



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO CON ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN
ADULTO

CANGO RODRIGUEZ YAMILETH ISMELDA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO CON ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS
AGUDO EN ADULTO**

**CANGO RODRIGUEZ YAMILETH ISMELDA
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**MACHALA
2019**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO CON ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN ADULTO

CANGO RODRIGUEZ YAMILETH ISMELDA
PSICÓLOGA CLÍNICA

PLACENCIO LOAYZA MAURICIO RODRIGO

MACHALA, 21 DE AGOSTO DE 2019

MACHALA
21 de agosto de 2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN ADULTO, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



PLACENCIO LOAYZA MAURICIO RODRIGO
0703693218
TUTOR - ESPECIALISTA 1



CUEVA REY ANDREA STEFFANIE
0703801332
ESPECIALISTA 2



REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE
0703340695
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: miércoles 21 de agosto de 2019 - 23:49

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ENSAYO - YAMILETH.docx (D54778206)
Submitted: 8/12/2019 12:59:00 AM
Submitted By: ycango_est@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

Wiki E.docx (D34012563)

Instances where selected sources appear:

1

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, CANGO RODRIGUEZ YAMILETH ISMELDA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN ADULTO, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 21 de agosto de 2019



CANGO RODRIGUEZ YAMILETH ISMELDA
0707074605

RESUMEN

El presente ensayo tiene como objetivo elaborar un plan psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual para el manejo de estrés y ansiedad en paciente con trastorno de estrés agudo. Este trastorno es un padecimiento que se presenta en personas que sufrieron o presenciaron en algún momento de su vida un acontecimiento que genere un trauma. Los síntomas que presenta este trastorno son pesadillas, alteración del sueño, disminución de relaciones sociales, familiares, sentido de la realidad alterado, problemas con la concentración, malestar psicológico intenso o prolongado, reacciones disociativas, manifestándose luego de tres días hasta cuatro semanas después del evento traumático.

Las técnicas psicoterapéuticas idóneas, según la revisión bibliográfica, son basadas desde el enfoque cognitivo conductual el cual va dirigido a cambiar conductas erróneas, por medio de la modificación de pensamientos y creencias.

Palabras claves: Trastorno de estrés agudo, diagnóstico, plan psicoterapéutico, enfoque cognitivo conductual.

ABSTRACT

This essay aims to develop a psychotherapeutic plan with a cognitive behavioral approach to stress and anxiety management in patients with acute stress disorder. This disorder is a condition that occurs in people who suffered or witnessed at some time in their life an event that causes trauma. The symptoms presented by this disorder are nightmares, sleep disturbance, decreased social, family relationships, altered sense of reality, problems with concentration, severe or prolonged psychological distress, dissociative reactions, manifesting after three days to four weeks after traumatic event.

The ideal psychotherapeutic techniques, according to the literature review, are based on the cognitive behavioral approach which is aimed at changing erroneous behaviors, through the modification of thoughts and beliefs.

Key words: Acute stress disorder, diagnosis, psychotherapeutic plan, cognitive behavioral approach.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	4
DESARROLLO	5
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	18

INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés agudo se produce en cualquier persona que sufriera en algún momento de su vida un suceso traumático grave, que le afecta de forma directa o indirecta produciéndole un shock emocional, desencadenando problemas que desestabilizan su equilibrio emocional y fisiológico.

La sintomatología del trastorno por estrés agudo son pesadillas, irritabilidad, alteración del sueño, cambios bruscos en su comportamiento afectando sus relaciones sociales, familiares, laborales, recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios, Malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos, reacciones disociativas, y presenta una duración de tres días después del suceso traumático hasta cuatro semanas.

Existen diversos enfoques que son utilizados para tratar los síntomas de este trastorno, por una parte tenemos la teoría del psicoanálisis que explica que en la infancia es donde se generan shocks emocionales, que aparecen en la edad adulta afectando su estado emocional y psicológico; otro enfoque es el condicionamiento operante en donde al presentarse un estímulo de manera natural ocasiona una re experimentación del trauma; y, la terapia cognitivo conductual es la técnica adecuada para tratar el trastorno de estrés agudo ya que emplea técnicas que ayudan al paciente a disminuir los síntomas.

El presente ensayo es de carácter bibliográfico porque toda la información se obtiene de artículos científicos actualizados; finalmente se tiene como objetivo principal diagnosticar y elaborar un plan psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual es la técnica adecuada para tratar el trastorno de estrés agudo ya que emplea técnicas que ayudan al paciente a superar la enfermedad mental y prevenir futuras recaídas del trastorno.

DESARROLLO

DIAGNÓSTICO Y PLAN PSICOTERAPÉUTICO CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN ADULTO

El psicólogo clínico dentro de su rol como profesional de la salud mental deberá ir adquiriendo habilidades que con el pasar del tiempo formaran parte de su vida hasta convertirlos en hábito, dentro de sus características principales está lograr un buen diagnóstico para poder guiar y tratar correctamente el malestar que le aqueja al paciente, prevención e intervención en el momento oportuno una correcta investigación es importante siempre mantener conocimientos actualizados (López, 2010).

El diagnóstico es una evaluación que la realiza un profesional en la salud mental que ayuda a conocer si el paciente tiene un adecuado bienestar mental o presenta malestar que afecta su equilibrio emocional, esto indica la importancia del diagnóstico para la realización de una terapia psicológica adecuada, o para minorar el malestar que representa un trastorno en la vida de un sujeto (Hernández, J., Hernández, P., Dueñas y Alena, 2012).

Una persona que está expuesta constantemente a eventos que le generen inquietud, zozobra, sobresalto, o retraimiento, tiene más predisposición a que desarrolle el trastorno en un momento determinado y el malestar que padecerá será intenso y prolongado de no ser tratado a tiempo lo cual desequilibrará su estado psicológico (Vergel, Tamayo, Vallejo, Posada y Restrepo, 2016).

A su vez provocará cambios emocionales, acompañados de síntomas afectivos no adecuados en un desarrollo normal, en primera instancia afectará a su círculo familiar, social, laboral, causando un daño significativo en estas áreas, en el transcurso del padecimiento de este trastorno no existe posibilidad de desarrollar un episodio maniaco (Astola, Hernández, Ruiz y García, 2015).

El trastorno por estrés agudo según Durón, Cárdenas y de la Rosa (2018), se inicia después de tres días posteriores al evento traumático y máximo cuatro semanas después de este, si los síntomas persisten sobrepasando el tiempo establecido del trastorno cambiaría el diagnóstico a un trastorno de estrés postraumático (TEP), donde el malestar es el mismo, se señala entonces que el estrés agudo se lo cataloga como un trastorno predictor para el estrés postraumático.

Otros autores mencionan que el trastorno por estrés agudo se da en sujetos que sufrieron en algún momento de su vida un suceso traumático grave de manera directa o indirecta, es decir que lo vivieron o lo escucharon por parte de terceros; los síntomas que presentan son pesadillas, alteración del sueño, disminución de relaciones, irritabilidad, evitar lugares que le recuerde el momento del suceso, incluyendo la despersonalización y la desrealización (Calzada, Oliveros y Acosta, 2012).

El sujeto desde su nivel psicológico interno debe formular estrategias que lo ayuden a sobrellevar los eventos inesperados que provocan un trauma y que desencadena dificultades. Estos sucesos generan en el paciente pánico acompañado de aislamiento, lo que ocasiona un riesgo para su integridad física y psicológica dejándolo incapacitado para afrontar por sí mismo situaciones que generen estrés (Echeburúa y otros, 2016).

Entonces el recuerdo del evento que causó el trauma, produce que la persona experimente por segunda ocasión los síntomas emocionales y fisiológicos ya vividos en el momento del suceso, desencadenando un trastorno de estrés agudo, trabajar la memoria emocional es importante porque allí se reservan los recuerdos vividos y se produce el estrés (Airaldi, 2014).

Como enfatiza Rojas, Vargas y Trujillo (2008) los sobrevivientes de una catástrofe natural desarrollan ataques de pánico durante y después del desastre, el individuo no está preparado para recibir tal impacto que produce una desestabilidad psíquica y del desarrollo, posteriormente se presentan con mayor frecuencia trastornos de tipo depresivo y ansiedad como lo es el trastorno por estrés agudo.

Por lo tanto la alteración psicológica causada por situaciones traumáticas, en el transcurso del diario vivir provocan dificultad en las áreas cognitivas, personales,

psicosociales, emocionales, conductuales, que alteran su desarrollo normal y se crea una inestabilidad que tiene un gran impacto en su equilibrio emocional afectando la forma de apreciar su entorno.

Para corroborar que la paciente padece el trastorno mencionado se debe constatar que cumpla con los criterios diagnósticos de trastornos mentales. A continuación, se enlista los criterios del trastorno de estrés agudo.

a. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes: experiencia directa del suceso traumático; presencia directa del suceso ocurrido a otros... b. Presencia de uno o más de los síntomas de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación que comienza después del suceso traumático; recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático; sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático; reacciones disociativas (...) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático, (...) malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático; estado de ánimo negativo; síntomas disociativos; síntomas de evitación; síntomas de alerta, problemas de concentración, respuesta de sobresalto exagerada. c. La duración del trastorno (...) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma. d. alteración clínicamente significativo en el deterioro social, laboral u otras áreas del funcionamiento. e. No se atribuye a problemas fisiológicos... (APA, 2013, pp. 280-281)

La sintomatología presentada por la paciente por consecuente se atribuye al trastorno de estrés agudo, según el manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales, quinta versión. A continuación, se fundamenta el trastorno relacionando lo manifestado por la paciente con los criterios diagnósticos.

La paciente llega a consulta en donde paso la mayor parte del tiempo frotándose los nudillos de una mano y mirando con vacuidad la habitación, su esposo señala que su cónyuge fue testigo de un evento que corresponde al choque de aviones en el patio trasero de su casa mientras bebía limonada, se distraía con recuerdos invasivos del

evento, cuando podía dormir tenía pesadillas, evitaba mirar el patio trasero donde fue que vio el choque los aviones, estaba aturdida sin capacidad de respuesta emocional, no podía recordar lo que había ocurrido durante parte del accidente.

Asimismo, cuando dormía tenía pesadillas, a partir de su incapacidad para concluir las conversaciones, inferimos problemas de concentración; se sobresalta con facilidad e incluso parecía estar en un estado de alerta excesivo en el consultorio del entrevistador, aseguró el esposo de la paciente, hace una semana estaba totalmente normal solo una semana antes había sido incapaz de realizar sus tareas domésticas de acuerdo con su esposo, la salud previa de la paciente había sido buena, lo que reducía la probabilidad de existía otra afección médica.

Se alude a los modelos de teorías del trastorno de estrés postraumático para el tratamiento del trastorno de estrés agudo principalmente por falta de información sobre el mismo, se aclara que su única variante es la duración de la sintomatología y por lo tanto las técnicas cumplen la misma función que es el mejoramiento del estado psicológico y emocional del paciente.

Referente al enfoque psicoanalítico de Freud, habla sobre la teoría de la seducción infantil, esta explica que en la infancia al experimentar un abuso sexual, el niño(a) lo reprime en su inconsciente como mecanismo de defensa para aliviar el sufrimiento, desencadenando de forma impetuosa en la edad adulta por algún incidente inesperado, generando un malestar nivel psicossomático (Escobar y Uribe, 2014).

Por otra parte tenemos la teoría del condicionamiento operante, esto indica que aun cuando se genere el estímulo incondicionado que causó el trauma en su inicio, los síntomas continuaran convirtiéndose en el estímulo condicionado. El estímulo incondicionado (EI) se produce por tanto en el momento que la persona reacciona de manera natural a dichos estímulos, y su sintomatología se da como una realidad al revivir el evento traumático de modo abrupto y esto produce un miedo acompañado de ansiedad (Botero, 2005).

Dentro del enfoque cognitivo conductual, encontramos la teoría del procesamiento emocional, en esta se procesa la información de mayor impacto, está encargada de

regular las experiencias emocionales negativas y tiene una elevada capacidad de evolucionarlas, transformarlas en fortaleza, es el sistema cognitivo donde se retiene el temor para después por medio de los efectos sensoriales revive su temor intenso causado por el evento traumático (De la Rosa y Cárdenas, 2012).

Estudios realizados comprueban que la terapia cognitivo conductual haciendo uso de técnicas como la del “aquí y el ahora”, ayuda a la disminución de niveles de estrés y a su vez mejora el estado de ánimo y la sintomatología donde desarrollan trastornos psicosociales, angustia y ansiedad que afectan el desarrollo normal de los pacientes que presentan el trastorno (Acevedo y Yanes, 2014; Linares, Robles y Peralta, 2014).

La terapia cognitivo conductual tiene una variedad de técnicas para tratar aquellos síntomas mencionados, se indica que el paciente debe ser activo para establecer una óptima relación terapéutica, asimismo, el proceso terapéutico será directivo y se direccionará en base al trastorno que padece, estableciendo metas y estrategias que deberán cumplirse en todo proceso.

Continuamente su estructura se basa en relación a la finalidad del tratamiento, se establecerá la duración, técnicas apropiadas, la paciente tendrá que adquirir actitudes y aptitudes para reestructurar su comportamiento, y la última es la peculiaridad de la intervención del tiempo limitado que tendrá el proceso terapéutico (Beck, 2010).

Entre las técnicas conductuales más utilizadas tenemos la técnica de Mindfulness, exposición controlada, entrenamiento en las resolución de problemas y afrontamiento, procesamiento; una de las técnicas que tiene mayor impacto en el mejoramiento de los síntomas es la reestructuración cognitiva, a través de esta se aprende a identificar y modificar emociones y pensamientos lo que genera que el paciente sea más resiliente y asertivo en situaciones estresantes (Acevedo y Yanes, 2014; Lotero y Arias, 2015).

Existen dos tipos de afrontamiento, el primero es el proactivo la persona tiende a desenvolverse con rapidez para evitar que el factor estresante tenga un impacto significativo en su vida sus mecanismos resilientes son fortalecidos, el segundo es ser reactivo sus reacciones se basan en sus instintos, son propensos a tener mayor impacto en su psiquis por eventos naturales, su característica es contradictoria en algunos se

vuelven sumisos, retraídos, mientras que en otras personas se desenvuelven de manera agresiva (Caballo, 2008).

Entonces su conducta de afrontamiento variara y dependerá de la capacidad de resiliencia de la persona por lo tanto puede ser reflexivo donde buscara por interés propio ayuda, genera alternativas para solucionar el factor estresante, mientras que el impulsivo sus emociones serán afectados porque no existe una respuesta conductual que ayude a sobrellevar el evento en ciertas situaciones buscaran culpar a otros de lo que les sucede para disminuir el impacto, también se enfrascaran en si mismo afectándolos significativamente porque esto genera mucho estrés

Por medio de estas técnicas, se brinda herramientas para que el paciente y sus familiares entiendan el diagnóstico y se trabaje en conjunto estableciendo objetivos para su pronta mejoría en las diferentes áreas de su vida principalmente el ámbito familiar porque es el más cercano de la paciente y de quien se recibe el apoyo inicial, luego social, etcétera, para que tenga éxito el tratamiento establecido por el terapeuta el paciente debe comprometerse a cumplir con las tareas indicadas por el profesional (Londoño, 2017).

Actualmente las técnicas de relajación tiene un impacto positivo porque se logra llegar a su objetivo principal que es relajar de forma gradual al paciente, la mente y el cuerpo se conectan para equilibrarse progresivamente hasta estabilizar su cognición y llevar con éxito la terapia eliminando por completo el malestar.

Diversos estudios indican que las técnicas cognitivo conductuales muestran una efectividad de 80% en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (Ramírez, Gonzales, 2012; Guzmán, Padros, Luca, García, 2015a). A continuación, se detalla el plan psicoterapéutico que consta de 12 sesiones (Ramírez, Gonzales, 2012; Guzmán, Padros, Luca, García, 2015b). El tratamiento se realizará dos veces por semana con una duración de 45 minutos aproximadamente por sesión

Primera sesión, presentación entre el terapeuta y la paciente, se establecerá el acuerdo terapéutico, luego se aplicara una técnica de relajación continua que se aplicara en varias sesiones posteriores y a continuación se realizara la psicoeducación a la paciente

en donde se brindara un apoyo emocional, se le aplicara técnicas adecuadas para tratar su trastorno y se logre su evolución.

La segunda sesión se iniciara con la técnica de relajación para luego presentar el tratamiento de cómo va a ir desarrollando y establecer objetivos que ayuden en la aceptación del trastorno, de la terapia, y mejoramiento del diagnóstico potenciando las fortalezas del paciente, en donde se le enseñara a buscar recursos propios para incrementar un cambio positivo en el desarrollo psicológico.

Tercera sesión, en esta sesión se aplicará la técnica de relajación donde se le pide que ponga su mente en blanco e ir eliminando los pensamientos invasivos negativos; se utilizará la técnica de exposición en vivo por medio de la imaginación que de modo progresivo vaya disminuyendo los síntomas que se presentan por el trastorno y que la reacción ante el estímulo temido erradique de forma gradual.

Cuarta sesión, El terapeuta empezaría con la técnica de relajación por medio de la respiración consciente luego de esto utilizamos la técnica de exposición prolongada para que la paciente logre afrontar de manera minuciosa lo vivido, y que logre volver a la realidad y e insertarla a su entorno, se utilizaran objetos y estímulos que estuvieron durante el evento traumático.

Quinta sesión, esta sesión comenzaría con la técnica de relajación muscular y mental de forma gradual, se continúa con la técnica procesamiento del trauma en donde se debe estimular a la paciente para que trabaje por medio del procesamiento desde su sistemas que se encuentra bloqueado por el suceso logrando reprocesar lo vivido y conseguir que la paciente asimile el suceso y lo interprete desde una perspectiva más positiva.

Sexta sesión, se iniciará con la técnica de relajación y respiración logrando que su cerebro se oxigene y esté preparado para que aprenda a utilizar la técnica de detención de pensamientos en donde la paciente debe reconocer que los pensamientos negativos no ayudan a su mejoría e irlos eliminando y modificando a positivos, logrando que la paciente utilice mecanismo propios.

Séptima sesión, se usaría la técnica de reestructuración cognitiva explicándole en que se basa dicha técnica que sirve para modificar sus comportamientos no adecuados que se adquirieron en el transcurso del trastorno y que permanecen, o de una forma adecuada valla desarrollando para el desarrollo cotidiano, pensamientos invasivos, creencias erradas y aprendizajes no productivos para su mejoría.

Octava sesión, en esta sesión se definirá lo que es la asertividad, como ser asertivo y lo indispensable de adaptarlo en su vida ya que este ayuda a buscar estrategias coherentes para afrontar situaciones que le causen estrés, malestar, incomodidad, modificar comportamientos no adecuados para el bienestar emocional y mejorar su entorno social, familiar y laboral.

Novena sesión, se le enseñaría la técnica de entrenamiento en solución de problemas por medio del ejercicio de la lluvia de ideas, la paciente se realizara una introspección de sus capacidades y habilidades, como utilizar estas fortalezas, los recursos propios que usara para sobrellevar problemas que se presentaran en su diario vivir y que los resolverá desde una perspectiva positiva y coherente.

Décima sesión, en esta intervención se fortalecerán los conocimientos adquiridos por medio de la recapitulación de todo lo aprendido, técnicas aplicadas, valoraciones, autoayuda, habilidades propias y adquiridas que la ayudan a ser más resiliente que utilizará para controlar la ansiedad, el estrés e incrementar su capacidad de resolución de problemas para prevenir futuras recaídas.

Décima primera sesión, se iniciaría con una técnica de relajación a continuación se tratará lo que implica tener una buena salud sea esta física, mental; el estado de ánimo debe estar acorde a su entorno, tener un correcto descanso, realizar caminatas, natación, yoga, estos ejercicios ayudan a oxigenar el cerebro, relajar los músculos y se mantiene una actividad física que ayuda a su salud.

Décima segunda sesión, en esta última sesión se realizaría el proceso de evaluación y seguimiento de la paciente para constatar el desarrollo que ha tenido en el transcurso de todas las terapias, lo aprendido, la importancia de utilizar técnicas que en situaciones de conflicto ayudaran a tener un equilibrio emocional y psicológico para lograr resolver

situaciones conflictivas que son parte de la vida y lo indispensable de culminar con la terapia.

En conclusión, la intervención que se realiza por medio de la técnica cognitivo conductual cambiara pensamientos no adecuados, sentimientos de desesperanza, relaciones interpersonales, comportamientos, actitudes, su salud mental, existirá una mejoría en las habilidades sociales, disminución de estados de ánimo negativos, como resultado se obtendrá una mejor calidad de vida para la paciente.

CONCLUSIONES

- El enfoque psicoanalítico explica que todo evento traumático se inicia en la infancia producido por abuso sexual; mientras, que en el condicionamiento operante debe existir un estímulo incondicionado que provoca el malestar y que va en crecimiento; por otra parte, el enfoque cognitivo conductual expone que el procesamiento emocional donde el temor se retiene es en las redes cognitivas.
- El diagnóstico, según el reactivo práctico, de la paciente es trastorno de estrés agudo, fundamentándose desde los criterios del manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales, quinta versión.
- El trastorno de estrés agudo afecta el estado mental de la persona desequilibrando la parte psicológica, emocional. Se desencadena después de un suceso traumático y los síntomas surgen pasados los tres días del hecho con una duración de 4 semanas.
- Las técnicas más apropiada para tratar el trastorno es la terapia cognitivo conductual, ya que, brinda herramientas que ayudan al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento y lograr un bienestar en su salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, A., & Yañez, C. R. (2014). Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales. Tesis Psicológica, 9(1), 156-171.
- Airaldi, M. C. (2014). Implicancias de la memoria emocional en la psicoterapia cognitiva. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 48(3). Recuperado de: <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v48i3.273>
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. Desclée de Brouwer.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Madrid: Siglo XXI. (Vol. 2).
- Calzada Reyes, A., Oliveros Delgado, Y. C., & Acosta Imas, Y. (2012). Trastorno por estrés agudo: Presentación de un caso. Cuadernos de Medicina Forense, 18(1), 27-31. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062012000100004>.
- Cruz Hernández, Jeddú, Hernández García, Pilar, Abraham Marcel, Enrique, Dueñas Gobel, Nancy, & Salvato Dueñas, Alena. (2012). Importancia del Método Clínico. Revista Cubana de Salud Pública, 38(3), 422-437. Recuperado http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300009&lng=es&tlng=es.
- De la Rosa Gómez, A., & López, G. C. (2012). Trastorno por estrés postraumático: eficacia de un programa de tratamiento mediante realidad virtual para víctimas de violencia criminal en población mexicana. Anuario de psicología/The UB Journal of psychology, 42(3), 377-391. DOI:10.22201/fesi.20070780.2017.9.2.68381
- Durón Figueroa, R., Cárdenas López, G., & De la Rosa Gómez, A. Estructura Factorial de la Escala de Trastorno por Estrés Agudo en población mexicana. Journal of Behavior, Health & Social Issues, 9(2), 7-16.

- Echeburúa, Enrique, Amor, Pedro J, Sarasua, Belén, Zubizarreta, Irene, Holgado-Tello, Francisco Pablo, & Muñoz, José Manuel. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>.
- García, C. B. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas psychologica*, 4(2), 205-219.
- Guzmán M, Padros Blázquez F, Laca Arocena F Y García Campos T. (2015). Intervenciones Psicológicas Basadas en la evidencia para el Trastorno por Estrés Traumático. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3), 1177-1189. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num3/Vol18No3Art15.pdf>
- Linares-Ortiz, Julia, Robles-Ortega, Humbelina, & Peralta-Ramírez, María I.. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de Psicología*, 30(1), 114-122. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.136281>
- Londoño Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139-145. doi: <https://doi.org/10.21501/16920945.2504>
- López, J. A. P. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 15(2), 233-255.
- Oleas, H., & Zúñiga, J. (2000). Trastorno de estrés postraumático. *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*, 141.
- Osorio, H. D. L., & Zuleta, A. M. A. (2016). Psicología basada en la evidencia y trastorno de estrés postraumático: un análisis de caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(1). Recuperado a partir de <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/24>

- Rojas-Medina, Y., Vargas Machuca, J. A., & Trujillo, O. V. (2008). Trastorno de estrés agudo y episodio depresivo mayor en víctimas de una inundación en Tingo María: prevalencia y efectos de su desplazamiento a un albergue. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(1), 66-73. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100010&lng=es&tlng=es.
- Treviño, J. R., & Ramírez, M. T. G. (2012). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en psicología*, 16(26), 26-38. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100003&lng=pt&tlng=es.
- Vergel, J., Tamayo-Orozco, S., Vallejo-Gómez, A. F., Posada, M. T., & Restrepo, D. (2017). Síndrome del corazón roto y estrés agudo. A propósito de un caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 257-262. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.001>
- Vispe Astola, Amaia, Hernández González, Miguel, Ruiz-Flores Bistuer, Miguel, & García-Valdecasas Campelo, José. (2015). De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 731-748. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400003>

ANEXOS

Anexos A

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Intervención psicológica terapéutica dirigida a paciente adulta que consta de 12 sesiones con una duración de 45 minutos aproximadamente por sesión.

Objetivo general

Realizar un plan terapéutico utilizando técnicas cognitivo conductual para disminuir niveles de estrés y ansiedad.

Sesión 1

- ✓ Presentación
- ✓ Psi coeducación

Objetivo:

Presentación del programa, y aplicación de técnicas de relajación para disminuir los niveles de ansiedad.

Sesión 2

- ✓ Tratamiento

Objetivo:

Aceptación del trastorno y del tratamiento.

Aprendizaje sobre como reforzar fortalezas mediante recursos propios.

Sesión 3

- ✓ Técnica de relajación
- ✓ Exposición en vivo

Objetivo:

- ✓ Habituarse al paciente por medio de videos para que responda menos al estímulo temido.

Sesión 4

- ✓ Técnica de relajación
- ✓ Exposición prolongada

Objetivo:

Re experimentación del trauma por medio de sucesos, aromas bebidas, hasta que la ansiedad disminuya de manera significativa.

Sesión 5

- ✓ Técnica de relajación
- ✓ Procesamiento del trauma

Objetivo:

Generar esperanza y pensamientos más saludables por medio de una interpretación positiva del evento.

Sesión 6

- ✓ Técnica de relajación
- ✓ Detención del pensamiento

Objetivo:

Enseñar al paciente a modificar pensamientos errados.

Sesión 7

- ✓ Reestructuración cognitiva

Objetivo:

Modificar pensamientos, creencias, aprendizajes que se activaron por el suceso traumático vivido por la paciente.

Sesión 8

- ✓ Asertividad
- ✓ Resiliencia

Objetivo:

Elaborar estrategias de afrontamiento para situaciones que le causan estrés y modificar comportamientos.

Sesión 9

- ✓ Lluvia de ideas
- ✓ Entrenamiento en solución de problemas

Objetivo:

Analizar sus capacidades y ejecutar sus habilidades de resolución ante conflictos de la vida diaria.

Sesión 10

- ✓ Fortalecimiento de conocimientos adquiridos

Objetivo:

Recapitular el aprendizaje adquirido y fortalecer su resiliencia para prevenir recaídas.

Sesión 11

- ✓ Salud

Objetivo:

Establecer metas que me ayuden a mi salud mental y física.

Sesión 12

- ✓ Evaluación

Objetivo:

Evaluar estado actual del paciente, su evolución con las técnicas aprendidas y mejoría en su trastorno

Anexo B

Caso clínico práctico

Paciente de 39 años, paso la mayor parte del tiempo frotándose los nudillos de una mano y mirando con vacuidad la habitación. Su esposo fue quien habló la mayor parte del tiempo, “No puede creer el cambio que ha tenido”, dijo. “Hace una semana estaba totalmente normal”. La paciente fue testigo de un evento que corresponde al choque de aviones. Estaba aturdida y sin capacidad de respuesta emocional y no podía recordar lo que había ocurrido durante parte del accidente. Cuando podía dormir tenía pesadillas; también evitaba mirar el patio trasero donde fue que vio el choque de los aviones, se sobresaltaba con facilidad e incluso parecía estar en un estado de alerta excesivo en el consultorio del entrevistador. A partir de su incapacidad para concluir las conversaciones, inferimos defectos de la concentración, puesto que se distraía con recuerdos invasivos del evento. Desde entonces, solo una semana antes, había sido incapaz de realizar sus tareas domésticas. De acuerdo con su esposo, la salud previa de la paciente había sido buena, lo que reducía la probabilidad de que existiera otra afección médica. No se indica si ella consumía alcohol o drogas, no obstante el hecho de que estuviera bebiendo limonada en el momento del choque sugeriría que no lo hacía.