



## Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

1A- Fernández Jara Antonia Lis Jazmín - OFICIO N° 132-2022- OGGE -AS-FAPS-UNFV

Fecha del Análisis:

26 /10/2022

Operador del Programa  
Informático:

Salazar Chamba Sofia Teresa

Correo del Operador del  
Programa Informático:

ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje:

6 %

Asesor:

Del Rosario Pacherras Orlando

Título:

"INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASO DE TRASTORNO DE  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA NIÑA"

Enlace:

<https://secure.arkund.com/old/view/140789811-581230-630420#DcY7DslwEEDBu7h+QI57P9IcBaVAEYlckCYI4u64Gc23fO6yPiuCTKYN6YgihjSNjSIBR1FE8MqjndcccPnA1/wJlhKCAu5Ue5xXuMY++va32Wtj2qm6ZH WI8Ld7PcH>

Jefe de la Oficina de Grados  
y Gestión del Egresado:



Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

# INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN CASO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA NIÑA

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia  
Cognitivo Conductual

Autora

Fernández Jara, Antonia Lis Jazmín

Asesor

Del Rosario Pacherras, Orlando  
(ORCID: 0000-0003-0091-9808)

Jurado

Aguirre Morales, Marivel Teresa  
Carlos Ventura, David Dionisio  
Tantalean Terrones, Lizley Janne

Lima - Perú

2022

## Pensamientos

“Aquellos que educan bien a los niños deberían ser más honrados que los que los producen; los segundos solo les dan la vida, los primeros el arte de vivir bien”.

Aristóteles

“El pasado no tiene poder sobre el momento presente”.

Eckhart Tolle

### **Dedicatoria**

A Dios, nuestro Padre, quien me brindó amor, paciencia y tolerancia para poder realizar el presente trabajo.

A mi padre y madre, que con el amor que tenían, me brindaron las capacidades para poder contribuir a la mejora de la sociedad.

### **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, mi Alma Mater y a la Facultad de Psicología, donde pude aprender diversos conocimientos en las aulas presencialmente y de manera virtual, a pesar del contexto de pandemia COVID 19, nos continuó brindando los servicios necesarios para seguir brindándonos conocimiento.

A los docentes de la segunda especialidad, y en especial a mi asesor, al profesor Orlando Del Rosario Pacherres, quien con su conocimiento, organización y paciencia pudo orientarme para terminar la realización del caso clínico.

A mi esposo, César Díaz Guerra, quien me apoyó durante las clases y la realización del caso, en diversos momentos difíciles y de estrés, y pudo brindarme el soporte emocional y amor para poder continuar y terminar con éxito la elaboración del presente trabajo.

## Índice

v

Carátula	
Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Descripción del problema	13
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Antecedentes Nacionales	15
1.2.2 Antecedentes Internacionales	17
1.2.3 Fundamentación teórica	20
1.3 Objetivos	30
1.4 Justificación	30
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	31
II. METODOLOGÍA	32
2.1 Tipo y diseño de investigación	32
2.2 Ámbito temporal y espacial	32
2.3 Variables de investigación	32
2.4 Participante	33
2.5 Técnicas e instrumentos	33
2.5.1 Técnicas	33

2.5.2	Instrumentos	35
2.5.3	Evaluación Psicológica	37
2.5.4	Evaluación Psicométrica	43
2.5.5	Informe Psicológico Integrador	48
2.6	Intervención	55
2.6.1	Plan de intervención y calendarización	55
2.6.2	Programa de intervención	56
2.7	Procedimiento	64
2.8	Consideraciones éticas	66
III	RESULTADOS	67
3.1	Análisis de Resultados	66
3.2	Discusión de Resultados	71
3.3	Seguimiento	74
IV	CONCLUSIONES	75
V	RECOMENDACIONES	76
VI	REFERENCIAS	77
VII	ANEXOS	82

## Índice de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>pp.</b>
Tabla 1. Características del abusador y de la familia en que se produce el abuso sexual.	27
Tabla 2. Indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual en las menores víctimas de abuso	27
Tabla 3. Consecuencias del abuso sexual infantil	28
Tabla 4. Datos familiares	42
Tabla 5. Lista de chequeo de conductas, emociones y pensamientos	44
Tabla 6. Puntajes de PTSD	45
Tabla 7. Criterios según el DSM V para el trastorno de estrés postraumático [309.81] (F43.10)	50
Tabla 8 . Diagnóstico funcional	52
Tabla 9. Análisis cognitivo desde la perspectiva de Beck	53
Tabla 10. Análisis funcional	54
Tabla 11. Plan de intervención y calendarización	55
Tabla 12. Sesión 1: Psicoeducación	56
Tabla 13. Sesión 2: Relajación muscular	57
Tabla 14. Sesión 3: Respiración diafragmática	58
Tabla 15. Sesión 4: Distorsiones cognitivas	59
Tabla 16. Sesión 5: Distorsiones cognitivas	60
Tabla 17. Sesión 6: Distorsiones cognitivas	60
Tabla 18. Sesión 7: Distorsiones cognitivas	61
Tabla 19. Sesión 8: Habilidades sociales	62
Tabla 20. Sesión 9: Solución de problemas	62
Tabla 21. Sesión 10: Solución de problemas	63
Tabla 22. Sesión 11, 12 y 13: Seguimiento	63
Tabla 23. Puntajes de los resultados del PTSD del pre-test y pos-test	66

## Índice de Figuras

<b>Figura</b>	<b>pp.</b>
Figura 1. Delitos por violación sexual denunciados en la Policía (2020)	24
Figura 2. Registro de frecuencias de conductas motoras	67
Figura 3. Registro de frecuencias de conductas fisiológicas	68
Figura 4. Registro de promedio de intensidad de emociones (0/10)	68
Figura 5. Registro de frecuencia de pensamientos	69

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo la disminución de la sintomatología de estrés postraumático de una paciente niña de 10 años que sufrió abuso sexual infantil, a través de la Terapia Cognitivo – Conductual (TCC), el tipo de investigación es aplicada, de diseño experimental y de caso único. Se evaluó a través de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (The Child Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale Symptom Scale, PTSD) de Foa et. al. 2001, seguido con la recolección de información para la elaboración de la línea base con la entrevista conductual, autorregistros y análisis funcional antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual, para lo cual se incluyeron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación de Koeppen, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas y reestructuración cognitiva. A su vez se entrenó a los padres, realizando psicoeducación constante acerca del TEPT. Se realizaron 13 sesiones de 60 minutos cada una, cada 15 o 30 días. Los resultados encontrados evidencian una disminución significativa de los síntomas de estrés postraumático, síntomas de reexperimentación, evitación y activación arousal. Se obtuvo un puntaje de la evaluación inicial en el PTSD (pre-test) de 41 y al final del proceso (post-test) de 17.

*Palabras clave:* Abuso sexual infantil, estrés postraumático, terapia cognitivo conductual.

### **Abstract**

The present study aims to reduce the post-traumatic stress symptoms of a 10-year-old girl patient who suffered child sexual abuse, through Cognitive Behavioural Therapy (TCC), the type of research is applied, experimental design and single case. It was assessed using The Child Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale Symptom Scale (PTSD) of Foa et. al. 2001, followed by the collection of information for the elaboration of the baseline with the behavioural interview, self-registers and functional analysis before and after the application of the cognitive behavioural programme, for which techniques such as psychoeducation, training in Koeppen's relaxation techniques, self-instructions for coping, assertiveness techniques, problem solving and cognitive restructuring were included. Parents were also trained, with ongoing psychoeducation about PTSD. Thirteen 60-minute sessions were held every 15 or 30 days. The results showed a significant decrease in post-traumatic stress symptoms, re-experiencing symptoms, avoidance and arousal. A score of 41 was obtained in the initial evaluation in the PTSD (pre-test) and 17 at the end of the process (post-test).

*Keywords:* Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, cognitive behavioural therapy.

## I. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil ha ido en aumento a lo largo de diferentes años, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) 27% entre niñas y 14% de niños, pudiendo generar diferentes consecuencias negativas para la víctima, desde consecuencias físicas, conductuales y emocionales, perjudicando en diferentes áreas donde se desenvuelve el/la menor (escolar, familiar y personal).

Una consecuencia de mayor prevalencia en estos casos es el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM HDHN, 2013), los principales trastornos de ansiedad de vida que un 5.1% de personas presentan este diagnóstico clínico. Y en el Perú, según el Centro de Emergencia Mujer (CEM, 2022) reportaron 2995 casos de violencia sexual contra menores de edad entre 0 a 11 años de sexo femenino, en el primer trimestre del presente año, solamente en Lima Metropolitana que realizaron su denuncia o hicieron de conocimiento ante un CEM.

Ante esta situación, las técnicas de la Terapia cognitivo conductual, son las consideradas más eficientes y eficaces al momento de abordar este tipo de casos (TEPT), así como depresión, ansiedad u otros cuadros clínicos psicopatológicos. Este enfoque está basado en evidencia científica, ya que muchas de sus técnicas han sido comprobadas que disminuyen diferente sintomatología.

En la presente investigación se analiza un caso de intervención psicológica en el Trastorno de estrés postraumático de una menor, después de haber pasado por eventos de abuso sexual. Donde se muestra las diferentes sintomatologías que perjudican en diversas áreas de la vida de la niña (académica, familiar, social y personal), generando estas, conductas en exceso y en debilitamiento que no permitían el desenvolvimiento adecuado en diferentes áreas de su

vida. Asimismo, se efectúa el análisis funcional de la conducta problema identificando los diferentes mecanismos que reforzaban y mantenían conductas de evitación y escape propias del estrés postraumático. Para esto, se aplicó un Programa de intervención cognitivo conductual, la cual los detalles serán mencionados en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

En el trabajo se realizó la recolección de datos de la historia clínica bajo el modelo cognitivo conductual, donde se usan técnicas como la observación y entrevista psicológica, entrevistas estructuradas, no estructuradas y mixtas, tanto con la menor, su madre y abuela. Estas herramientas fueron fundamentales para la hora de realizar un diagnóstico psicológico adecuado, junto con la aplicación de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (The Child Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale Symptom Scale, PTSD) de Foa et. al. (2001), lo que ayudaron para organizar y planificar el plan de tratamiento para el TEPT que le afecta a la menor para que realice sus actividades cotidianas. Para ello se utilizaron técnicas cognitivo conductuales como la psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación de Koeppen, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas y reestructuración cognitiva. Con el objetivo que la usuaria sea capaz de disminuir los síntomas de estrés postraumático, en los niveles cognitivo, conductual y emocional, además fortalecer las habilidades de afrontamiento.

En seguida, se describe explícitamente el contenido de la investigación, que es como sigue: En el capítulo I, designado Introducción, se muestra la descripción del problema que incluye la magnitud de la prevalencia del abuso sexual infantil en los últimos años y cómo esto genera repercusiones en la salud mental de los niños, y las niñas de nuestro país. Además, se presentan los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con trabajos previos

respecto al trastorno de estrés postraumático. Además, se presentan el objetivo general y los objetivos específicos, la justificación y los impactos esperados del trabajo académico.

En el capítulo II se presenta la metodología donde se indica el tipo y diseño de investigación, así como la evaluación psicológica a través de los instrumentos de aplicación. Por otro lado, se muestra la intervención a través del plan y programa de intervención especificando las técnicas y la aplicación de las mismas a través del procedimiento y teniendo en cuenta la ética profesional.

En el capítulo III, se evidencian los resultados a través del análisis y discusión de las mismas, donde se percatan de la efectividad de las diversas técnicas cognitivo conductuales frente al estrés postraumático ocasionado por el abuso sexual infantil.

Finalmente, en los capítulos IV, V, VI y VII, se exponen las conclusiones, recomendaciones, referencias con el modelo APA - séptima edición y los anexos, respectivos que sirven de información adicional al presente estudio de caso psicológico.

### **1.1. Descripción del problema**

A nivel mundial, existen diversos problemas que aquejan a nuestra sociedad, siendo la violencia uno de los principales y de los que generan consecuencias en la salud mental más preocupantes. Entendiéndose como violencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Dándose estos actos en nuestra sociedad desde hace mucho tiempo atrás, en particular se evidencian en poblaciones vulnerables, siendo los más afectados las niñas, niños y adolescentes (NNA).

Es así que la OPS (2013), en su informe menciona que la prevalencia mundial de victimización sexual en la niñez era de alrededor de 27% entre niñas y 14% de niños. Siendo una prevalencia media de un 7 a 8% en estudios realizados en América del Sur, América Central y el Caribe, así como en Indonesia, Sri Lanka y Tailandia. Estos porcentajes son mayores en Europa oriental, llegando a un 28% en países de Asia y el Pacífico y África del Norte. Asimismo, Speizer (2008) realizaron investigaciones para identificar la prevalencia de abuso sexual infantil, en 5 países de Centroamérica, encontrando una prevalencia entre 4,7% en Guatemala, 6,4% en El Salvador y 7,8% en Honduras, siendo la primera vez de estos actos antes de los 11 años.

A nivel nacional, en el Perú, habiendo cumplido el bicentenario, las aproximaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2019) para el 2021, eran que vamos a tener aproximadamente una población de 33 millones 35 mil 304 habitantes, y la población menor a 15 años sería de un 24.9% de la población, es decir 8 millones 124 mil personas. Y en el primer semestre del 2019, eran 9 millones 652 mil niñas, niños y adolescentes, de los cuales un 50,5% (4 millones 878 mil) son hombres y el 49,5% (4 millones 774 mil) mujeres, y un 33,4% (3 millones 221 mil) de 6 a 11 años de edad.

Según el Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP, 2021), donde mencionan que en enero de 2018 la violación sexual de menores de edad ya ocupaba el segundo lugar, después del robo agravado. Así como en el 2019, se reportaron 1338 casos de violencia sexual contra menores de edad en el Centro de Emergencia Mujer (CEM). Generando consecuencias negativas en la salud mental, afectando su desarrollo evolutivo en diferentes áreas de su vida, como el social, escolar, social, familiar y el más importante el personal. Usualmente luego de hechos de violencia sexual, suelen generarse diferentes trastornos, uno de ellos el estrés postraumático, caracterizado por

presentar reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre la situación sufrida.

En estudios epidemiológicos de Salud Mental que se realizaron el INSM HDHN (2013), los principales trastornos de ansiedad de vida que perjudican a la población son: el miedo a presentarse al público o fobia social 2.2%; el trastorno de estrés postraumático debido a la experiencia de un acontecimiento traumático 5.1%, el trastorno de ansiedad generalizada o temor crónico y sin control ante cualquier estado 3%.

Es por ello importante plantear un programa de intervención bajo el modelo cognitivo conductual, donde de manera metodológica se busque la recuperación emocional de la menor y así pueda en un futuro desenvolverse de manera adecuada sin afectaciones graves en sus actividades diarias.

## **1.2. Antecedentes**

Luego de haber realizado la búsqueda pertinente y exhaustiva en diversas bases de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web tales como Proquest, Scielo, Dialnet, Redalyc y otros, encontramos que, aunque es escasa la información relacionada con la variable de estudio, tenemos los siguientes antecedentes que a continuación se detallan:

### ***1.2.1 Antecedentes Nacionales e Internacionales***

**1.2.1.1 Antecedentes Nacionales.** Nassar (2022) realizó un estudio de caso con una joven de 29 años diagnosticada con ansiedad. Para recabar información se usaron las entrevistas estructuradas, semiestructuradas y abiertas. Este caso se propusieron las técnicas en base al enfoque Racional Emotivo Conductual (TREC) para buscar sustituir creencias irracionales por unas más racionales, lógica, empíricamente verificable y más eficaz que le produzcan sentimientos saludables y conductas funcionales; para ello se usaron diversas

técnicas, entre cognitivas, emotivas y conductuales: debate socrático, diferenciar entre preferencias y exigencias, encontrar diferencias entre hechos e interpretaciones, detectar, discutir y cambiar las falsas creencias buscando alternativas racionales, lecturas TREC sobre la ansiedad, Imaginación Racional Emotiva, sentido del humor, metáforas, exposición a tareas que le generan incomodidad y tareas para casa (registros ABC). La terapia se dio de manera virtual durante 4 meses, una vez a la semana de 60 minutos cada una. Al concluir la intervención, la adulta joven mostró tener creencias más racionales, evidenciados en emociones saludables y comportamientos funcionales, lo que le pudo permitir que logre sus metas personales. Por lo que se puede decir que la intervención bajo el modelo TREC fue eficaz y eficiente pudiendo cumplir con todos los objetivos inicialmente planteados.

Readi (2020), realizó un estudio de caso con el objetivo de identificar los factores que influyen en una conducta tímida y las habilidades sociales. Se aplicaron diversas pruebas psicológicas, historia personal y familiar y la entrevista personal y a su familia. El estudio fue aplicado a un adolescente de 16 años, quien evidenció conducta tímida y dificultades de habilidades sociales, así como el trastorno de Déficit de Atención y problemas familiares. la terapia que se realizó fue bajo el modelo cognitivo conductual, priorizando la identificación de sus emociones y pensamientos, usando como técnicas de identificar el ABC (pensamientos, emociones y conductas), reestructuración cognitiva, modelado simbólico y entrenamiento en relajación. Se realizaron 15 sesiones, 1 vez por semana. se obtuvieron como resultados que mejore sus lazos familiares entre su madre, hermana y hermano, pero se sugiere continuar con talleres grupales de habilidades sociales para que aprenda a resolver problemas de las actividades cotidianas.

Rojas (2021), realizó un estudio de caso clínico con una persona mujer de 22 años, con diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) por lo que se planteó brindar terapia cognitivo conductual de manera remota, vía online y telefónica, con una duración de cuarenta

sesiones con variabilidad de tiempo. Aplicando diversas técnicas cognitivo conductuales como: psicoeducación, programación de actividades, control de estímulos, relajación muscular y respiración controlada, distracción externa y evitar verbalizaciones internas y externas catastróficas, autorregistros, descubrimiento guiado, exposición a la imaginación y debate socrático. Se puede concluir que se ha disminuido un 60% los síntomas ansiosos a través de la psicoterapia de manera remota bajo en enfoque cognitivo conductual.

**1.2.1.2 Antecedentes Internacionales.** Escudero et al. (2017) en España, realizaron un estudio de caso clínico de una mujer de 21 años, universitaria, con diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático 309.81 (F43.10) según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Asociación Psicológica Americana (APA, 2013), ya que en su infancia sufrió diversos abusos sexuales, este abordaje se planteó desde la perspectiva cognitivo-conductual. planteándose como objetivo principal el reducir los niveles de activación fisiológica y dotar al paciente de estrategias de control. Teniendo en cuenta técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, exposición gradual. Para evaluar la sintomatología se usaron los siguientes instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD), el Inventario de solución y afrontamiento de problemas (ISAP), Cuestionario del Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI) y la Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP). Todas estas técnicas las plantearon aplicar en 20 sesiones, incluyendo las sesiones pre-test y post-test, y 4 sesiones de seguimiento. Lográndose al finalizar reducir la sintomatología ansioso-depresiva y frenar el embotamiento afectivo en el presente de la usuaria.

Habigzang et al. (2016) en Brasil, investigaron cuán efectivo resultaba un modelo de terapia de grupo cognitivo-conductual para tratar a niñas que fueron víctimas de violencia

sexual siendo que los grupos G1 y G2 que armaron eran dirigidos por distintos profesionales. El estudio realizado fue cuasi-experimental, en donde se atendieron a 103 niñas con edades fluctuantes entre los 7 y 16 años de, una media de 11,76 años y una desviación promedio de 2,02 años. 49 niñas fueron atendidas en el grupo 1 y 54 en el grupo 2. para ello, se usaron técnicas como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento de inoculación al estrés y prevención de recaídas. Los resultados indicaron una disminución significativa en los síntomas de depresión, estrés, ansiedad y TEPT. Además, que no importa quienes dirijan este modelo de terapia, los resultados demuestran su efectividad y por ende la posibilidad de ser utilizado como estrategia de atención para aquellos profesionales de psicología que laboren en centros de atención pública.

Gil (2016), realizó una intervención en un caso clínico con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual, estos hechos se dieron en una joven de 19 años, con sintomatología de este trastorno después de haber sido víctima de violencia sexual y maltrato psicológico por su ex pareja. Luego de la evaluación pre-test se planificó y aplicó un tratamiento enfocado en la terapia cognitivo-conductual. Usando diversas técnicas y estrategias como: psicoeducación, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y técnicas de respiración y relajación. Este programa de intervención tuvo un tiempo de duración de dos meses y medio, siendo nueve sesiones en total. Una vez finalizado el programa de intervención se evaluó el post-tratamiento, lo que reveló la disminución en la frecuencia de los síntomas del trastorno de estrés postraumático y fortaleciendo diversas actividades para hacer más llevadera su vida, aumentando su estado anímico. En conclusión, se puede identificar una vez más que el tratamiento cognitivo-conductual es eficaz al momento de intervenir en casos de estrés postraumático.

Valencia y López (2014) en México, investigó la manera de formular un caso y el tratamiento de TEPT a causa de abuso sexual en la infancia utilizando un diseño *cuasi-experimental* tipo AB de n=1 por criterio. Se hizo la investigación con una persona de 28 años, que es madre de una niña de 6 años y de estado civil, separada. Se realizó una entrevista clínica y se evaluó depresión, ansiedad, autoestima baja, ideas irracionales y asertividad pobre. La participante vivió abuso sexual por parte de su hermano mayor desde los 9 años de edad. Presentaba síntomas conductuales, cognitivos y emocionales-fisiológicos que la llevan a desarrollar TEPT, por lo que se plantearon técnicas basadas en la intervención cognitivo conductual como la: reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas y orientación a metas, entrenamiento en comunicación asertiva, Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) y el entrenamiento a padres en crianza positiva. Lo que permitió encontrar cambios estadísticos y clínicamente significativos en la sintomatología del TEPT.

Villavicencio y Montalvo (2011) en Madrid, España, realizaron tratamiento a una mujer con TEPT a causa de una violación reciente de un familiar que la había violado también cuando ella tenía 14 años en su país de origen. Se sometió a la paciente a una Terapia Cognitivo Conductual en la que se le aplicó la técnica de exposición a los síntomas principales como imágenes intrusivas, relajación muscular progresiva, y sesiones familiares de psicoeducación con relación a los síntomas de TEPT. Luego de 27 sesiones individuales, 8 grupales por espacio de 1 año, se consiguió un éxito terapéutico completo. Siendo estas conductas que se lograron como: reestructurar los pensamientos, aprenda a usar diversas estrategias de control de ansiedad, poder decirle a la familia acerca del abuso, evitar la conducta suicida, psicoeducaron a los familiares en relación a las consecuencias del abuso y cuál es la función de ellos al respecto. Además, se redujeron al mínimo las pesadillas que tenía y así otras sintomatologías propias del TEPT.

Guerra y Plaza (2009), en Viña del Mar, Chile, realizaron un programa de intervención en el caso de una menor de edad que presentaba síntomas de estrés postraumático que fue generado por ser repercusiones de actos de violación. La intervención que propusieron plantea diversas técnicas como: desensibilización sistemática, relajación, control del pensamiento, y psicoeducación. Teniendo como objetivo principal el reducir los síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación fisiológica propios de este trastorno, dándose en 9 semanas de intervención. Para poder evaluar los efectos de la intervención se identificaron los niveles de ansiedad de la menor a través de la escala de unidades subjetivas de ansiedad (SUDS; Wolpe, 1958). Dando como resultados, la disminución gradual y reiterativa de la sintomatología del TEPT hasta llegar a niveles mínimos que ya no generan disminución en sus actividades cotidianas. Y manteniéndose estos a través de los tiempos, ya que se realizaron sesiones de seguimientos durante varios meses hasta dos años después de terminado el tratamiento.

### ***1.2.2 Fundamentación Teórica: Descripción - Caracterización de la Variable dependiente y de la variable independiente***

#### **1.2.2.1 Variable dependiente: Trastorno de Estrés postraumático**

**A. Definición de TEPT.** El TEPT se define como una reacción emocional intensa ante un suceso traumático, presentando alteración del sentido, la conciencia o la conducta, que amenaza el bienestar o la vida del individuo. El paciente revive y reacciona a esta experiencia con miedo e impotencia, debido que no pudo hacer una adaptación satisfactoria del evento, lo cual lo lleva a tener una disfunción comportamental, psicológica y biológica. Estas personas pueden seguir experimentando el evento traumático mediante pesadillas, secuencias retrospectivas o recuerdos que no pueden controlar y como resultado, crean un dolor emocional grave para la persona asociado a problemas en el hogar, el trabajo, la escuela o relaciones interpersonales.

Según el APA (2013), menciona que el TEPT implica síntomas de reexperimentación, evitación y activación arousal. En la primera, se encuentran los recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks de la situación traumática. En los segundos síntomas, se suele evitar pensamientos, conversaciones, lugares o personas que asocien al acontecimiento. Y, por último, existen trastornos del sueño, ira, dificultad en la concentración, hipervigilancia y sobresaltos.

**B. Criterios diagnósticos del TEPT.** Según el CIE 10, los criterios diagnósticos para el TEPT son:

A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, que causaría malestar profundo en casi cualquier persona.

B. Debe haber recuerdos persistentes de “revivir “el acontecimiento o situación estresante en forma de reviviscencias (“flashbacks”), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante.

C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante, que no presentaba antes de la exposición al mismo.

D. Presencia de alguno de los siguientes:

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o arrebatos de ira
3. Dificultad para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Reacción de sobresalto exagerada.

Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los 6 meses del acontecimiento o del fin de un período de estrés

Según el DSM - V, los Criterios para el diagnóstico del Trastorno Estrés Postraumático (TEPT) son:

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2.

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

a. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

b. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

c. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

d. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

e. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- a. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- b. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- c. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- d. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- e. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- f. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- g. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- a. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- b. Irritabilidad o ataques de ira
- c. dificultades para concentrarse
- d. Hipervigilancia
- e. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*c. Abuso sexual infantil.* La OMS (2020) define la violencia sexual como: toda conducta sexual, con el objetivo de llevar a cabo un acto sexual, sean a través de comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o también a través de actividades donde se comercializan diferentes recursos de ámbito sexual, haciendo uso de la coacción de una persona que ejerza poder sobre la víctima, en distintos ámbitos, incluidos el hogar y el lugar de trabajo, estudios.

En el Perú, existe la ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, promulgada el 2015, donde se menciona que la violencia sexual, son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

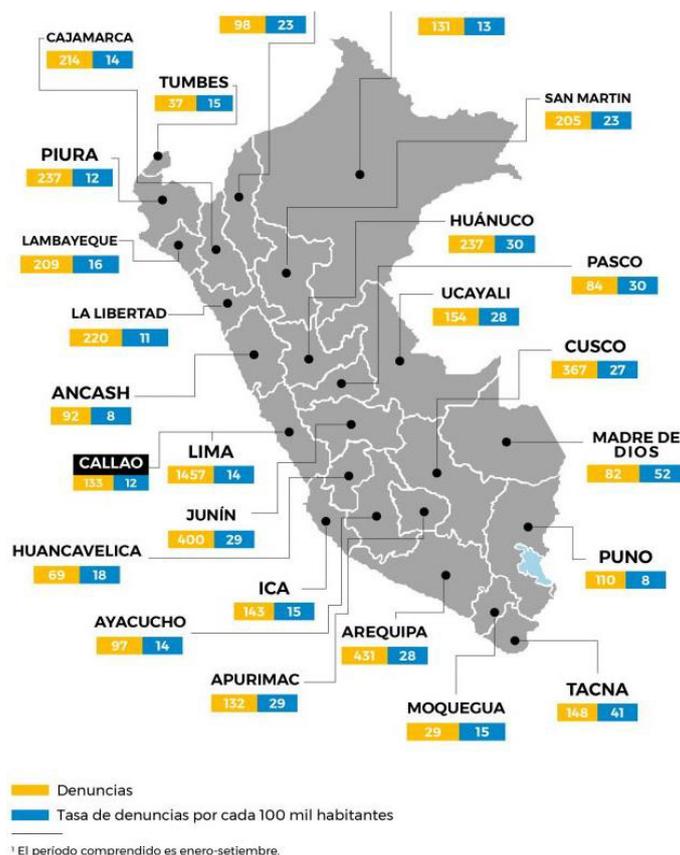
Para la institución Save the Children (2001), menciona 2 criterios primordiales para describir un abuso sexual, los cuales son la coerción y la asimetría de edad. Donde en la primera, el agresor usa la situación de poder para que pueda interrelacionarse con el NNA. Mientras que, en la asimetría de edad, el agresor suele ser mayor que la víctima, no necesariamente siendo mayor de edad, sino una desigualdad en etapas de desarrollo.

El abuso sexual infantil es comprendido por Viviano (2012) como los contactos e interacciones entre una persona adulta con una menor de 18 años con el propósito de conseguir satisfacción sexual de una u otra manera, así como también puede buscar estimularse sexualmente el mismo agresor o estimular a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de edad, siempre y cuando medie una situación de abuso de poder por razón de edad, sexo, clase social, coerción, amenazas entre otros. Se le llama “abuso” precisamente porque existe una relación desigual entre quienes participan de esta interacción, estando la persona abusadora, en una posición de autoridad y poder que se utiliza para someter

al niño, niña o adolescente a las actividades sexuales. Es un abuso de la confianza y un aprovechamiento de la vulnerabilidad e inexperiencia del o la menor de edad para realizar acciones que se dirigen a la satisfacción de la persona abusadora. Muchas de las violaciones a los derechos de los niños, niñas y adolescentes se cometen dentro del hogar y por parte de quienes tienen la responsabilidad de protegerles.

Según Echeburúa y Guerrica (2021) existen dos criterios indispensables para que se diga que hay abuso sexual infantil: una relación de desigualdad —ya sea en cuanto a edad, madurez o poder— entre agresor y víctima, y la utilización del menor como objeto sexual. Este último punto incluye aquellos contactos e interacciones con un niño en los que se utiliza a este para la estimulación sexual del agresor o de otra persona (Cicchetti y Carlson, 1989).

Figura 1. Delitos por violación sexual denunciados en la Policía (2020)



Nota: Imagen recogida de Fabrizio Oviedo (IDL), <https://www.idl.org.pe/violaciones-sexuales-en-las-diferentes-regiones-del-peru-pais-de-que/>

## **c.1 Tipos de abuso sexual**

*c.1.1 Con contacto físico.* Se pueden dar de diferentes maneras:

- Contactos bucales en zonas genitales u otras vinculadas a la actividad sexual, pueden incluir besos y otras formas de gratificación oral como lamer o morder.
- Caricias, frotamientos o tocamientos de las zonas del cuerpo ya señaladas, con la finalidad de excitarse o explorar el cuerpo del o la menor de edad. Esto incluye la estimulación de los órganos sexuales del niño o niña.
- Realización del acto sexual o coito, lo cual se denomina violación sexual. Esto puede darse mediante la penetración del pene en la vagina o en el ano. Incluye también la penetración con otras partes del cuerpo (los dedos) o con objetos. El denominado sexo oral también se ha definido como una modalidad de violación sexual.
- El sexo interfemoral que consiste en la realización del acto sexual sin penetración. El órgano sexual masculino se excita por frotamiento entre las piernas de la o el menor de edad. Algunos abusadores suelen recurrir a este acto y evitar la penetración que tiene penas de cárcel más severas

*c.1.2 Sin contacto físico.* Estos actos suelen anteceder a un abuso con contacto físico:

- Espiar al niño, niña o adolescente cuando se viste.
- Exponer los genitales ante el o la menor de edad o masturbarse delante de él o ella.
- Tomarles fotos o filmarles desnudos para luego elaborar material pornográfico
- Hacer que vea pornografía.
- Incitación, por parte de la persona abusadora, a que el niño, niña o adolescente toque sus genitales.
- Incitar la sexualidad del menor de edad mediante conversaciones e imágenes de contenido sexual a través del chat, correo electrónico, redes sociales entre otros.

**Tabla 1**

*Características del abusador y de la familia en que se produce el abuso sexual.*

<b>Características del abusador</b>	<b>Características de la familia</b>
Extremadamente protector o celoso del niño.	Familias monoparentales o reconstituidas.
Víctima de abuso sexual en la infancia.	Familias caóticas o desestructuradas.
Con dificultades en la relación de pareja	Madre frecuentemente enferma o ausente.
Aislado socialmente.	Madre emocionalmente poco accesible.
Consumidor excesivo de alcohol y drogas.	Madre con historial de abuso sexual infantil.
Frecuentemente ausente del hogar.	Problemas de hacinamiento.
Con baja autoestima o con problemas psicopatológicos.	Hijas mayores que asumen las responsabilidades en familia.

*Nota:* Tomado de Echeburúa, E. y Guerrica, C. (2021) Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses.

**Tabla 2**

*Indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual en las menores víctimas de abuso*

<b>Indicadores físicos</b>	<b>Indicadores comportamentales</b>	<b>Indicadores en la esfera sexual</b>
Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal	Pérdida de apetito	Rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico
Cérvix o vulva hinchada o rojas	Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas	Conducta seductora
Semen en la boca, en los genitales o en la ropa	Miedo a estar sola, a los hombres o a un determinado miembro de la familia.	Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad
Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada	Rechazo al padre o a la madre de forma repentina	Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos
Enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos	Cambios bruscos de conducta	Agresión sexual de un menor hacia otros menores
Dificultad para andar y sentarse	Resistencia a desnudarse y bañarse	
Enuresis o encopresis	Aislamiento y rechazo de relaciones sociales	
	Problemas escolares o rechazo a la escuela	
	Fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama, etc.)	
	Tendencia al secretismo	
	Agresividad, fugas o acciones delictivas	
	Autolesiones o intentos de suicidio	

*Nota:* Tomado de Echeburúa, E. y Guerrica, C. (2021) Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses.

**Tabla 3***Consecuencias del abuso sexual infantil*

	<b>Consecuencias emocionales</b>	<b>Consecuencias cognitivas</b>	<b>Consecuencias conductuales</b>
<b>A corto plazo o en periodo inicial de la agresión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos de tristeza y desamparo</li> <li>- Cambios bruscos de estado de ánimo</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Rebeldía</li> <li>- Temores diversos</li> <li>- Vergüenza y culpa</li> <li>- Ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja en rendimiento académico</li> <li>- Dificultades de atención y concentración</li> <li>- Desmotivación por tareas escolares</li> <li>- Desmotivación general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conductas agresivas</li> <li>- Rechazo a figuras adultas</li> <li>- Marginación</li> <li>- Hostilidad hacia el agresor</li> <li>- Temor al agresor</li> <li>- Embarazo precoz</li> <li>- Enfermedades de transmisión sexual</li> </ul>
<b>A medio o largo plazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión enmascarada o manifiesta</li> <li>- Trastornos ansiosos</li> <li>- Depresión enmascarada o manifiesta</li> <li>- Trastornos ansiosos</li> <li>- Trastornos de sueño: terrores nocturnos, insomnio</li> <li>- Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia, obesidad</li> <li>- Distorsión de desarrollo sexual</li> <li>- Temor a expresión sexual</li> <li>- Intentos de suicidio o ideas suicidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repitencias escolares</li> <li>- Trastornos del aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fugas de hogar</li> <li>- Deserción escolar</li> <li>- Ingestión de drogas y alcohol</li> <li>- Inserción en actividades delincuenciales</li> <li>- Interés excesivo por juegos sexuales</li> <li>- Masturbación compulsiva</li> <li>- Embarazo precoz</li> <li>- Enfermedades de transmisión sexual</li> </ul>

	- Disfunciones sexuales	- Fracaso escolar	- Prostitución
	- Baja autoestima y pobre autoconcepto		- Promiscuidad sexual
<b>A largo plazo</b>	- Estigmatización: sentirse diferente a los demás		- Alcoholismos
	- Depresión		- Drogadicción
	- Trastornos emocionales diversos		- Delincuencia
			- Inadaptación social
			- Relaciones familiares conflictivas

Nota: Extraído de la Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil. Elaborado por Arredondo, V. (2002).

### **Variable independiente: Terapia cognitivo conductual**

La APA (2006) ha definido la práctica basada en la evidencia como “la integración de la mejor investigación disponible, con la experiencia clínica, en el contexto de las características del paciente, su cultura y preferencias”. Desde esta perspectiva, a día de hoy, la Terapia Cognitivo- Conductual Focalizada en el Trauma (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT) es el modelo de intervención con mayor efectividad reconocida en el tratamiento de las consecuencias de la victimización infantil (Cohen et al., 2007) y, dentro de ésta, de la victimización sexual.

Este modelo recomienda seguir los componentes básicos sobre los que se trabaja, en el orden progresivo que se presentan, y se propone el acrónimo PRACTICE (traducido al español como PRACTICA).

P Psicoeducación – sobre el trauma y las reacciones al mismo.

P Habilidades parentales – para el manejo de conductas problema.

R Técnicas de relajación – gestión de reacciones fisiológicas.

A Aprender a identificar, expresar y modular emociones.

C Conectar pensamientos, emociones y comportamientos.

T Narración y procesamiento del trauma – corrección de distorsiones cognitivas.

I Dominio sobre recuerdos traumáticos – superación del miedo.

C Sesiones conjuntas con la familia.

E Mejora de la seguridad y el desarrollo futuro

### **1.3. Objetivos**

#### *Objetivo general*

Al finalizar la intervención cognitivo conductual, la usuaria será capaz de disminuir los síntomas de estrés postraumático, en los niveles cognitivo, conductual y emocional, además fortalecer las habilidades de afrontamiento.

#### *Objetivos específicos*

- Adquirir información del estrés postraumático, y las afectaciones que tienen en la salud integral a través de la psicoeducación.
- Disminuir los síntomas de ansiedad a través de la relajación muscular y respiración diafragmática.
- Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.
- Incrementar las habilidades sociales (asertividad).
- Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas.
- Entrenar a los cuidadores como coterapeutas para servir de soporte durante el proceso de tratamiento y postratamiento.

### **1.4. Justificación**

Dado que la frecuencia de casos en la clínica tanto privada como pública está vinculada a los tratamientos del trastorno de estrés postraumático (TEPT), se ha considerado tener un abordaje en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), con el fin de demostrar su efectividad frente a estos casos. Por ello, la investigación tiene una justificación práctica, por ello se

realizará la intervención a una niña comprobando de manera metodológica nuevamente la efectividad de la TCC. Además, pudiendo servir de modelo de estructura de intervención en casos de estrés postraumático como consecuencia de una violencia sexual en una menor de edad.

### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

Según estudios realizados a nivel nacional e internacional, la aplicación de la terapia cognitiva conductual tiene una efectividad de un 70 a 80%, lo cual favorecería en la elaboración y aplicación del programa de intervención, generando efectos positivos en la niña; cambiando a nivel general sus conductas, como el fortalecimiento de sus habilidades de afrontamiento, el entender la relación entre el pensamiento, emoción y conducta, aprender a manejar sus niveles elevados de ansiedad a través de técnicas de relajación, entrenar sus habilidades sociales y toma de decisiones para así en un futuro la menor pueda enfrentar situaciones difíciles de manera adecuada e independiente. Generando ello también cambios sociales en el entorno familiar y académico. Cabe mencionar, también, que todas estas técnicas serán adaptadas a la niña, es decir de manera lúdica para que pueda asimilarlo fácilmente y sea entendible para ella.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1 Tipo y diseño de Investigación

El tipo de investigación es aplicada, ya que su fin es práctico, donde se toman de base los conocimientos de la investigación básica y aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado (Kerlinger, 2002).

El diseño de la presente investigación es experimental y de caso único, propiamente dicho de tipo pre experimental, ya que solo se tiene un grupo experimental (un solo sujeto) careciendo del grupo control. Y es de caso único, ya que el objetivo es evaluar el posible efecto de intervención sobre una determinada conducta o variable de respuesta que es el objeto de estudio, donde la muestra es igual a uno (Hernández et al., 2014).

Además, es un estudio de modelo A-B porque se tiene el objetivo de ver el efecto de una variable independiente sobre una variable dependiente (Anicama, 2010)

Esta investigación busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de estrés postraumático en una niña de 10 años, que ha sufrido por abuso sexual.

### 2.2 Ámbito temporal y espacial

Las sesiones de intervención cognitivo conductual se realizaron desde enero de 2021 hasta marzo de 2022, las cuales comprendieron: 4 sesiones de evaluación, 10 sesiones de intervención propiamente dicha y 3 de seguimiento; las mismas que se llevaron a cabo en los ambientes de un Centro de Salud Mental Comunitario de Lima en la modalidad presencial y otras de manera virtual, a través de videollamadas mediante la plataforma zoom.

### 2.3 Variables de Investigación

**Variable independiente:** Programa de intervención cognitiva conductual

**Variable dependiente:** Trastorno de estrés postraumático

## 2.4 Participante/ Sujeto

Usuaría menor de 10 años, de segundo grado de primaria, vive con su madre, 2 hermanos y abuelo maternos, reside en el distrito de Surco, siendo la primera vez que lleva terapia psicológica. En algunas sesiones se requirió la participación de la madre y abuela menor para brindarle psicoeducación.

## 2.5 Técnicas e instrumentos

### 2.5.1 Técnicas

**a. Entrevista psicológica:** Se entrevistó a la madre, abuela y a la menor en mención.

**b. Observación psicológica:** Se realiza la observación de conducta ya sea verbal o no verbal, tanto así para la evaluación como durante la realización de las sesiones terapéuticas.

### c. Técnicas psicoterapéuticas

- **Psicoeducación:** que consiste en enseñarle de forma clara y precisa al paciente y a su familia en qué consiste el TEPT, sus características y cómo puede afrontarlo.
- **Relajación diafragmática:** es un tipo de respiración en la que se usa el diafragma. Con esta respiración ocasiona que el diafragma suba y baje. Cuando los pulmones se llenan de aire el diafragma presiona hacia abajo y el estómago sube (se mueve hacia adelante). Cuando los pulmones se vacían de aire el diafragma vuelve a subir y el estómago baja (se mueve hacia adentro). El resultado es una respiración lenta, uniforme y profunda.
- **Relajación muscular de Koeppen:** Es una técnica parecida a la Relajación muscular de Jacobson adaptada a niños. Se busca alternar ejercicios de tensión y relajación, para que el menor experimente la diferencia de tensión y relajación. También en esta técnica se incluye la imaginación, siendo divertido y sencillo para los niños.

- **Reestructuración cognitiva**, Ellis menciona que es una técnica en la que se busca que una persona modifique el modo de interpretar y valorar los hechos y de la situación que vive, estimulando los pensamientos desadaptativos para que se vea a sí mismo y al mundo de un modo real.
- **Narración y procesamiento del trauma**: se busca que la persona pueda escribir cómo sucedieron los hechos que le ocasionan diferentes emociones, mientras se va buscando que pueda ir identificando los sucesos pasados.
- **Autoinstrucciones**: permite la modificación o sustitución de las autoverbalizaciones internas que el sujeto utiliza antes, durante y después de enfrentarse a una situación aversiva, por otras verbalizaciones más adaptativas.
- **Refuerzo contingente**: brindar refuerzos positivos mientras vaya haciendo diversas actividades planteadas durante las sesiones psicoterapéuticas.
- **Asignación de tareas graduadas**: Es donde el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta. El objetivo primordial es que la paciente se perciba capaz de organizar y controlar su tiempo e introducir actividades placenteras a su rutina diaria. De esta forma se eliminan los pensamientos de incompetencia e insatisfacción. (Rojas, 2021)
- **Entrenamiento asertivo**: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

### 2.5.2 Instrumentos

*Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Scale of Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*

*Elaborado por:* Foa, Johnson, Feeny y Treadwell (2001)

*Objetivo:* Evaluar la presencia de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en niños/as y adolescentes de 8 a 18 años de edad con una historia conocida de trauma. La Escala está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y se compone de 17 ítems con respuesta tipo Likert referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas de este trastorno. Este instrumento puede ser utilizado como autoinforme o como entrevista clínica estructurada (Foa et al., 2001).

*Componentes:* 3 subescalas: Reexperimentación (5 ítems), Evitación (7 ítems) y Aumento de la Activación (5 ítems).

*Tiempo de aplicación:* 15 minutos

*Confiabilidad:* Las propiedades psicométricas de la versión adaptada a una muestra de Latinoamérica (Chile), se evidencia que la validez evidencia que todos los ítems del instrumento evidencian correlaciones directas y significativas ( $p < 0,022$ ) con los puntajes del criterio externo de validación. Por lo que se puede decir que los ítems son válidos y muestra niveles aceptables de confiabilidad por el método de consistencia interna, en la versión adaptada de la PTSD. En relación a la confiabilidad, Los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre 0,78 y 0,92 entre la escala total y las 3 subescalas, siendo análogos a los mostrados en el instrumento original (Foa et al., 2001).

### ***Inventario de Personalidad de Eysenck para niños (Forma A)***

*Elaborado por:* Hans Jurgen Eysenck (1968)

*Objetivo:* Busca evaluar de manera indirecta las dimensiones de la personalidad, en cuanto conforman estructuras diferenciales en sus aproximaciones a toda situación de aprendizaje y en sus adaptaciones al medio social.

*Componentes:*

«E» Dimensión: Introversión y extraversión. Se manifiesta en el cambio o no de la persona; su susceptibilidad a la fatiga y al cansancio psicológico.

«N» Dimensión: Estabilidad e inestabilidad. Analiza el grado de ajuste a la integración del individuo con su medio.

*Cantidad de ítems:* Consta de 60 ítems, «E» 24 ítems Introversión - Extraversión., «N» 24 ítems Estabilidad – Inestabilidad y «L» 12 ítems de Veracidad - Escala de Mentira.

*Administración:* Colectiva o individual.

*Edad:* 7 a 16 años

*Tiempo de aplicación:* 15 a 20 minutos

*Confiabilidad:* se realizó con el alfa de Cronbach para la consistencia interna para la dimensión Extraversión – Introversión: obtuvo un puntaje de “r” 0.63, Neuroticismo “r” 0.78 y Escala L “r” 0.71; por el método de test re-test se obtuvo una confiabilidad de 0.90 (Varela, 2014).

*Validez:* validez por criterio de jueces obteniendo puntuaciones de la V de Aiken a partir de 0.80 (Varela, 2014).

### **2.5.3. Evaluación psicológica**

#### **2.5.3.1. Historia Psicológica**

##### ***A. Datos de filiación***

Nombres y apellidos : Mia G. P. V. C.

Lugar y Fecha de nacimiento: Lima, 16/07/2011

Edad : 10 años

Sexo : Femenino

Grado de instrucción : 4° primaria

N° de hermanos : 2

Derivado por : CEM

Referente : Madre Rosa

Dirección : Surco

Fecha de evaluación : enero de 2021

Fechas de intervención : marzo de 2021 a marzo de 2022.

Lugar de intervención : Consultorio y vía virtual (videollamada por whatsapp o zoom)

Psicóloga : Antonia Lis Jazmín Fernández Jara

**B. Motivo de consulta.** La usuaria menor acude a consulta en compañía de su madre Rosa, derivada del Centro de Emergencia Mujer (CEM), por haber sido víctima de violencia sexual. La madre refiere: “mi hija grita, llora, se encierra en el baño cuando le llamo la atención

por pegar a su sobrina, no quiere salir de casa a ningún lado y a veces dice “me quiero morir, ya estoy cansada”. Asimismo, menciona: “En octubre del 2019 me he enterado que comenzó a llorar en el colegio y la profesora me refirió que Mía le había contado a ella que un primo le tocó sus partes íntimas. Días después que nos enteramos de este suceso le llevamos a la comisaría y pasó por el médico legista donde salió que le habían violado desde los 5 años hasta los 9 años y le habían amenazado a Mía para que no hable con nosotros ni nos diga nada”. Además, refiere: “Le ha violado, su primo de 18 años lo había hecho varias veces y recién me entero. Ella ya ni puede dormir, se despierta durante las noches, se muerde las uñas, le duele la cabeza a cada rato, se despierta con los ojos llorosos”.

Durante la entrevista con la menor, manifiesta: “me duele la cabeza dos veces al día, tengo picazón en mis partes, tengo pesadillas, sueños feos, recuerdo mucho cuando me hicieron daño, no tengo ganas de hacer nada, no tengo mucha hambre, me muerdo las uñas de las manos y de los pies”.

### **2.5.3.2. Problema Actual**

*A. Presentación del problema:* Hace 60 días, Mía presenta sentimientos de tristeza, desgano, anhedonia. De lunes a viernes, cuando es hora de entrar a clases de manera virtual, a las 10:30 de la mañana Mía siente tristeza (8/10), desgano (8/10), además del dolor de cabeza, se muerde las uñas de sus manos y pies. También, cuando se le da una indicación reacciona gritando o encerrándose en su cuarto sin querer hacer clases o tareas, llora, no quiere comer. Además, tiene pensamientos como: “soy una niña tonta, nunca podré superar esto que me pasó, fue mi culpa lo que me pasó, nunca fui capaz de decirle nada a mi madre, no soy capaz de nada, no aprenderé nada en el colegio este año, no pasaré de año”. Estas conductas se producen de lunes a viernes, cuando Mía tiene que entrar a clases, o cuando es hora de dormir. La madre, en las noches, le dice: “ya va a pasar, tú no eres la culpable, yo fui quien no te cuidó” y luego

se pone a llorar junto a su hija.

En las noches, cuando es hora de dormir, 9 de la noche aproximadamente, Mía comienza a llorar diciendo: “soy la culpable, nunca podré superarlo”, a lo que la madre la abraza y le dice “tranquila hija, no te va a pasar nada, yo estoy aquí”. Sin embargo, Mía, tiene dificultades para dormir y cuando se duerme son las 2 o 3 de la madrugada y se levanta durante la noche teniendo pesadillas constantes experimentando tristeza (10/10) e impotencia (9/10).

**B. Desarrollo cronológico del problema:** A los 5 años aproximadamente, la madre refiere que se dio cuenta que su apetito había disminuido y dormía más de lo habitual y tenía dificultades para despertarse. Cuando dormía con la madre, tenía pesadillas constantemente a lo que le refería sentir miedo y que le hacían daño en sus sueños. Además, cuando tenía Mía tenía 7 años, le contó a su prima, Blanca (13 años) que su primo le había violado y ella le comentó a su abuela paterna, pero la abuela no le dijo nada al respecto a la madre de la menor, hasta junio 2020. Teniendo en cuenta que la familia de ambos padres de la menor no mantiene relaciones cercanas de comunicación. Ante esto, la madre mencionó: “Yo me enteré el 2019, que mi sobrino la violó”.

### **2.5.3.3. Historia Personal**

**A. Desarrollo inicial:** Durante el embarazo, la madre sufrió de preclamsia por lo que estuvo 20 días internada. En relación al parto, no tuvo dificultades, naciendo Mía por cesárea a los 9 meses. Tuvo lactancia materna hasta 4 años, empezó a dar sus primeros pasos a los 12 meses y a caminar con mayor rapidez a los 18 meses. Sus primeras palabras se evidenciaron también al primer año de vida y a los 18 meses se hizo mucho más fluido. Además, no presentó enfermedades de importancia ni tratamientos que perjudiquen el desarrollo adecuado de la niña.

**B. Conductas inadecuadas más resaltantes:** Las conductas que se manifiesta en la niña son:

- Irritabilidad con sus hermanos
- Insomnio
- Pesadillas
- Disminución en el apetito
- Disminución de motivación para hacer actividades escolares
- Aumento de ansiedad
- Morderse las uñas de manos y pies

**C. Actitudes de la familia frente a la niña:** La actitud de la familia durante los primeros años de vida de la niña se podría resumir que la madre, menciona que ha evitado salir a la calle por el temor que tiene que le pase nuevamente a su hija. Ya dejó de salir con sus otras amistades, a veces llora al recordar lo que le hicieron a su hija. Y actualmente, la madre no tiene comunicación con la hermana de su abuela. Además, refiere la madre, que la familia del chico, su sobrino (21 años), se han bloqueado entre ambas familias, ya que no le creyeron a Mía, cuando comentó acerca del abuso sexual.

En el caso del padre, según mencionó la madre, la culpa a ella en el momento de hacer la denuncia en la comisaría. La familia por parte de ellos, hablan y le responsabilizan a la familia materna por los sucesos ocurridos. Sus abuelos paternos, le dicen “solo vienen para pedir plata”.

**D. Educación: Inicial:** Durante la etapa inicial presentaba un desarrollo normal, no tuvo problemas para adaptarse a la escuela en sus primeros años, sin embargo, era una niña que a veces mostraba una actitud retraída para compartir diversas actividades por lo que la maestra solía apoyarle, disfrutaba jugar con sus compañeros, participaba en las actividades motrices/motoras, logrando un desarrollo normal en la escuela. Además, comenta que desde los 5 años no quería ir al colegio porque le decía que le dolía sus partes íntimas y que no podía

orinar. Y, desde los 5 años aproximadamente sufrió de infección urinaria sin embargo no le llevaron al médico especialista para que evalúe ello.

*Primaria:* En esta etapa del 1er a 2do grado, la niña no presentaba dificultades en el desempeño escolar, en tercer grado, en el 2020, ya no quería ir al colegio, porque algunos de sus compañeros le querían pegar y quitaban su lonchera y no se quejaba con su madre. Después se llevaron a cabo sus clases virtuales por el contexto del COVID-19, y la menor realizaba sus clases a través de un celular, por Whatsapp. Al respecto, su madre mencionó que por trabajo de los adultos en casa no le brindaron el apoyo y seguimiento académico necesario y muchas veces no ingresaba a clases ni hacía sus tareas.

En el 2021, dentro de pandemia, entraba a sus clases virtuales a través de la plataforma meet, para ello ya le habían comprado un celular para que pueda usarlo en clases virtuales.

**E. Desarrollo Psicosexual:** Mía manifiesta que aún no ha iniciado su vida sexual. Según refiere la menor, ha sufrido de abuso sexual aproximadamente desde los 5 años, generándole ello tristeza (10/10) y cólera (9/10).

**F. Actitudes y preferencias religiosas:** La familia de la menor pertenece a la religión católica, Mía fue bautizada a los 3 años por sus padres. Hasta los 6 años iban a misa y participaban en las procesiones del señor de los Milagros de Barranco, en compañía con sus abuelos y madre.

**G. Historia de interacción social:** La madre de Mía refiere que su hija, se relaciona con sus congéneres a pesar de tener miedo. Pero cuando es con algunos primos de su edad interactúa con mayor facilidad. Además, cuando salen a pasear, en el parque, cuando van en compañía de su madre, la invitan a jugar a lo que ella accede. En la actualidad, Mía manifiesta tener 3 amigas dentro del colegio pero no las ha podido volver a ver, por motivos de pandemia.

**H. Hábitos e intereses:** Actualmente a Mía, le gusta jugar con las muñecas, comer

dulces. En verano, le gusta comer helados, marcianos y en invierno, chocolates y golosinas. También se divierte jugando en el celular y viendo televisión.

**I. Accidentes y enfermedades:** La madre refiere que al momento de nacer se produjo una mala praxis por parte del personal médico rompiéndole los tendones, por lo cual tuvieron que enyesarle los brazos, hasta los 5 años, cada mes iban al médico. Cumplió con todas sus vacunas.

### **J. Historia Familiar**

**Tabla 4**

*Datos familiares*

<b>Parentesco</b>	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Grado de instrucción</b>	<b>Dedicación</b>
Padre	Julio Cesar	42	Primaria	Albañil
Madre	Rosa	44	Secundaria completa	Mantenimiento limpieza
Abuela	Haydee	64	Primaria completa	Casa
Abuelo	César	73	Superior - Ebanista	Independiente- Ebanista
Tío	Cesar Eduardo	26	CEBE – hasta 18 años	Sindrome de down
Hermana	Rosa	24	Secundaria completa	Sanguchería El chinito
Hermano	Julio	18	3° Secundaria	Trabaja independiente
Sobrina	Kate	5	Inicial 5 años	-

### **K. Relaciones familiares**

**Padre:** ambos padres son separados desde que Mía cumplió un año de nacimiento. Viene a visitarla 2 veces a la semana, la llama casi todos los días.

**Madre:** Sale a trabajar a las 6 am, y vuelve a las 5 pm. Considera la madre que se lleva bien y tiene confianza con su hija. En la crianza, su castigo es llamarle la atención, porque no suele

hacer caso a las responsabilidades de casa que se me brinda. Además, comenta que el padre le da 150 soles semanales para la manutención de sus 3 hijos.

**Hermana:** trabaja de martes a domingos, de 7:30 am a 10:00 pm. A veces discuten con Mía.

**Hermano:** Se tratan bien, tienen confianza y conversan constantemente.

**Abuela:** es su cuidadora principal con quién comparte más tiempo y tiene confianza.

**Abuelo:** Comparte tiempo mayormente en la noche y hay confianza.

*L. Antecedentes psiquiátricos en la familia:* La madre menciona que a nadie de la familia le han diagnosticado de algún trastorno psiquiátrico.

#### 2.5.4 Evaluación Psicométrica

**Tabla 5**

*Lista de chequeo de conductas, emociones y pensamientos*

Conductas	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Tot/Prom
Morderse las uñas de las manos	5	5	4	3	4	6	6	33
Morderse las uñas de los pies	2	1	0	1	1	2	2	9
Recordar hechos de violencia	2	1	3	1	2	2	3	14
Evitar salir de casa	2	2	2	2	2	1	2	13
Encerrarse en el baño	2	2	3	3	4	4	3	21
Evitar salir a jugar	1	1	1	1	2	1	2	9
Tristeza (10/10)	7	7	6	8	7	8	7	7
Culpa (10/10)	7	8	8	7	9	8	7	8
Llanto	2	1	3	2	3	2	2	15
Dolor de cabeza	2	1	2	1	1	1	3	11
Mareos	1	2	0	2	1	2	2	10
Insomnio	1	1	0	1	1	0	1	5

---

Pensamientos como: “yo soy la culpable porque permití que me hagan esto”, “No puedo soportarlo”, “No lo podré superar”, “Nadie me va a querer así”, “Qué dirán de mi”, “Y si me vuelven a hacer daño”, “¿y si le hacen daño a mi mamá?” y “Nadie me comprende”

	3	2	4	3	2	3	5	24
--	---	---	---	---	---	---	---	----

---

### ***Informe de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD)***

#### **1. Datos de filiación**

Nombres y apellidos : Mía G. P. V. C.

Lugar y Fecha de nacimiento: Lima, 16/07/2011

Edad : 10 años

Sexo : Femenino

Grado de instrucción : 4° primaria

N° de hermanos : 2

Derivado por : CEM

Referente : Madre Rosa

Dirección : Surco

Fecha de evaluación : enero de 2021

Lugar de intervención : Consultorio

#### **2. Motivo de consulta**

Se realiza la evaluación con el objetivo de evaluar el estrés postraumático y sus características.

#### **3. Observaciones**

Se observó a la menor que vestía acorde a su edad y situación. Su lenguaje fue fluido, su tono de voz estuvo promedio, mantuvo la mirada mientras se realizaba la entrevista.

#### 4. Instrumento

Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (The Child PTSD Symptom Scale, PTSD)

#### 5. Resultados

Según la prueba se encuentran los siguientes indicadores.

**Tabla 6**

*Puntajes de PTSD*

Subtest	Puntaje directo
Reexperimentación	15
Evitación	13
Aumento de la activación	13
Total	41

#### Interpretación de resultados

Según el instrumento Mía manifiesta elevados indicadores de las 3 subáreas para un estrés postraumático. En reexperimentación, se evidencian los recuerdos frecuentes de los hechos de abuso sexual, manifestados en sueños y flashbacks, a lo que realiza conductas de evitación para no ver al presunto agresor de la menor, así como experimenta reacciones fisiológicas cuando se presentan estos indicadores.

#### 6. Conclusiones

- Se observa indicadores elevados de síntomas de Trastorno de Estrés postraumático.
- Reexperimentación (recordar constantemente los sucesos de violencia),
- Evitación (evadir pasar por lugares donde sucedieron los eventos) y
- Aumento de activación.

#### 7. Recomendaciones

- Asistir a terapia psicológica con enfoque cognitivo conductual para disminuir la sintomatología del estrés postraumático.

- Brindar psicoeducación a la madre referente al acompañamiento durante la intervención.

### ***Informe De Eysenck Forma A - Niños***

#### **1. Datos de filiación**

Nombres y apellidos : Mia G. P. V. C.  
Lugar y Fecha de nacimiento: Lima, 16/07/2011  
Edad : 10 años  
Sexo : Femenino  
Grado de instrucción : 4° primaria  
N° de hermanos : 2  
Derivado por : CEM  
Referente : Madre Rosa  
Dirección : Surco  
Fecha de evaluación : enero de 2021  
Lugar de intervención : Consultorio

#### **2. Motivo de consulta**

Se realiza la evaluación con el objetivo de evaluar las dimensiones de la personalidad, en cuanto conforman estructuras diferenciales en sus aproximaciones a toda situación de aprendizaje y en sus adaptaciones al medio social.

#### **3. Observaciones**

La menor se mostró atenta, hizo contacto visual, con tono de voz promedio y siguió las indicaciones durante toda la sesión de evaluación.

#### **4. Instrumentos**

Entrevista psicológica

Inventario de Personalidad de Eysenck para niños, forma A.

## 5. Resultados

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentilar	Diagnóstico
Extraversión	12	75	Tendencia a la introversión
Neuroticismo	16	100	Neuroticismo
Psicoticismo	13	15	Autocontrol
Mentira	10	50	La prueba es válida

Mía presenta características de personalidad introvertida, es decir retraída socialmente, reservada, prefiere estar en casa haciendo cosas sola. Tiene dificultad para relacionarse con personas de su misma edad y con adultos, pero con niños menores a ella si suele relacionarse más fácilmente.

Por otro lado, manifiesta mucha ansiedad, inseguridad mostrándose vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, llegando a abandonar conductas que le generen estrés, presión o ansiedad, por ejemplo, evitar hacer sus actividades escolares (tareas) que implican para ella responsabilidades, prefiriendo encerrarse en su cuarto, dormir, llorar, pensando “todo fue mi culpa, no podré salir a la calle nunca más”, sintiendo cólera, frustración, tristeza e impotencia. Asimismo, su nivel de ansiedad aumenta de sobremanera, evidenciándose en reacciones fisiológicas como: dolor de cabeza, taquicardia.

Además, Mía suele adaptarse fácilmente a las reglas o pautas a donde vaya y de alguna persona con autoridad que le brinda alguna indicación.

## 6. Conclusiones

- Características de personalidad con tendencia a la introversión
- Neuroticismo con sistema nervioso central lábil
- Tendencia al autocontrol

## 7. Recomendaciones

- Psicoterapia cognitivo conductual para aprender a gestionar emociones que le generen dificultades en la interacción con su entorno.

- Fortalecer habilidades sociales

### **2.5.5 Informe psicológico integrador**

#### **1. Datos de filiación**

Nombres y apellidos	:	Mia G. P. V. C.
Lugar y Fecha de nacimiento:		Lima, 16/07/2011
Edad	:	10 años
Sexo	:	Femenino
Grado de instrucción	:	4° primaria
N° de hermanos	:	2
Derivado por	:	CEM
Referente	:	Madre Rosa
Dirección	:	Surco
Fecha de evaluación	:	enero de 2021
Lugar de intervención	:	Consultorio

#### **2. Motivo de consulta**

Se realiza la evaluación con el objetivo de evaluar el estrés postraumático y su tendencia a la personalidad.

#### **3. Observaciones**

Se observó a la menor que vestía acorde a su edad y situación. Su lenguaje fue fluido, su tono de voz estuvo promedio, mantuvo la mirada mientras se realizaba la entrevista y el proceso de evaluación.

#### **4. Instrumento**

Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (The Child PTSD Symptom Scale, PTSD)

Entrevista psicológica

Inventario de Personalidad de Eysenck para niños, forma A.

## **5. Resultados**

Según las pruebas de evaluación se encuentran los siguientes indicadores elevados de síntomas de Trastorno de Estrés postraumático: Reexperimentación (recordar constantemente los sucesos de violencia), Evitación (evadir pasar por lugares donde sucedieron los eventos) y Aumento de activación. Además, se observan características de personalidad con tendencia a la introversión, Neuroticismo con sistema nervioso central lábil y con tendencia al autocontrol.

## **6. Recomendaciones**

- Asistir a terapia psicológica con enfoque cognitivo conductual para disminuir la sintomatología del estrés postraumático y fortalecer diversas habilidades que le ayudarán a desarrollarse como persona en diversos ámbitos donde se desenvuelva.
- Brindar psicoeducación a la madre referente al acompañamiento durante la intervención.

### 2.5.6. Diagnóstico Tradicional: DSM V / CIE 10

**Tabla 7**

*Criterios según el DSM V para el trastorno de estrés postraumático [309.81] (F43. 10)*

Criterios del DSM V	Presentes en la usuaria
A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.	La menor experimentó situación de abuso sexual desde los 5 hasta los 7 años.
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).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuerdos angustiosos recurrentes involuntarios e intrusivos.</li> <li>- Sueños angustiosos recordando los hechos de abuso sexual.</li> <li>- Malestar psicológico intenso, al recordar hechos de abuso sexual.</li> <li>- Dolor de cabeza, sudoración.</li> </ul>
C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático), que comienza tras el suceso(s) traumático(s).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evita ver noticias respecto a hechos de violencia.</li> <li>- Evita pasar cerca a la casa del agresor y alrededores.</li> </ul>
D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo: “me puede pasar lo mismo, me pueden hacer daño nuevamente, es lo peor que me pudo haber pasado”.</li> <li>- Percepción distorsionada persistente de la causa que se hace la niña a sí misma: “yo soy la culpable porque me pasó esto”</li> <li>- Estado emocional negativo persistente: Miedo, dolor emocional y culpa constante.</li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Disminución para realizar actividades lúdicas propias de su edad, jugar con niños de su edad.</li><li>- Dificultad para que exprese alegría.</li></ul>
E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Arrebatos de furia hacia su madre, hermanos menores y mayores sin razón aparente.</li><li>- Dificultad para concentrarse en sus clases virtuales.</li><li>- Dificultad para conciliar el sueño, constantes pesadillas e insomnio.</li><li>- Baja tolerancia a la frustración</li></ul>
F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Duración hace 4 meses</li></ul>
G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Malestar en al ámbito personal, familiar-social y académico.
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.	La menor no ha consumido ningún tipo de sustancia psicoactiva ni tiene alguna enfermedad marcada.

---

**Tabla 8***Diagnóstico funcional*

<b>Exceso</b>	<b>Debilitamiento</b>
❖ Llorar cuando se encuentra sola, acompañando pensamiento de autoculpa.	- Tolerancia a la frustración
❖ Encerrarse en el baño para evitar salir a comprar y pasar por la casa donde ocurrieron los hechos de violencia.	- Nivel de autoestima
❖ Experimentar vergüenza cuando los familiares le preguntan varias veces cómo se siente.	- Habilidades sociales: Asertividad, dificultad para decir “no”, toma de decisiones y trabajo en equipo.
❖ Experimentar ansiedad al recordar escenas de violencia.	- Interacción social con personas de su edad.
❖ Evitar contacto con niños de su vecindario por temor a ser criticada.	
❖ Evitar pasar cerca de la casa del agresor.	
❖ Morderse las uñas de las manos y pies	
❖ Experimentar enojo cuando la madre le indica algunas tareas en casa. Sentimiento de Tristeza (9/10) y culpa (9/10).	
❖ Síntomas fisiológicos tales como: dolor de cabeza, mareos, náuseas, sensación de desmayo, falta de aire, enrojecimiento facial, escalofríos y disminución del apetito, insomnio	
❖ Pensamientos distorsionados como: “yo soy la culpable porque permití que me hagan esto”, “No puedo soportarlo”, “No lo podré superar”, “Nadie me va a querer así”, “Qué dirán de mi”, “Y si me vuelven a hacer daño”, “¿y si le hacen daño a mi mamá?” y “Nadie me comprende”	

**Tabla 9***Análisis cognitivo desde la perspectiva de Beck*

<b>Situación (A)</b>	<b>Pensamientos (B)</b>	<b>Emoción y conducta (C)</b>
En la cama, cuando Mía se da vueltas, su madre le dice “Duerme bien, todo ya pasó”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “¿Por qué no dije nada?”</li> <li>- “yo tengo la culpa que me haya pasado esto”</li> <li>- “Nunca voy a poder olvidarlo”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza (9/10)</li> <li>- Miedo (9/10)</li> <li>- Cólera (8/10)</li> <li>- Quedarse en la cama</li> <li>- Llorar</li> </ul>
Cuando la madre le dice que la acompañe al mercado a comprar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Seguro me voy a encontrar de nuevo con ese chico”.</li> <li>- “Nunca voy a poder salir de mi casa”</li> <li>- “No lo voy a poder soportar”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo (8/10)</li> <li>- Tristeza (7/10)</li> <li>- Evita salir de casa</li> </ul>
En la casa, al ver a su madre llorar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “yo soy la culpable de causarle dolor a mi mamá”</li> <li>- “Y si lo veo, y si me hace daño otra vez, y si le hace daño a mi mamá”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza (9/10)</li> <li>- Llora junto a la madre</li> </ul>

**Tabla 10***Análisis funcional*

<b>Estímulo discriminativo</b>	<b>Conducta</b>	<b>Estímulo reforzador</b>
<p><b>Externo</b> En la cama, cuando Mia se da vueltas su madre le dice “Duerme bien, todo ya pasó”.</p> <p><b>Interno</b> Al recordar todas las situaciones de violencia sexual ejercida durante varios años.</p>	<p><b>Motor:</b> Morderse las uñas de las manos y de los pies.</p> <p><b>Fisiológico:</b> Dolor de cabeza, dificultad para dormir, llanto, despertarse durante las noches, pesadillas recordando situaciones de violencia sexual, disminución del apetito y respiración agitada.</p> <p><b>Emocional:</b> - Tristeza (9), Miedo (9), Cólera (8)</p>	<p><b>Externo</b> Madre se acerca y le abraza. Madre le dice “tranquila ya pasará” Sus familiares le preguntan cómo está todos los días, al levantarse. Evitar salir de casa.</p> <p><b>Interno</b> Pensar, “ya no quiero sentir esto, me da colera lo que me hizo”.</p>

## 2.6 Intervención

### 2.6.1. Plan de intervención y calendarización

**Tabla 11**

*Plan de intervención y calendarización*

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participantes	Técnicas de tratamiento
Primera	05/02	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - madre)	Psicoeducación
Segunda	19/02	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - madre)	Relajación muscular de Koeppen Modelado
Tercera	15/03	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - madre)	Relajación diafragmática Modelado
Cuarta	19/03	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - madre)	Psicoeducación Modelado Reforzamiento positivo
Quinta	02/04	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - madre)	Psicoeducación Modelado
Sexta	16/04	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - madre)	Psicoeducación Modelado Reestructuración cognitiva
Séptima	30/04	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - madre)	Psicoeducación Modelado Reestructuración cognitiva
Octava	14/05	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - madre)	Psicoeducación Entrenamiento asertivo Psicoeducación
Novena	28/05	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - abuela)	Entrenamiento en resolución de problemas de Zurilla y Goldfried
Décima	11/06	60 minutos	Quincenal	(terapeuta – niña - abuela)	Psicoeducación Balanza decisional
Onceava	12/07	60 minutos	Mensual	(terapeuta – niña - abuela)	Consejería Reforzamiento Modelado

Doceava	16/08	60 minutos	Mensual	(terapeuta – niña - madre)	Consejería Reforzamiento
Treceava	13/09	60 minutos	Mensual	(terapeuta – niña - madre)	Consejería Reforzamiento

### 2.6.2. Programa de intervención

**Tabla 12**

*Sesión 1: Psicoeducación*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Adquirir información del estrés postraumático, y las afectaciones que tienen en la salud integral a través de la psicoeducación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se informa a la madre acerca del trastorno de estrés postraumático, sus posibles repercusiones en alguien que haya pasado un abuso sexual. Además, se le orienta la importancia del apoyo y soporte que le den los cuidadores a la menor.</li> <li>● Se entrenó a la menor acerca de lo que es el trastorno de estrés postraumático y cómo este afecta en diversas áreas de su vida.</li> <li>● Se fomentó a que la menor comparta sus vivencias sobre cómo ha experimentado la ansiedad.</li> </ul>	Psicoeducación Acuerdo de compromiso con la madre	Leer infografía del TEPT (ver anexo B) y evitar conversar de temas del abuso con la menor para evitar revictimización. Realizar un registro conductual, emocional, cognitivo y somáticos relacionados al estrés postraumático.

**Tabla 13***Sesión 2: Relajación muscular*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Disminuir los síntomas de ansiedad a través de la relajación muscular y respiración diafragmática.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A través de movimientos lúdicos se busca que la niña pueda hacer movimientos de sus grupos musculares: manos, brazos, hombros, cuello, espalda, rostro, abdomen y pies</li> <li>● Se procede a mostrar video de relajación muscular de Koeppen (youtube), donde se muestra cómo se realizan los movimientos adecuados.</li> <li>● Se realiza un modelo de cada actividad de la relajación de Koeppen.</li> <li>● Se realiza en conjunto (niña y terapeuta) la técnica de relajación.</li> <li>● Se le explica a la madre, de manera breve lo tratado en la sesión con la menor. Y se le explica la actividad para que le haga seguimiento hasta la próxima sesión.</li> <li>● Se le envía video e infografía de la relajación de Koeppen. (ver anexo C)</li> </ul>	Técnica de Modelado Técnica de relajación muscular de Koeppen.	Practicar la relajación muscular de Koeppen diariamente y hacer registro de la actividad. Según lo brindado en la infografía.

**Tabla 14***Sesión 3: Respiración diafragmática*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Disminuir los síntomas de ansiedad a través de la relajación muscular y respiración diafragmática.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se procede a hacer un recuento de las actividades designadas la sesión anterior.</li> <li>● Se le enseñó a dirigir el aire inspirado hacia la parte inferior y media de los pulmones, 4-4-8 (Relajación diafragmática: Inspiración, mantenimiento, expiración).</li> <li>● Se realiza en conjunto (niña y terapeuta) la técnica de relajación diafragmática.</li> <li>● Se le pide que aplique la técnica de la relajación diafragmática</li> <li>● Preguntas sencillas y cortas sobre las técnicas aprendidas.</li> <li>● Se le explica a la madre, de manera breve lo tratado en la sesión con la menor. Y se le explica la actividad para que le haga seguimiento hasta la próxima sesión.</li> <li>● Se le explica a la madre, de manera breve lo tratado en la sesión con la menor y se le indica que le haga seguimiento a su hija de las actividades aprendidas hasta la próxima sesión.</li> </ul>	<p>Técnica de Modelado</p> <p>Técnica de respiración diafragmática (4-4-8)</p> <p>Reforzamiento</p>	<p>Practicar la respiración diafragmática diariamente en las noches antes de dormir o cuando se sienta estresada y hacer registro de la actividad.</p>

**Tabla 15***Sesión 4: Distorsiones cognitivas*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le dio la bienvenida a la terapia a la menor, de manera virtual. Con ayuda de una silueta de una niña, en un archivo de power point.</li> <li>● Además, se le pregunta acerca de cómo se sintió durante las semanas que no se tuvo terapia.</li> <li>● Se le explica la identificación y relación de los acontecimientos, pensamientos y consecuencias emocionales, conductuales y fisiológicos.</li> <li>● Se tomó como referencia la información obtenida en la entrevista, para que mediante ejemplos identifique aquellas situaciones en las que ha experimentado malestar a causa de los pensamientos distorsionados</li> <li>● Primero se anotaba las situaciones que pasó, luego se registraron los pensamientos y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD, en una escala del 1 al 10.</li> <li>● Aplicación del programa de Quizziz para que la menor pueda reforzar lo aprendido</li> </ul>	Psicoeducación Modelado Reforzamiento positivo	Registrar el ABC en una hoja durante 15 días

**Tabla 16***Sesión 5: Distorsiones cognitivas*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La presente sesión se realizó de manera virtual.</li> <li>● Se hicieron preguntas abiertas como sobre la práctica semanal de la técnica de relajación.</li> <li>● Se le pregunto si tuvo algún inconveniente para llenar las fichas de registro.</li> <li>● Se le muestra un video de distorsiones cognitivas: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=AEEqSM2-pRc&amp;ab_channel=InstitutoMIDAP">https://www.youtube.com/watch?v=AEEqSM2-pRc&amp;ab_channel=InstitutoMIDAP</a></li> <li>● A través de ejemplos de la niña se le ayuda a entender cada tipo de distorsión cognitiva.</li> <li>● A través de un quizziz se entrena a la niña a identificar las distorsiones cognitivas enseñadas.</li> </ul>	Psicoeducación Modelado	Registrar el ABC y en la parte del B, indicar qué tipo de distorsión cognitiva es.

Tabla 17

## Sesión 6: Distorsiones cognitivas

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se hicieron preguntas abiertas como sobre la práctica semanal del registro de ABC e identificación de los pensamientos distorsionados.</li> <li>● Se usan los registros ABC que realizó como actividad. Primero anotaba las situaciones en que aparecían los pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD, en una escala del 1 al 10. Ejemplo:</li> <li>● A: recordar situación de violencia</li> <li>● B: “nunca lo voy a olvidar” - sobregeneralización</li> <li>● C: encerrarse en su cuarto y evitar ir al mercado con su madre.</li> <li>● Posteriormente pasamos a debatirlas (D): <ul style="list-style-type: none"> <li>● preguntas aclaratorias</li> <li>● preguntas acerca de un tema</li> <li>● preguntas en torno a supuestos</li> <li>● preguntas sobre la evidencia o razón</li> <li>● preguntas respecto al origen o fuentes</li> <li>● preguntas respecto a implicaciones y consecuencias</li> <li>● Preguntas respecto a puntos de vista</li> <li>● Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.</li> <li>● Por ejemplo: ¿desde los sucesos que te pasaron hasta ahora, siguen los recuerdos en la misma frecuencia?</li> </ul> </li> <li>● Se le envía un modelo de llenado de ABCD</li> </ul>	Psicoeducación Modelado Reestructuración cognitiva	Registrar el ABC y en la parte del B, indicar qué tipo de distorsión cognitiva es (ver anexo D).

**Tabla 18***Sesión 7: Distorsiones cognitivas*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se hicieron preguntas abiertas como sobre la práctica semanal del registro de ABCD</li> <li>● Se usan los registros ABCD que realizó como actividad. Primero anotaba las situaciones en que aparecían los pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD, en una escala del 1 al 10.</li> <li>● Se pregunta la E (pensamientos alternativos al B), y se le brindan ejemplos a sus B's.</li> <li>● Se le proporcionan ejemplos de ABC, donde la niña tiene que escribir la D y la E.</li> <li>● Se le envía un modelo de llenado de ABCDE</li> </ul>	Psicoeducación Modelado Reestructuración cognitiva	Registrar el ABCDE semanalmente

**Tabla 19***Sesión 8: Habilidades sociales*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Incrementar las habilidades sociales (asertividad).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se entrevista a la menor preguntándole cómo le fue la actividad del ABCDE.</li> <li>● Luego se procede a explicarle los 3 estilos de comunicación (agresivo, pasivo y asertivo), así como sus ventajas y desventajas de usarlas.</li> <li>● Se le brindan ejemplos de diferentes situaciones y la niña tuvo que identificar el estilo de comunicación.</li> <li>● Después, de esos ejemplos que no eran asertivos se le pidió que los transforme en asertivos.</li> </ul>	Psicoeducación Entrenamiento asertivo	Describir 6 situaciones de su vida cotidiana e identificar los estilos de comunicación que hayan usado otras personas. Luego transformarlas en el estilo de comunicación asertivo.

**Tabla 20***Sesión 9: Solución de problemas*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le pregunta a la menor cómo se ha ido sintiendo durante las semanas.</li> <li>● Se le muestra la técnica de resolución de problemas de Zurilla y Goldfried teórica y con un ejemplo de la vida cotidiana.</li> <li>● Luego se le muestra un ejemplo y se le indica que lo realice según lo entrenado.</li> <li>● Después se realiza la retroalimentación en relación a los ejemplos que realizó la niña o si hay alguna dificultad.</li> </ul>	Psicoeducación Entrenamiento en resolución de problemas de Zurilla y Goldfried	Se le asigna a la menor que escriba en su cuaderno 3 dificultades que tenga en su día a día y luego proponga una posible solución. (Ver anexo F)

**Tabla 21***Sesión 10: Solución de problemas*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se le pregunta a la menor cómo se ha ido sintiendo durante los diversos días.</li> <li>● Se le enseña a la niña la técnica de la balanza decisional, la cual será importante para el desarrollo de la toma de decisiones en su día a día.</li> <li>● Se le muestra diversos ejemplos al respecto.</li> <li>● Luego se le da algunas situaciones para que ella misma pueda indicar qué decisión tomaría y explique el por qué.</li> </ul>	Psicoeducación Balanza decisional	Realizar su balanza decisional ante alguna decisión que iba a tomar en el transcurso de su día a día. (Ver anexo E)

**Tabla 22***Sesión 11, 12 y 13: Seguimiento*

<b>Objetivo</b>	<b>Desarrollo de la sesión</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>	<b>Actividades asignadas</b>
Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas.	Durante cada sesión se entrevistó en un primer momento con alguna adulta responsable para preguntar cómo había estado la menor. Luego se entrevistó a la menor para que comente al respecto.	Consejería Reforzamiento	Continuar realizando las estrategias que ayudan a mantener conductas adaptadas al entorno de la niña.

## 2.7 Procedimiento

Se recibió el caso en un Centro de Salud Mental Comunitario de Lima Metropolitana, luego se procedió a realizar la entrevista, primero a la madre, luego a la menor, seguida, en 4 sesiones siguientes de evaluación psicológica correspondiente que sirvió de ayuda al diagnóstico a la menor.

Una vez identificado el diagnóstico, se procedió a elaborar el plan de intervención trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con técnicas y actividades, adaptadas al caso clínico abordado. Como se identificó que la sintomatología dañaba diferentes aspectos biológicos y necesarios para el mantenimiento de su salud física y mental, como dificultades para conciliar sueño, disminución de apetito, niveles elevados de ansiedad, por lo que se derivó a través interconsulta con el servicio de Psiquiatría, en donde le indicaron la medicación correspondiente.

Las sesiones de intervención se fueron dando cada 15 días aproximadamente, debido a la alta demanda de los usuarios dentro del centro de salud. Las primeras sesiones se dieron de manera presencial, preservando todas las medidas de bioseguridad, como doble mascarilla y

protector facial, debido al contexto de covid-19, que nos encontramos hasta la actualidad. Sin embargo, después de dos meses, debido a la alta demanda de los casos reportados por COVID en nuestro país, se retornó a realizar las atenciones de manera virtual, a través de videollamadas por WhatsApp, zoom o meet.

Y, desde el mes de julio de 2021, se volvieron a realizar las atenciones presenciales, teniendo mayor apertura en la menor. Pero, las dificultades desde ese entonces fueron el encontrar a un adulto responsable que la acompañe a la menor a las sesiones, debido a que su hermana y madre se encontraban trabajando de manera presencial. A pesar de ello, se buscó el compromiso por parte de su madre para que las terapias se mantengan constantes y así poder lograr el resultado propuesto.

El tratamiento se prolongó a lo largo de 13 sesiones, cada una con 50-60 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez cada quince días, sin embargo, si ocurriera una contingencia se añadiría una sesión durante la semana pertinente (se tuvo en consideración las normas de salud vigentes en el contexto COVID-19) así como del estado de emergencia sanitaria. La terapia tuvo una duración aproximada de nueve meses, desde la demanda hasta la evaluación final. Las sesiones estuvieron divididas entre la evaluación pretratamiento, el proceso de evaluación propiamente dicho (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y diagnóstico en sus diversas modalidades, finalmente la intervención propiamente dicha. Estos procedimientos y actividades fueron registradas en tablas estadísticas de frecuencia e intensidad. Además, se realizaron 3 sesiones de seguimiento con frecuencia de cada 2 meses.

## 2.8 Consideraciones éticas

Al realizar el tratamiento terapéutico con una menor de edad, se le explicó y solicitó la autorización del consentimiento informado por parte de la madre, explicándole verbalmente que no se le ocasionará ningún daño a la menor y se mantendrían sus datos en anonimato y toda información que pudiera identificarla. Además, se le explicó que no se le brindaría ningún beneficio económico y si deseaba podría interrumpir el tratamiento cuando lo considere. Asimismo, se mencionó que la información obtenida de esta intervención terapéutica sería utilizada para fines de investigación lo cual aportará con datos científicos y evidencia a la comunidad académica. *(ver anexo A)*

### III. RESULTADOS

#### 3.1 Análisis de Resultados

En la primera parte se presenta el análisis sobre los componentes de la sintomatología de estrés postraumático, después de producirse un abuso sexual infantil, datos recogidos mediante las diversas hojas de registros en la fase pre-test; asimismo se presentan los resultados de la prueba psicológica específica del TEPT. Posteriormente se compara esta información previa, con los efectos del programa conductual cognitivo que denotan los testimonios de la fase post-test. En las siguiente tablas y figuras se evidencian los cuadros comparativos de los registros de línea base y los cambios realizados en el tratamiento.

En la tabla 23 se observan los puntajes de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (The Child PTSD Symptom Scale, PTSD), antes y después de la intervención cognitiva conductual. Como se aprecia, al inicio, antes de la psicoterapia, la niña obtuvo un puntaje de 41, es decir, un nivel alto mientras que después de las 13 sesiones aplicadas, la menor obtuvo un puntaje total de 17, es nivel bajo; donde aparece una notoria reducción en la sintomatología de la misma, lo que quiere decir que el paquete de técnicas cognitivo conductuales aplicadas han logrado un efecto significativo del alivio de la sintomatología de estrés postraumático de la paciente abordada.

**Tabla 23**

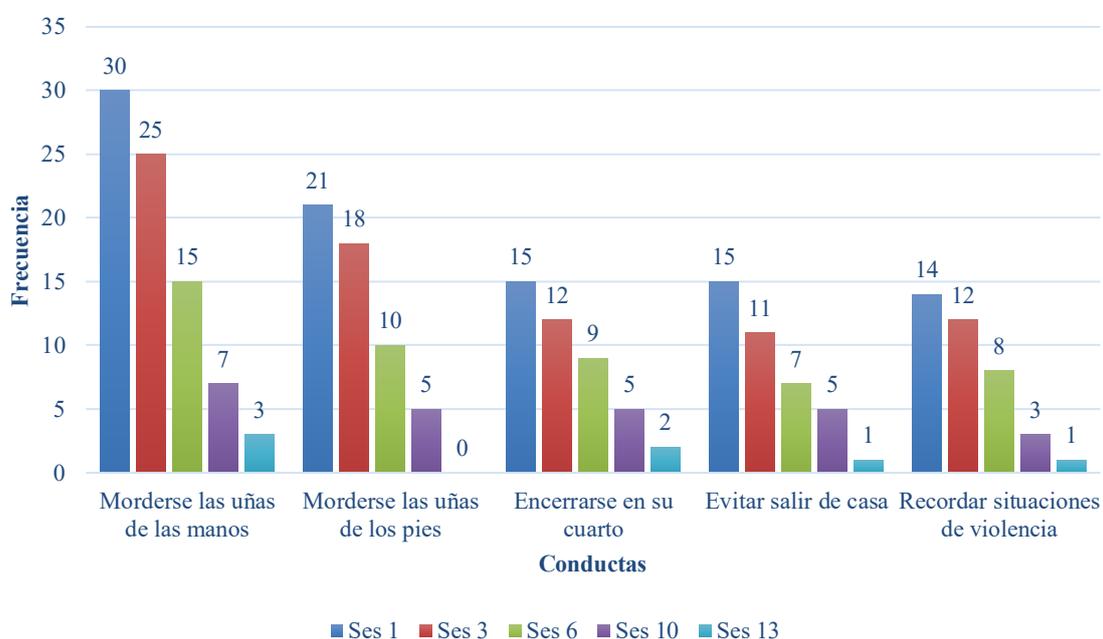
*Puntajes de los resultados del PTSD del pre-test y pos-test.*

	<b>Puntaje Pretest</b>	<b>Puntaje Postest</b>
Reexperimentación	15	4
Evitación	13	6
Aumento de la activación	13	7
Total	41	17

En la figura 4, se puede evidenciar que se evidencia una disminución significativa de la frecuencia de las conductas motoras que evidencian TEPT durante las 13 sesiones de intervención. Siendo la mayor disminución la conducta de morderse las uñas, de unas 30 veces a la semana bajó a solo 3 veces a la semana.

**Figura 4**

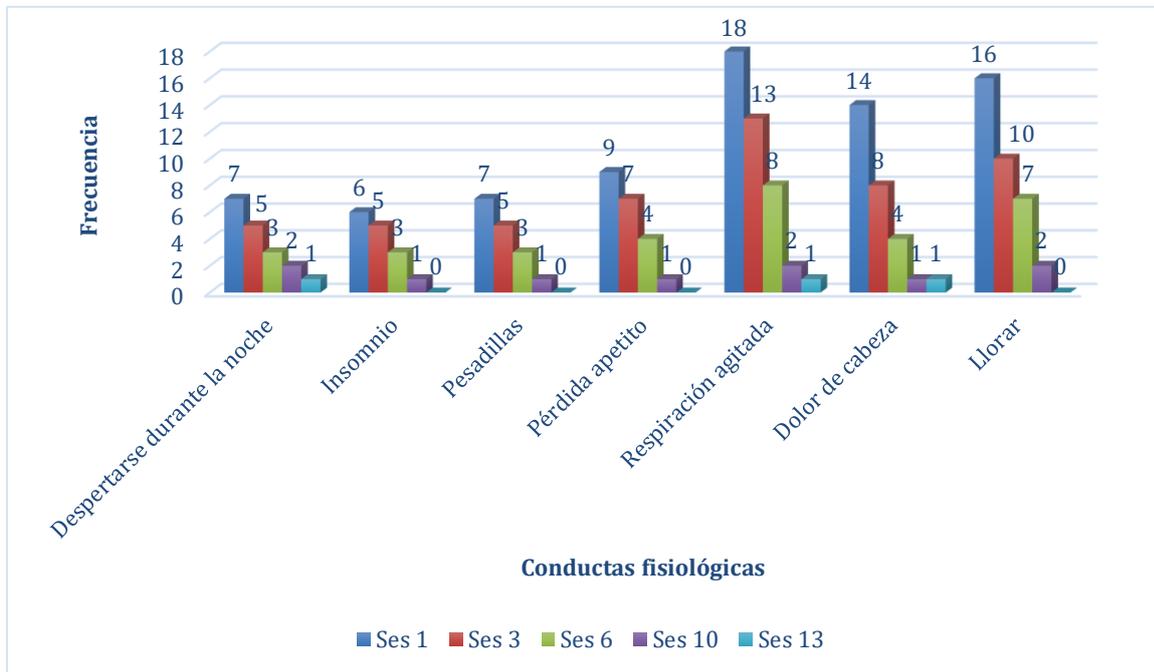
*Registro de frecuencias de conductas motoras*



En la figura 5, se muestra que se produjo una baja significativa de la frecuencia de las conductas fisiológicas que evidencian TEPT durante las 13 sesiones de intervención. Siendo la mayor disminución la respiración agitada y el llorar, de unas 18 y 16 veces respectivamente se eliminó la conducta a 0 veces a la semana.

**Figura 5**

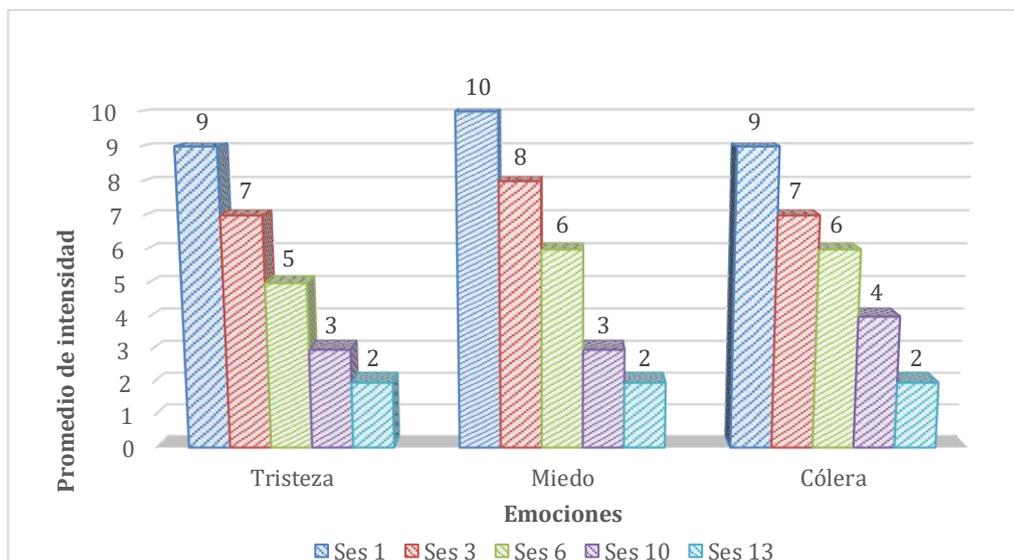
*Registro de frecuencias de conductas fisiológicas*



En la figura 6, se puede identificar que las emociones más frecuentes fueron tristeza, miedo y cólera, siendo el miedo el de mayor intensidad (10/10) reduciéndose luego a 2/10, después de la aplicación de las diversas técnicas según el modelo cognitivo conductual.

**Figura 6**

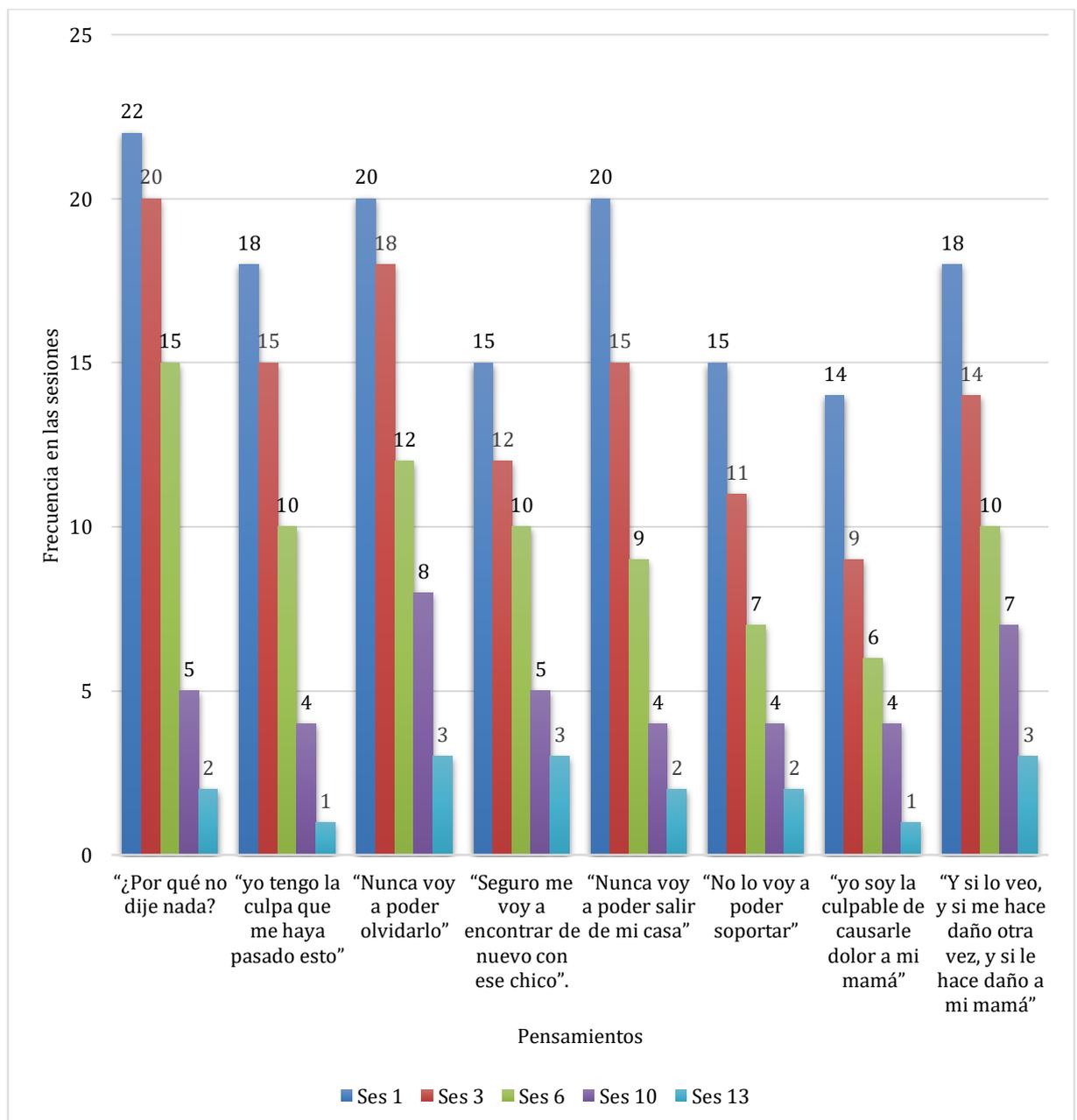
*Registro de promedio de intensidad de emociones (0/10)*



En la figura 7 se puede observar la disminución de los pensamientos distorsionados de culpa y de temor de salir a la calle como “¿Por qué no dije nada?”, “nunca voy a poder salir de mi casa” y “Nunca voy a poder olvidarlo” ocurriendo inicialmente en 22, 20 y 20 veces, disminuyendo significativamente luego a 2, 2 y 3 veces por semana.

**Figura 7**

*Registro de frecuencia de pensamientos*



### 3.2 Discusión de Resultados

En este apartado se analizan y discuten los resultados teniendo en cuenta los antecedentes del estudio y el marco teórico.

Al abordar el caso se planteó como objetivo general que la paciente fuera capaz de disminuir los síntomas de estrés postraumático, en los niveles cognitivo, conductual y emocional, además fortalecer las habilidades de afrontamiento. Al culminar las 13 sesiones de intervención se logró una disminución significativa de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (la reexperimentación, evitación y activación arousal) en la niña, lo que evidencia que las técnicas cognitivo conductuales seleccionadas para su abordaje fueron efectivas. Siendo estos resultados similares a los otros encontrados por Valencia y López (2014) así como por Villavicencio y Montalvo (2011) quienes hallaron que el Tratamiento cognitivo conductual focalizado en el trauma (TR-CBT) es eficiente al momento de realizar una intervención en casos de TEPT por abuso sexual infantil, ya que ayudó de manera eficaz a que la menor pueda realizar sus actividades cotidianas de manera funcional sin presentar síntomas fisiológicos ni de reexperimentación; asimismo, se brindó el soporte a los familiares para que puedan acompañarla durante el proceso. Por otro lado, Escudero et al. (2017) Habigzang et al. (2016), Gil (2016) también encontraron que la terapia cognitivo conductual es efectiva y eficiente para el tratamiento del estrés postraumático en casos de niñas, adolescentes o mujeres jóvenes, reduciendo la sintomatología del TEPT, logrando que las menores presenten pensamientos más racionales y conductas más adaptativas.

En relación al primer objetivo específico, la cual consistió en adquirir información del estrés postraumático, y las afectaciones que tienen en la salud integral, se logró brindarle la información necesaria sobre el TEPT, lo cual es información básica y necesaria para la menor, para que se dé cuenta del porqué de ciertas conductas y la sintomatología. Para ello se usaron

estrategias de psicoeducación acompañadas de infografía didáctica realizada para la niña, así como también lo realizaron Escudero et al. (2017) y Gil (2016), quienes consideran muy importante la psicoeducación en todo proceso de intervención cognitivo conductual, para que la persona que acude a terapia sepa cuál es su dificultad y qué características tiene, y ya luego de ello saber cómo se puede intervenir.

En función al segundo objetivo que fue disminuir los síntomas de ansiedad a través de la relajación muscular y respiración diafragmática; estas técnicas también fueron usadas por Escudero et al. (2017), Gil (2016), Villavicencio y Montalvo (2011) y Guerra y Plaza (2009), para aliviar sintomatología fisiológica como dolor de cabeza, temblor corporal, aumento de frecuencia respiratoria, taquicardia, insomnio; así como lo presentaba Mía y a través de la técnica de relajación Muscular de Koeppen, que es una técnica adaptada a niños, donde de manera lúdica aprenden a relajar diferentes sectores musculares y le ayudó a disminuir la sintomatología de dolor de cabeza, morderse las uñas de manos y pies.

El tercer objetivo fue disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva, siendo la técnica de reestructuración cognitiva la más importante al momento de realizar un tratamiento bajo en enfoque cognitivo conductual, así como lo usaron Escudero et al. (2017) y Gil (2016), ya que se le entrena al paciente a identificar, analizar y modificar los pensamientos distorsionados que suelen experimentar al momento de recordar situaciones que les generaron un trauma emocional, como en este caso el abuso sexual y la culpa que sienten las víctimas menores del ASI, y que gracias a la reestructuración cognitiva puedan sustituirlos por pensamientos más racionales, que le ayuden a mantener un estado psicológico de bienestar emocional. En este caso particular, Mía, fue capaz de disminuir su emoción de culpa, miedo y tristeza al recordar hechos de abuso, a su vez interactuando con su entorno académico y familiar de manera más efectiva. Cambiando sus pensamientos “yo tengo la culpa que me haya pasado esto, nunca voy a poder salir de mi casa, yo soy la culpable de

causarle dolor a mi mamá, y si lo veo, y si me hace daño otra vez, y si le hace daño a mi mamá”, por unos más racionales como: “fue difícil lo que me pasó, para la próxima confiaré en mi mamá para contarle lo que me pasó, las emociones dependen de cada uno, mi mamá sabe cómo cuidarse para que no le pase lo mismo que a mí”.

El cuarto objetivo específico fue el incrementar las habilidades sociales (asertividad), así como lo sugirió Readi (2020), que se fortalezcan habilidades sociales para que pueda afrontar diferentes situaciones cotidianas, ya sean con sus congéneres o con adultos con quienes pueda interactuar. En el presente caso fue importante ir trabajando la asertividad para prevenir futuras situaciones de violencia y la menor se queje cuando considere que alguien está vulnerando alguno de sus derechos, siendo la asertividad vital para su desarrollo y crecimiento personal.

El quinto objetivo fue el prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Estos objetivos fueron planteados para que la niña pueda aprender a solucionar posibles problemas a futuro y prevenir de alguna dificultad y no le genere emociones que mermen su desenvolvimiento en cualquiera de sus áreas de relación. La prevención de recaídas es importante ya que es vital para que en un futuro cercano o lejano pueda la misma niña o en compañía de sus familiares cercanos, ir afrontando situaciones difíciles, así es como lo señala Habigzang et al. (2016).

Cabe anotar que a lo largo de todas las sesiones se logró entrenar a los padres como coterapeutas para reforzar términos aprendidos durante las sesiones de terapia, lo cual se logró debido al acompañamiento constante por parte de la madre y hermana mayor. Siendo esta relación bastante importante como lo mencionado por Cohen et al. (2007), en la cual indican que en la TF-CBT, las habilidades parentales y sesiones conjuntas con la familia para el manejo de las conductas problema.

De acuerdo a los resultados anteriormente mencionados, se concluye que la aplicación de la Terapia cognitiva conductual produce resultados eficaces y efectivos en los casos de pacientes con trastorno de estrés postraumático.

### **3.3. Seguimiento**

En la presente investigación se realizaron 3 sesiones de seguimiento, la primera después de 1 mes, la segunda después de 3 meses y finalmente la última sesión de psicoterapia luego de 6 meses. En ellas se entrevistó a la madre o abuela que estaban como adultas cuidadoras y luego se entrevistó a la menor; brindándole estrategias para fortalecer la solución de problemas y entrenamiento en técnicas de afrontamiento a la misma usuaria. Además, a las cuidadoras se les brindó estrategias para seguir manejando estilos de crianza adecuados y capacitándolas para que le brinden el soporte emocional necesario.

#### IV. CONCLUSIONES

- 4.1 Se pudo adquirir información acerca del estrés postraumático y las afectaciones que tienen en la salud integral a través de la psicoeducación.
- 4.2 Se logró disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad tales como: Dolor de cabeza, pesadillas recordando situaciones de violencia sexual, disminución del apetito y respiración agitada, de una frecuencia 12 a 2 a través de las técnicas de relajación de Koeppen y relajación diafragmática.
- 4.3 Se consiguió disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva, reduciéndose a un 95%, permitiendo ello que la menor pueda ir realizando sus actividades cotidianas de la mejor manera.
- 4.4 Asimismo, se pudieron incrementar las habilidades sociales (asertividad), a través de la técnica del entrenamiento asertivo aprendiendo la menor a expresar sus opiniones haciendo respetar sus derechos y sin faltar el derecho de los otros.
- 4.5 Se logró entrenar a la menor en solución de problemas, desde las más comunes hasta las complicadas relacionadas al abuso, a través del entrenamiento en técnicas de resolución de problemas de Zurilla y Goldfried y balanza decisional.
- 4.6 Asimismo, se entrenó a los cuidadores acerca del trastorno de estrés postraumático y sus implicancias, así como se les entrenó en como brindarles soporte durante todo el proceso de terapia.

## V. RECOMENDACIONES

- 5.1 En función a los objetivos para la niña: realizar las sesiones terapéuticas con herramientas lúdicas, para llamar su atención y que el objetivo se logre.
- 5.2 En función a las dificultades de llevar a cabo algunas atenciones de manera presencial, por la pandemia del COVID 19, se sugiere realizar actividades de bastante interacción y participación para que la menor pueda captar el objetivo planteado en cada sesión.
- 5.3 Se sugiere una mejor concientización a los familiares para modificar las situaciones familiares, ya que la niña en ciertos momentos de las sesiones psicológicas no asistió a sus citas.
- 5.4 Que la familia pueda llevar terapia familiar para que ayude a fortalecer los vínculos y lazos familiares adecuados entre todos.
- 5.5 En los casos psicológicos que tengan de un componente de violación sexual a menores trabajar conjuntamente con el Centro de Emergencia Mujer, para que los profesionales encargados les puedan brindar información legal y social necesaria para que lleven el procedimiento respectivo y así poder tener el apoyo de diversas instituciones en el cuidado de los menores de edad.
- 5.6 En un futuro tratamiento se realice contacto con los tutores o docentes a cargo de la menor con la finalidad de conseguir que las técnicas y estrategias aprendidas durante las sesiones se sigan manteniendo en el tiempo y se puedan generalizar a otros espacios donde interactúe la menor.

## VI. REFERENCIAS

- Anicama, J. (2010). *Análisis y modificación del comportamiento en la práctica clínica*. Asamblea Nacional de Rectores.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61, 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Arredondo, V. (2002). *Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil*. Corporación ONG Paicabí, Gobierno de Chile, Servicio Nacional de menores Quinta Región. [https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/asi\\_on\\_g\\_paicabk.pdf](https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/asi_on_g_paicabk.pdf)
- Centro de Emergencia Mujer [CEM] (2022). Portal Estadístico Programa Nacional Aurora. <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/casos-atendidos-por-los-cem-nacional-ano-2022/>
- Cicchetti, D., & Carlson, V. (Eds.). (1989). *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665707>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M. & Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined Trauma-Focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811-819. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180547105>
- Echeburúa, E. y Guerrica, C. (2021) *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Editorial Planeta. [https://planetadelibroscom.cdnstatics2.com/libros\\_contenido\\_extra/46/45368\\_Abuso\\_sexual\\_en\\_la\\_infancia.pdf](https://planetadelibroscom.cdnstatics2.com/libros_contenido_extra/46/45368_Abuso_sexual_en_la_infancia.pdf)

- Escudero, S., Martín, L. y Gonzáles, H. (2017). Intervención cognitivo-conductual en un caso de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de casos clínicos en Salud Mental*, 1, 43 - 64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6201736>
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N. & Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.
- Gil, A. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 75–80. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477152548010.pdf>
- Guerra, C. y Plaza, H. (2009). Tratamiento cognitivo - conductual del trastorno de estrés postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, XVIII(1), 103-129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26419221005>
- Habigzang, L., Pinto, C., Von, J. & Koller, S. (2016). Cognitive-behavioral group therapy for girls victims of sexual violence in Brazil: Are there differences in effectiveness when applied by different groups of psychologists? Effectiveness of group therapy for girls victims of sexual violence. *Anales de Psicología*, 32(2), 433-440. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.213041>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Instituto de Democracia y Derechos Humanos [IDEHPUCP] (20 de abril 2021). *Estado de alerta: violadores de menores de edad en el Perú*. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/estado-de-alerta-violadores-de-menores-de-edad-en-el-peru/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (junio de 2019). *En el 2021 año del bicentenario de la independencia el Perú contará con una población de 33 millones 35 mil 304 habitantes*. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-2021-ano-del->

bicentenario-de-la-independencia-el-peru-contara-con-una-poblacion-de-33-millones-35-mil-304-habitantes-11624/

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (noviembre de 2019). Perú tiene una población de 9 millones 652 mil niñas, niños y adolescentes al primer semestre del presente año. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/peru-tiene-una-poblacion-de-9-millones-652-mil-ninas-ninos-y-adolescentes-al-primer-semestre-del-presente-ano-11909/>

Instituto Nacional de Salud Mental (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*, XXIX, suplemento 1.

Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento: técnicas y comportamiento*. Editorial Interamericana.

Ley N°30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. (23 de noviembre de 2015). <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1>

Nassar, T. (2022). *Terapia Racional Emotiva online en un caso de ansiedad de un centro de psicoterapia especializado*. [Trabajo de suficiencia profesional de pregrado]. Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11785>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Regional Status Report 2020: Preventing and Responding to Violence against Children in the Americas*. Washington, DC. <https://doi.org/10.37774/9789275122938>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Washington, DC.

- [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;sequence=1)
- Oviedo, F. (28 de octubre de 2020). *Violaciones sexuales en las diferentes regiones del Perú: ¿País de qué?* <https://www.idl.org.pe/violaciones-sexuales-en-las-diferentes-regiones-del-peru-pais-de-que/>
- Readi, R. (2020). *Caso clínico: timidez en un adolescente*. [Tesis de Pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón] Repositorio Institucional UNIFÉ. <http://hdl.handle.net/20.500.11955/731>
- Rojas, P. (2021). *Caso clínico de trastorno generalizado de ansiedad*. [Tesis de pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón] Repositorio Institucional UNIFÉ. <http://hdl.handle.net/20.500.11955/811>
- Save the Children (2001). Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Europa. [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual\\_abuso\\_sexual.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf)
- Speizer, I., Goodwin, M., Whittle, L., Clyde, M. & Rogers J. (2008). Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse & Neglect*, 32(4), 455–62. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.026>
- Valencia, A. y López, O. (2014). Formulación de caso Cognitivo - Conductual y el tratamiento de estrés postraumático por abuso sexual en la indiferencia. *Eurythmie*, 1(1), 23-39. <https://www.universidad-justosierra.edu.mx/wp-content/uploads/2019/06/EURYTHMIE-Vol.-1-No.-1-Julio-Diciembre-2014.pdf>
- Varela, S. (2014). *Estandarización del inventario de personalidad – Eysenck para niños y adolescentes de 6 a 16 años de Lima Sur*. [Tesis de Pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional UA. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index>

php/ACPP/article/view/6/6

Villavicencio, P. y Montalvo, T. (2011). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático en un caso de una adolescente de víctima de agresión sexual. *Clinica Contemporánea*, 2(1), 39-56. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n1a4>

Viviano, T. (2012). *Abuso sexual: Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención. Programa nacional contra la Violencia Familiar y Sexual.* [https://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/libro\\_abusosexual.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/libro_abusosexual.pdf)

## VII. Anexos

## Anexo A. Consentimiento informado


**PERÚ** Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Uma Sur Estrategia Sanitaria Salud Mental y Cultura de Paz

N° DE HISTORIA CLÍNICA 702  
 D.N.I./C.Ext.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
 Yo Rosa Elma Cesio Baraogán  
 identificado con DNI/C. Ext. 80026237 domiciliado actualmente en  
Mamuel Caballero Mz 3 lote C Surco con Teléfono N°  
986124848 libre y voluntariamente AUTORIZO al personal del CSMC  
 \_\_\_\_\_ para la atención especializada en Salud Mental, en  
 función a la información dada por el personal responsable de la atención con fines de  
 tratamiento. Así mismo, declaro haber comprendido y estar conforme con la  
 información recibida.

  
 FIRMA DE USUARIO

  
 HUELLA DIGITAL

*Fecha y Firma del Profesional responsable de la Evaluación*

## Anexo B. Infografía del TEPT

# 6 Señales de Estrés Traumático Infantil




## ¿Qué es el Estrés Traumático Infantil (TEPT)?

Es la reacción ante un evento impactante y doloroso, que sobrepasa la capacidad física y mental del niño para asimilarlo.

Se caracteriza por un estado de alarma constante y ansioso. En especial cuando el niño se expone a situaciones relacionadas con su trauma.

### Un niño con TEPT puede presentar estas señales:

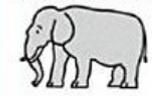
- 1 SUEÑO DEFICIENTE**
  - Pesadillas
  - Sobresaltos
  - Enuresis (moja la cama)
  - Insomnio
  - Trastornos del Sueño
- 2 DESINTERÉS ESCOLAR**
  - Falta de concentración
  - Dificultad para atender
  - No puede memorizar
  - Incumple los deberes
  - No quiere ir al colegio
- 3 PERTURBACIONES**
  - Enojo, Ira, Rabia
  - Preocupación constante
  - Ansiedad y nerviosismo
  - Episodios depresivos
  - Desgana, falta de interés
- 4 INADECUACIÓN**
  - Timidez o aislamiento
  - Hipersensible a críticas
  - Conductas agresivas
  - Rabietas irracionales
  - Se muestra poco afectuoso
- 5 IDEAS RECURRENTES**
  - Imágenes del trauma
  - Recuerdos intrusivos
  - Pensamiento catastrófico
  - Pronostica tragedias
  - Miedo a morir o lesionarse
- 6 CONDUCTA DEFENSIVA**
  - No quiere hablar del tema
  - Recrea el evento en juegos
  - Dibuja escenas del trauma
  - Fantasea al sentir miedo
  - Evade ciertos lugares

**El estrés traumático infantil es un trastorno delicado.**

➔ Si notas estas señales en tu hijo llévalo a consulta.



## Anexo C. Ejercicios de relajación de Koeppen

<p><b>MANOS Y BRAZOS</b></p>	<p>Imaginamos un limón en la mano.</p> 	<p>Exprimimos el limón.</p> 	<p>Tiramos el limón.</p> 	<p>Repetimos dos veces.</p> 
<p><b>HOMBROS Y CUELLO</b></p>	<p>Imaginamos que somos una tortuga.</p> 	<p>Levantamos los hombros.</p> 	<p>Bajamos la barbilla.</p> 	<p>Repetimos dos veces.</p> 
<p><b>BRAZOS Y HOMBROS</b></p>	<p>Imagina que eres un gato.</p> 	<p>Estira los brazos al frente.</p> 	<p>Levanta los brazos.</p> 	<p>Repite dos veces.</p> 
<p><b>PIERNAS Y BRAZOS</b></p>	<p>Imaginemos que pisamos barro.</p> 	<p>Pisamos fuerte en el barro.</p> 	<p>Separamos los dedos.</p> 	<p>Repetimos dos veces.</p> 
<p><b>ESTÓMAGO</b></p>	<p>Imagina que te pisa un elefante.</p> 	<p>Endurece el estómago.</p> 	<p>Encoge el estómago.</p> 	<p>Repite dos veces.</p> 
<p><b>CARA Y NARIZ</b></p>	<p>Imagina una mosca en tu nariz.</p> 	<p>Frunce la nariz.</p> 	<p>Frunce la frente.</p> 	<p>Repite dos veces.</p> 

Anexo D. Infografía de distorsiones cognitivas

<https://www.youtube.com/watch?v=AEEqSM2-pRc>

**DISTORSIONES COGNITIVAS EN NIÑOS**

**¿Qué son?**

Son Interpretaciones erróneas, que tienen sobre las cosas que les suceden, o que ocurren a su alrededor.

Precaución

**Sobregeneralización**  
Hoy se rieron cuando me caí en la escuela, seguro que ahora todos los días se burlarán de mí

**Todo o Nada**  
Si no saco 10 en todas mis materias, es por que soy un tonto que no sabe nada

**Saltar a Conclusiones**  
Seguro que el entrenador me va a dejar en la banca otra vez, sin jugar

**Magnificación**  
¡Reprobé mi examen! seguro mis papás me van a sacar de la escuela por tonto

**Descalificación de lo positivo**  
Saqué 10 en mi examen, pero no importa por que ya era el último examen

**¿Sabes cuáles son la distorsiones cognitivas?**

INCOSAME

**Deberías**  
¡Todo en tu vida debe estar correctamente organizado y no deben de haber sorpresas!

**Pensamiento dicotómico**  
En esta vida o eres bueno o eres malo

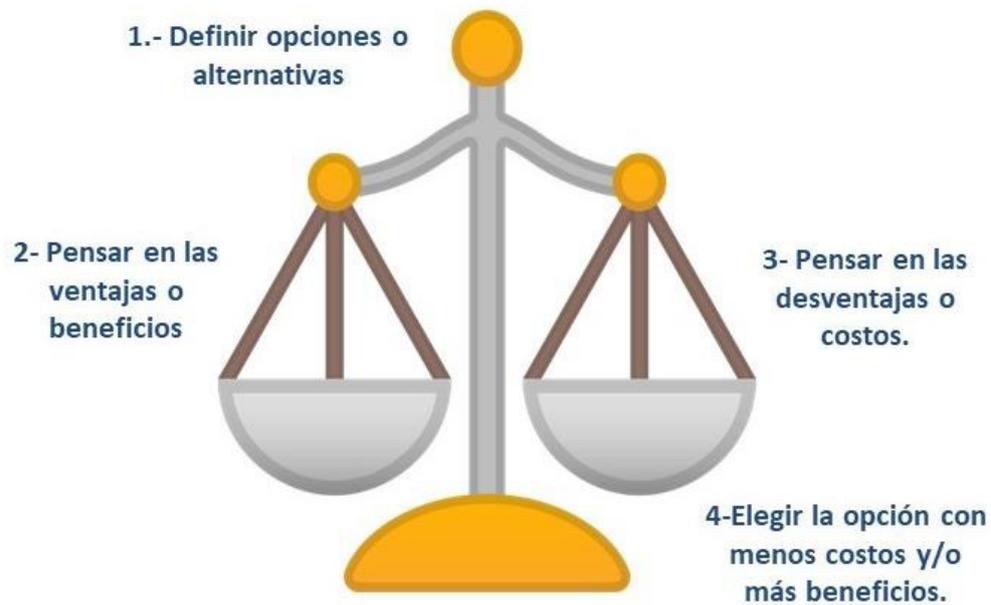
**Culpabilidad**  
Tengo que hacer todo este proyecto de equipo para no preocuparlos

**Sobre generalización**  
¡Nunca voy a destacar en mi trabajo!

**Magnificación y Minimización**  
Si no encuentro trabajo soy un fracasado

**Personalización**  
Seguramente todos estan pensando que soy un tonto por caermme

### Anexo E. Balanza decisional



### Anexo F. Solución de problemas de Zurilla y Goldfried

