evasión persistente de estímulos asociados al trauma y disminución de la capacidad de reacción, reflejado en la sensación de un futuro desolador.
 - Síntomas persistentes de aumento de la activación como son: dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

•Crisis Emocional.

Es el estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas

Características frecuentes que nos ayudan a reconocer si una mujer se encuentra en una situación de crisis:

- Dificultad para pensar con claridad en las soluciones posibles para enfrentar la situación de violencia.
- Dificultad para reconocer y comprender el problema de la violencia porque éste es totalmente disonante con sus expectativas, creencias y conocimientos. Por lo general, podemos afirmar que el abuso cometido por el compañero representa una violación de esas expectativas.
- Estado de desorganización y desequilibrio, incumplimiento en muchas de las actividades o responsabilidades cotidianas que antes realizaba.
- Problemas para concentrarse, falta de interés general, dispersión, llegadas

tardías y olvido de sus compromisos.

- Se muestra cansada y puede decir que se siente agotada, y no puede dormir bien.
- Muestra síntomas de ansiedad, aprensión intensa o angustia.
- Problemas físicos asociados a los estados de angustia, tales como taquicardia, palpitaciones, náuseas, sensación de ahogo, diarrea, dolor de cabeza constante y sensación de debilidad.

1.5 Abordaje de la Violencia de Género desde la Terapia Género-Sensitiva

En la Terapia Género- Sensitiva nos explica García (2005) sus orígenes se encuentran en el feminismo, un movimiento que inició en Estados Unidos y luego fue introducido en Latinoamérica. Esta terapia integrativa se define como la reconstrucción y el empoderamiento de los valores y actitudes de la mujer, para desarrollarse en la sociedad, a la vez que codifica las construcciones, sociales, culturales y psicológicas que se han impuesto a las diferencias biológicas transmitidas a través de las diferentes instituciones sociales.

En tal sentido, la atención psicológica desde este enfoque, tiene como precursora a nivel Latinoamérica, a la Doctora Gioconda Batres (1998), quien se ha enfocado desde la experiencia de la mujer que vive en situación de violencia y como consecuencia lógica de su condición de mujer dentro de la sociedad. Los valores y principios con los que cuenta la etiología de los trastornos clínicos, de acuerdo a este enfoque, una de las más importantes se refiere a la subordinación de la mujer en la sociedad, considerándolo como un factor relevante, así como y el hecho de vivir en una sociedad que las discrimina con menor poder político, económico y social que los hombres, lo cual va a determinar en gran parte la

salud de las mujeres. Asimismo, que nos habla de las etapas en el abordaje de la atención psicológica para las mujeres que sufren violencia de género, como son la seguridad para el restablecimiento del control y la seguridad, que vienen a representar una de las primeras etapas de la recuperación; por otro lado el recuerdo y duelo, que involucran el reconocimiento y aceptación de lo ocurrido, el romper viejos patrones de silencio y secreto y; por último la reconexión dirigida a reconciliar el pasado traumático, crear su futuro, desarrollar un nuevo sentido del ser y restablecer nuevas relaciones. Por otro lado, es importante señalar, que utiliza técnicas provenientes del enfoque cognitivo-conductual, que han demostrado tener éxito en tratamientos de mujeres traumatizadas.

2 Trastorno de Estrés Postraumático

2.1 Antecedentes

De acuerdo con Martín y De Paúl (2004) el Trastorno de Estrés Postraumático constituye el eje psicopatológico sobre el que gravita el trauma. En el siglo XIX diversos psiquiatras y neurólogos definieron los síntomas característicos de este trastorno. Es a partir de las grandes guerras cuando comienza a tener una presencia continuada en los manuales de psicopatología y ha ido evolucionando hasta situaciones traumáticas como maltrato infantil, agresiones sexuales, incendios, accidentes de tráfico, desastres naturales, atentados terroristas, torturas, etc. Desde el punto de vista de clasificación diagnóstica oficial, aparece por primera vez con la denominación <<gran reacción al estrés>> (DSM-I) (APA, 1952).

Posteriormente en el DSM-III (APA, 1980) apareció como una categoría diagnóstica formal. Los diversos trabajos de investigación en los últimos años relacionados con situaciones traumáticas y su impacto psicológico, sus resultados muestran que existe una indiscutible relación entre la ocurrencia de un suceso traumático y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores.

En la recopilación realizada por Guadarrama y Torres (2018), mencionan que el TEPT, ha existido desde el inicio de la humanidad. Hipócrates describió las pesadillas que presentaban los soldados después de algunas batallas; Heródoto observó afectaciones similares también en soldados; para Charcot los eventos traumáticos solo aparecían en personas con potencia patogénica preexistente. En 1880, Janet, Freud y Breuer en la Clínica Salpêtrière, realizaron estudios sobre el origen y formación de síntomas histéricos, llegando a describir que los acontecimientos traumáticos juegan un papel importante pues causaban aflicciones mentales debido a su carácter insoportable. Dentro de las afecciones estaban la desregulación emocional, la disociación y la somatización con respuestas automáticas excesivas ante estímulos irrelevantes.

En el siglo XX con la Primera Guerra Mundial, el término de neurosis de guerra se acuñó en referencia a los síntomas presentados por los soldados. En 1980, después de la guerra de Vietnam (1959-1975) la psiquiatría incorporó el diagnóstico del TEPT en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (APA) en su tercera edición (DSM-III), y posteriormente se describieron síntomas semejantes en las personas

víctimas de violencia sexual (principalmente en mujeres violadas). Actualmente el antecedente de violencia sexual forma parte del “criterio A” de la versión DSM-V.

2.2 Concepto de estrés post-traumático

Arinero (2006) considera que el TEPT aplica a todas las personas que como consecuencia de haber sufrido o bien haber sido testigo de una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona, van a presentar respuestas de miedo, amenaza u horror muy intensos. Además cita que este trastorno define un conjunto de síntomas que aparecen tras un “trauma”, donde este concepto la Real Academia de la Lengua (2020) lo describe como un “choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente” o una “emoción o impresión negativa, fuerte y duradera”.

Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (2011) describe que el TEPT, surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen.

Un suceso traumático genera terror e indefensión y ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona, dejando con frecuencia a la víctima en una situación emocional que muchas veces es incapaz de afrontarla por sí

misma. Cualquier acontecimiento de este tipo, supone una quiebra profunda en el sentimiento de seguridad de una persona y genera un cuadro clínico solo cuando el acontecimiento supera en una persona el umbral para el trauma e interfiere negativamente en su vida cotidiana; el daño psicológico se encuentra mediado por la gravedad del suceso, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencias de otros problemas de tipo familiar, escolar, laboral, etc., así como pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento que tenga la persona. El cuadro clínico asociado a un suceso de este tipo es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y donde los criterios diagnósticos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) refiere cuatro núcleos de síntomas: la reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/ estado de ánimo negativo y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (Echeburúa, et.al. 2016).

2.3 Criterios

De acuerdo con Hernández (2020) el TEPT ha tenido diferentes categorizaciones en los últimos años, pasando de encontrarse dentro de los Trastornos de Ansiedad en el DSM-IV (APA, 1994), a formar parte de los Trastornos relacionados con trauma y estrés en el DSM-V (APA, 2013).

Es así que en el DSM-V, se establecen los siguientes criterios para el diagnóstico del TEPT, aplicables a personas adultas, adolescentes y niños mayores de 6 años:

A. Exposición a la muerte, lesión grave, violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una(o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

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

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

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

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., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

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

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

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

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas 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 destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse 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 extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

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

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en 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., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

2.4 Epidemiología

Una de las secuelas que más frecuentemente se presentan en víctimas de violencia, es el Trastorno de Estrés Postraumático. Las evidencias de diversas investigaciones indican una prevalencia del 60%, considerando que el total de las víctimas presentan alguna sintomatología postraumática. Estas personas están expuestas a situaciones de peligro que atentan contra su vida, que las llevan a experimentar evitación y rechazo, hasta el punto de generar deterioros

significativos en los ámbitos social, laboral o personal por largos periodos de tiempo. De la misma forma, se ha demostrado que las mujeres en la etapa de la adolescencia tienen mayor riesgo de manifestar un episodio de estrés postraumático, que conlleva a presentar consecuencias posteriores, producto de los recuerdos de los abusos de tipo físico, emocional o sexual (Saquinaula, Castillo & Rosales 2020, p.24).

2.5 Etiología

Dentro de los factores de riesgo que inciden y pueden desencadenar un TEPT de acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social (2011) mencionan: sexo, edad en la que se presenta el trauma, escolaridad, coeficiente intelectual, etnicidad, antecedentes personales de historia psiquiátrica, reporte de abuso en la niñez o de otros eventos adversos, historia familiar de enfermedad psiquiátrica, severidad del trauma, estrés postraumático, apoyo social post-trauma.

2.6 Comorbilidad

Resick, Monson, & Chard (2008), señalan que aunque el TEPT tiene altos porcentajes de comorbilidad, comúnmente la depresión, ansiedad y la disociación comórbida, remiten en la medida que lo hace el TEPT. El trastorno depresivo mayor es el que frecuentemente está presente en la mitad de los pacientes, seguido de abusos de sustancias, trastornos de personalidad, ansiedad, y problemas de salud.

3 Tratamiento Cognitivo Conductual del TEPT

3.1 Terapia cognitiva conductual

3.1.1 Antecedentes

De acuerdo con Hernández (2013) la Terapia Cognitivo Conductual, es el término genérico empleado para denominar las intervenciones que comparten los principios del procesamiento de información como uno de los orígenes de la psicopatología y que van a utilizar intervenciones cognitivas, conductuales y emocionales para el control de los síntomas. Es importante señalar que no tiene un solo representante aunque se reconoce a Beck (1962) y Ellis (1962) como los que lograron organizar el planteamiento que ya se venía gestando a partir de dos importantes planteamientos:

- 1) El psicoanálisis y su aportación del concepto del inconsciente (*entendido como aquel pensamiento o estructura que puede determinar o influir en la conducta o la emoción.*)
- 2) El conductismo. Originado en oposición al primero por falta de un método científico (*cuestiones medibles y observables, además de repetibles*), sin embargo se entrega a un radicalismo necesario pero poco duradero, ya que no es del todo factible para problemas mentales de la época, así como dejar del lado el lenguaje o las emociones (frutos del pensamiento).

3.1.2. Influencias

Posteriormente a finales de los años cincuenta, la psicología general recibió tres grandes influencias, que permitieron el surgimiento de modelos que ya consideraban al pensamiento, como eje principal del cambio:

- 1) La computadora. Ésta permitió a través de analogías con nuestro cerebro, darnos cuenta que somos procesadores activos de información ya que agregamos, modificamos, perdemos, seleccionamos, etc. la información que nos rodea.

- 2) La lingüística. Ésta postuló la existencia de estructuras ocultas en los significados del lenguaje y de ahí la comprensión difiere o puede tener más de un sentido la forma en que nos comunicamos.
- 3) El aprendizaje. Brindada por Jean Piaget que investigó sobre el desarrollo de las estructuras y los procesos de aprendizaje que permiten al ser humano evolucionar y crecer.

De estas tres influencias surgió la llamada Psicología Cognitiva, en donde se retoma la importancia de los procesos del pensamiento humano, utiliza ya el método científico contraponiéndose al conductismo y al psicoanálisis, y logran sistematizar metodológicamente los principios filosóficos y teóricos.

3.1.3 Clásica, neoclásica y cognitivo conductual

De lo anterior surgen tres escuelas:

- *Clásica*. Retoma el constructivismo radical, y al mismo tiempo la propuesta cibernética del procesamiento de información del cerebro, no ocupándose del aspecto biológico y asumiendo la dependencia causal entre los procesos mentales y lo orgánico.
- *Neoclásica*. Apoya la teoría cibernética, pero propone que toda la información es transformada por el individuo constantemente aun cuando haya sido asimilada.
- *Cognitivo-Conductual*. Retoma los dos anteriores, planteando que la realidad crea la persona a partir de su individualidad percepción de los estímulos que alcanza o desea percibir y que la percepción, acomodo, procesamiento y utilización de toda la información, está mediada por patrones que el individuo ha desarrollado a lo largo de la vida y que son independientes de las situaciones del exterior, las cuales pueden influir pero no determinar la respuesta final.

3.1.4 Postulados

Así llegamos a los postulados de la TCC, en el que se encuentra el procesamiento de la información, por lo que el planteamiento psicopatológico se concibe a partir de cómo la persona piensa, cómo llega a conclusiones, a qué le brinda mayor importancia, es decir, cómo estructura su pensamiento.

Si este procesamiento lleva a la persona a tener emociones, conductas o pensamientos que no se encuentran resolviendo las exigencias del medio, se halla frente a una forma desadaptativa de estructurar el pensamiento, que la conduce a interpretar situaciones de forma poco adaptativa, obtener conclusiones sesgadas, así como a actuar soluciones parciales o inadecuadas. El desarrollar una psicopatología tiene como inicio que las estructuras más profundas de la persona como son los esquemas, creencias nucleares, etc., que la ayudan a interpretar la realidad y formar soluciones, no consiguen ser flexibles para cambiar ante el contexto de la situación, por lo que se hace necesario hacerlas flexibles para adaptarse, encontrando nuevas soluciones (Hernández, 2013, p.5).

3.2. Abordaje Cognitivo Conductual para el TEPT

El modelo cognitivo conductual, de acuerdo con una investigación realizada para el tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta con el TEPT, resultó eficaz con un porcentaje alto en la disminución de síntomas, malestar emocional y de evitación sexual (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Corral, 2013, p.1).

4 Abordaje Cognitivo para el TEPT

4.1. Terapia de procesamiento cognitivo

Existen diversos tratamientos que han mostrado evidencia sobre su eficacia para el tratamiento del TEPT, es el caso de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) desarrollada por Resick y Schnicke (1992), que busca el efecto de la

reestructuración cognitiva, el diálogo socrático y el *writtens accounts* (WA), como técnica de exposición (escribir los recuerdos del evento traumático, leérselos al terapeuta y el procesamiento emocional asociado a los recuerdos), con el objetivo de comparar estos componentes frente a la terapia de exposición prolongada. Esta terapia se puede utilizar de forma individual o grupal; cuenta con diversos recursos y manual para el momento de su aplicación, resultando de gran ayuda para el terapeuta (Guzmán, Padrós, Laca & García, 2015, p.1181).

4.2 Fases del proceso de aplicación.

1. Psicoeducación sobre TEPT. Se realiza desde una perspectiva Cognitivo Conductual (hace énfasis en la relación de las cogniciones incluyendo las creencias y percepción que se tiene sobre el evento traumático y los síntomas del trastorno).
2. Procesamiento del trauma. Se puede llevar a cabo con ejercicios de escritura sobre lo ocurrido, o bien con narración frente al terapeuta, después de eso se lleva a cabo diálogo socrático sobre lo sucedido y el sentido que el paciente le ha otorgado. Su finalidad es que se genere una nueva interpretación que le aporte mayor esperanza y que sea más saludable para el paciente.
3. Detención del pensamiento. Se le enseña al paciente cómo puede detener y modificar sus pensamientos y las interpretaciones que hace

sobre lo sucedido, lo cual permite al paciente adoptar una actitud más proactiva sobre su bienestar, convirtiéndose en su propio terapeuta.

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

Planteamiento del problema

Justificación

De acuerdo a las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2019), en nuestro país México, la violencia contra las mujeres es un problema de grandes dimensiones ya que 66 de cada 100 mujeres de 15 años y más, residentes en el país, han experimentado al menos un acto de violencia de cualquier tipo, ya sea de tipo emocional, física, sexual, económica, patrimonial, discriminación laboral, ejercida por diferentes agresores tanto en el ámbito privado o público. De acuerdo a estas cifras, 30.7 millones de mujeres en México, alguna vez han sido sujetas a actos violentos o discriminatorios (INEGI, p.6).

Cabe destacar que derivado de haber sufrido violencia en algún momento de sus vidas, existen también diversas consecuencias que atentan sobre la salud

física y psicológica de las mujeres, ya que se pueden encontrar entre ellas enfermedades de transmisión sexual, suicidio, enfermedades graves, aborto, abuso de drogas o alcohol, baja autoestima, miedos, depresión, ansiedad, autculpa, etc.

De acuerdo a lo anterior, y citado por algunos autores como un problema social y de salud pública, se lleva a cabo la presente investigación sobre el tema de Violencia de Género, evaluado a través del modelo cognitivo conductual, así como un protocolo de tratamiento en su intervención.

De igual manera, se pretende visibilizar las causas y efectos que tiene, generando evidencias desde este caso en particular, así como ayudar a las mujeres a conocer la problemática y afrontarla, ya que la interiorización de los valores tradicionalmente femeninos, ha supuesto vivir en función y para los demás, de acuerdo a un sistema patriarcal que las somete, castiga o discrimina.

Pregunta de investigación

¿La violencia contra la mujer y sus diversas manifestaciones, inciden en el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático?

MÉTODO

OBJETIVO GENERAL

Aplicar un programa de intervención cognitiva conductual en la atención de caso único de violencia con perspectiva de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el caso desde el modelo cognitivo conductual.
2. Realizar el Análisis Funcional del Modelo Secuencial Integrativo.
3. Definir el diagnóstico.
4. Aplicar intervención para TEPT.

ESTUDIO DE CASO

Título del caso:

“Estudio de caso único de violencia de género: evaluación e intervención desde un Modelo Cognitivo Conductual”.

Identificación de la usuaria:

Mujer de 40 años, residente de la Ciudad de Tlaxcala, canalizada por práctica en el Hospital General de Tlaxcala “Dr. Miguel Lima Ramírez”, de la Ciudad de Tlaxcala, durante estancia de práctica supervisada de Psicología de la Salud en Ambientes Institucionalizados y Comunitarios correspondiente al módulo 0803, apoyando al área de salud mental bajo supervisión. La usuaria se contacta conmigo, se acuerdan sesiones en mi domicilio, ubicado en el Municipio de Tlaxcala, Tlax.

Análisis del motivo de la consulta:

La usuaria refiere haber vivido violencia familiar, tanto en su familia de origen, como durante su matrimonio. Actualmente siente que requiere aprender a contar con una mejor autoestima, que la ayude a ser una mejor persona y una mejor madre.

Historia del problema:

Refiere que en la etapa de la infancia sufrió agresiones sexuales en tres ocasiones, sin que sus padres hasta el momento se hayan enterado de lo sucedido; ella como sus hermanos no tenía supervisión de ningún adulto debido al trabajo de los dos.

A los 15 años se embaraza producto de una relación sentimental con su novio. Los padres la llevan al procedimiento de aborto. En esa época tiene un intento de suicidio. Durante los 17 años que estuvo con la familia de origen antes de casarse, vivió el alcoholismo de su abuela, mamá y tías ya que el abuelo era dueño de tinacales de pulque por lo que él les daba de beber desde muy pequeñas *“para que se acostumbraran y no cayeran en la tentación de probarla afuera”*.

En su relación de noviazgo con su ex esposo, menciona le prohibía salir con sus amigos y le decía que “no se le rebelara”. A los 18 años contrae matrimonio; entre el primer y segundo mes comienza a darse cuenta que existían muchas mentiras por parte de él en cosas simples, hasta la sustracción de objetos de valor (joyería de oro), supone que esto se debió a que salía a tomar con sus

amigos y necesitaba los recursos. En el ámbito sexual, menciona que durante este matrimonio de 10 años, desempeñó un papel pasivo frente a las relaciones íntimas; en el económico, él controlaba los recursos.

Al final de su matrimonio, su esposo le solicita el divorcio, pero en ese tiempo ella lleva a cabo un intento de suicidio, es referida con el médico psiquiatra, y atendida por seis meses con medicación por depresión, derivado del costo de las consultas y el medicamento, suspende sesiones y tratamiento.

Ya separados, la mayoría de las veces, el ex esposo no cumple con las obligaciones con sus hijos, generando fuertes discusiones entre ellos. En el presente (11 años después de la separación) pudo demandar la pensión alimenticia. Hasta la fecha no se ha podido llevar a cabo el trámite de divorcio.

Instrumentos.

- Entrevista Semiestructurada para Mujeres que viven en Situación de Violencia de Pareja. SESA (2010) Lineamientos y Protocolos. Que contiene 38 preguntas que recaban datos sociodemográficos, tipo de abuso experimentado, frecuencia del maltrato en el último año, actos cometidos en el abuso, medio coercitivo empleado, centros de asistencia a los que ha acudido, salidas del hogar y datos del maltratador(Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta; modificada 2006).

- Inventario de Depresión de Beck BDI-2. SESA (2010) Lineamientos y Protocolos. Consta de 21 ítems que proporcionan un rango de puntuación entre 0 y 63.
- Inventario de Ansiedad de Beck BAI. SESA (2010) Lineamientos y Protocolos. Consta de 21 ítems que proporcionan un rango de puntuación entre 0 y 63.
- Autorregistro de Beck (1976) diseñado para identificar y cuestionar pensamientos desadaptativos que generan malestar, con el objetivo de sustituirlos por otros más apropiados así como reducir o eliminar la perturbación emocional y/o conductual que los acompañan.
- Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5 (Echeburúa, et.al. 2016). Es una escala heteroaplicada, estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según frecuencia e intensidad de los síntomas. Contiene 21 ítems en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-5 y que hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y 6 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad

psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos, con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido cuatro ítems destinados a evaluar de forma complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático.

- **Genograma.** Técnica de la Teoría Familiar Sistémica (Mcgoldrick y Gerson 1985) consiste en dibujar un árbol familiar registrando información sobre sus miembros y sus relaciones durante al menos tres generaciones, representando un rápido Gestalt de complejas formas familiares y una rica fuente de hipótesis, resultando para una historia clínica y social un eficiente resumen.

Técnicas

- **Reestructuración cognitiva.** Bados y García (2010). Derivada de la terapia cognitivo conductual, basado en la identificación y confrontación de los pensamientos negativos e irracionales de las personas ante determinadas circunstancias. A este tipo de pensamientos, llamados distorsiones cognitivas (pensamiento dicotómico, generalización excesiva, filtro mental, descalificación de lo positivo, leer la mente, adivinar el futuro, maximizar y

minimizar, razonamiento emocional, deberías, etiquetado, personalización e inferencias arbitrarias), conducen a las personas a presentar cambios a nivel conductual, emocional y fisiológico. Al lograr identificar estas distorsiones, las personas pueden analizar realmente lo que les sucede y entender pautas que les servirán para controlar y manejar sus emociones. Para lograr este objetivo, dicha técnica utiliza instrumentos como la entrevista, los cuestionarios y los autorregistros.

- **De Relajación.** Ruiz, Díaz & Villalobos (2012). Derivada también de la terapia cognitivo conductual, siendo quizás de las más empleadas en intervenciones, ya que su aplicación es viable en un gran número de situaciones. De igual manera va a implicar tres componentes como son el fisiológico (*reducción de parámetros somáticos y autónomos*); subjetivos (*expresiones orales de sensaciones de tranquilidad*) y; conductuales (*estados de quietud motora*), al igual que a sus posibles vías de interacción e influencia.
- **Genograma.** McGoldrick y Gerson (1985). Surge de la Teoría Familiar Sistémica, que tiene como objetivo a través en dibujar un árbol familiar, estudiar la extensión familiar del paciente (persona índice) con la finalidad de contar con la información necesaria acerca de los actores inmediatos entre sí en la problemática familiar; incluyendo a todos los miembros nucleares y anexos de la familia, así como los que no pertenecen a la misma, pero que vivieron en ella o tuvieron un papel importante,

registrando sus conductas derivadas dentro del sistema familiar. El evaluar este sistema desde el punto de vista histórico y las transiciones de ciclos vitales permiten situar cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia.

Categorías de análisis

- Definición conceptual

Violencia de género:

“De acuerdo a la Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer llevada a cabo en la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) el 23 de febrero de 1994: la violencia contra las mujeres o violencia de género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (ONU, 1994).

Trastorno de Estrés Postraumático:

“Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser

testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen” (IMSS, 2011, p.10)

- Definición operacional

Violencia de género: cualquier acción que conlleve agresión de índole, sexual, psicológica, física o económica hacia las mujeres, que se realice de forma intencional o no, ejercida del varón hacia la mujer.

Trastorno de Estrés Postraumático: Tics nerviosos, paralización, evitación, olores, imágenes, sueños, sobresaltos, sudoración, mareo, falta de concentración, terror, ira, culpa, vergüenza, distanciamiento social, conductas de riesgo, insomnio.

Procedimiento

La evaluación psicológica se realiza en seis sesiones, con frecuencia semanal y una duración de 50 minutos. En la primera, se aplica entrevista semiestructurada para la recolección de datos sociodemográficos e históricos de situaciones de violencia para la elaboración del Análisis Funcional (Cuadro 1); así como la línea base (Tabla 1); en la segunda, se evalúan síntomas psicológicos a través de instrumentos diseñados para verificar niveles de depresión y/o ansiedad; en la tercera se entregan resultados de las evaluaciones realizadas; pregunta a la usuaria sobre lo que desea obtener del proceso terapéutico y; explicación sobre el llenado del autorregistro.

Para la cuarta sesión, se realiza introducción sobre la técnica del genograma, y se da inicio a su construcción; en la quinta se analizan respuestas del autorregistro y seguimiento a la construcción de genograma. Como resultado de la evaluación y análisis de las anteriores sesiones, así como a los trastornos comórbidos que la usuaria presenta; se realiza revisión y estudio de la literatura sobre posible diagnóstico de TEPT, y los protocolos idóneos de intervención psicológica.

En la sexta sesión se da seguimiento al cumplimiento del autorregistro y se lleva a cabo evaluación del TEPT mediante la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R).

Después de esta fase de evaluación, el protocolo de intervención clínica elegido a partir de su estudio, es la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) que se ha mostrado efectiva para atender problemas relacionados con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) así como síntomas corolarios derivados de acontecimientos traumáticos. En el Manual del Terapeuta de Resick, Monson, y Chard (2008), se describen las fases que se deben llevar a cabo:

1. Psicoeducación sobre el TEPT, desde una perspectiva Cognitivo Conductual.
2. El procesamiento del trauma a través de ejercicios de escritura y lectura acerca del evento traumático, y posteriormente el diálogo socrático sobre el evento y el sentido que el paciente le ha otorgado.

3. Detención del pensamiento, enseñándole al paciente como puede detener y modificar sus pensamientos y las interpretaciones que hace sobre lo sucedido.
4. Reestructuración Cognitiva. Su objetivo es modificar el esquema cognitivo activado por el evento del paciente.

Al mismo tiempo, se describe que está compuesta por 12 sesiones con frecuencia semanal y una duración de 50 minutos; cada una comienza con un resumen que explica brevemente el formato de ésta, después se revisa cada segmento detalladamente con las metas, la lógica y un diálogo de ejemplo; al final de cada sesión se realiza nota de evolución para facilitar el seguimiento del progreso del paciente/terapeuta. Los folletos relevantes para el paciente también están incluidos en cada sesión.

Las metas a alcanzar en el plan de tratamiento para TEPT, se encuentran descritas de acuerdo a los temas diseñados para éste. Lo anterior se detalla en el (Cuadro 2).

Desarrollo de las sesiones de Evaluación e Intervención

Fase de la evaluación

Sesión 1.

Objetivo terapéutico: Conocer el motivo de consulta y realizar recogida de información a través de la Entrevista Semiestructurada para Mujeres en Situación de Violencia de Pareja (Anexo 1)

Desarrollo: Se comentó sobre el motivo de consulta, refiriendo la usuaria diversas problemáticas a lo largo de su vida en el tema de violencia (sexual, familiar y psicológica). Se aplicó entrevista y se obtuvo la información para evaluación del caso a través del Análisis Funcional.

Sesión 2.

Objetivo terapéutico: Se aplicaron los instrumentos, Inventario de Depresión de Beck BDI (Anexo 2) e Inventario de Ansiedad de Beck (Anexo 3).

Desarrollo: Se explicó a la usuaria sobre la aplicación de instrumentos de evaluación para la detección de algún estado de depresión y/o ansiedad, se procedió a la aplicación.

Sesión 3.

Objetivo terapéutico: Se informó a la usuaria del diagnóstico de acuerdo a los resultados de los instrumentos aplicados, se realizó la pregunta sobre lo que desea obtener del proceso terapéutico y se dio la explicación sobre el procedimiento para llevar a cabo un autorregistro (Anexo 4).

Desarrollo: Se informó a la usuaria del diagnóstico de acuerdo a los resultados de los instrumentos aplicados: Asimismo, se realizó pregunta sobre lo que espera obtener del proceso terapéutico y explicación sobre el llenado del autorregistro durante los siete días de la semana, anotando emociones, pensamientos y conductas.

Tarea: Autorregistro.

Sesión 4.

Objetivo terapéutico: Analizar las respuestas del autorregistro, escucha sobre relato de evento sucedido en la semana y explicación e inicio en la construcción del genograma (Anexo 5).

Desarrollo: Se solicitó formato de autorregistro para su análisis (*sin entregar*). Relativo al acoso sexual, refirió tocamientos (piernas y cuello) de un amigo, evadiendo la situación sin algún tipo de réplica. Se realizó una breve explicación sobre la importancia de los límites, mostrándose receptiva a la información. Asimismo se dio una breve introducción sobre la técnica del genograma, para que a partir de los símbolos que dibujaría construyera su árbol familiar con la información sobre los miembros y sus relaciones. Se dio inicio con la construcción del genograma, mostrando una excelente disposición para la elaboración y aprendizaje.

Tarea: Se le pidió traer para la siguiente sesión, el autorregistro y recabar información sobre algunos miembros de su familia para continuar con la construcción del genograma.

Sesión 5.

Objetivo terapéutico: Analizar las respuestas del autorregistro, escucha sobre nuevo acoso sexual sucedido en la semana, y continuar con la construcción del genograma.

Desarrollo: Se solicitó formato de autorregistro para su análisis (*sin entregar*), sin embargo refirió que lo realizó, percatándose de que es una persona impaciente. Relativo al evento sucedido en la semana, mencionó que nuevamente recibió invitación de su amigo a salir, negándose a hacerlo. Por compromiso social, tuvo que retirarse y no se continuó con la construcción del genograma.

Tarea: Se le pidió traer para la siguiente sesión, el autorregistro, así como la información para la construcción del genograma.

Como resultado de la evaluación y análisis de las anteriores sesiones, se realizó revisión y estudio de la literatura sobre posible diagnóstico de TEPT, y los protocolos idóneos de intervención psicológica, con la finalidad de estructurar una serie de objetivos para su realización. Asimismo se evaluaron los trastornos comórbidos que la usuaria ha presentado posteriormente de los eventos

traumáticos, como son: ideación suicida, depresión, intentos de suicidio, hipoglucemia y dolores de estómago.

Sesión 6.

Objetivo terapéutico: Analizar las respuestas del autorregistro, continuar con la construcción del genograma, escucha a la usuaria sobre la reacción a un evento laboral de la semana anterior y evaluación de la terapeuta del TEPT.

Desarrollo: Se solicitó formato de autorregistro para su análisis (*sin entregar*), sin embargo refirió que lo realizó, percatándose de que tuvo una reacción a manera de control sobre un desacuerdo laboral. Se llevó a cabo evaluación del TEPT mediante la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) Anexo 6.

Tarea: Se le pidió traer para la siguiente sesión, el autorregistro, así como la información para la construcción del genograma.

Tabla 1. Análisis Funcional de la Conducta

Modelo Secuencial Integrativo (Fernández y Carboles) Análisis Funcional				
Antecedentes (funcionales)	Organismo	Respuestas (conductas de interés)	Contingencias	Consecuencias
<p>Externos</p> <p>Ausencia durante su infancia y adolescencia de un cuidador adulto.</p> <p>Falta de apoyo afectivo y emocional de los padres (menor en el padre).</p> <p>Alcoholismo del lado materno (mamá, tía, abuela y abuelo).</p> <p>Creencias socioculturales maternas sobre las relaciones de sumisión y dependencia respecto del hombre.</p>	<p>Biológico/Fisiológico</p> <p>Ritmo respiratorio acelerado</p> <p>Dolores de cabeza</p> <p>Insomnio ocasional</p> <p>Hipoglucemia</p> <p>Dolores de estómago desde los 12 años hasta la actualidad.</p> <p>Ayunos prolongados durante la adolescencia (<i>ingesta de alimentos una vez al día</i>).</p>	<p>Nivel motor</p> <p>Continuo movimiento extremidades inferiores.</p> <p>Rapidez al hablar.</p>	<p>Evasión mediante el trabajo.</p> <p>Dolores de estómago.</p> <p>Paralización ante una situación de acoso sexual.</p>	<p>Desarrollo de alguna patología del Sistema Digestivo.</p> <p>Vulnerabilidad de otra violación sexual.</p> <p>Vulnerabilidad de cursar con un estado o trastorno depresivo.</p> <p>Vulnerabilidad un nuevo intento de suicidio.</p>
<p>Internos cognitivos</p> <p>Soledad</p> <p>Aislamiento</p> <p>Pensamientos suicidas desde los 12 años.</p>	<p>Habilidades:</p> <p><i>Presencia</i></p> <p>Motivación y confianza para lograr culminar una licenciatura.</p> <p>En el ámbito laboral trabaja desde hace 11 años.</p> <p>Buena forma de comunicarse al interactuar con las personas de su familia.</p> <p>Escucha activa</p> <p>Carencia.</p> <p>Dificultad en sus relaciones sentimentales y sexuales.</p>	<p>Nivel fisiológico</p> <p>Ritmo respiratorio</p> <p>Dolores de cabeza</p> <p>Insomnio ocasional</p> <p>Hipoglucemia</p> <p>Dolores de estómago desde los 12 años hasta la actualidad.</p>		
<p>Acontecimientos históricos</p> <p>Violación sexual en la etapa de la niñez y adolescencia (4, 9 y 11 años).</p> <p>Aborto inducido a los 15 años, durante noviazgo.</p> <p>Intento de suicidio a los y 15 años.</p> <p>Intento de suicidio a los 29 años. Derivada al médico psiquiatra, y diagnosticada con trastorno depresivo, con tratamiento farmacológico por seis meses.</p> <p>Matrimonio por 10 años con violencia familiar. Actualmente separada.</p>	<p>Prácticas individuales, sociales, y culturales</p> <p>Durante adolescencia se rodeó de amigos y amigas con problemas familiares.</p> <p>Actualmente no tiene o frecuenta un círculo social. Interacción social solo con la familia y compañeros de trabajo.</p> <p>Valores</p> <p>Responsabilidad, lealtad, honestidad, tolerancia, empatía y respeto.</p> <p>Creencias</p> <p>Mamá debió haber tenido solamente hijos varones (<i>refiere mi mamá es misógina</i>).</p> <p>La familia social y culturalmente aceptada.</p> <p>Estereotipo de belleza de la mujer.</p>	<p>Nivel cognitivo</p> <p>Miedo a cursar nuevamente con un estado o trastorno depresivo.</p>		

Figura 1. Línea Base

LÍNEA BASE								
EDAD								
0	4	9	11	15	18	27	29	40
	Primera violación sexual	Segunda violación sexual	Tercera violación sexual	Aborto inducido Primer intento de suicidio	Inicio de violencia familiar	Disonancia	Segundo intento de suicidio	Acoso Sexual

Fase de Intervención

Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC)

Tabla 2. Plan de tratamiento para TEPT

SESIÓN	TEMA	METAS
1	Introducción y educación	<ul style="list-style-type: none"> a. Construir el <u>rapport</u> con la usuaria. b. Explicar y educar a la usuaria sobre los síntomas del TEPT y la depresión. c. Proporcionar la fundamentación del tratamiento basado en la conceptualización cognitiva del TEPT. d. Delinear el curso del tratamiento. e. <u>Elicitar</u> el cumplimiento del tratamiento.
2	El significado del acontecimiento	<ul style="list-style-type: none"> a. Comenzar a determinar puntos de estancamiento de la usuaria y formular por qué no se ha recuperado de forma natural del acontecimiento (relato de impacto). b. Revisar la formulación cognitivo conductual del TEPT y la depresión. c. Empezar ayudando a la usuaria a identificar la conexión entre sucesos, pensamientos y emociones. El principal vehículo para la comprensión de lo que la usuaria entiende de su propio trauma y sus efectos a través del relato de impacto. Revisar los efectos del trauma en su vida y que puedan utilizarse para producir motivación para el cambio.
3	Identificación de pensamientos y emociones	<ul style="list-style-type: none"> a. Ayudar a la usuaria a etiquetar pensamientos y emociones en respuesta a sucesos. b. Introducir la idea de que el cambio de pensamientos puede cambiar la intensidad o el tipo de emociones que experimenta. c. Comenzar a desafiar la <u>autoculpa</u> de la usuaria, y culpa con relación al suceso traumático mediante preguntas socráticas. d. Asignar a la usuaria la tarea de escribir detalladamente el incidente traumático.
4	Recuerdo del acontecimiento traumático	<ul style="list-style-type: none"> a. Que la usuaria lea su tarea, con expresión afectiva. b. Identificar puntos de estancamiento de la usuaria para el suceso. c. Empezar a desafiar la <u>autoculpa</u> y otras asimilaciones con diálogo socrático. d. Reasignar las tareas con más detalles y con todo lo que salga.
5	Identificación de los puntos de estancamiento	<ul style="list-style-type: none"> a. Hacer que la usuaria lea y discuta la versión más nueva del relato del trauma. b. Discutir nuevas adicciones u omisiones. c. Comprobar el progreso de la expresión afectiva y <u>autoculpa/culpa</u> y otras formas de asimilación. d. Continuar con la terapia cognitiva en los puntos de estancamiento del suceso. e. Introducir el registro de las Cuestiones de Desafío de manera que la usuaria pueda empezar el dialogo socrático por sí misma. f. Asignar Registros de Desafío de Creencias y un relato para otro suceso traumático.
6	Preguntas de desafío	<ul style="list-style-type: none"> a. Revisión de los Registros de Preguntas de Discusión. b. Ayudar a la usuaria a responder las preguntas con las que tuvo dificultades. c. Continuar con la terapia cognitiva para los puntos de estancamiento que esté intentando la usuaria desafiar. d. Introducir y asignar como práctica el Registro de Patrones de Pensamiento Problemático.

SESIÓN	TEMA	METAS
7	Patrones de pensamiento problemático	<ul style="list-style-type: none"> a. Revisión del Registro de Patrones Problemáticos de Pensamiento. b. Ayudar a la usuaria a determinar si tienes fuertes tendencia a cualquier patrón contraproducente. c. Introducir el Registro de Discusión de Creencias que se empleará durante el resto de la terapia. d. Introducir el Folleto de Módulo de Seguridad.
8	Cuestiones sobre la seguridad	<ul style="list-style-type: none"> a. Examinar los registros de Discusión de Creencias y ayudarle a rellenar los registros. b. Revisar el módulo de seguridad y centrar la atención en las cuestiones de seguridad con ella misma u otros para los que la usuaria debería rellenar registros. c. Introducir el Módulo de Confianza y los conceptos sobre la confianza en uno mismo y otros.
9	Cuestiones sobre la confianza	<ul style="list-style-type: none"> a. Revisión los registros sobre la confianza en sí misma y en otros. b. Revisión de otros registros sobre puntos de estancamiento. c. Introducir el modelo y conceptos sobre el poder y control.
10	Cuestiones sobre el poder/control	<ul style="list-style-type: none"> a. Revisión de los Registros de discusión de creencias de la usuaria sobre control y poder. b. Introducir el Módulo de Estima ara la discusión de problemas de estima consigo misma y otros. c. Asignar a la usuaria tareas de dar y recibir cumplidos. d. Pedir a la usuaria haga al menos una cosa agradable para ella misma cada día (programación de sucesos agradables).
11	Cuestiones sobre la estima	<ul style="list-style-type: none"> a. Revisión de los cumplidos y actividades agradables que la usuaria haya realizado para sí misma. b. Revisión del Registro de Discusión de Creencias en estima y otros temas. c. Introducir los conceptos de auto-intimidad y otros-intimidad. d. Asignar Registro de Discusión de Creencias. e. Asignar un nuevo Relato de Impacto.
12	Cuestiones sobre la intimidad y significado del acontecimiento	<ul style="list-style-type: none"> a. Revisión de los Registros de Discusión de Creencias relacionados con la intimidad y trabajar en cualquier punto de estancamiento que pueda estar interfiriendo en el desarrollo o mantenimiento de relaciones con ella misma y otros. b. Hacer que la usuaria lea el Relato de Impacto final. c. Leer el primer Relato de Impacto y comparar los dos relatos. d. Revisar el curso del tratamiento. e. Identificar metas para el futuro. f. Recordar a la usuaria que está asumiendo funciones como terapeuta y que debe continuar practicando las habilidades que ha aprendido.

Sesión 1.

Objetivo terapéutico: Introducción y educación.

Analizar respuestas del autorregistro, información de los síntomas que se presentan en TEPT, revisión breve del evento más traumático y asignación de tareas en casa.

Desarrollo: Se revisó con la usuaria el autorregistro asignado en la sesión anterior y se procedió a su análisis, en el cual explicó haber detectado impaciencia y control en sus actividades. Asimismo, se llevó a cabo psicoeducación sobre los

síntomas que se presentan en el TEPT. En la revisión breve del acontecimiento más traumático que ha tenido a lo largo de su vida, refirió la violación sufrida en su niñez. Como comentario final, se hizo énfasis en la importancia del cumplimiento de las tareas.

Tarea: Se le solicitó realizar lectura de folletos, recabar información de formatos, así como practicar la técnica de relajación (respiración profunda o diafragmática).

- Formato de Afirmación de Impacto (Anexo 7)
- Folleto sobre puntos de estancamiento (Anexo 8)
- Formato sobre puntos de estancamiento (Anexo 9).
- Folleto de respiración profunda o diafragmática (Anexo 10).

Nota de evolución: La usuaria ha terminado la sesión de TPC para TEPT, entregó autorregistro. Se realizó psicoeducación sobre síntomas que presenta el trastorno, proporcionando la lógica del tratamiento que incluye el uso de reestructuración cognitiva para disminuir puntos de estancamiento que han impedido el procesamiento emocional más completo de los sucesos traumáticos. La usuaria proporcionó una breve descripción del evento más traumático.

Asimismo, se le ha proporcionado la tarea práctica de escribir un Relato de Impacto de sus experiencias traumáticas sobre sus emociones y creencias de sí misma, sobre los otros y sobre el mundo.

Sesión 2.

Objetivo terapéutico: El significado del acontecimiento.

Aplicación de la PCL-S, lectura y análisis del relato de impacto, inicio en la identificación de puntos de estancamiento, ayudar a la usuaria a identificar conexiones entre pensamientos y sentimientos, presentación y explicación de hojas de trabajo A-B-C, asignación de actividades solución de problemas y corroboración de práctica de relajación.

Desarrollo: se aplicó PCL-S antes de comenzar la sesión, se revisó y anexó al expediente. La usuaria dio lectura al relato de impacto, y posteriormente se procedió a su análisis. Identificó y analizó punto de estancamiento y conexiones entre pensamientos y sentimientos.

Asimismo se realizó presentación y explicación de hojas de trabajo A-B-C, así como la corroboración de la práctica de ejercicios de relajación (cumplió).

Tarea:

- Folleto para identificar emociones (Anexo 11).
- Formato Registro A-B-C (Anexo 12).
- Ejemplo formato A-B-C (Anexo 13).
- Ejemplo formato A-B-C (Anexo 14).
- Formato PCL-S (Anexo 15).

Nota de evolución: La usuaria ha terminado la sesión de TPC para TEPT. Realizó la tarea práctica relacionada con escribir una Redacción del Impacto, describiéndolo así como sus pensamientos y creencias sobre sí misma, otros y el mundo. Se discutió durante la sesión, poniendo énfasis en la identificación de los puntos de estancamiento en los pensamientos que interfieren en su recuperación. Se revisaron las relaciones entre pensamientos, emociones y conductas. La usuaria está de acuerdo con la cumplimentación diaria de los registros A-B-C, que tienen como objetivo monitorear pensamientos, emociones y conductas hasta la siguiente sesión.

Sesión 3.

Objetivo terapéutico: Identificación de emociones y pensamientos.
Revisión y análisis del registro A-B-C, ayudar a la usuaria a etiquetar emociones y pensamientos y como respuesta a sucesos, introducir la idea de que el cambio de

pensamientos puede cambiar la intensidad o el tipo de emociones que experimenta, comenzar a desafiar la autculpa y culpa de la usuaria referente al suceso traumático mediante preguntas socráticas, asignarle la tarea de escribir detalladamente el incidente traumático y escucha de relato sobre un intento de suicidio de su hija menor, así como las preguntas socráticas relacionadas con éste.

Desarrollo: Respecto de la revisión y análisis del registro A-B-C, no cumplió derivado del suceso con su menor hija (intento de suicidio). Derivado de lo anterior no se realizaron las actividades previstas para la sesión, sin embargo, se realizó una revisión con la usuaria sobre el avance obtenido hasta la fecha con la finalidad de que revisara las herramientas obtenidas hasta la fecha en sesiones anteriores, con la finalidad de poder afrontar este suceso. Con relación a la asignación de escribir detalladamente el suceso traumático de la infancia, no se asignó, privilegiando en su lugar el registro A-B-C. Asimismo se observaron rasgos relevantes como respuestas motoras: posición corporal de encorvamiento y rapidez al hablar; respuesta fisiológica de ritmo respiratorio acelerado, y respuesta emocional de llanto. Es importante señalar que durante las preguntas socráticas realizadas ante este evento, se observó una progresiva e importante disminución de las respuestas anteriormente citadas.

Tarea: Retomar el registro A-B-C y práctica de técnica de relajación.

Nota de evolución: No cumplimentó el registro A-B-C, refiriendo suceso familiar, sin embargo se trabajó en identificar pensamientos, sentimientos y conductas para evento. Se concluye la sesión con la tarea de continuar con el registro A-B-C y practicar técnica de relajación y/o realizar algún tipo de ejercicio físico por 30 minutos.

Sesión 3_A.

Objetivo terapéutico: Identificación de Pensamientos y Sentimientos.

Administración de la PCL-S, revisión del registro A-B-C, discusión sobre puntos de estancamiento de autculpa relacionados con el intento de suicidio de su hija menor y asignación de tareas.

Desarrollo: Antes de comenzar con la sesión se solicitó a la usuaria, realizar registro en el PCL-S. Se llevó a cabo revisión del registro A-B-C en el que la usuaria solo registró un día. Enseguida se discutió punto de estancamiento respecto a pensamientos catastróficos respecto de sus intentos de suicidio, con el de su hija, realizando diálogo socrático para ayudar a la usuaria a identificar pensamientos, emociones y conductas.

Tarea: Continuar con el registro A-B-C, realizar relato del evento traumático, la práctica de relajación de respiración y/o realizar algún tipo de ejercicio físico por 30 minutos.

Nota de evolución: Derivado del intento de suicidio de su hija menor, se observó que de acuerdo con el registro A-B-C y el diálogo socrático sostenido, logra identificar pensamientos, emociones, y conductas de forma favorable. Disminución progresiva de respuestas fisiológicas y refirió tratar de mantener la calma necesaria para esperar los resultados de la evaluación psiquiátrica de su hija.

Sesión 4.

Objetivo terapéutico: Recuerdo del acontecimiento traumático.

Administración de la PCL-S, revisión y lectura del acontecimiento traumático y asignación de tareas.

Desarrollo: Antes de comenzar con la sesión se solicitó a la usuaria, realizar registro en el PCL-S. Se revisó el cumplimiento de la elaboración escrita del acontecimiento traumático. Ella dio lectura en voz alta con expresión de nerviosismo y miedo lo siguiente: *“Recuerdo que vivía en un departamento en la*

planta baja de un edificio de tres pisos, mis papás se iban a trabajar todos los días y nos quedábamos mis hermanos y yo, el mayor de 5 años y el más pequeño que era un bebé al cuidado de una muchacha, no recuerdo que edad tenía, tal vez unos 17 años. Mi hermano estaba en la sala jugando y el bebé estaba en su cuna en una recámara, yo sabía que un muchacho como de la edad de la muchacha, iba a verla a veces y se metía por una ventana grande que ella le abría. El día que sucedió creo era de mañana, ella me encerró en el cuarto de mis papás y fue a hablarle al hombre este, luego llegó y se metió conmigo en el cuarto, ella cerró la puerta; él se bajó los pantalones y me empujó para que me hincara y luego me empujó la cabeza para hacerle sexo oral, yo no sabía que estaba pasando, o qué era eso. Recuerdo un olor desagradable de su semen, sentí mucho asco, de pronto todo se volvió negro no veía nada, solo recuerdo que después de eso vi la cama, los burós y el tocador de mi mamá. Esto se repitió en varias ocasiones en diferentes días; no recuerdo cuántas, tal vez tres, o más, no lo sé.

Posteriormente al analizar su relato, menciona que al leerlo recordó que hace unos años, después de que se separó de su esposo, tuvo sexo tres veces con un hombre que le representaba a todo un caballero, pero que para hacerlo tomaba algunas copas de alcohol. Notó en esas relaciones sexuales que el semen de esta persona, no tenía olor.

Tiempo después tuvo una relación de pareja, en la que no consumía alcohol antes de las relaciones sexuales, y que curiosamente sí tenía olor su semen, si no desagradable, tampoco muy agradable.

Resaltó que si llega a tener una relación sexual con alguien y el olor es desagradable, no volvería a tener una más. Se retira.

Se detectó punto de estancamiento respecto a los olores y se le desafió a que relacionara el evento traumático, con dos relaciones sexuales posteriores que tuvo después de la separación de su esposo, y que en ese momento asoció.

Tarea: Reescribir relato del trauma completo, leerlo diariamente, cumplimentar registro, A-B-C.

Nota de evolución: La usuaria cumplió con la tarea de escribir el relato detallado del suceso más traumático, monitoreó no de forma diaria los pensamientos, emociones y conductas sobre éste. Durante la sesión cuando se le desafió en el punto de estancamiento, al principio se notó desconcertada y nerviosa, pero fue capaz de tolerar estas emociones, poco a poco se fue relajando y en un momento asoció su relato con dos experiencias sexuales posteriores, encontrando cierta concordancia de sus reacciones frente al olor.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos fases. La primera describe los resultados de la evaluación; la segunda los resultados de la intervención, la relación existente entre violencia de género y el Trastorno de Estrés Postraumático y, por último, un breve resumen sobre su genograma.

Fase de Evaluación

Durante la primera sesión, se obtuvo información a través de la aplicación de la entrevista semiestructurada, la historia de vida así como los eventos más significativos y relevantes durante ésta, identificando la presencia de violación sexual en tres ocasiones y en la etapa de desarrollo de la niñez; además de conductas problema de tipo: conductual (*dificultad para establecer una relación sentimental y sexual con alguna pareja*); cognitivo (*miedo a cursar nuevamente un cuadro depresivo*) y; fisiológico (*aumento del ritmo respiratorio, movimiento constante de extremidades inferiores, rapidez al hablar, dolores de cabeza, insomnio ocasional, hipoglucemia y dolores de estómago desde los 12 años hasta la actualidad*).

Es importante señalar que se pudo establecer con la usuaria un buen rapport.

Posteriormente, se realizó la aplicación de los inventarios de depresión y ansiedad con los resultados siguientes.

RANGOS DE DEPRESIÓN	
Normal	1-10
Leve	11-16
Moderada	17-30
Extrema	+ 40

RANGOS DE ANSIEDAD	
Mínima	0-7
Leve	8-15
Moderada	16-25
Grave	26-63

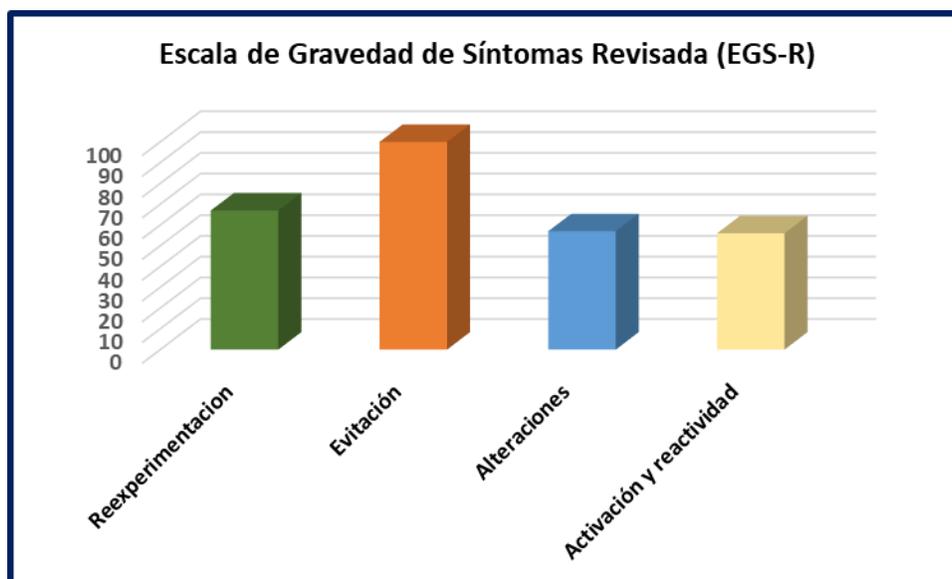
Los valores identificados en esta evaluación fueron:

1. Depresión BDI: 11 (Leve)
2. Ansiedad BAI: 11 (Leve)

Como resultado de la evaluación y análisis de las anteriores sesiones, se realizó revisión y estudio de la literatura sobre posible diagnóstico de TEPT, con la finalidad de resumir los aspectos más importantes para realizar la identificación de los factores asociados a la aparición del trastorno, así como de los instrumentos utilizados en la práctica para tratarlo. Asimismo se evaluaron los trastornos comórbidos que la usuaria ha presentado posteriormente de los eventos traumáticos, como son: ideación suicida, depresión, intentos de suicidio, dolores de estómago continuos e hipoglucemia.

Por último, se llevó a cabo evaluación mediante la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5 (Echeburúa, et.al. 2016).

Gráfico 1. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5



Como información complementaria de esta escala, se hallaron dos síntomas disociativos: *¿Las cosas horribles que a veces ocurren, son un sueño? “Y cuando ocurre, las personas parecen irreales”*. Se registró asimismo, presentación demorada de 36 años del cuadro clínico desde el último evento traumático. Es importante señalar que en una investigación sobre la presentación demorada, se estimó que el 15% de los casos remiten en 1 año, 27% en 2 años y 38% en 5 años. El 37% continuarán teniendo TEPT 30 años después del comienzo (Bados, 2015, p. 20).

Fase de intervención.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación, mostraron la presencia de un Trastorno de Estrés Postraumático, por lo que se dio inicio al tratamiento conforme al Manual del Terapeuta de Resick, Monson, y Chard (2008) de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), realizando introducción y educación de éste, explicando los síntomas que presenta y la lógica para llevar a cabo el tratamiento

- Dentro del significado del acontecimiento la usuaria manifestó:
 - *“A los 4 años, no tenía conciencia real de lo que me hacía el hombre, no tenía poder, control de las cosas, físicamente era una niña”*.
 - *“Conforme pasaron los años me di cuenta que algo había en mí que era atractiva para este tipo de hombres”*.
 - *“Mi confianza en las personas no era buena, no podía decirle nada a nadie”*.
 - *Mi seguridad era vulnerable, y más cuando había hombres cerca de mí”*.

- *“Todo esto afectó mi seguridad, autoestima, intimidad, y la confianza que yo podía depositar en los demás”.*
- *“Con mi esposo no pude tener una relación libre, porque se quedaron en mí muchas sensaciones, momentos, olores que me impidieron ser una mujer plena en lo sexual”.*
- *“Se me formó un carácter a la defensiva de todo, especialmente con mi esposo”.*
- Punto de estancamiento. Se halló dificultad de tener una relación de pareja (*“Creo muy poco en la felicidad, no estoy hecha o preparada para tener una relación de pareja, me siento hueca, no tengo nada que dar”*).
- Identificación de pensamientos y sentimientos. Derivado a que en esta fase se presentó un intento de suicidio de su hija menor (13 años), a través de etiquetar sus emociones, pensamientos y conductas, pudo identificar la tristeza, miedo, autoculpa, así como de forma conductual al querer dejar de trabajar para poder cuidar a su hija de acuerdo a la recomendación del médico psiquiatra de mantenerla vigilada las 24 horas.

Posteriormente, en la siguiente sesión conforme al plan de tratamiento se retomó, el cual consistió en que la usuaria escribiera un relato detallado sobre el recuerdo del acontecimiento traumático. Dio lectura, manifestando reacciones emocionales de nerviosismo y miedo, al terminar de leerlo se le desafió respecto a los recuerdos de olor que refirió durante la lectura como desagradable; asociándolo en un momento posterior con dos experiencias sexuales en la etapa

de la adultez, encontrando cierta concordancia de sus reacciones frente al olor; se notó desconcertada y nerviosa, pero fue capaz de tolerar estas emociones.

Los cambios obtenidos tras las cuatro sesiones de intervención fueron:

- Una mejor regulación, cognitiva, emocional y fisiológica, con una reducción de los síntomas presentados inicialmente para TEPT. Dentro de los aprendizajes está el proceso de discusión y cuestionamiento de los procesos automáticos, contar con una mejor comprensión de su funcionamiento psicológico, así como la adquisición de un conjunto de creencias más funcionales en diferentes áreas de su vida.
- Disminución de tensión a pensamientos intrusivos y catastróficos, y de respuestas emocionales intensas y condicionadas, de acuerdo a la práctica de la técnica de relajación.
- Respecto a la visión de sí misma, cuenta con mejores competencias, adaptándose y confiando más en sus capacidades, logros, autoprotección y autoestima, así como el hecho de continuar impulsada a obtener mejores niveles de desarrollo en los diversos ámbitos de su vida.

Finalmente, los resultados obtenidos sobre violencia de género y estrés postraumático, mostraron una asociación significativa. Los resultados del tratamiento hasta la fase de intervención de la sesión número cuatro, las evidencias muestran que la intervención se encuentra en un avance importante.

Resultados genograma.

De acuerdo a los resultados parciales de la técnica del genograma, se observó la presencia de las siguientes características:

- Relaciones familiares. Las tres generaciones del lado materno, tienen un fuerte sistema de creencias patriarcales, privilegiando el matrimonio, sin acceso a que haya una separación o divorcio. Las evidencias sobre el funcionamiento del sistema familiar, mostraron que sus relaciones han sido conflictivas, con datos de abuso sexual y psicológico, así como alcoholismo

Se continuará con el proceso terapéutico conforme al Manual del Terapeuta de Resick, Monson, y Chard (2008) de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) a partir de la sesión número cinco, así como con la finalización en la construcción del Genograma, lo anterior bajo la supervisión de la Directora de Tesis.

Conclusión

Saquinaula, Castillo & Rosales (2020) en su estudio sobre Violencia de género y Trastornos de Estrés Postraumático en Mujeres Peruanas, consideran que la violencia de género—y, sobre todo, la violencia contra la mujer— es un grave problema social y de salud de grandes proporciones que ocasiona problemas significativos y a veces irreparables dentro de la sociedad; mencionando a su vez que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, más de la tercera parte total de la población femenina en el mundo, ha sido víctima de algún tipo de violencia y donde una de las secuelas más frecuentes es el TEPT. De modo

similar se mostró que el 45% de las mujeres presentaron síntomas de TEPT, una proporción que correspondería a aquellas que sufrieron violencia de intensidad moderada y severa en todas sus modalidades: física, psicológica, sexual y económica. Otros estudios encontraron a su vez porcentajes similares en la incidencia de casos de TEPT con sintomatologías de evitación, re experimentación e hiperalerta. La relación significativa entre la violencia de género y los TEPT, permite inferir que mientras mayor sea la severidad de violencia física, psicológica o sexual, mayor es la probabilidad de que se presenten síntomas de este trastorno.

De acuerdo a Sarasua, et. al. (2013) en un estudio realizado sobre los efectos del abuso sexual en la niñez, los efectos de la victimización a largo plazo, son muy negativos, y guardan una estrecha relación en la aparición de alteraciones emocionales en la juventud y la vida adulta, pudiendo experimentar un TEPT crónico en algunos casos, con una sintomatología ansiosa-depresiva, un comportamiento sexual insatisfactorio, trastornos de la personalidad, alteración de la conducta, problemas respiratorios, gastrointestinales, sobrepeso, dolores de cabeza persistentes. Por otro lado el impacto psicológico dependerá de la frecuencia, duración, la gravedad del abuso y la relación con el agresor, así como con la fase del desarrollo psicológico de la víctima en la que tuvo lugar la agresión sexual. Además existen los factores amortiguadores como son las relaciones familiares cohesionadas, una red de apoyo social y una autoestima positiva.

Para finalizar y de acuerdo a las investigaciones realizadas para el presente trabajo, las evidencias mostraron que la violencia de género sufrida por la usuaria, fue uno de los factores más importantes que incidieron en el curso de un TEPT.

Así pues, actualmente se ha logrado un avance sobre el tema de Violencia de Género, la magnitud de este problema aún sigue estando presente, acompañada por diversas consecuencias para las mujeres que las sufren y que se han plasmado en esta investigación.

La visibilización de esta problemática así como su magnitud, solo se conoce parcialmente, pues de acuerdo a Martínez (2015), la información recabada por algunas instituciones, se encuentra infradiagnosticada, infradeclarada e infradocumentada; por lo que se hace necesario, trabajemos dentro de la sociedad, desde el ámbito de competencia de cada uno de nosotros, para dejar de perpetuar todo tipo de violencia, ya que seguimos escuchando mensajes dirigidos a minimizar o negar lo que sucede, chistes relacionados con la desigualdad de géneros, mitos sobre las mujeres agredidas, etc., que siguen dando origen a que se encuentren vulnerables, violentadas y revictimizadas en algunos otros casos.

Limitaciones de la investigación

Una limitación dentro de esta investigación, se refiere al número de sesiones que se vio excedida derivado en primer lugar a la evaluación extensa en seis sesiones referente a la violencia de género presentada en la usuaria; en segundo lugar a la intervención para el TEPT, que consta de 12 sesiones, pero que en la sesión número tres se presentó un evento sumamente estresante para

la usuaria, como lo fue el intento de suicidio de su hija de 13 años, que requirió privilegiar la escucha del relato así como trabajar reestructuración cognitiva con la finalidad de disminuir los pensamientos catastróficos acerca de lo sucedido, las emociones desbordadas y las respuestas fisiológicas presentadas. Asimismo para la siguiente sesión que correspondía a la número cuatro, se realizó un seguimiento sobre el particular con la misma dinámica, lo que retrasó el programa de intervención.

REFERENCIAS

- Arinero, G. (2006) Análisis de la eficacia de un Programa de Intervención Psicológico para Víctimas de Violencia Doméstica. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/7457/1/T29611.pdf>
- Ayala, S. y Hernández, M. (2012) "La violencia hacia la mujer. Antecedentes y aspectos teóricos", en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Recuperado de: www.eumed.net/rev/cccss/20/
- Bados, A. (2015) Trastorno de Estrés Postraumático. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2010). La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Recuperado de: <https://pavlov.psyciencia.com.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/10/Reestructuracion-Cognitiva-paso-a-apso.pdf>
- Batres, G. (1997) Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto. 2. ed., rev.- San José (Costa Rica): ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.
- Batres, G. (1998) Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas. Recuperado de: <http://giocondabatres.com/descargas/Manual%20Tratamiento%20Grupal-%20Adultas%20y%20Adolescentes.pdf>
- Batres, G. (1999) Violencia contra las mujeres en relación de Pareja. Módulo III. Violencia de género, derechos humanos e intervención policial. Recuperado de: http://giocondabatres.com/descargas/modulo3_violencia_de_genero.pdf

- Batres, G. (2009) Violencia intrafamiliar y la intervención policial desde el género. Seminario Internacional sobre el Uso de la Fuerza y la Protección de los Derechos Humanos. Recuperado de: <http://www.giocondabatres.com/modules/news/article.php?storyid=6>
- Calvo, G. y Bejarano, C. (2014) La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Revista electrónica trimestral de Enfermería. No.33. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022
- Castro, R. (2014) Violencia de Género. Recuperado de: <https://debatefeminista.cieg.unam.mx/include/pdf/23violencia-de-genero.pdf>
- Da Silva, S., García, M. y Da Silva, B. (2017) Una revisión histórica de las violencias contra las mujeres. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/rdp/v10n1/2179-8966-rdp-10-1-170.pdf>
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., y De Corral, P. (2013) Tratamiento Psicológico de Mujeres Víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Echeburua/publication/296775043_Psychological_treatment_of_recent_and_non-recent_adult_female_victims_of_sexual_assault/links/5ac487cd0f7e9becc9d4d1d9/Psychological-treatment-of-recent-and-non-recent-adult-female-victims-of-sexual-assault.pdf
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., y De Corral, P. (2013) *Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo.* Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16725574004.pdf>
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado, T., y Muñoz (2016) Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art04.pdf>

García, O. (2005) La efectividad de la Terapia Genero-Sensitiva en Mujeres Codependientes. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_1323.pdf

Gobierno Federal (2010) Secretaría de Salud. Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos.

Gobierno Federal (2010) Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual de Operación.

Gobierno Federal (2013-2018) Secretaría de Salud. Prevención y atención de la violencia familiar y de Género. Recuperado de: cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/PrevencionyAtnViolenciaFamiliardeGenero.pdf

Guadarrama, G., y Torres G. (2018), *Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente*. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de: <http://148.215.1.182/bitstream/handle/20.500.11799/95142/SALUD%20MENTAL%20Y%20CONDUCTAS%20DE%20RIESGO%20EN%20EL%20ADOLESCENTEindd.pdf?sequence=3#page=85>

Guzmán, S., Padrós, B., Laca, A., y García, C. (2015). *Intervenciones Psicológicas basadas en la evidencia para el Trastorno por Estrés Postraumático*. Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num3/Vol18No3Art15.pdf>

Hernández, L. (2013) Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual. Recuperado de: http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/hernandez_nicolas.pdf

Hernández, L. (2020) Trastorno de Estrés Postraumático. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19751/Trastorno%20de%20Estres%20Postraumatico%20.pdf?sequence=1>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2011) Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/515GER.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2019). “*Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*”. Datos Nacionales. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019_Nal.pdf

López, G. y Lozano, M. (2017) La violencia familiar. Situación actual y recomendaciones para su prevención en la ciudad de Iquitos, Perú. Recuperado de: <http://fadvamerica.org/wp-content/uploads/2017/07/La-Violencia-Familiar-en-Iquitos-FADV.pdf>

Magaña, J. (2017) El delito de violencia familiar: un estudio comparativo de la situación en España y el Estado de Michoacán (México) Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/40979/1/T38316.pdf>

McGoldrick y Gerson (1985) Genogramas en la Evaluación Familiar. Recuperado de: <http://libroesoterico.com/biblioteca/islam/Mcgoldrick%20y%20Gerson%20Genogramas%20en%20La%20Evaluacion%20Familiar.pdf>

Martín, A. y De Paúl, O. (2004) Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72716108.pdf>

Martínez, P. (2015) Perfil Externalizante e Internalizante, y Estrés Postraumático en Menores Expuestos a Violencia de Género: Características y Comorbilidad. Recuperado de: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/47129/1/TESIS%20AMMP.pdf>

Medina, I., y Medina, A. (2019) Violencias contra las mujeres en relaciones de pareja en México. *Intersticios sociales* no.18 Zapopan. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642019000200269

Nezu, A., Nezu, C., y D'Zurrilla (2014) *Terapia de solución de Problemas. Manual de tratamiento*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

ONU (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asamblea General. Cuadragésimo octavo periodo de sesiones. Recuperado de: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=S

Perela, L. (2010) *Violencia de Género: Violencia Psicológica*. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/FORO/article/view/37248/36050>

Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, G., y Martínez, V. (2001) *Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud*. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/spm/2001.v43n3/182-191/#>

Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008) *Cognitive processing therapy veteran/military vaersión: Therapist Manual*. Washington, D.C: Departament of Veterans' Affairs.

Ruiz, M., Díaz, M & Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Sánchez de los Monteros, A. (2020) *La violencia de género en México*. Recuperado de: https://www.revista.unam.mx/2020v21n4/la_violencia_de_genero_en_mexico_en_que_vamos/

Saquinaula, S., Castillo, S., y Rosales, M. (2020) *Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas*. Recuperado de: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/download/3596/2738>

Universidad de Colima. El Portal de la tesis. Recuperado de: https://recursos.ucol.mx/tesis/propositos_revision_literatura.php

5. Nivel de estudios

Lee y escribe	()	Bachiller/técnica	()
Educación primaria	()	Universitarios	()
Educación secundaria	()	Otros:	_____

6. Profesión y/o ocupación

7. Lugar y tipo de trabajo

En casa

Fuera de casa

Ambas

8. Nivel socioeconómico

Bajo () Medio-bajo () Alto ()

Medio () Medio-alto ()

9. Agresor

Pareja () Padre () Hermano ()

Novio () Madre () Hijo/a ()

Otros: _____

10. Tipo de Abuso Experimentado: Físico / Psicológico / Económico / Sexual

El primer incidente (especificar en relación con el tipo de maltrato)

En caso de maltrato físico, ¿ha sufrido maltrato psicológico anteriormente?

En caso de maltrato físico, ¿ha sufrido maltrato psicológico anteriormente?

Un incidente típico

El incidente más grave

Frecuencia del maltrato en el último año

Por día () Por semana ()

Por mes () Al año ()

El último incidente

¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo? Si () No ()

Tipo de abuso experimentado

En caso de que los malos tratos no hayan surgido desde el principio de la convivencia, ¿ha habido algún acontecimiento específico que esté asociado con la aparición de los malos tratos?

Frecuencia del maltrato en el último año

0-3 meses () 3-6 meses () Más de seis meses ()

Acoso en la actualidad o en el último año

¿Por qué acudes en este momento en demanda de atención psicológica?

Describe cómo es (o cómo fue) la relación de noviazgo con su pareja actual (si es la misma que ejerce violencia).

11. Actos cometidos en el Abuso

<i>Insultos y amenazas</i>	()	<i>Fracturas</i>	()	<i>Empujones</i>	()
<i>Humillación y desvalorización</i>	()	<i>Retención en el hogar</i>	()	<i>Jalones de pelo</i>	()
<i>Puñetazos</i>	()	<i>Privaciones económicas o control excesivo del dinero</i>	()	<i>Agresiones sexuales</i>	()
<i>Patadas</i>	()	<i>Mordidas</i>	()	<i>Aislamiento familiar y social</i>	()
<i>Cachetadas</i>	()	<i>Estrangulamiento</i>	()	<i>Otros:</i>	_____
Contra los bienes					
<i>Ha roto o destruido objetos de la casa (Pega contra la pared o puerta, rompe platos, etc.)</i>	()	<i>Tirado objetos personales (ropa, zapatos, fotos, documentos personales, el celular, etc.)</i>	()		

12. Medio Coactivo empleado

<i>Arma de fuego</i>	_____
<i>Arma blanca</i>	_____
<i>Objeto contundente</i>	_____

13. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro?

En caso afirmativo, ¿cuándo ha sido la última vez que se presentó esta circunstancia?

14. Centro de Asistencia (MP, línea de emergencia, DIF, OSC, etc.)

<i>En el pasado</i>	()	<i>Al inicio de la intervención</i>	()	<i>Durante la intervención</i>	()
---------------------	-----	-------------------------------------	-----	--------------------------------	-----

15. Denuncias

<i>N° de denuncias</i>	<i>Tipo de denuncia</i>	
<i>Por iniciativa de:</i>	<i>Delito</i>	<i>Falta</i>

Abogado del turno de oficio especializado	_____	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____	_____
Abogado del turno de oficio especializado	_____	_____

16. Salidas del hogar

Número de veces _____

Lugares a los cuáles (dónde) ha acudido _____

Tiempo de estancia _____

17. Lesiones

Nº de lesiones ()	Nº de veces que ha recibido asistencia médica por las lesiones ()	Adquisición de certificados médicos ()
_____	_____	_____
Tipo de asistencia _____		
Tipo de lesiones _____		

18. ¿Ha contado el abuso a alguien?

Si () No ()

En caso afirmativo, ¿a quién? _____

19. ¿Dispone de apoyo social eficaz?

Si () No ()

20. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de agresión?

En la edad adulta () En la infancia ()

21. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

Si () No ()

¿De qué tipo? _____

22. ¿Ha recibido algún tratamiento psicológico anteriormente por la experiencia de abuso? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Cuándo lo abandonó?

23. ¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

24. ¿Ha recibido tratamiento psicológico? En caso afirmativo, ¿cuál?

25. ¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?

26. ¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

27. ¿Tiene problemas de salud importantes?

28. ¿En cuántas ocasiones ha acudido al médico en el último año? ¿Cuál ha sido la problemática consultada?

29. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas y/o alcohol?

Anexo 2

Inventario de Beck BDI.
SESA (2010) Lineamientos y Protocolos

INVENTARIO DE BECK BDI

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Nombre: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio (Calle, número, Colonia y Delegación):

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoge una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que te SENTISTE LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Encierra el número que se encuentra al lado de la oración que escogiste. Si varias oraciones de un grupo aplican a tu caso encierra cada una. Asegúrate de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer tu elección.

1	<i>Yo no me siento triste</i>	2	<i>En general no me siento descorazonada por el futuro</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Me siento triste.</i> 2. <i>Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.</i> 3. <i>Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.</i> 		<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Me siento descorazonada por mi futuro.</i> 2. <i>Siento que no tengo nada que esperar del futuro.</i> 3. <i>Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.</i>
3	<i>Yo no me siento como una fracasada</i>	4	<i>Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Siento que he fracasado más que las personas en general.</i> 2. <i>Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.</i> 3. <i>Siento que soy un completo fracaso como persona.</i> 		<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.</i> 2. <i>Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.</i> 3. <i>Estoy insatisfecha o aburrida con todo.</i>
5	<i>En realidad yo no me siento culpable</i>	6	<i>Yo no me siento que esté siendo</i>

			castigada
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo. 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Siento que podría ser castigada. 2. Espero ser castigada. 3. Siento que he sido castigada.
7	Yo no me siento desilusionada de mí misma	8	Yo no me siento que sea peor que otras personas
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy desilusionada de mí misma. 2. Estoy disgustada conmigo misma. 3. Me odio. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Me critico a mí misma por mis debilidades o errores. 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
9	Yo no tengo pensamientos suicidas	10	Yo no lloro más de lo usual
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo. 2. Me gustaría suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo. 2. Actualmente lloro todo el tiempo. 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
11	Yo no estoy más irritable de lo que solía estar	12	Yo no he perdido el interés en la gente
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes. 2. Me siento irritado todo el tiempo. 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar. 2. He perdido en gran medida el interés en la gente. 3. He perdido todo el interés en la gente.
13	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	14	Yo no siento que me vea peor de como me veía
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar. 2. He perdido en gran medida el interés en la gente. 3. He perdido todo el interés en la gente. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy preocupada de verme vieja o poco atractiva. 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractiva. 3. Creo que me veo fea.
15	Puedo trabajar tan bien como antes	16	Puedo dormir tan bien como antes
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo. 2. Tengo que obligarme para hacer algo. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo. 2. Me despierto una o dos horas más

	3. <i>Yo no puedo hacer ningún trabajo.</i>		<i>temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.</i> 3. <i>Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.</i>
17	<i>Yo no me canso más de lo habitual</i>	18	<i>Mi apetito no es peor de lo habitual</i>
	1. <i>Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.</i> 2. <i>Con cualquier cosa que haga me canso.</i> 3. <i>Estoy muy cansada para hacer cualquier cosa.</i>		1. <i>Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.</i> 2. <i>Mi apetito está muy mal ahora.</i> 3. <i>No tengo apetito de nada.</i>
19	<i>Yo no he perdido mucho peso últimamente</i>		
	1. <i>He perdido más de dos kilogramos.</i> 2. <i>He perdido más de cinco kilogramos.</i> 3. <i>He perdido más de ocho kilogramos.</i>		<i>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos</i> Sí () No ()
20	<i>Yo no estoy más preocupada de mi salud que antes</i>	21	<i>Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</i>
	1. <i>Estoy preocupada acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.</i> 2. <i>Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.</i> 3. <i>Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.</i>		1. <i>Estoy menos interesada en el sexo de lo que estaba.</i> 2. <i>Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora.</i> 3. <i>He perdido completamente el interés por el sexo.</i>

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM

Anexo 3

Inventario de Ansiedad de Beck.
SESA (2010) Lineamientos y Protocolos

Inventario de Ansiedad de Beck

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Nombre: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio (Calle, número, Colonia y Delegación):

En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems atentamente, e indica cómo te has sentido y cuánto te ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

	<i>En absoluto</i>	<i>Levemente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Severamente</i>
1. Torpe o entumida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Acelerada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Con temblor en las piernas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Incapaz de relajarte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Mareado, o que se te va la cabeza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Inestable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. <i>Atemorizada o asustada</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. <i>Nerviosa</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. <i>Con sensación de bloqueo</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. <i>Con temblores en las manos</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. <i>Inquieta, insegura</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. <i>Con miedo a perder el control</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. <i>Con sensación de ahogo</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. <i>Con temor a morir</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. <i>Con miedo</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. <i>Con problemas digestivos</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. <i>Con desvanecimientos</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. <i>Con rubor facial</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. <i>Con sudores, fríos o calientes</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

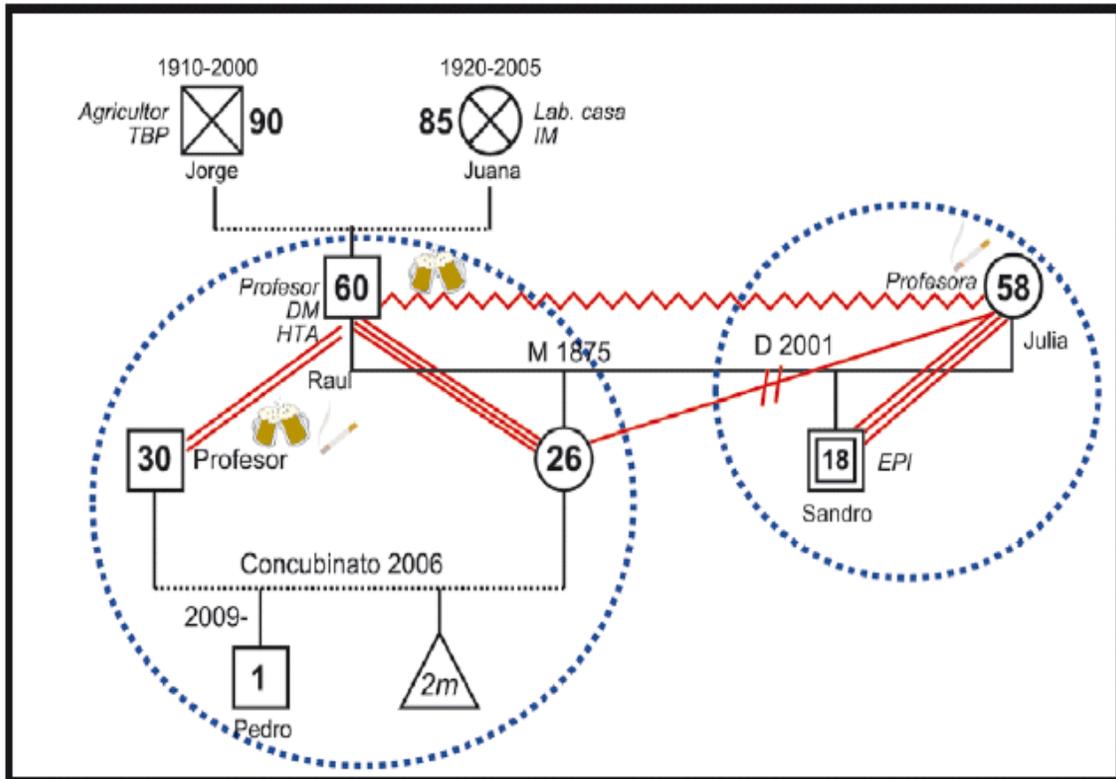
Anexo 4

Formato de autorregistro

INSTRUCCIONES: En la tabla que a continuación se te presenta te pedimos la llenes día con día. No olvides ser lo más honesto posible ya que es parte del trabajo de la terapia.						
DÍA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	SENSACIÓN	EMOCIÓN	COMPORTAMIENTO	ALTERNATIVA
	Descripción del momento en que ocurre el acontecimiento	¿Qué es lo que estoy pensando en ese momento? ¿Qué es lo que me viene a la cabeza?	¿Qué siento físicamente en el cuerpo? ¿En qué parte?	¿Cómo me siento: triste, enojado/a, nervioso/a, etc.?	¿Qué es lo que hago o dejo de hacer cuando me ocurre esto?	Creo que si pensara y/o hiciera las cosas de manera distinta, me serviría para estar mejor en esta situación ¿Cuál sería?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

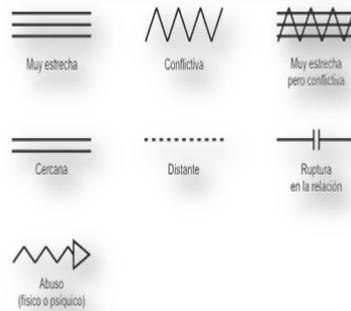
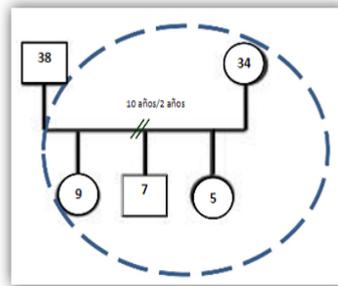
Anexo 5

Genograma
McGoldrick, M. Gerson, R. (2002) Genogramas en la Evaluación Familiar



Genograma

- ❑ Surge de la Teoría Familiar Sistémica de Murray Bowen (1913-1990), psiquiatra y profesor en la Universidad de Georgetown en Washington D.C.
- ❑ Es una técnica para dibujar mediante símbolos, un árbol familiar que registra información sobre sus miembros y sus relaciones durante al menos tres generaciones.
- ❑ Representa un rápido gestalt de complejas formas familiares y una rica fuente de hipótesis y un recurso invaluable en el proceso de evaluación.
- ❑ Su valor descriptivo es el impacto visual de la localización de roles y patrones de un sistema familiar.
- ❑ Es simple, de no intrusión, de fácil actualización, además de poder realizarlo a mano alzada.
- ❑ En su elaboración se pueden invertir 30 minutos o menos. Uno que integre a varios miembros de la familia, de 60 a 90 minutos.



- ❑ Ya que surge de la práctica de la terapia familiar, la mayoría de sus aplicaciones son en este campo.
- ❑ La información que se obtiene es además de la representación de la estructura familiar como un grupo, con una historia, también ofrece sus límites, jerarquías, alianzas internas y externas con el ambiente social, cambios en la organización familiar a lo largo del tiempo en relación con eventos que movilizan recursos o resistencias, la cohesión intrafamiliar y la calidad de la comunicación, percepción de los roles, mitos, creencias, etc.
- ❑ De igual forma el tipo de hogar, etapas del desarrollo, acontecimientos vitales de su familia, amigos y/o vecinos, instituciones sociales, escuela, trabajo, experiencias transgeneracionales de salud y enfermedad, determinación de pautas repetitivas sobre formas de relacionarse y formas de afrontamiento a situaciones críticas.

Elaboración propia.

Anexo 6

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

(Versión clínica)

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

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

(Versión clínica)

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

No.	Fecha	Sexo:	Edad:
Estado Civil:	Profesión:	Situación Laboral:	



1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (<i>la víctima es una persona significativa para el sujeto</i>).
<input type="checkbox"/>	Interviniente (<i>profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencia</i>).

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (<i>por ej. maltrato, abuso sexual</i>)

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

¿Ocurre actualmente? _____No _____Sí (indique el tiempo transcurrido desde el último episodio _____(meses)/_____(años).

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido?: _____No _____Sí _____(especificar).

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<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 SÍNTOMÁTICOS

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 semanas/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho
Reexperimentación			
<i>Ítems</i>			<i>Valoración</i>
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 o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?			0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (<i>sobresaltos, sudoración, mareos, etc.</i>) al tener pensamientos imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?			0 1 2 3

Puntuación reexperimentación _____ (Rango 0-15)

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

Puntuación en evitación _____ (Rango 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo			
<i>Ítems</i>			<i>Valoración</i>
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 continuada 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 (<i>por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos</i>)?			0 1 2 3

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

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

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

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

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

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

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

Anexo 7

Formato de Afirmación de Impacto
Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008) *Terapia de Procesamiento Cognitivo. Manual del Terapeuta.*

FORMATO DE AFIRMACION DE IMPACTO
TAREA PRÁCTICA

Por favor, escribe sobre por qué crees que te sucedió este acontecimiento traumático. No se te pide que escribas cosas específicas sobre este suceso. Escribe sobre lo que has pensado acerca de las causas de esto. Escribe también sobre los efectos que este acontecimiento ha tenido en tus creencias sobre ti mismo, sobre los otros, y sobre el mundo en las siguientes áreas: *seguridad, confianza, poder/control, estima, intimidad.*

Folleto sobre puntos de estancamiento
Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008) Terapia de Procesamiento
Cognitivo. Manual del Terapeuta.

Puntos de Estancamiento - ¿Qué son?

A lo largo de la terapia hablaremos sobre los puntos de estancamiento y te ayudaremos a identificar los tuyos. Básicamente, los puntos de estancamiento son creencias conflictivas o creencias muy negativas que originan emociones desagradables y problemáticas o conductas insanas. Los puntos de estancamiento pueden formarse de varias maneras distintas:

1. **Los puntos de estancamiento pueden ser conflictos entre las creencias previas y las creencias tras el acontecimiento traumático.**



ESTANCAMIENTO



Creencia previa

Soy capaz de protegerme en situaciones peligrosas

Herido durante el servicio militar

Fui herido durante el servicio militar, soy culpable

Resultados

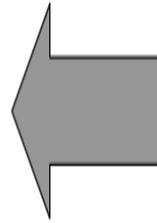
- Si no puedes cambiar tus creencias previas para aceptar lo que te sucedió (e. d., es posible que no pueda protegerme en todas las situaciones) puedes encontrarte diciéndote “Me lo merezco por lo que he hecho o he dejado de hacer. Soy el responsable de lo que ha sucedido.”
- Si te cuestionas tu papel en esa situación, puedes darle sentido diciendo “Malinterpreté lo que sucedió ... No me aclaro.... Actué inadecuadamente ... Debo estar loco, o debo haber hecho algo que lo haya causado ...”
- Si estás atascado aquí, llevará algún tiempo hasta que puedas alcanzar tus emociones sobre el trauma.

Meta

- Ayudarte a cambiar la creencia previa a “Puedes no ser capaz de protegerte en todas las situaciones”. Cuando puedas hacer esto, podrás aceptar lo que ha sucedido y seguir adelante desde allí.

2. Los puntos de estancamiento también pueden formarse cuando tienes creencias negativas previas que ves confirmadas o reforzadas por el acontecimiento

ESTANCAMIENTO
CONFIRMADO



Creencia Previa

No debemos confiar en la autoridad

Herido durante el servicio militar

Fui herido durante el servicio militar por culpa del jefe

Resultados

- Si ves el trauma como una prueba de que no se puede confiar en la autoridad, crees esto incluso más firmemente.
- Si te estancas aquí, puedes tener reacciones emocionales muy fuertes que interfieran con tu capacidad para tener relaciones satisfactorias con la autoridad. Puede resultarte “seguro” asumir que toda la autoridad es poco fiable, pero esta creencia te mantendrá angustiado, impactará negativamente con tus relaciones, posiblemente te lleve a problemas legales, sociales y laborales.

Meta:

- Ayudarte a modificar tus creencias de forma que no sean tan extremas. Por ejemplo, “Se puede confiar en algunas figuras de autoridad en alguna medida y en algunos aspectos.”

Folleto Respiración Profunda (diafragmática)
Nezu, A., Nezu, C., D´Zurrilla (2013) Terapia de solución de Problemas.
Manual de tratamiento

Respiración Profunda (Diafragmática)



Respiración profunda

La respiración profunda o diafragmática (lo que significa que la respiración no se origina en el pecho, sino en el diafragma) es uno de los métodos más sencillos, baratos y seguros de tranquilizar nuestro cuerpo. Según los médicos especializados en las interacciones entre cuerpo y mente, la respiración es una herramienta sumamente poderosa a la que podemos recurrir en cualquier momento.

Sigue los pasos enumerados a continuación para aprender el modo de maximizar la eficacia de tu respiración y gestionar mejor el estrés.

Paso 1. Acuéstate o siéntate en una postura cómoda y cierra los ojos.

Paso 2. Apoya suavemente las manos en tu cuerpo. Coloca la mano derecha sobre el diafragma, justo debajo de tu caja torácica y cerca de la cintura. Luego sitúa la mano izquierda en el centro de tu pecho, justo debajo del cuello.

Paso 3. Cobra conciencia de tu respiración. Date cuenta del modo en qué respiras ¿Qué mano se mueve más? Si la mano que tienes sobre el abdomen o el estómago es la que más sube o baja, tu respiración es más diafragmática que abdominal. Ese es el mejor modo de respirar.

Ejercita ahora ese tipo de respiración, manteniendo ambas manos sobre el vientre. Imagina, al inspirar, que todo tu abdomen, justo debajo de tu caja torácica, es un globo que se hincha de aire. Deja, cuando espires, que todo el

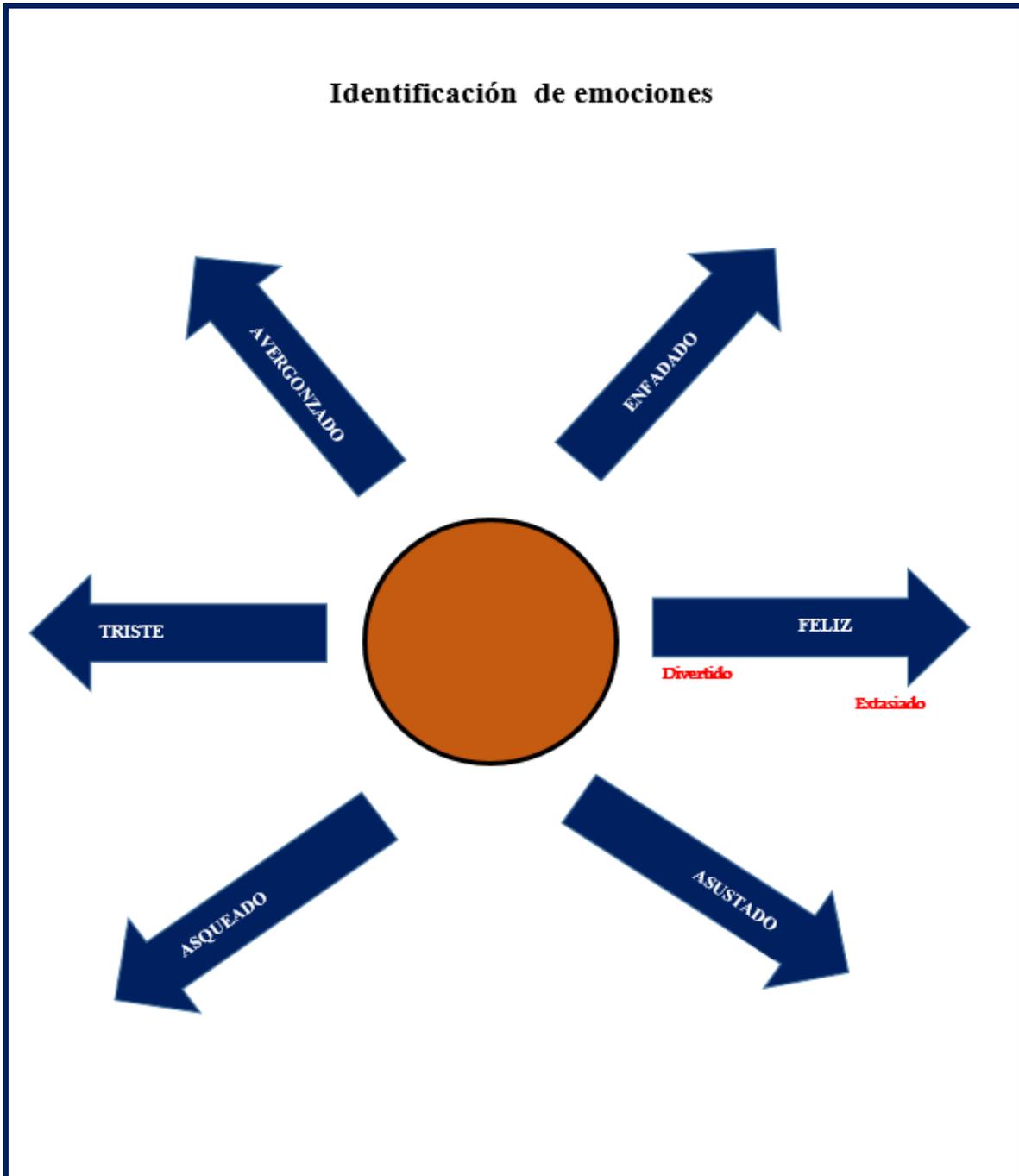
Paso 4. Sigue, durante 5 minutos, las siguientes directrices para respirar.

- Inhala *lenta y profundamente*, dirigiendo el aire a través de las fosas nasales hacia el abdomen y llenando de aire todo el espacio de tu vientre (si tienes dificultades para respirar con la nariz, hazlo por la boca).
- Expulsa ahora el aire *suave y lentamente* a través de la boca, produciendo un “sonido silbante” como el viento. Cierra los labios formando una “O” y libera tu respiración como si trataras de hacer con ella que un barco de papel surcase *lentamente* el agua.
Realiza varias respiraciones *profundas, lentas y largas*.
- Date cuenta del ascenso y descenso de tu abdomen.
- Repite (en silencio o en voz alta), una frase como, por ejemplo, “inspiro vida” a cada inhalación y “exhalo vida” a cada exhalación (otro ejemplo puede ser: “estoy respirando bien y estoy liberando las tensiones”).
- Sigue respirando de este modo durante unos 15 minutos.

Realiza este ejercicio respiratorio al menos una vez al día. Se trata de una práctica que solo requiere entre 3 y 5 minutos. En la medida en que vayas mejorando esta habilidad, puedes tratar de utilizarla para tranquilizar tu cuerpo en los momentos estresantes, sin necesidad de cerrar los ojos ni colocar las manos sobre el vientre.

Esta práctica puede ser muy adecuada, por ejemplo, mientras esperamos que llegue nuestro turno en una larga fila de la caja del supermercado, cuando nos vemos atrapados en un atasco de tráfico, antes de una importante presentación en el trabajo o en medio de un examen difícil. Apela a esta habilidad cuando sientas intensificarse el estrés al tratar de resolver tu problema.

Folleto para identificar emociones
Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008) Terapia de Procesamiento
Cognitivo. Manual del Terapeuta.



Formato Registro A-B-C
Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008) Terapia de Procesamiento
Cognitivo. Manual del Terapeuta.

Registro A-B-C

Fecha: _____ **Paciente:** _____

A ACONTECIMIENTO ACTIVADOR "Algo sucede"	B INTERPRETACIÓN	C CONSECUENCIA "Siento algo"

¿Son realistas los pensamientos que he puesto en "B"?

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro?

Ejemplo para llenar el Formato Registro A-B-C
Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008) Terapia de Procesamiento
Cognitivo. Manual del Terapeuta.

Registro A-B-C

Fecha: _____ Paciente: _____

A ACONTECIMIENTO ACTIVADOR "Algo sucede"	B INTERPRETACIÓN	C CONSECUENCIA "Siento algo"
"Disparé a una mujer vietnamita mientras combatía"	"Soy una mala persona porque maté a un civil indefenso"	"Me siento culpable y enfado conmigo mismo"

¿Son realistas los pensamientos que he puesto en "B"?

No, un error no me hace una mala persona. La gente se equivoca, y en situaciones de estrés elevado, como el frente de combate, se incrementa la probabilidad de tales errores"

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro?

He cometido muchos errores en mi vida, pero eso no me hace una mala persona. Puede que haya hecho cosas de las que me arrepiento, pero también he hecho cosas buenas en mi vida.

Ejemplo para llenar el Formato Registro A-B-C
Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008) Terapia de Procesamiento
Cognitivo. Manual del Terapeuta.

Registro A-B-C

Fecha: _____ Paciente: _____

A ACONTECIMIENTO ACTIVADOR "Algo sucede"	B INTERPRETACIÓN	C CONSECUENCIA "Siento algo"
"Construí un porche y la valla se cayó"	"Nunca hago nada bien"	"Me enfado y le doy una patada a la valla. También me siento triste porque no puedo hacer nada bien"

¿Son realistas los pensamientos que he puesto en "B"?

No, no podría mantenerlo ante un tribunal, porque yo hago ALGUNAS cosas.

¿Qué puedes decirte a ti mismo en esas ocasiones en el futuro?

Hay algunas cosas que hago bien. No es cierto que nunca haga nada bien.

Anexo 15.Formato PCL-S: Semanal

Resick, P. A., Monson, C.M. & Chard, K.M. (2008) Terapia de Procesamiento Cognitivo. Manual del Terapeuta.

PCL-S: SEMANAL

Instrucciones: Considera la experiencia más estresante que hayas experimentado: _____

Aquí hay una lista de problemas y quejas que a veces la gente experimenta en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lee cada una cuidadosamente, y luego indica, utilizando los números de la derecha, cuánto te ha preocupado el problema en la última semana.

Preguntas	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremo
1. Recuerdos repetitivos, inquietantes, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante.	1	2	3	4	5
2. Sueños repetitivos, inquietantes de la experiencia estresante.	1	2	3	4	5
3. Actuaciones o sentimientos repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo otra vez (como si estuvieras reviviendo).	1	2	3	4	5
4. Sentimientos de mucha preocupación cuando algo te ha recordado la experiencia estresante.	1	2	3	4	5
5. Reacciones físicas (p.ej. palpitación difícil, sudor) cuando algo te ha recordado la experiencia estresante.	1	2	3	4	5
6. Evitar pensar o hablar sobre la experiencia estresante o evitar sentimientos relacionados con ella.	1	2	3	4	5
7. Evitar actividades o situaciones porque te han recordado la experiencia estresante.	1	2	3	4	5
8. Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante.	1	2	3	4	5
9. Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban.	1	2	3	4	5
10. Sentimiento de distancia o aislamiento de otras personas.	1	2	3	4	5
11. Sentimientos de bloqueo emocional o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia personas más cercanas.	1	2	3	4	5
12. Sentir como si tu futuro de alguna manera será corto.	1	2	3	4	5
13. Problemas con el sueño.	1	2	3	4	5
14. Sentimientos de irritabilidad o explosiones de enfado.	1	2	3	4	5
15. Dificultades para la concentración.	1	2	3	4	5
16. Estar súper alerta o vigilante.	1	2	3	4	5
17. Sentirse nervioso, asustado.	1	2	3	4	5