



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO POR TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:
Salud mental

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

Autor

Tafur Cabrera, Jhonatan Mark

Asesora

Altamirano Carrasco, Sussetty del Pilar

ORCID: 0000-0002-7294-2940

Jurado

Díaz Hamada, Luis Alberto

Vallejos Flores, Miguel Ángel

Peña Correa, Giovanna Britt

Lima - Perú

2025



INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO POR TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA MUJER ADULTA

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

4%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

3

Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal

Trabajo del estudiante

2%

4

Submitted to ULACIT Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

Trabajo del estudiante

1%

5

inprf.gob.mx

Fuente de Internet

1%

6

www.slideshare.net

Fuente de Internet

<1%

7

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1%

8

www.medicinaysalud.unam.mx



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO POR TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA MUJER ADULTA

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia

Cognitivo Conductual

Autor:

Tafur Cabrera, Jhonatan Mark

Asesora:

Altamirano Carrasco, Sussetty Del Pilar

ORCID: 0000-0002-7294-2940

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Vallejos Flores, Miguel Ángel

Peña Correa, Giovanna Britt

Lima - Perú

2025

Pensamientos

“Si nuestro pensamiento es sencillo y claro,
estamos mejor equipados para alcanzar
nuestras metas”

Aaron Beck

Dedicatoria

A mi madre Nancy Cabrera Chamorro por siempre estar presente en mi vida y darme su apoyo incondicional; por siempre luchar ante la adversidad y demostrarme que con esfuerzo y paciencia se pueden lograr grandes cosas.

Agradecimientos

En agradecimiento a Brenda Huaraca Tantalean, mi gran compañera, que me ha acompañado en mi crecimiento profesional y personal, siendo mi gran soporte. Te agradezco por estar ahí, creer en mí y estimarme mucho.

ÍNDICE

Resumen.....	10
Abstract.....	11
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Descripción del problema.....	14
1.2. Antecedentes	17
<i>1.2.1. Antecedentes Nacionales</i>	<i>17</i>
<i>1.2.2. Antecedentes Internacionales</i>	<i>19</i>
<i>1.2.3. Fundamentación Teórica</i>	<i>22</i>
1.3. Objetivos	37
<i>1.3.1. General</i>	<i>37</i>
<i>1.3.2. Específico.....</i>	<i>37</i>
1.4. Justificación.....	37
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	38
II. METODOLOGÍA.....	40
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	40
<i>2.1.1. Tipo de estudio.....</i>	<i>40</i>
<i>2.1.2. Diseño elegido y su justificación</i>	<i>40</i>
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	41
2.3. Variables de investigación.....	41
<i>2.3.1. Variable independiente</i>	<i>41</i>
<i>2.3.2. Variable dependiente</i>	<i>42</i>
<i>2.3.3. Variables extrañas</i>	<i>42</i>
2.4. Participante	43
2.5. Técnicas e instrumentos	43

2.5.1. Técnicas	44
2.5.2. Instrumentos.....	48
2.5.3. Evaluación psicológica.....	52
2.5.4. Evaluación psicométrica.....	60
2.5.5. Informe psicológico integrador	68
2.6. Intervención.....	79
2.6.1. Plan de Intervención y calendarización	79
2.6.2. Programa de Intervención	81
2.7. Procedimiento.....	85
2.8. Consideraciones éticas	104
III. RESULTADOS	106
3.1. Análisis de resultados	106
3.2. Discusión de resultados	112
3.3. Seguimiento.....	115
IV. CONCLUSIONES	116
V. RECOMENDACIONES.....	117
VI. REFERENCIAS.....	118
VII. ANEXOS	127

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Los síntomas del TEPT se dividen en cuatro categorías principales.....</i>	23
Tabla 2: <i>Causas del trastorno por estrés postraumático.....</i>	26
Tabla 3: <i>Consecuencias del trastorno por estrés postraumático</i>	28
Tabla 4: <i>Clasificación del TEPT según el CIE 10 y el DSM V.....</i>	33
Tabla 5: <i>Ficha técnica Escala de trauma de Davidson DTS.....</i>	48
Tabla 6: <i>Ficha técnica del Inventario de la Ansiedad Rasgo – Estado IDARE</i>	49
Tabla 7: <i>Ficha técnica del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II</i>	50
Tabla 8: <i>Ficha técnica del Inventario clínico Multiaxial de Millon III.....</i>	51
Tabla 9: <i>Datos de Filiación</i>	52
Tabla 10: <i>Registro de la línea base sobre la frecuencia de respuestas fisiológicas, conductuales y pensamientos debido al trastorno por estrés postraumático.</i>	60
Tabla 11: <i>Registro de la línea base sobre la intensidad (0/10) de sus emociones debido al trastorno por estrés postraumático.....</i>	61
Tabla 12: <i>Resultados Test 1 de la Escala de Trauma de Davidson DTS.....</i>	62
Tabla 13: <i>Resultados Test 2 del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE</i>	64
Tabla 14: <i>Resultados Test 3 del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II.....</i>	65
Tabla 15: <i>Resultados Test 4 del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.....</i>	67
Tabla 16: <i>Criterios según el DSM V para el trastorno de estrés postraumático [309.81] (F43.10)</i>	71
Tabla 17: <i>Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados al trastorno de estrés postraumático.....</i>	76
Tabla 18: <i>Conducta adaptativa y desadaptativa</i>	77
Tabla 19: <i>Análisis funcional cognitivo del trastorno por estrés postraumático.....</i>	77

Tabla 20: <i>Análisis funcional conductual del trastorno por estrés postraumático</i>	78
Tabla 21: <i>Plan de intervención y calendarización</i>	79
Tabla 22: <i>Programa de intervención cognitiva conductual</i>	82
Tabla 23: <i>Sesión número 1, 2 y 3</i>	85
Tabla 24: <i>Sesión número 4</i>	86
Tabla 25: <i>Sesión número 5</i>	87
Tabla 26: <i>Sesión número 6</i>	88
Tabla 27: <i>Sesión número 7</i>	89
Tabla 28: <i>Sesión número 8</i>	91
Tabla 29: <i>Sesión número 9</i>	93
Tabla 30: <i>Sesión número 10</i>	94
Tabla 31: <i>Sesión número 11</i>	95
Tabla 32: <i>Sesión número 12</i>	96
Tabla 33: <i>Sesión número 13</i>	97
Tabla 34: <i>Sesión número 14</i>	98
Tabla 35: <i>Sesión número 15</i>	99
Tabla 36: <i>Sesión número 16</i>	100
Tabla 37: <i>Sesión número 17</i>	102
Tabla 38: <i>Sesión número 18</i>	103
Tabla 39: <i>Sesión seguimiento 19 y 20</i>	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Comparación de los resultados del registro conductual en las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 sobre la frecuencia de respuestas fisiológicas.	106
Figura 2	Comparación de los resultados del registro conductual en las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 sobre la frecuencia de pensamientos irracionales.	107
Figura 3	Comparación de los resultados del registro conductual en las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 sobre la frecuencia de conductas.	108
Figura 4	Comparación de los resultados del registro conductual en las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 sobre la intensidad de emociones (0/10).	108
Figura 5	Comparación entre los resultados de la pre prueba y post prueba según la Escala de Trauma de Davidson DTS.	109
Figura 6	Comparación entre los resultados de la pre prueba y post prueba según el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo IDARE.	110
Figura 7	Comparación entre los resultados de la pre prueba y post prueba según el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II.	111
Figura 8	Comparación entre los resultados de la pre prueba y post prueba según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.	111

Resumen

Objetivo: fue determinar la reducción de los síntomas conductuales, cognitivos y físicos del trastorno por estrés postraumático mediante la aplicación de estrategias cognitivas y conductuales. **Método:** en este estudio de caso clínico se utiliza el diseño cualitativo-descriptivo, que permite una investigación exhaustiva. En la intervención se emplearon estrategias cognitivas como la psicoeducación, la técnica de detección de pensamientos, la técnica del ABC, el debate socrático, la técnica de resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad, junto con estrategias conductuales como la técnica de relajación muscular de Jacobson, la técnica de respiración diafragmática, las auto-instrucciones y la técnica de dominio-agrado. **Resultados:** evidenciaron una reducción significativa de los síntomas del trastorno por estrés postraumático, mejorando las capacidades cognitivas, conductuales y fisiológicas del paciente. **Conclusiones:** la evaluación posterior a la intervención verificó la disminución de los síntomas y confirmó que se habían alcanzado los objetivos terapéuticos planteados.

Palabras clave: estrés postraumático, eficacia, terapia cognitivo conductual

Abstract

Objective: was to determine the reduction of behavioral, cognitive, and physical symptoms of post-traumatic stress disorder through the application of cognitive and behavioral strategies.

Method: This clinical case study uses a qualitative-descriptive design, which allows for exhaustive research. The intervention employed cognitive strategies such as psychoeducation, thought detection technique, ABC technique, Socratic debate, problem-solving technique, and assertiveness training, along with behavioral strategies such as Jacobson's muscle relaxation technique, diaphragmatic breathing technique, self-instruction, and mastery-liking technique.

Results: showed a significant reduction in the symptoms of post-traumatic stress disorder, improving the patient's cognitive, behavioral, and physiological abilities. **Conclusions:** the post-intervention evaluation verified the reduction in symptoms and confirmed that the therapeutic objectives had been achieved.

Keywords: post-traumatic stress, efficacy, cognitive behavioral therapy

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición psicológica que afecta profundamente la calidad de vida de quienes la padecen. Este trastorno puede surgir como respuesta a eventos traumáticos como abusos, desastres naturales o accidentes graves, y se caracteriza por síntomas debilitantes que incluyen reexperimentación del trauma, evitación de recordatorios del evento, y alteraciones emocionales y cognitivas. En el caso que se presenta, una mujer adulta de 44 años experimenta TEPT como consecuencia de un intento de abuso sexual, una situación que no solo pone en evidencia las complejidades del trastorno, sino también la importancia de abordarlo mediante intervenciones psicológicas efectivas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC).

El problema del TEPT no solo es clínicamente relevante, sino también socialmente significativo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), aproximadamente el 3.9% de la población mundial ha experimentado esta condición en algún momento, siendo las mujeres las más afectadas debido a la alta prevalencia de violencia de género.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA, 2024), reportó más de 42,000 casos de estrés agudo y postraumático en el último año, de los cuales el 72% correspondió a mujeres. Estas cifras no solo subrayan la magnitud del problema, sino también la necesidad urgente de implementar estrategias terapéuticas que permitan a las personas afectadas recuperar su bienestar emocional y funcional.

Diversos estudios respaldan la eficacia de la TCC como tratamiento para el TEPT. Por ejemplo, Foschiera et al. (2022), documentaron que entre el 60% y el 80% de los pacientes tratados con TCC experimentaron una reducción significativa de los síntomas. Esta forma de terapia, que combina técnicas cognitivas y conductuales, busca modificar patrones de pensamiento disfuncionales y promover conductas más adaptativas, ayudando a los pacientes

a procesar sus traumas y recuperar su calidad de vida. La TCC no solo se centra en aliviar los síntomas, sino también en dotar a las personas de herramientas para afrontar situaciones futuras, haciendo que los beneficios del tratamiento se mantengan a largo plazo.

La TCC se implementa como un modelo estructurado y activo que aborda tanto los pensamientos disfuncionales como las respuestas emocionales y conductuales asociadas al trauma (Orezzoli y Villavicencio, 2024). Por otro lado, el TEPT se define como una condición que surge tras la exposición a eventos traumáticos y se manifiesta en síntomas como flashbacks, hipervigilancia, y evitación, afectando significativamente el funcionamiento social y laboral de los pacientes (Norña, 2023).

Las causas del TEPT son multifactoriales y abarcan factores individuales, sociales y del propio evento traumático. Por ejemplo, un trauma intenso o prolongado, como el abuso sexual, tiene un alto potencial para desencadenar el trastorno (Blanco et al., 2022). Además, factores como una historia previa de ansiedad o depresión, la falta de apoyo social, y un entorno cultural que minimiza la experiencia del trauma pueden exacerbar la vulnerabilidad de una persona al TEPT. Estas características destacan la complejidad del problema y refuerzan la necesidad de intervenciones personalizadas y basadas en evidencia.

El enfoque de este estudio se basa en el diseño experimental de caso único A-B-A, que consta de tres etapas: línea base, intervención y evaluación posterior. Se utilizaron técnicas que incluían reestructuración cognitiva, respiración diafragmática y relajación muscular de Jacobson durante las 18 sesiones del programa de terapia. Además de ayudar a la paciente a enfrentar sus preocupaciones, estas técnicas también la ayudaron a adquirir habilidades útiles para el manejo del estrés y mejorar el funcionamiento diario. Dado que las intervenciones personalizadas pueden adaptarse a los requisitos y características únicas de cada paciente, este enfoque metodológico es particularmente pertinente en pacientes con TEPT.

La justificación de este trabajo radica en la urgente necesidad de brindar apoyo a quienes sufren las consecuencias del TEPT, especialmente en contextos de violencia de género. Según las Organización de Naciones Unidas de Mujeres (ONU Mujeres, 2024), una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física o sexual, y muchas de ellas desarrollan TEPT como resultado. Este trabajo no solo busca reducir los síntomas en la paciente estudiada, sino también generar evidencia que respalde la eficacia de la TCC en este contexto, contribuyendo así al desarrollo de estrategias terapéuticas más efectivas y accesibles.

El impacto de este tema trasciende el ámbito clínico. Abordar el TEPT de manera efectiva no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también fortalece las relaciones familiares, reduce los costos asociados a la atención médica y promueve una sociedad más empática y solidaria. Por ejemplo, una mujer que supera el TEPT puede recuperar su capacidad para trabajar, cuidar de su familia y participar activamente en su comunidad, rompiendo el ciclo de aislamiento y sufrimiento que a menudo acompaña al trastorno.

En conclusión, este trabajo pone de manifiesto la relevancia del TEPT como un problema de salud pública que requiere atención inmediata y enfoques terapéuticos basados en evidencia. Al centrarse en una paciente que representa a miles de mujeres que enfrentan situaciones similares, se busca no solo aliviar su sufrimiento, sino también inspirar a profesionales de la salud mental a adoptar y adaptar estas estrategias en su práctica diaria. Este esfuerzo no solo mejora vidas individuales, sino que también contribuye a una sociedad más saludable y resiliente.

1.1. Descripción del problema

El TEPT es un trastorno que tiene una influencia significativa en quienes han vivido experiencias traumáticas, con repercusiones que se extienden más allá de la persona, a la dinámica familiar, al entorno social y a la comunidad. Esta condición, reconocida como un

problema de salud mental, ha generado atención tanto a nivel nacional como internacional, destacando la necesidad de una estrategia integral y exitosa.

A nivel internacional, el TEPT ha sido objeto de numerosas investigaciones debido a su alta prevalencia en diversas poblaciones afectadas por violencia, desastres naturales y conflictos armados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), aproximadamente el 3.9% de la población mundial ha experimentado TEPT en algún momento de su vida, siendo las mujeres las más afectadas por su asociación con la violencia de género. Este dato cobra relevancia al considerar que una de cada tres mujeres a nivel global ha sufrido violencia física o sexual, lo que frecuentemente desemboca en este trastorno. Ejemplos de intervenciones exitosas como las documentadas en México y España han demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) reduce significativamente los síntomas de TEPT en mujeres víctimas de abuso sexual (Bocanegra, 2022). Estos estudios reflejan la universalidad del problema y la urgencia de implementar estrategias terapéuticas efectivas que sean culturalmente adaptadas.

En el ámbito nacional, el panorama del TEPT en el Perú es alarmante. El Ministerio de Salud (MINSA, 2023) informó que, solo en el último año, más de 42,000 casos de estrés postraumático y agudo fueron atendidos en los establecimientos de salud del país, de los cuales el 72% correspondieron a mujeres. Estas cifras evidencian la prevalencia de eventos traumáticos relacionados con la violencia de género, el abuso sexual y los desastres naturales, que son frecuentes en muchas regiones del país. Estudios como el realizado por Aguilar (2021) destacan la eficacia de la TCC para abordar el TEPT en niños y adolescentes peruanos, evidenciando una disminución significativa de los síntomas mediante intervenciones estructuradas y personalizadas.

En el contexto local, el distrito de Huaycán representa un ejemplo claro de cómo estas cifras nacionales se reflejan en comunidades específicas. Este distrito, ubicado en Lima Este, alberga una población altamente vulnerable debido a factores socioeconómicos y a la presencia de antecedentes de violencia familiar y comunitaria. En este entorno, una mujer adulta de 44 años diagnosticada con TEPT a raíz de un intento de abuso sexual encarna las complejidades de este trastorno y la urgencia de brindar atención psicológica especializada. La implementación de un programa de intervención basado en la TCC no solo busca aliviar los síntomas de esta paciente, sino también crear un modelo replicable en contextos similares.

El problema del TEPT trasciende las cifras y estadísticas para convertirse en una realidad que afecta la funcionalidad diaria, la capacidad laboral y la vida social de quienes lo padecen. Este trastorno no solo genera un sufrimiento psicológico intenso, sino que también tiene consecuencias prácticas en el bienestar físico y la economía de las familias afectadas. Por ejemplo, una persona con TEPT puede experimentar dificultades para mantener un empleo estable debido a los problemas de concentración y la irritabilidad, lo que repercute en su estabilidad financiera y en su capacidad para cuidar de sus seres queridos.

La justificación de este trabajo radica en la necesidad de cerrar brechas en el acceso a tratamientos efectivos para el TEPT, especialmente en contextos de violencia de género. Estudios recientes confirman que la TCC es una de las intervenciones más eficaces para reducir los síntomas del TEPT, promoviendo la resiliencia y la reintegración social de las personas afectadas (Orezzoli y Villavicencio, 2024). Este enfoque terapéutico no solo beneficia a los pacientes, sino que también contribuye al fortalecimiento de las relaciones familiares y a la creación de comunidades más solidarias y empáticas.

En conclusión, este trabajo académico busca no solo aliviar el sufrimiento de una paciente específica, sino también generar evidencia que respalde la eficacia de la TCC como

una herramienta clave para abordar el TEPT en poblaciones vulnerables. Al enfocarse en un caso particular, se aspira a inspirar a profesionales de la salud mental a adoptar estrategias similares, demostrando que es posible transformar vidas individuales y comunidades completas a través de intervenciones basadas en evidencia.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

En Lima, Huerta (2024) realizó un estudio sobre el estrés post traumático e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la relación de pareja en función de la edad. El estudio examinó los fuertes vínculos entre el TEPT, el desajuste y el malestar somático. Se estudió a un total de 256 víctimas de violencia doméstica relacionada con las citas. El estudio evaluó la Escala suplementaria de síntomas de ansiedad somática, que mide la ansiedad, la Escala de desajuste, que mide cómo el abuso doméstico afecta la vida diaria, la Escala de gravedad de los síntomas del TEPT, que mide la intensidad y gravedad de los síntomas, y el Formulario sociodemográfico, que recogió datos de los participantes. La investigación examinó la asociación entre el TEPT y el desajuste en mujeres que habían sufrido violencia marital. La violencia causa enfermedades de salud mental, no la edad, y la conducta de desajuste y los síntomas del TEPT no se ven afectados por la edad. Según la investigación, las supervivientes de abuso doméstico de cualquier edad muestran activación, evitación y reexperimentación. De manera similar, las personas con trastorno de estrés postraumático tienden a evitar hablar o admitir el abuso que han experimentado, lo que exacerba su distanciamiento social y familiar y tiene un efecto perjudicial en su salud mental al restringir su vida emocional y dejarlos constantemente aterrorizados y solos.

En Trujillo, Vega (2023) realizó un estudio sobre la estrategia cognitivo conductual para la disminución del TEPT en adolescentes. Al reunir estudios científicos y considerar una

técnica y un proceso sistemático que sustentaba y examinaba la evidencia de los resultados, este estudio fue descriptivo y cualitativo, con un diseño teórico de sistemas. Uno de los métodos que ha demostrado mayor efectividad es el enfoque cognitivo conductual, que se centra en el tratamiento del TEPT en adolescentes. Las sesiones de tratamiento oscilaron entre diez y veinticinco, con una duración de cuarenta a noventa minutos. La duración de cada sesión y la cantidad de tiempo dedicado a ella variaba en función de la gravedad de los síntomas tratados y las características de los adolescentes de 11 a 19 años.

En Lima, Veintimilla et al., (2020) analizaron un caso clínico de tratamiento cognitivo conductual en una adolescente de dieciséis años que había sido abusada sexualmente y presentaba trastorno de estrés postraumático. Esta investigación se centró en las características del caso y los resultados mediante un diseño observacional descriptivo de caso único de naturaleza terapéutica. Asimismo, las sesiones se realizaron una vez por semana y duraron 45 minutos. Además de técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, la psicoeducación, la triple columna, las auto instrucciones, el entrenamiento en asertividad y la resolución de problemas, se utilizaron técnicas conductuales como la respiración diafragmática, la relajación muscular de Jacobson y la exposición imaginaria. Este estudio descubrió que una intervención cognitivo-conductual redujo significativamente los síntomas del TEPT.

En Huancayo, Gavilan y Felix (2020) realizaron un estudio de caso clínico sobre terapia cognitivo conductual en una mujer adulta con trastorno de estrés postraumático debido haber sido víctima de violencia física e intento de abuso sexual. En el diseño de este estudio de caso se utilizó el paradigma experimental multicondicional de caso único ABA. Este modelo es un tipo de investigación constructiva y aplicada que tiene como objetivo comprender el progreso del problema mediante el uso de conocimientos teóricos y un análisis contextual exhaustivo. La reestructuración cognitiva, la psicoeducación, la adherencia al tratamiento, los ejercicios de respiración, el termómetro del estado de ánimo, las auto instrucciones, la activación

conductual, la reestructuración cognitiva y una alianza terapéutica estuvieron entre las estrategias de intervención utilizadas. Los resultados mostraron una mejora significativa en los síntomas del TEPT, una menor dependencia de formas habituales y erróneas de pensar y menos reacciones emocionales negativas a situaciones estresantes, todo lo cual mejoró el funcionamiento diario.

En Lima, Urbano y Peña (2019) realizaron un estudio sobre la eficacia de la terapia cognitiva conductual para disminuir los síntomas del trastorno de estrés postraumático en los pacientes niños y adolescentes. Este estudio utilizó el método de calificación Grade para determinar el nivel de evidencia en una revisión sistemática cuantitativa, observacional y retrospectiva que se sometió a una selección crítica. Los hallazgos de la revisión sistemática de este estudio, que recopiló y resumió información sobre un tema determinado, se extrajeron de diez artículos académicos, el 60% de los cuales eran de los Estados Unidos, el 10% de Inglaterra, el 10% de Noruega y el 10% de Canadá. Con base en la evidencia, se puede concluir que la terapia cognitiva conductual ayuda a los niños y adolescentes con síntomas de TEPT, como la hiperactividad y a evitar experimentar síntomas relacionados con el trauma.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

En España, Orezza y Villavicencio (2024) realizaron un estudio sobre una adolescente que había sido agredida sexualmente fue tratada por TEPT mediante terapia cognitiva conductual. Se realizó una prueba previa y una prueba posterior como parte de la investigación cuantitativa y longitudinal. La información se recopiló mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Desajuste de Echeburúa (EI) (Echeburúa y Fernández, 2000) y la Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Echeburúa et al., 1997). Realizó 27 sesiones individuales y 8 grupales de terapia cognitivo conductual en un año. Los tratamientos comprendían psicoeducación individual y familiar,

reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson y técnicas de afrontamiento para visiones intrusivas y pesadillas. La hiperactividad, la evitación y la reexperimentación de la adolescente han desaparecido, mejorando su funcionamiento y calidad de vida, lo que demuestra que la terapia cognitivo conductual funciona.

En Ecuador, Moreira y Da Silva (2023) realizaron un estudio de una intervención cognitiva conductual para el trastorno de estrés postraumático en una mujer de 18 años a partir de una internación hospitalaria por una enfermedad sin diagnosticar. El tipo de estudio fue un caso clínico de tipo experimental aplicada. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (PSS) y el Cuestionario Breve de Trastorno de Pánico (CATP). En 12 sesiones de 30 a 45 minutos de duración cada una, se llevó a cabo una intervención cognitivo conductual utilizando métodos que incluían entrevistas, observación, psicoeducación, relajación diafragmática, identificación de ideas ilógicas (reestructuración cognitiva), desensibilización sistemática y exposición en vivo. Como resultado, están tratando de disminuir sus síntomas de TEPT.

En Bolivia, Díaz y Sánchez (2022) llevaron a cabo una intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con trastorno de estrés postraumático (TEPT). En este estudio de caso clínico experimental aplicado se empleó A para la evaluación y/o línea base, B para la implementación del plan de intervención cognitiva y conductual, y A' para la post-evaluación y el seguimiento. En este estudio, se utilizaron los Instrumentos de Depresión de Beck II y la Escala de Gravedad Revisada de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) del DSM 5. La calidad de vida del paciente y los síntomas de TEPT mejoraron mediante una intervención cognitivo-conductual de 13 sesiones que incluyó psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, control de la respiración y exposición prolongada. Al ayudar a los pacientes a manejar y comprender los pensamientos estresantes, se ha demostrado

que la terapia cognitivo-conductual mejora los síntomas de TEPT. En la intervención, el estado de ánimo negativo, el aumento de la excitación, la evitación conductual/cognitiva, las alteraciones cognitivas, la reexperimentación y la reactividad psicofisiológica disminuyeron considerablemente.

En Chile, Guerra et al. (2022) analizaron cómo se puede gestionar cognitivamente el trastorno de estrés postraumático en un caso de violación infantil. El diseño de investigación preexperimental de este estudio de intervención clínica de un solo caso consistió en una fase de referencia, dos fases de tratamiento posteriores y una fase de seguimiento. Los niveles de ansiedad sin terapia se evaluaron durante la fase de referencia. Con la excepción de la desensibilización en vivo que se utilizó junto con las otras tres técnicas, la segunda fase de tratamiento fue comparable a la primera, que incluyó psicoeducación, relajación, control del pensamiento y técnicas de desensibilización mediante la exposición a fotografías de estímulos aversivos condicionados. La participante era una niña de 11 años que vivía con sus tres hermanos (dos mujeres y un hombre) y el hijo de su hermana, bajo la supervisión de ambos padres. La herramienta utilizada fue la Escala de Unidades de Ansiedad Subjetiva (SUDS) (Wolpe, 1958). Se utilizaron nueve semanas de terapia cognitivo conductual como tratamiento y se realizaron seguimientos semanas, meses y dos años después. Las técnicas de control mental, relajación, desensibilización metódica y psicoeducación formaron parte de la terapia. Los resultados revelaron que los síntomas de TEPT se redujeron a casi nada y que los síntomas de intrusión, evitación y activación fisiológica habían disminuido significativamente y de manera constante. Teniendo en cuenta la reducción de los síntomas de alta excitación, evitación e intrusión, se consideró que la intervención cognitivo-conductual fue exitosa. El joven también dejó de tener ataques de llanto y de actuar impulsivamente cuando se exponía a señales relacionadas con el maltrato después de la intervención, y los efectos persistieron con el tiempo.

En México, Guadalupe (2020) analizo la inoculación al estrés como tratamiento cognitivo conductual para disminuir el trastorno de estrés postraumático en mujeres de Hidalgo que habían sufrido agresión sexual. Con una muestra no probabilística y un enfoque cuantitativo, el estudio fue longitudinal e incluyó evaluaciones para el pretest y el posttest. Participaron diez mujeres, de 25 a 40 años, que habían sufrido agresión sexual en el pasado. El instrumento utilizado fue la Escala de gravedad de síntomas revisada del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) (Echeburúa, 2016) antes y después de la intervención cognitivo conductual basada en la técnica de inoculación al estrés, técnica que combina diferentes elementos de enseñanza, reestructuración cognitiva, ensayos conductuales e imaginarios, creada para generar y desarrollar habilidades de afrontamiento de manera inmediata. En la vida cotidiana, los individuos presentaban menos reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas, reactividad fisiológica, disociación y disfuncionalidad, pero los síntomas de TEPT eran diferentes. Esto implica que la terapia cognitivo-conductual puede aliviar los síntomas de TEPT, en particular los que se presentan después de una violación.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Trastorno del Estrés Postraumático. Una persona puede adquirir un TEPT, una enfermedad mental, después de experimentar o presenciar un incidente traumático, como una agresión sexual, una catástrofe natural, un accidente importante o un conflicto. Este trastorno se caracteriza por una serie de síntomas que pueden afectar significativamente la vida diaria y el bienestar emocional de la persona afectada (Generelo et al., 2019).

Laforga (2021) expone que los síntomas del TEPT se dividen en cuatro categorías principales: re-experimentación, evitación, alteraciones negativas en el pensamiento y el estado de ánimo, y alteraciones en la reactividad y la excitación. La re-experimentación incluye recuerdos intrusivos y no deseados del evento traumático, pesadillas y flashbacks, que hacen

que la persona sienta como si estuviera reviviendo el trauma. La evitación se manifiesta como un esfuerzo por evitar lugares, personas y actividades que recuerdan el evento traumático, así como evitar hablar o pensar en ello.

Los sentimientos de culpa, vergüenza o culpabilidad por el incidente, la dificultad para recordar detalles significativos del trauma y una visión persistentemente pesimista de uno mismo y del mundo son ejemplos de pensamientos negativos y trastornos del estado de ánimo. Las alteraciones de la reactividad y la excitación se manifiestan como irritación, arrebatos de ira, conducta irresponsable o autodestructiva, hipervigilancia y dificultad para concentrarse o conciliar el sueño.

Tabla 1

Los síntomas del TEPT se dividen en cuatro categorías principales

Reexperimentación	Evitación	Alteraciones negativas en el pensamiento y el estado de ánimo	Alteraciones de la reactividad y la excitación
Recuerdos intrusivos y no deseados del evento traumático, revivir el trauma.	Evitar lugares, personas y actividades que recuerdan el evento traumático.	Son los sentimientos de culpa, vergüenza o responsabilidad por el evento y una percepción negativa persistente de uno mismo y del mundo.	Se da la irritabilidad, ataques de ira, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia y dificultades para concentrarse o dormir.

La tabla muestra el trastorno de estrés postraumático afecta las relaciones, el trabajo, la salud y las interacciones sociales. La EMDR, la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia de exposición prolongada son terapias eficaces para el trastorno de estrés postraumático. Las personas pueden recuperar el control de su vida, reducir los síntomas y procesar el trauma con

el uso de estos tratamientos. La intervención temprana y el apoyo continuo son cruciales para el manejo eficaz del TEPT y la recuperación a largo plazo. (Vega et al., 2013)

1.2.3.2. Prevalencia. Según Generelo et al., (2019) resulta preocupante que las mujeres adultas que han sufrido una agresión sexual tengan más probabilidades de sufrir TEPT. La exposición a experiencias estresantes, especialmente la agresión sexual, aumenta significativamente el riesgo de sufrir TEPT, según muchos estudios. Según las estimaciones, el 33% de las mujeres que han sufrido una agresión sexual en todo el mundo acabará sufriendo TEPT. El grado de trauma, la disponibilidad de apoyo social y la susceptibilidad genética son algunas de las variables que pueden afectar a esta cifra.

En concreto, las mujeres que han sufrido abusos sexuales tienen muchas más probabilidades de sufrir TEPT que otras formas de trauma. En comparación con el 8% al 10% de las mujeres de la población general que han sufrido otros tipos de trauma, el TEPT afecta a entre el 30% y el 50% de las mujeres que han sufrido abusos sexuales, según el estudio. El carácter personal y brutal del abuso sexual, que a menudo conduce a un mayor grado de angustia emocional y psicológica, es en parte responsable de esta alta proporción (Cabanillas, 2023).

En el contexto de una investigación específica sobre un programa de intervención cognitivo-conductual para mujeres adultas con TEPT debido a violencia sexual, es crucial considerar estos datos de prevalencia. Estos programas de intervención buscan abordar los síntomas debilitantes del TEPT y proporcionar a las víctimas herramientas efectivas para manejar y superar su trauma. La alta prevalencia de TEPT en esta población subraya la necesidad de enfoques terapéuticos especializados y efectivos.

Asimismo, es importante señalar que la prevalencia del TEPT puede estar subestimada debido al estigma asociado con la violencia sexual y los trastornos de salud mental, que pueden

llevar a una subnotificación de casos. Por lo tanto, el desarrollo y la implementación de programas de intervención son esenciales no solo para el tratamiento del TEPT, sino también para la creación de un entorno donde las víctimas se sientan seguras y apoyadas para buscar ayuda.

1.2.3.3. Causas del Trastorno del Estrés Postraumático. Jimenez (2024) sugiere que una persona puede desarrollar TEPT, una enfermedad complicada, después de un incidente estresante.

a) Naturaleza del Evento Traumático. Un elemento importante que contribuye al desarrollo del TEPT es el tipo y la intensidad del suceso. Las agresiones sexuales, los accidentes graves, las catástrofes naturales y los escenarios militares se encuentran entre los sucesos que tienen más probabilidades de causar TEPT porque implican un grave peligro para la vida o la integridad física. La percepción de la persona sobre la intensidad y la incontrolabilidad del evento también juega un papel importante. Los traumas repetidos o prolongados, como el abuso infantil o la violencia doméstica continua, tienden a causar un impacto más severo y duradero (Jimenez, 2024).

b) Factores Individuales. Los factores individuales que pueden influir en la susceptibilidad al TEPT incluyen antecedentes personales y familiares de trastornos mentales, características de personalidad y respuestas fisiológicas al estrés. Las personas con una historia previa de ansiedad o depresión son más propensas a desarrollar TEPT tras un evento traumático. La genética también juega un papel, ya que ciertas variaciones genéticas pueden afectar la respuesta del cerebro al estrés. Además, las diferencias en la química cerebral, como niveles alterados de neurotransmisores, pueden predisponer a una persona a desarrollar TEPT. El género y la edad también son variables importantes. El trastorno de estrés postraumático es más común en mujeres que en hombres, lo que puede deberse a una confluencia de variables

sociales, culturales y biológicas. Además, la exposición al trauma a una edad temprana puede afectar el desarrollo del cerebro y aumentar el riesgo de TEPT en la vida adulta (Jiménez, 2024).

c) *Factores Sociales y Ambientales.* El desarrollo del trastorno de estrés postraumático está muy influido por el entorno social y la ayuda que se recibe después de una experiencia estresante. Si bien los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden empeorar por la falta de apoyo, el aislamiento social o el estrés persistente, una red de apoyo social sólida puede ayudar a reducir el impacto del trauma. La cultura y las normas sociales también influyen en cómo se percibe y se maneja el trauma, lo que puede afectar la prevalencia y la severidad del TEPT (Jiménez, 2024).

Tabla 2

Causas del trastorno por estrés postraumático

Naturaleza del evento traumático	Factores individuales	Factores sociales y ambientales
Eventos que implican una amenaza intensa a la vida o la integridad física.	Los antecedentes personales y familiares de trastornos mentales. Características de personalidad y respuestas fisiológicas al estrés. La genética. La edad y género.	Entorno social y apoyo de su medio. Presencia del estrés continuo. La cultura y normal sociales.

En resumen, el TEPT es el resultado de una interacción compleja entre la naturaleza del trauma, las características individuales y el entorno social. Comprender estas causas es fundamental para el desarrollo de tratamientos efectivos y estrategias de prevención.

1.2.3.4. Consecuencias del Trastorno del Estrés Postraumático. Soto (2023) el TEPT afecta la vida de una persona de muchas maneras, incluidas las emocionales, físicas, sociales y funcionales. Estas consecuencias graves y duraderas pueden tener un impacto en la salud general y la calidad de vida de quienes se ven afectados.

a) Consecuencias Emocionales y Psicológicas. El TEPT se caracteriza por una serie de síntomas emocionales y psicológicos debilitantes. Las personas con TEPT pueden experimentar reexperimentación del trauma a través de recuerdos intrusivos, pesadillas y flashbacks, lo que genera una angustia constante. La evitación de lugares, personas y actividades relacionadas con el trauma es común, lo que puede llevar al aislamiento social y a la disminución de la participación en actividades diarias. El estado de ánimo y el pensamiento también se ven afectados. Las personas con TEPT a menudo presentan sentimientos persistentes de culpa, vergüenza, desesperanza y anhedonia (incapacidad para sentir placer). Además, pueden sufrir de hipervigilancia, irritabilidad, dificultad para concentrarse y problemas de sueño, incluyendo insomnio. Estos síntomas pueden contribuir al desarrollo de otros trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, aumentando el riesgo de comportamiento autolesivo y suicida (Soto et al, 2024).

b) Consecuencias Físicas. La salud física puede verse afectada como resultado del estrés constante asociado al TEPT. Las personas que padecen TEPT tienen más probabilidades de tener problemas de salud, como anomalías del sistema inmunológico, problemas gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares y presión arterial alta. Los problemas de sueño y la falta de ejercicio, junto con el aumento del consumo de sustancias como el alcohol y las drogas, pueden exacerbar estos problemas de salud (Soto et al., 2024).

c) Consecuencias Sociales. El trastorno de estrés postraumático puede afectar significativamente la vida social y las relaciones interpersonales. La irritabilidad, la

desconfianza y la soledad son algunas de las formas en que las personas con trastorno de estrés postraumático pueden tener dificultades para mantener amistades y vínculos familiares. La evitación de situaciones sociales y el miedo a experimentar síntomas en público pueden conducir al retraimiento social. Esto puede resultar en la pérdida de apoyo social, que es crucial para la recuperación y el manejo del TEPT (Soto et al., 2024).

d) Consecuencias Funcionales. El impacto del TEPT en la funcionalidad diaria puede ser significativo. Las dificultades para concentrarse y los problemas de memoria pueden afectar el rendimiento académico y laboral. La irritabilidad y los cambios de humor pueden interferir en el ambiente de trabajo, provocando conflictos con compañeros y supervisores. La incapacidad para mantener un empleo estable o completar estudios académicos puede resultar en dificultades económicas, aumentando el estrés y perpetuando un ciclo negativo (Soto et al., 2024).

Tabla 3
Consecuencias del trastorno por estrés postraumático

Consecuencias emocionales y psicológicas	Consecuencias Físicas	Consecuencias Sociales	Consecuencias Funcionales
Son síntomas emocionales y debilitantes como recuerdos intrusivos, pesadillas y flashbacks.	Afecto negativo en la salud física. Condiciones médicas como cardiovasculares, hipertensión, problemas gastrointestinales y trastorno del sistema inmunológico.	Dificultad en las relaciones interpersonales y la vida social. Evitación a situaciones sociales. Pérdida de apoyo social.	Dificultad para concentrarse, problemas de memoria, el rendimiento académico y laboral. La irritabilidad y cambios de humor.

1.2.3.5. Modelos explicativos del Trastorno del Estrés Postraumático. Según Díaz y Sánchez (2022) el TEPT es una condición compleja que ha sido estudiada a través de diversos modelos teóricos y explicativos. Estos modelos buscan entender las causas y mecanismos subyacentes del TEPT, proporcionando una base para el desarrollo de tratamientos eficaces. A continuación, se describen algunos de los principales modelos explicativos del TEPT.

a) Modelo del Condicionamiento Clásico y Operante. Este modelo se basa en los principios del aprendizaje y el condicionamiento. Según este enfoque, el TEPT se desarrolla cuando una persona asocia un estímulo neutral con un evento traumático (condicionamiento clásico). Por ejemplo, un sonido específico que ocurrió durante el trauma puede desencadenar recuerdos intrusivos y ansiedad cuando se presenta nuevamente. El condicionamiento operante explica cómo las conductas de evitación se refuerzan negativamente; al evitar situaciones que recuerdan el trauma, la persona reduce temporalmente su ansiedad, lo que fortalece la evitación a largo plazo (Díaz y De La Iglesia, 2019).

b) Modelo Cognitivo. El modelo cognitivo del TEPT sugiere que el trastorno se desarrolla y se mantiene debido a pensamientos y creencias disfuncionales sobre el trauma y sus consecuencias. Este modelo se centra en cómo las personas interpretan y procesan su experiencia traumática. Creencias como "El mundo es completamente peligroso" o "Yo soy incapaz de manejar el peligro" pueden perpetuar el miedo y la hipervigilancia. Las terapias cognitivas para el TEPT buscan modificar estas creencias irracionales y ayudar a los pacientes a procesar el trauma de manera más adaptativa (Díaz, 2019).

c) Modelo Biopsicosocial. El modelo biopsicosocial integra factores biológicos, psicológicos y sociales para explicar el desarrollo del TEPT. Este enfoque reconoce que la vulnerabilidad al TEPT puede ser influenciada por la genética, la química cerebral y la respuesta fisiológica al estrés (factores biológicos), así como por la personalidad, las

habilidades de afrontamiento y las experiencias previas de trauma (factores psicológicos). Además, el entorno social, el apoyo recibido después del trauma y las normas culturales también juegan un papel crucial en la aparición y el mantenimiento del TEPT (Díaz, 2019).

d) Modelo Neurobiológico. Las alteraciones inducidas por traumas en el cerebro y el sistema nervioso son el foco principal de este modelo. Los estudios han demostrado que las personas con TEPT tienen anomalías en partes del cerebro, como la corteza prefrontal, el hipocampo y la amígdala. La amígdala, responsable de la respuesta al miedo, puede volverse hiperactiva, mientras que el hipocampo, involucrado en la formación de recuerdos, puede mostrar una disminución de volumen, afectando la capacidad de la persona para distinguir entre recuerdos pasados y situaciones presentes. Las disfunciones en la regulación del cortisol y otros neurotransmisores también son características clave de este modelo (Díaz, 2019).

e) Modelo Ecológico. El modelo ecológico considera el TEPT como el resultado de una interacción dinámica entre el individuo y su entorno. Este enfoque resalta la importancia de factores contextuales como el entorno familiar, comunitario y cultural. Se enfoca en cómo estas interacciones pueden influir en la capacidad de una persona para manejar el estrés y recuperarse del trauma. El apoyo social y las políticas públicas juegan un papel fundamental en este modelo, sugiriendo que la intervención no solo debe centrarse en el individuo, sino también en mejorar las condiciones ambientales y sociales (Díaz, 2019).

1.2.3.6. Clasificación según CIE 10 y DSM V. Reguera et al. (2021) indican que el TEPT es reconocido en dos principales sistemas de clasificación diagnóstica: la CIE-10 de la OMS y el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría. Cada uno de estos sistemas ofrece criterios específicos para el diagnóstico del TEPT, aunque existen algunas diferencias en sus enfoques y detalles.

a) Clasificación según la CIE-10. Según la CIE-10, los criterios diagnósticos para el TEPT incluyen:

- **Reexperimentación del Trauma:** El individuo presenta recuerdos intrusivos y recurrentes del evento traumático en forma de flashbacks, sueños o pesadillas, o experimenta angustia intensa al encontrarse con situaciones que recuerdan el trauma.
- **Evitación y Entumecimiento:** Se evitan claramente las ideas, emociones, acciones, lugares o personas que puedan hacer surgir el trauma. También es posible que se presente una disminución del interés por actividades que merezcan la pena y una sensación de alienación o separación de otras personas.
- **Aumento de la Excitación:** Esto incluye síntomas que incluyen dificultad para dormir, arrebatos de ira o irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y una respuesta de sobresalto hiperactiva.
- **Duración y Afectación:** Debe haber transcurrido al menos un mes desde el inicio de los síntomas y estos deben afectar significativamente el funcionamiento social, profesional o de otro tipo del día a día.

b) Clasificación según el DSM-5. El DSM-5, ampliamente utilizado en Estados Unidos y otros países para el diagnóstico de trastornos mentales, incluye el TEPT en la categoría de "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés" (Reguera et al., 2021).

Los criterios diagnósticos del DSM-5 son más detallados y se estructuran en varias categorías:

- **Criterio A:** La exposición al trauma puede ocurrir cuando alguien está expuesto directamente a la muerte, al miedo a la muerte, a lesiones graves o a una agresión sexual, como testigo, cuando escucha que un ser querido fue lastimado o cuando está expuesto repetida o severamente a detalles gráficos del incidente.
- **Criterio B:** Síntomas Intrusivos: pesadillas perturbadoras, respuestas disociativas (flashbacks), recuerdos intrusivos, recurrentes e involuntarios del incidente traumático y angustia psicológica o reacciones físicas graves cuando se recuerda el trauma.
- **Criterio C:** Evitación: evitación crónica de estímulos relacionados con el trauma, incluidos los esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos conectados con el trauma, así como los intentos de evitar recordatorios externos, como personas, lugares, eventos, objetos o situaciones.
- **Criterio D:** Los síntomas de los trastornos cognitivos y del estado de ánimo incluyen dificultad para recordar detalles significativos del evento traumático, una autoimagen excesivamente negativa, dificultad para experimentar emociones positivas, falta de interés en actividades que valen la pena, una sensación de soledad o alienación de los demás y distorsiones cognitivas que resultan en culparse a uno mismo o a los demás por el trauma.
- **Criterio E:** Arousal y Reactividad: Entre ellos se incluyen episodios de irritación y hostilidad, conducta irresponsable o autodestructiva, hipervigilancia, mayor reacción de sobresalto, dificultad para concentrarse y problemas para dormir.
- **Duración:** Los síntomas deben durar más de un mes.

- **Impacto en el Funcionamiento:** Los síntomas deben dificultar significativamente áreas claves de funcionamiento o crear malestar.
- **Especificadores:** El DSM-5 también incluye especificadores para describir la presentación del TEPT, como con síntomas disociativos (despersonalización o desrealización) y con inicio demorado (los criterios no se cumplen hasta al menos seis meses después del evento).

Tabla 4

Clasificación del TEPT según el CIE 10 y el DSM V

CIE 10	DSM V
Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría.
Exposición a un Evento Traumático.	Criterio A: Exposición al Trauma.
Reexperimentación del Trauma.	Criterio B: Síntomas Intrusivos.
Evitación y Entumecimiento.	Criterio C: Evitación.
Aumento de la Excitación.	Criterio D: Alteraciones Cognitivas y del Estado de Ánimo.
Afectación significativa del funcionamiento social, laboral u otras áreas de la vida.	Criterio E: Arousal y Reactividad, dificultad en su funcionalidad.
Duración de al menos un mes.	Duración: Los síntomas deben durar más de un mes.

1.2.3.7. Terapia cognitivo conductual. En el tratamiento del TEPT, la TCC ayuda a las personas a procesar el trauma y reducir los síntomas asociados. Este enfoque incluye técnicas como la exposición prolongada, donde se anima a los pacientes a enfrentarse a recuerdos traumáticos en un entorno seguro, y la reestructuración cognitiva, que se centra en desafiar y modificar creencias negativas e irracionales sobre el trauma y sus consecuencias (Habigzang et al., 2019).

La TCC también proporciona entrenamiento en habilidades sociales y métodos de relajación como mecanismos de afrontamiento para lidiar con el estrés y la ansiedad. La terapia suele ser estructurada y de corta duración, con sesiones semanales y tareas para casa que refuerzan las técnicas aprendidas en la terapia (Alou, 2022).

Orezzoli y Villavicencio (2024), indican que los beneficios de la TCC incluyen una reducción significativa de los síntomas, una mejora en la funcionalidad diaria y un aumento en la calidad de vida. Su enfoque práctico y orientado a soluciones la convierte en una opción de tratamiento altamente valorada y ampliamente utilizada para el TEPT y otros trastornos mentales.

1.2.3.8. Antecedentes de la terapia cognitivo conductual. La TCC tiene sus raíces en dos principales corrientes psicológicas del siglo XX: la terapia conductual y la terapia cognitiva. Cada una de estas corrientes aportó elementos fundamentales que se integraron en lo que hoy conocemos como TCC.

La terapia conductual, basada en las ideas del condicionamiento operante de B.F. Skinner y del condicionamiento clásico de Ivan Pavlov, surgió en los años 50 y 60. El objetivo de este tratamiento era cambiar hábitos nocivos mediante el uso de estrategias de aprendizaje que incluían la recompensa positiva y la desensibilización metódica. Sin embargo, los terapeutas conductuales se dieron cuenta de que solo cambiar el comportamiento no siempre

era suficiente para producir cambios duraderos, ya que los pensamientos y creencias de los pacientes también jugaban un papel crucial en el mantenimiento de los problemas psicológicos (Wampold y Imel, 2023).

Paralelamente, en la década de 1960, Aaron Beck, un psiquiatra estadounidense, desarrolló la terapia cognitiva mientras trabajaba con pacientes deprimidos. Beck observó que estos pacientes tenían patrones de pensamiento negativos y distorsionados que influían en sus emociones y comportamientos. La terapia cognitiva se centraba en identificar y modificar estos pensamientos disfuncionales para aliviar los síntomas de la depresión y otros trastornos mentales (Tallero, 2024).

Mendoza (2020), indica que la integración de la terapia conductual y la terapia cognitiva dio lugar a la TCC, una forma de tratamiento que combina técnicas de ambas corrientes para abordar tanto los pensamientos como los comportamientos problemáticos. Esta integración fue popularizada por terapeutas como Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), y por Aaron Beck, quien amplió su enfoque cognitivo para incluir elementos conductuales.

La TCC ha sido sometida a extensas investigaciones y ha demostrado ser eficaz para una amplia variedad de trastornos mentales, incluyendo ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, y el TEPT. Su enfoque basado en la evidencia y su aplicabilidad práctica han contribuido a su adopción generalizada en el campo de la psicología y la psiquiatría (Martínez, 2023).

1.2.3.9. Eficacia de la Terapia cognitivo conductual. La TCC ha demostrado ser una de las formas más efectivas de tratamiento psicológico para una variedad de trastornos mentales. Su eficacia se ha validado a través de numerosos estudios clínicos y meta-análisis, posicionándola como una intervención basada en evidencia (Habigzang et al., 2019).

Habigzang et al. (2019), indican que para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la TCC es particularmente eficaz. Según los estudios, entre el 60% y el 80% de los pacientes informan que sus síntomas mejoran significativamente después de recibir terapia cognitivo conductual. Los pacientes pueden procesar el trauma y cambiar el pensamiento disfuncional con el uso de técnicas como la reestructuración cognitiva y la exposición sostenida.

Martínez (2023) menciona que la TCC también es altamente efectiva para tratar la depresión y la ansiedad. En comparación con otros tratamientos, como la farmacoterapia, la TCC ha demostrado tener beneficios duraderos y una menor tasa de recaída. La terapia enseña habilidades de afrontamiento que los pacientes pueden utilizar a largo plazo, lo cual contribuye a mantener los avances logrados durante el tratamiento.

Además, la TCC es eficaz para tratar trastornos alimentarios, fobias, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos del sueño. Su enfoque estructurado y orientado a soluciones permite adaptarla a diferentes poblaciones y problemas específicos (Orezzoli y Villavicencio, 2024).

Por lo cual, la accesibilidad y la capacidad de ser administrada en formato individual, grupal, o incluso a través de plataformas digitales, amplían su alcance y efectividad. En resumen, la TCC es una herramienta terapéutica poderosa y versátil que ofrece resultados positivos y sostenibles para una amplia gama de trastornos mentales.

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Disminuir la sintomatología fisiológica, conductual y cognitiva del trastorno por estrés postraumático en una mujer adulta de 44 años mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

1.3.2. Específico

- Disminuir la sintomatología de respuesta fisiológica a través de la psicoeducación, la respiración diafragmática, la relajación muscular de Jacobson, la técnica de dominio y agrado.
- Disminuir la sintomatología cognitiva como los pensamientos irracionales y generar pensamientos racionales más adaptativos a través de la psicoeducación, la técnica del ABC, el debate socrático y la detección del pensamiento.
- Disminuir la sintomatología conductual como son los comportamientos de evitación y/o huida mediante la psicoeducación, la respiración diafragmática y las auto instrucciones.
- Mejorar su reintegración social y relaciones interpersonales a través de la psicoeducación y la técnica de entrenamiento asertivo.
- Fortalecer su capacidad de toma de decisiones ante situaciones estresantes o conflictivas a través de la técnica de solución de problemas.

1.4. Justificación

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), los cuadros por trastorno por estrés postraumático han sido padecidos por al menos 3.9% de la población mundial en algún

momento, siendo las mujeres más afectadas que los hombres. El Ministerio de Salud reporta que en el año 2023 se han atendido aproximadamente 42,302 casos de reacción de estrés agudo y postraumático en establecimientos de salud, siendo más de 30,614 pacientes atendidos mujeres y más de 11,688 hombres. Esto indica que el TEPT es un problema muy común en nuestro medio, dada la frecuencia de casos clínicos que allí se presentan, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2023). Se enfatiza que, además de contar con el apoyo de amigos, familiares y personas de confianza, es fundamental buscar asistencia profesional en salud mental para evitar que las respuestas normales al estrés empeoren y deriven en un trastorno de estrés postraumático.

Esta investigación examina a una mujer adulta de 44 años que había intentado sufrir abuso sexual y ahora presenta signos de trastorno de estrés postraumático. Esta problemática según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2021), en todo el mundo, una de cada tres mujeres ha sido víctima de abuso físico o sexual por parte de su pareja, y muchas de ellas acabaron padeciendo TEPT. El objetivo de la terapia cognitivo-conductual es profundizar en la comprensión de la eficacia del tratamiento de la agresión sexual y los trastornos de estrés postraumático. Según Orezzaoli y Villavivencio (2024), han demostrado que la TCC reduce significativamente los síntomas del TEPT, mejora el funcionamiento diario y mejora la calidad de vida. Es una opción de tratamiento muy valorada y popular para el TEPT y otras enfermedades mentales debido a su metodología pragmática y centrada en las soluciones.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Después de utilizar estrategias cognitivo-conductuales, se espera que el usuario experimente resultados aceptables y agradables, que es el efecto previsto de este estudio académico. Al hacer esto, ayudará a dar forma a futuras investigaciones sobre salud mental que

enfatan el apoyo al enfoque teórico y la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en el tratamiento del TEPT.

Además, el objetivo de este esfuerzo académico es mostrar cuán exitosas son las estrategias de intervención conductual y cognitiva que componen el programa. Se espera que los resultados inspiren más investigaciones que puedan demostrar cuán exitosa es cada una de ellas. Obtener la mejoría de la paciente y una progresión suficiente de sus síntomas a medida que se utiliza cada estrategia es otro de los objetivos principales; de esta manera, queremos apoyar la salud mental de la paciente que presentaba síntomas de trastorno de estrés postraumático.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

En este estudio de caso utilizó un enfoque de estudio de caso clínico cualitativo. Este método permite una investigación exhaustiva de las manifestaciones de la afección, su desarrollo y el éxito de los tratamientos psicológicos en un entorno personalizado.

2.1.1. Tipo de estudio

La investigación, que busca examinar las experiencias del paciente y su evolución clínica a partir de datos adquiridos en entrevistas, evaluaciones psicológicas y registros clínicos, es de tipo cualitativo-descriptivo. Entre las herramientas utilizadas se encuentran entrevistas semiestructuradas, instrumentos de evaluación del TEPT y diarios de seguimiento terapéutico para proporcionar un examen exhaustivo de los síntomas, los mecanismos de afrontamiento y la reacción a la terapia.

Siguiendo a Bellack y Hersen (1984) mencionan que este tipo de investigación es perfecta para intentar evaluar la eficacia de una intervención en un entorno individual y comprender la interacción entre los elementos psicológicos y ambientales en la evolución de la enfermedad.

2.1.2. Diseño elegido y su justificación

Dado que permite un conocimiento profundo de la experiencia subjetiva del paciente, las reacciones emocionales y cognitivas al trauma y los procedimientos terapéuticos utilizados en su tratamiento, se utilizó un diseño de estudio de caso clínico cualitativo. Kazdin y Tuma (1982) sostiene que, dado que proporcionan un conocimiento profundo de los síntomas, la formulación del caso y la eficacia de los tratamientos, los estudios de caso clínicos son absolutamente esenciales en la investigación psicológica.

Además, Bellack y Hersen (1984) subrayan que los estudios de caso proporcionan un punto de vista ecológico sobre el efecto del trauma y la intervención terapéutica, ya que permiten la observación y documentación de la interacción entre los antecedentes del paciente y su progreso. Dado que el TEPT es una enfermedad con elementos emocionales, cognitivos y conductuales complicados, este diseño es el más adecuado para registrar la evolución en la terapia.

2.2. Ámbito temporal y espacial

Las sesiones de intervención cognitivo conductual se llevaron a cabo de la siguiente manera entre septiembre de 2023 y febrero de 2024: una entrevista, dos evaluaciones, doce sesiones de intervención y tres sesiones de seguimiento. Las sesiones semanales se realizaron en persona los sábados por la mañana, cuando el paciente estaba más accesible, en el Centro de Salud Señor de los Milagros I-3 de Huaycán.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. *Variable independiente*

2.3.1.1. Terapia cognitiva conductual. La terapia cognitivo-conductual se ha utilizado como paradigma de tratamiento para varias enfermedades mentales. Se ayuda a los pacientes a cambiar sus creencias, actitudes y respuestas corporales disfuncionales por otras más adaptativas que les permitan gestionar sus problemas mediante el uso de técnicas cognitivas y conductuales. El tratamiento, que suele durar entre 12 y 20 sesiones, también está centrado en el problema, es activo y organizado. Según los datos disponibles, los pacientes suelen comunicar un alivio significativo de los síntomas entre 4 y 6 semanas después de comenzar la terapia (Laforga, 2021).

2.3.2. *Variable dependiente*

2.3.2.1. Trastorno por Estrés Postraumático. Es una condición de salud mental desencadenada por la exposición a eventos traumáticos como accidentes graves, agresiones físicas, desastres naturales, conflictos bélicos, entre otros. Este trastorno se caracteriza por la persistencia de síntomas que incluyen recuerdos intrusivos, evitación de situaciones que recuerden el trauma, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, así como reacciones físicas y emocionales intensas ante estímulos asociados con el evento traumático (Crone et al., 2023). Es esencial abordar el TEPT desde una perspectiva integral, considerando tanto el diagnóstico clínico como las intervenciones terapéuticas adecuadas. La terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición prolongada y los tratamientos farmacológicos son algunas de las opciones efectivas para aliviar los síntomas del TEPT y mejorar la calidad de vida de los afectados (Barawi et al., 2020). En conclusión, el TEPT es un trastorno complejo que requiere una comprensión profunda y un abordaje multidisciplinario para su tratamiento efectivo.

2.3.3. *Variables extrañas*

- Inestabilidad laboral
- Problemas con su pareja
- Condición económica
- Nivel socio económico
- Cuidado de la hija menor
- Privacidad

2.4. Participante

La paciente es una mujer de 44 años, nacida en Huancavelica, residente en Ate-Huaycán, con estudios secundarios completos y casada.

2.5. Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos de evaluación psicológica son herramientas fundamentales en el campo de la psicología, ya que permiten a los profesionales medir, analizar y comprender los diversos aspectos del comportamiento, la personalidad y las capacidades cognitivas de los individuos. Estas técnicas se utilizan en una variedad de contextos, incluyendo clínico, educativo, organizacional y de investigación, proporcionando información valiosa para el diagnóstico, la planificación de intervenciones y el seguimiento de los progresos (Guilmette et al., 2020).

La validez y fiabilidad de los métodos y herramientas de evaluación psicológica son fundamentales. La fiabilidad es la consistencia de los hallazgos obtenidos con el instrumento a lo largo del tiempo, mientras que la validez es la capacidad de un instrumento de medir aquello para lo que está diseñado. La precisión y la exactitud de estos instrumentos son esenciales para garantizar que las evaluaciones sean justas y útiles para la toma de decisiones clínicas y educativas (American Psychological Association [APA], 2020).

En conclusión, los métodos y herramientas de evaluación psicológica son recursos cruciales que permiten a los psicólogos comprender y cuantificar una variedad de facetas del comportamiento humano. Estas herramientas, cuando se utilizan correctamente, proporcionan información crucial que puede guiar las decisiones clínicas, educativas y organizacionales, mejorando así el bienestar y el rendimiento de los individuos.

2.5.1. Técnicas

2.5.1.1. Técnicas de evaluación

a) Entrevista. La entrevista es una técnica de evaluación fundamental que permite obtener información directa de los individuos mediante una interacción cara a cara, en la que el entrevistador formula preguntas y el entrevistado responde de manera verbal. Según Fernández-Ballesteros, la entrevista es un método flexible y adaptativo, que puede estructurarse en diferentes grados, desde entrevistas altamente estructuradas con preguntas cerradas hasta entrevistas no estructuradas con preguntas abiertas. Este enfoque permite captar no solo la información verbal sino también la no verbal, como gestos, tono de voz y expresiones faciales, proporcionando un contexto más rico para la interpretación de los datos (Díaz y De La Iglesia, 2019). En este sentido, las entrevistas pueden clasificarse en varios tipos: diagnósticas, clínicas, de selección de personal, entre otras. Por ejemplo, las entrevistas diagnósticas se utilizan para identificar problemas psicológicos y establecer un plan de tratamiento adecuado. En contraste, las entrevistas de selección de personal se centran en evaluar las competencias y habilidades de los candidatos para un puesto de trabajo. Fernández-Ballesteros destaca que la clave del éxito en una entrevista radica en la habilidad del entrevistador para crear un ambiente de confianza y seguridad, lo que facilita la apertura y sinceridad del entrevistado (Universidad de Alcalá, 2024).

b) Observación. La observación es otra técnica de evaluación esencial, que consiste en la recopilación sistemática y directa de datos sobre el comportamiento de las personas en su entorno natural o en situaciones controladas. Fernández-Ballesteros señala que la observación puede ser tanto participante como no participante. En la observación participante, el evaluador se integra en el grupo o situación que está observando, mientras que en la observación no participante, el evaluador se mantiene al margen y registra los

comportamientos sin intervenir (Torres, 2020). Además, la observación puede ser estructurada o no estructurada. La observación estructurada implica el uso de categorías predefinidas para registrar comportamientos específicos, lo que permite una mayor objetividad y replicabilidad. Por otro lado, la observación no estructurada es más flexible y exploratoria, permitiendo al evaluador captar una amplia gama de comportamientos y contextos. Fernández-Ballesteros subraya la importancia de la precisión y la sistematización en la observación para evitar sesgos y garantizar la validez y fiabilidad de los datos recopilados (González y Catoño, 2023).

2.5.1.2. Técnicas cognitivas

a) Psicoeducación. La psicoeducación es una técnica que implica proporcionar información a los individuos sobre su condición psicológica y las estrategias de manejo. Este enfoque ayuda a los pacientes a entender su problema y a adquirir habilidades para afrontarlo de manera efectiva. La psicoeducación se utiliza comúnmente en el tratamiento de trastornos como la depresión y la ansiedad, promoviendo la autogestión y la toma de decisiones informada (Rigabert et al., 2020).

b) Técnica de Detección del pensamiento. La detección del pensamiento es una técnica que consiste en identificar y monitorear los pensamientos automáticos que surgen en respuesta a diferentes situaciones. Este método permite a los individuos reconocer patrones de pensamiento negativo o distorsionado que contribuyen a sus problemas emocionales (Beck, 2020). Consiste en interrumpir el pensamiento negativo, mediante el uso de una orden verbal o bien a través de una estimulación negativa. La detección del pensamiento es el primer paso para la modificación cognitiva y la mejora del bienestar emocional.

c) Técnica del ABC. La técnica ABC, desarrollada por Albert Ellis, se basa en el modelo de creencias y consecuencias. A representa el evento activador, B las creencias sobre el evento, y C las consecuencias emocionales. Al identificar y cambiar las creencias

irracionales (B), se pueden alterar las consecuencias emocionales (C) (Crum, 2019). Esta técnica es eficaz para modificar patrones de pensamiento negativos.

d) Técnica del Debate socrático. El debate socrático es una técnica que utiliza preguntas guiadas para ayudar a los individuos a cuestionar y reevaluar sus pensamientos y creencias. Este enfoque promueve el pensamiento crítico y la autocomprensión, ayudando a los individuos a descubrir inconsistencias y distorsiones en su razonamiento (Spores, 2022).

e) Técnica del Entrenamiento asertivo. El entrenamiento asertivo se centra en desarrollar habilidades de comunicación efectiva y autoafirmación. Los individuos aprenden a expresar sus necesidades, deseos y sentimientos de manera clara y respetuosa, sin recurrir a la agresividad o la pasividad (Milovanovic, 2019). Así mismo, el adiestramiento tiene por objeto enseñar a los pacientes a expresar mejor sus sentimientos, sus derechos, sus deseos, y a no volver a presentar ansiedad en situaciones sociales. El entrenamiento asertivo mejora la autoestima y las relaciones interpersonales.

f) Técnica de solución de problemas. La técnica de solución de problemas implica enseñar a los individuos a abordar problemas de manera estructurada y sistemática. Así mismo, busca que siga una serie de pasos que ayuda a la identificación general del problema, definir el problema, la generación de alternativas de solución, la evaluación y valoración de alternativas, elegir una de ellas y ponerlas en práctica (Nezu et al., 2019). Esta técnica mejora las habilidades de afrontamiento y reduce el estrés.

2.5.1.3. Técnicas conductuales

a) Técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson. El método de relajación muscular progresiva de Jacobson consiste en una serie de ejercicios que permiten tanto la tensión muscular como la relajación. El objetivo es aprender a distinguir entre estados musculares relajados y tensos. Se siguen los pasos, que permite tensionar y distensiones los

músculos, haciendo una serie de ejercicios desde el rostro, cuerpo y extremidades. En ocasiones puede ir acompañado de la respiración diafragmática y con música. Este método, desarrollado por Edmund Jacobson, busca reducir la tensión física y promover un estado de relajación profunda. Los individuos aprenden a identificar y liberar la tensión acumulada en sus músculos, lo que contribuye a disminuir los niveles de ansiedad y mejorar el bienestar general (Belchamber, 2021).

b) *Técnica de la respiración diafragmática.* La respiración diafragmática, a menudo denominada respiración abdominal, es un tipo de respiración profunda que utiliza el diafragma, un músculo que se encuentra horizontalmente entre las cámaras abdominal y torácica, para contraerse. Este método ayuda a aumentar la capacidad pulmonar y a reducir la frecuencia respiratoria, promoviendo un estado de calma y relajación. La práctica regular de la respiración diafragmática puede disminuir el estrés y mejorar la concentración (Brinkmann et al., 2020).

c) *Técnica de las Auto-Instrucciones.* Las auto instrucciones son afirmaciones o frases que las personas se repiten a sí mismas para guiar su comportamiento y regular sus emociones. Intentar cambiar los monólogos internos de los pacientes para sustituir las verbalizaciones negativas por las positivas. Este método se utiliza para promover el pensamiento constructivo y mejorar el autocontrol. Las auto instrucciones pueden ser especialmente útiles en situaciones estresantes, ayudando a los individuos a mantener la calma y a adoptar comportamientos más adaptativos (Rachman, 2015).

d) *Técnica de dominio y agrado.* La participación en actividades que proporcionen una sensación de competencia y realización personal forma parte de la estrategia de dominio y placer. Implica organizar una serie de actividades para matar el tiempo con el paciente. Al evaluar el dominio (el nivel de desempeño) y la satisfacción (la sensación de placer), el objetivo

es combatir la falta de deseo, la inactividad y la ansiedad del paciente. Este enfoque se basa en la idea de que participar en actividades placenteras y gratificantes puede mejorar el estado de ánimo y reducir los síntomas de depresión y ansiedad (Sturmey, 2020).

2.5.2. Instrumentos

2.5.2.1. Escala de Trauma de Davidson DTS

Tabla 5:

Ficha técnica Escala de trauma de Davidson DTS

Autor	: Davidson JRT et al. (1997).
Procedencia	: Estados Unidos.
Adaptación	: Carmen Morales Miranda (2006) para el Perú.
Población Objetivo	: Adultos que han sufrido o experimentado un evento traumático.
Ámbito de Aplicación	: Autoadministrada.
Duración	: 10 - 20 min
Nº de Ítems	: 17 ítems.
Tipo de Respuesta	: Es una escala de tipo Likert.
Finalidad	: Mide la frecuencia y la intensidad de los síntomas por trastorno por estrés postraumático en personas que han sufrido un evento estresante.
Materiales	: Hoja de respuestas, lápiz y borrador.
Descripción	: La herramienta evalúa la gravedad y frecuencia de los síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático. Para cada pregunta se considera la frecuencia (número de veces que ha ocurrido), donde 0 representa nunca, 1 representa ocasionalmente, 2 representa 2-3 veces, 3 representa 4-6 veces y 4 representa diariamente; se considera la dureza (gravedad), donde 0 representa nada en absoluto, 1 representa leve, 2 representa moderado, 3 representa marcado y 4 representa severo. Las subescalas de gravedad y severidad tienen un rango de 0 a 68 puntos, mientras que la escala general tiene un rango de 0 a 136 puntos. Cuanto más

grave y/o frecuente sea la puntuación, más alta será. Con una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%, 40 puntos es el número de corte sugerido recomendado para detectar la existencia de trastorno de estrés postraumático. Para analizar la validez factorial se utilizó el análisis factorial exploratorio, mientras que para evaluar la consistencia interna se utilizó el alfa de Cronbach. La escala demostró una buena consistencia interna (0.927). La correlación ítem-test presentó correlaciones altamente significativas ($p < 0.001$) indicando que todos los ítems contribuyen a medir el mismo constructo. El análisis factorial de componentes principales de los datos obtenidos en el estudio reveló la presencia de 3 factores principales. La escala de Trauma de Davidson mostró buena confiabilidad y validez y resulta adecuada para evaluar la gravedad de los síntomas, para asegurarnos del diagnóstico tentativo de trastorno por Estrés postraumático.

2.5.2.2. Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado IDARE

Tabla 6

Ficha técnica del Inventario de la Ansiedad Rasgo – Estado IDARE

Autor	: Spielberger et al. (1970)
Procedencia	: Estados Unidos
Adaptación	: Adaptado a la población peruana en una muestra de adultos de la ciudad de Trujillo realizado por Bazán (2021)
Población Objetivo	: Adolescentes y adultos
Ámbito de Aplicación	: Individual o colectiva
Duración	: 12 a 20 minutos
Nº de Ítems	: 40 ítems
Tipo de Respuesta	: Es una escala de tipo Likert.

Finalidad	: Medir dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (A/E) y como rasgo (A/R)
Materiales	: Hojas de respuestas, lápiz y borrador.
Descripción	: El cuestionario se califica con una puntuación de 0 a 3 puntos, donde la evaluada en el cuestionario de ansiedad estado indica como se siente en ese momento, contando con puntajes invertidos en las preguntas 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20, en relación al cuestionario de ansiedad rasgo indica como se siente en general, cuenta con puntajes invertidos en las preguntas 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39. Las categorías para la ansiedad rasgo - estado tanto para varones y mujeres se entienden entre “bajo, tendencia al promedio, promedio, sobre el promedio y alto”. El cuestionario cuenta con una fiabilidad para la ansiedad estado de 0.94 y ansiedad rasgo de 0.86; y confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.870 de consistencia interna.

2.5.2.3. Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II

Tabla 7

Ficha técnica del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II

Autor	: Aaron T. Beck et al. (1961)
Procedencia	: Estados Unidos
Adaptación	: Adaptación peruana por Barreda (2019) en una muestra clínica Lima-Perú.
Población Objetivo	: De 13 años en adelante
Ámbito de Aplicación	: Individual o colectiva
Duración	: 5 a 10 minutos
Nº de Ítems	: 21 ítems.
Tipo de Respuesta	: Es una escala de tipo Likert
Finalidad	: Evaluar la magnitud o intensidad de los síntomas de depresión durante las dos últimas dos semanas.
Materiales	: Hoja de respuestas, lápiz y borrador.

Descripción

: El individuo evaluado debe seleccionar la opción que mejor refleje su estado promedio durante las dos semanas anteriores, incluido el día en que completa el inventario. El inventario de depresión consta de 21 ítems, cada uno de los cuales consta de cuatro oraciones y se califica en una escala de cuatro puntos de 0 a 3. Las 21 cosas tienen una puntuación total que va de 0 a 63. Cuando una persona selecciona más de una alternativa para un ítem, se toma en cuenta la puntuación de la frase más grave seleccionada. El ítem 19, pérdida de peso, solo se tiene en cuenta si el encuestado declara que no está siguiendo una dieta para reducir su peso; en caso contrario, el ítem recibe una puntuación de 0. En relación a la suma de los puntajes totales, se obtendrá las categorías de “depresión nula (0 a 13 puntos), depresión leve (14 a 19 puntos), depresión moderada (20 a 28 puntos) y depresión severa (29 a 63 puntos)”. Cuenta con una confiabilidad por consistencia interna obtenida de un alfa de Cronbach de 0.93 y una validez de contenido con un valor V de Aiken de 0.99, obteniéndose el 100% de ítems válidos, en relación a la validez de constructo, un porcentaje de 95.4% de aceptación.

2.5.2.4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Tabla 8

Ficha técnica del Inventario clínico Multiaxial de Millon III

Autor	: Millon et al. (1997)
Procedencia	: Estados Unidos
Adaptación	: Adaptación Latinoamérica en Argentina por Richaud et al. (2006)
Población Objetivo	: Adultos a partir de los 18 años
Ámbito de Aplicación	: Individual o colectiva
Duración	: 20 a 30 minutos
Nº de Ítems	: 175 ítems
Tipo de Respuesta	: Respuesta dicotómica verdadero/falso.

Finalidad	: Evaluar la personalidad y la psicopatología de los adultos
Materiales	: Hojas de respuestas, lápiz y borrador
Descripción	: Esta herramienta evalúa rasgos de personalidad y síndromes clínicos: tres escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide), siete síndromes clínicos (trastorno de ansiedad, trastorno somatoforme, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias y trastorno de estrés postraumático), tres síndromes clínicos graves (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante) y cuatro escalas de control (deseabilidad social, devaluación y validez). Acorde a la puntuación obtenida, se deberá clasificar entre “indicador nulo (0 a 34 puntos), indicador bajo (35 a 59 puntos), indicador sugestivo (60 a 74 puntos), indicador moderado (75 a 84 puntos) e indicador elevado (más de 85 puntos)”. Cuenta con un análisis de fiabilidad se obtuvo que en las escalas de clínicas de personalidad los valores obtenidos van desde el 0.60 a 0.81, por otro lado, los resultados obtenidos en las escalas de personalidad severa fluctúan entre el 0.74 a 0.76 evidenciando adecuados índices de confiabilidad. Con un Alpha de Cronbach de 0.96 en el instrumento final y valores situados entre 0.89 de 0.96 respecto a los patrones clínicos y graves de la personalidad lo que indica una consistencia interna adecuada para su propósito, por último, el análisis de validez también cumple los índices requeridos para su aplicación en nuestro medio peruano.

2.5.3. Evaluación psicológica

2.5.3.1. Historia Psicológica

Tabla 9

Datos de Filiación

Nombres y apellidos	: R. J., A. Y.
Sexo	: Femenino

Edad	: 44 años
Lugar de nacimiento	: Huancavelica
Fecha de nacimiento	: 01 de abril de 1979
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Ocupación	: Mototaxista
Estado civil	: Casada
N° de hijos	: 2 hijos
N° de hermanos	: 4 hermanos
Lugar entre hermanos	: 1 / 4
Lugar de residencia	: Ate – Huaycán
Peso	: 57 kg
Talla	: 1.55 m
Lugar de entrevista	: Centro de salud
Examinador	: Lic. Jhonatan Tafur Cabrera

Observación Psicológica:

Examinada es de tez trigueña, contextura gruesa, con talla de 1.55 m y de peso con 57 kg, vestimenta acorde a la estación, con adecuado aseo e higiene personal, ingresa a las sesiones con marcha normal, de mirada intranquila, aunque con expresión facial de preocupación.

Durante las sesiones, se le observo cooperadora, siguiendo las indicaciones recomendadas tanto en las evaluaciones como en las sesiones de terapia. Al inicio le costaba concentrarse en las sesiones, llegándose a sentir preocupada, llegando al llanto, intranquilidad y desconfianza, aun así, logró cumplir con las actividades que se le encomendaron y mostrando interés hacia los temas propuestos. Se mostró reflexiva, ajustándose adecuadamente a las sesiones con responsabilidad, cumpliendo con las citas programadas.

Evaluada se mostró lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, con curso de pensamiento coherente, pero contenido con ideas de temor y preocupación, tiende a la

desconcentración, siendo este con distraibilidad, memoria conservada, de ánimo con tendencia a la inestabilidad.

Motivo de Consulta:

Paciente refiere: “desde hace 1 mes y medio me he venido sintiendo mal, no logro conciliar el sueño, me dificulta volverme a dormir, me levanto de madrugada preocupada, siento que estoy muy alerta a las cosas que ocurren a mi alrededor, tanto que no me permite concentrarme como quisiera en mis quehaceres de la casa o al momento de estar manejando en la moto, siento que mi humor es diferente, estoy más irritable que antes, cuando estoy con mi hija y hace una pequeña maña ya le estoy elevando la voz o cuando mis familiares me dicen algo que no me agrada me molesto fácilmente, a veces al estar sola en mi casa y escuchar ruidos o golpes, me sobresalto, me da nervios a lo que pudiera pasar”. “Esto comenzó un lunes en la madrugada, cuando yo me levante temprano ya que un día antes había hecho mis compras para prepararle comida a unos familiares y ganarme algo, pero, nada de esto pudo darse ya que cuando yo me levante temprano, mi pareja en ese momento me pedía de manera insistente el tener relaciones conmigo, sin embargo, yo no tenía ganas de tener relaciones pues pensaba más en las cosas que debía hacer, a lo que yo me negué, así que él vino atrás mío molesto, me agarró con ambos brazos, me tiró al suelo y rápidamente me empezó a desvestir, me tapó la boca al punto de sentir que me asfixiaba, yo con fuerza trate de soltarme y a la oportunidad que tuve logre gritar con todas mis fuerzas para pedir ayuda, pero él seguía encima de mí, como se dio cuenta que no iba a tener lo que quería, se levantó enojado, tiro cosas que encontraba al suelo y se llevó mis compras que había hecho un día antes. Yo decidí ese día denunciarlo, porque ya no podía soportar más lo que él hacía, desde toda nuestra convivencia en pareja he vivido humillada y menospreciada, cuando realizaba algo que no le agradaba él me insultaba y me elevaba la voz, en la intimidad, aunque yo no tuviera deseo o ganas, me forzaba y me decía que somos pareja que yo no me puedo negar”. Examinada agrega “Desde ese incidente ocurrido el

lunes 11/09/2023 en la madrugada yo me siento intranquila, me da temor a lo que pueda ocurrir, a veces al estar sola o estar trabajando me vienen recuerdos a mi mente sobre ese día que me aterran, a veces ya no quiero llegar a mi casa, tan solo entrar a mi cuarto o a la cocina me genera una angustia, pienso que eso volverá a pasar, siento a desesperarme y lo único que quiero es salirme rápido de ahí, a veces lo aguanto por mi hija, pero en otras evito estar en mi casa o hablar con él para no recordar ese incidente, pero aun así es difícil, me siento cansada, de noche no logro dormir muy bien, he llegado hasta a tener pesadillas y me levanto asustada pensando “me volverá a pasar”. Últimamente estoy triste, desganada, sin energías, preocupada constantemente, siento dolores en el pecho, con dificultad para respirar, a veces no puedo dejar de pensar sobre ese día, vienen ideas en mi como “me pueden hacer daño”. Cuando estoy sola o con mi hija, busco no pensar sobre lo que paso y si me tratan de preguntar sobre algo, invento una excusa para alejarme, tampoco quiero ir rápido a mi casa, hasta he llegado a sentirme desinteresada de trabajar, he querido solo quedarme con mi hija en el parque o en mi moto, no tengo muchas ganas de socializar o tener interés a otras cosas, me siento angustiada de lo que vendrá o en que terminará todo esto, pienso que “nadie me valora” y que “Estoy sola” en todo esto.

Problema Actual:

Examinada ante el acontecimiento estresante del intento de abuso sexual por parte de su pareja, llega a presentar la reexperimentación del suceso mediante recuerdos, pesadillas y flashbacks, comportamientos de evitación y/o huida, alteraciones en su estado de ánimo y en su pensamiento, además de, alteraciones en su reactividad y la excitación.

Estímulos desencadenantes, se identifican los estímulos externos encontrarse o cruzarse con su pareja, relacionarse con sus amigos y familiares que le preguntan sobre el suceso, realizar sus labores de casa y pasar por donde sucedió el acontecimiento traumático y el

manejar en su moto y tener que volver a su casa. Así mismo, se presentan estímulos internos como la reexperimentación que la llevan a los recuerdos intrusivos, pesadillas y flashbacks.

Síntomas fisiológicos como el insomnio, el dolor de pecho, las pesadillas, el cansancio, la irritabilidad, la hipervigilancia y la dificultad para respirar.

Síntomas cognitivos sobre ideas de reexperimentación como “me volverá a pasar”, “me pueden hacer daño”, ideas de desvalorización como “nadie me valora”, e ideas de soledad como “Estoy sola”.

Síntomas de conductas como los sobresaltos y el comportamiento de evitación y/o huida ante el recuerdo sobre el acontecimiento traumático.

Síntomas emocionales de preocupación (8/10), ira (9/10), nerviosismo (9/10), miedo (9/10), angustia (9/10), desesperación (10/10), desmotivación (7/10), culpa (8/10), vergüenza (8/10) y tristeza (7/10).

Desarrollo cronológico del problema

Rayda menciona que ni en su niñez ni en su adolescencia sufrió violencia, llegó a tener padres comprensivos, además de tener una buena relación con sus hermanos. En su familia se llegaron a preocupar por que cumpla con sus actividades escolares, logrando culminar su secundaria completa, expresa que siempre hubo dificultad en lo económico. Examinada menciona que las situaciones de violencia, empezaron en su primera relación de pareja, pues él era una persona irresponsable, la agredía verbal y psicológicamente, también solía reaccionar de forma indiferente durante su convivencia y solía engañarla en la relación siendo infiel. Él tomaba mucho y no era responsable en su rol paterno ni llegaba a apoyar en la casa.

Historia Personal

- **Embarazo.** Evaluada menciona que no cuenta con mucha información del proceso de embarazo. El embarazo no fue planificado, pero si fue aceptado por ambos padres. Recibió los controles que podía llevar, puesto que no iba a todos ya que el centro de salud quedaba muy lejos, y a veces los del personal de salud acudían a visitar a su mamá para sus controles.
- **Parto.** Durante el parto, no registra inconvenientes, nació por parto natural, sin complicaciones, llanto normal, peso y talla ideal. No evidenció mayores preocupaciones durante el proceso. Su mamá tuvo su parto en casa debido a que el hospital o centro de salud quedaba muy lejos.
- **Desarrollo psicomotor.** Menciona que aprendió a caminar, hablar y controlar los esfínteres en la edad correspondiente, mamá siempre estuvo ahí para apoyarla y enseñarle. Mamá solía ser en ocasiones estrictas para repetir algunas enseñanzas.
- **Conductas inadecuadas.** Menciona que no ha tenido conductas inadecuadas en su niñez o adolescencia, solía ser muy obediente y considerada con sus padres. En su adolescencia, hacía caso y ayudaba mucho a su mamá en el trabajo.
- **Niñez.** Menciona que de niña no recibió violencia alguna, sus papas eran comprensivos, aunque siempre notaba las limitaciones económicas que pasaban, lo que le generaba frustración y pena. Ayudaba mucho a mamá en el campo y en las actividades de la casa.

A la edad de 8 años de edad, fallece su papá, desde ahí empezó a sentir mucha necesidad de afecto por parte de la figura paterna.
- **Escolaridad.** Logro culminar su primaria y secundaria completa, mantenía una buena conducta, no tenía quejas o llamadas de atención, solía interesarse mucho por los

estudios, aunque también tuvo bajo rendimiento escolar debido a la ausencia de su papá por su fallecimiento. Menciona que le gustaba hacer la tarea, era cumplida y ayudaba mucho a mamá.

- **Relaciones interpersonales.** Evaluada menciona que no le gustaba mucho salir, no iba mucho a fiestas, pero si se unía a grupos para sociabilizar, no le gustaba tomar o se alejaba cuando empezaban los demás a hacer ese tipo de cosas.
- **Trabajo.** Señala que empezó a trabajar desde los 10 años, empezando a apoyar como niñera, a los 13 años llega a mudarse a Lima, empezando a trabajar de limpieza, de esa forma apoyaba a mamá comprando los útiles de sus hermanos, ese trabajo lo realizó hasta los 16 años, luego, continuo como ayudante de cocina, de ahí laboro de vendedora, en juguería y en restaurante. Logro trabajar en una empresa de confecciones, pero sentía que sus turnos absorbían su tiempo tanto que descuidaba a sus hijos; ahora labora de mototaxista, lo que le permite tener más atención a sus hijos.
- **Sexualidad.** Refiere que a sus 20 años inicio su primera relación sexual con su primera pareja sentimental, de quien quedó embarazada de su 1er hijo.
- **Pareja.** Menciona que tuvo su primera pareja a los 20 años, no se llevaron muy bien, pues él solía ser muy irresponsable, apoyaba poco en casa y hasta solía abusar del alcohol. En la relación, llegaba a ser tosco, generando maltrato verbal. Ella decidió separarse pues no lograba nada, menciona su hijo sufrió mucho por la separación, su papa era ausente, tomando más de la cuenta, era tosco verbalmente e indiferente con su familia. Su hijo empezó con problemas de conducta por los problemas que tuvieron, siente que le choco mucho la ausencia de sus padres. Su segunda relación, la empezó a los 39 años, decidiendo darse una nueva oportunidad, le había costado empezar de

nuevo, con esta pareja se encuentra aun actualmente y con quien se dio este acontecimiento estresante de intento de abuso sexual.

Historia Familiar

Madre

Edad	: 64
Lugar de nacimiento	: Lima
Ocupación	: Campo y ganado
Estado civil	: Viuda
Grado de instrucción	: Tercero de primaria
Características personales	: La describe como una persona renegona y autoritaria, pero que se preocupaba por ella, ayudándola en todas sus edades.

Padre

Edad	: Falleció a los 36 de cáncer al estomago
Lugar de nacimiento	: Lima
Ocupación	: Personal de limpieza en colegio
Estado civil	: Fallecido
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Características personales	: Lo describe como una persona responsable, cariñoso y amoroso. Falleció cuando la examinada tenía 8 años.

Hermana 1

Edad	: 43 años
Lugar de nacimiento	: Huancavelica
Ocupación	: Ama de casa
Estado civil	: Conviviente
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Características personales	: Carmen es muy amable, nos llevamos bien.

Hermana 2

Edad	: 38 años
Lugar de nacimiento	: Huancavelica
Ocupación	: Ama de casa
Estado civil	: Conviviente
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Características personales	: Edith es muy sociable, amigable y nos ayuda cuidando a mamá.

Hermano 3

Edad	: 36 años
Lugar de nacimiento	: Huancavelica
Ocupación	: Electricista, Trabaja en mina
Estado civil	: Conviviente
Grado de instrucción	: Técnico superior completo
Características personales	: Emerson es una persona buena, nos llevamos bien.

Antecedentes psiquiátricos: No presenta antecedentes

2.5.4. Evaluación psicométrica**2.5.4.1. Registro de la línea base de conductas****Tabla 10**

Registro de la línea base sobre la frecuencia de respuestas fisiológicas, conductuales y pensamientos debido al trastorno por estrés postraumático.

Conducta	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Total
Insomnio	4	3	4	4	3	4	4	26
Dolor de pecho	6	5	6	7	8	6	5	43
Pesadillas	2	3	2	3	3	3	2	18
Cansancio	4	3	5	3	4	3	4	26
Irritabilidad	6	6	5	7	6	5	6	41
Hipervigilancia	7	8	6	7	8	8	8	52

Dificultad para respirar	6	7	7	6	7	6	7	46
“Me volverá a pasar”	8	9	8	8	9	9	8	59
“Me pueden hacer daño”	9	9	8	8	9	7	8	58
“Nadie me valora”	8	9	8	7	8	9	8	57
“Estoy sola”	6	7	6	6	7	6	7	45
Sobresaltos	8	8	7	8	7	7	8	53
Evitación y/o huida	7	7	8	7	8	8	7	52

Tabla 11

Registro de la línea base sobre la intensidad (0/10) de sus emociones debido al trastorno por estrés postraumático

Emociones	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Promedio
Preocupación	7	8	8	7	8	9	8	8
Ira	9	9	9	8	9	9	7	9
Nerviosismo	9	8	8	9	9	9	8	9
Miedo	8	9	9	8	9	8	9	9
Angustia	9	9	8	9	9	8	9	9
Desesperación	10	9	10	9	10	9	10	10
Desmotivación	9	8	6	7	8	7	7	7
Culpa	7	9	7	8	9	9	8	8
Vergüenza	9	8	7	6	7	9	8	8
Tristeza	7	8	6	6	9	9	6	7

2.5.4.2. Informe de la Escala de Trauma de Davidson DTS

Datos de filiación

Apellidos y nombres : R. J., A. Y.

Edad : 44 años

Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Fecha de evaluación	: martes 26/09/2023
Psicólogo	: Lic. Jhonatan Tafur

Motivo de evaluación

Identificar la frecuencia y la intensidad de los síntomas por trastorno por estrés postraumático.

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Escala de Trauma de Davidson DTS

Resultados

Tabla 12

Resultados Test 1 de la Escala de Trauma de Davidson DTS

	Puntaje Total	Resultado
Frecuencia	43	Presencia de síntomas TEPT
Gravedad	42	Presencia de síntomas TEPT

Interpretación

La evaluada en cuanto a la frecuencia de síntomas del TEPT, con un puntaje de 43, se identifica presencia de síntomas por TEPT. En cuanto a la gravedad de síntomas del TEPT, con un puntaje de 42, se identifica presencia de síntomas por TEPT. Resaltando los síntomas de TEPT por frecuencia y gravedad como los recuerdos intrusivos, imágenes y pensamientos dolorosos constantes, la reexperimentación de lo sucedido, las pesadillas, sudoraciones, los temblores, las palpitaciones, la irritabilidad, los arranques de ira, el nerviosismo y en ocasiones los sobresaltos, así mismo, se identificó dificultad para concentrarse, conciliar el sueño y

presentar comportamientos evitativos sobre sus quehaceres o permanecer en lugares que le recordaran sobre lo ocurrido.

Conclusiones

La evaluada obtuvo en frecuencia de síntomas por TEPT un puntaje total de 43 y en gravedad de síntomas por TEPT un puntaje de 42, ambos ubicándose en la categoría de presencia de síntomas de frecuencia y gravedad del trastorno por estrés postraumático.

Recomendaciones

Iniciar intervención cognitiva conductual para disminuir los síntomas de frecuencia y gravedad de trastorno por estrés postraumático.

2.5.4.3. Informe del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI

Datos de filiación

Apellidos y nombres	: R. J., A. Y.
Edad	: 44 años
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Fecha de evaluación	: martes 26/09/2023
Psicólogo	: Lic. Jhonatan Tafur

Motivo de evaluación

Medir la ansiedad en dos conceptos independientes, como rasgo (A/E) y como estado (A/R).

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE

Resultados

Tabla 13

Resultados Test 2 del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE

	Puntaje Total	Resultado
Rasgo (A/R)	13	Bajo
Estado (A/E)	32	Alto

Interpretación

La evaluada ha obtenido en su ansiedad rasgo (A/R), un puntaje de 13, ubicándola en la categoría de Baja ansiedad rasgo, que se caracteriza por no estar propensa constantemente a situaciones ansiosas o percibir situaciones a menudo como amenazantes. Así también, ha obtenido en su ansiedad estado (A/E), un puntaje de 32, ubicándola en la categoría de Alta ansiedad estado, que se caracteriza por sentirse preocupada, tensionada, hiper alerta y nerviosa por un acontecimiento reciente.

Conclusiones

La evaluada en su ansiedad rasgo (A/R) obtuvo un puntaje de 13 que la ubica en la categoría de Baja ansiedad rasgo y en su ansiedad estado (A/E) obtuvo un puntaje de 32, que la ubica en la categoría de Alta ansiedad estado.

Recomendaciones

Iniciar intervención cognitiva conductual para disminuir los síntomas en su ansiedad estado.

2.5.4.4. Informe del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II

Datos de filiación

Apellidos y nombres	: R. J., A. Y.
Edad	: 44 años
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Fecha de evaluación	: martes 26/09/2023
Psicólogo	: Lic. Jhonatan Tafur

Motivo de evaluación

Identificar la intensidad de los síntomas de depresión.

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II

Resultados

Tabla 14

Resultados Test 3 del Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II

Puntaje Total	Categoría
15	Depresión Leve

Interpretación

La evaluada ha obtenido un puntaje de 15, ubicándola en la categoría de depresión leve, que se relaciona con síntomas a una intensidad leve como sentirse triste, no llegar a disfrutar tanto de las cosas como solía hacerlo, sensaciones de culpa, sensaciones de castigo, falta de

confianza, autocrítica hacia todos sus errores, sentirse más tensa de lo habitual, con menos energía, sentirse con más sueño, con menos apetito, desconcentración, cansancio y menos interés en el sexo de lo que solía estarlo.

Conclusiones

La evaluada obtuvo un puntaje de 15, correspondiente a la categoría de depresión en una intensidad leve.

Recomendaciones

Iniciar la intervención cognitiva conductual para disminuir los síntomas depresivos.

2.5.4.5. Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Datos de filiación

Apellidos y nombres	: R. J., A. Y.
Edad	: 44 años
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Fecha de evaluación	: martes 26/09/2023
Psicólogo	: Lic. Jhonatan Tafur

Motivo de evaluación

Evaluar patrones de personalidad y síndromes clínicos.

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Resultados

Tabla 15*Resultados Test 4 del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III*

Dimensión	Patrones Eje II	Puntaje	Categoría
Patrones clínicos de personalidad	Evitativo	75	Indicador moderado
Patología severa de personalidad	Paranoide	76	Indicador moderado
Síndromes Clínicos	Trastorno de ansiedad	91	Indicador elevado
	Trastorno estrés	73	Indicador
	postraumático		sugestivo

Interpretación

La evaluada presenta patrones de personalidad evitativo y paranoide, ambos en la categoría de indicador moderado, mostrando rasgos de personalidad caracterizados por ser una persona retraída, evitando trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal debido al miedo, desaprobación o rechazo, reacio a implicarse con la gente, temor de ser rechazada, inhibido a situaciones interpersonales a causa de sentimientos de inferioridad, sin querer correr riesgos y otros, por otro lado, características como desconfianza, sospechando sin base, que se aprovecharan de ella, o les harán daño, preocupación por la fidelidad de las personas y tendencia a rencores durante mucho tiempo.

En cuanto a síndromes clínicos, presenta trastorno de ansiedad en una categoría de indicador elevado y trastorno de estrés post traumático en un indicador sugestivo, caracterizándose por presentar síntomas clínicos como sentirse tensa, indecisa, inquieta, con molestias físicas, sensación de tensión, miedo, preocupación, nerviosismo e hipervigilancia. Así mismo, haber experimentado un suceso que implica una amenaza para su vida y reacciona

ante ello con miedo intenso y sentimientos de indefensión, tiende a persistir con imágenes y emociones asociadas al trauma que la llevan al recuerdo y pesadillas, los síntomas de activación ansiosa como sobresaltos e hipervigilancia se mantienen o persisten, además que tiende a querer evitar las circunstancias asociadas con el trauma.

Conclusiones

Según la categoría de indicación sugestiva, la paciente presenta características clínicas de personalidad paranoide y evitativa. Además, presenta síndromes clínicos que incluyen trastorno de estrés postraumático como señal sugestiva y trastorno de ansiedad como indicador aumentado.

Recomendaciones

Iniciar la intervención cognitiva conductual para regular características de personalidad y disminuir sus síndromes clínicos.

2.5.5. Informe psicológico integrador

Datos de filiación:

Apellidos y nombres	: R. J., A. Y.
Género	: Femenino
Edad	: 44 años
Lugar de Nacimiento	: Huancavelica
Fecha de Nacimiento	: 01 de abril de 1979
Grado de Instrucción	: Secundaria Completa
Ocupación	: Mototaxista
Estado Civil	: Casada
Nº de hijos	: 2 hijos

Lugar entre hermanos	: 1 / 4
Lugar de residencia	: Ate – Huaycán
Lugar de evaluación	: Centro de salud
Informante	: Examinada
Examinador(a)	: Lic. Jhonatan Tafur Cabrera

Motivo de consulta:

Indagar mediante la evaluación del área emocional y personalidad un descarte del trastorno por estrés postraumático.

Técnicas e instrumentos de evaluación:

- Entrevista
- Observación de la conducta
- Registro de línea base de conductas
- Escala de Trauma de Davidson DTS
- Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE
- Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Análisis e interpretación de resultados:

Área emocional

En relación a los síntomas de ansiedad, se detallan los conceptos por rasgo y estado, donde tenemos una baja ansiedad rasgo, comprendiendo que la examinada no tiende a estar propensa a preocupaciones, nerviosismos o miedos amenazantes de manera constante como parte de sus características emocionales, sin embargo, cuenta con una alta ansiedad estado,

indicándonos que se siente tensionada, hiperalerta y nerviosa debido a un acontecimiento estresante reciente como lo fue el intento de abuso sexual por parte de su pareja. Ante este acontecimiento estresante vivido por la examinada, se identificó la presencia de síntomas del trastorno por estrés postraumático por su frecuencia y gravedad en que aparecen, como los recuerdos intrusivos, imágenes y pensamientos dolorosos constantes, la reexperimentación de lo sucedido, las pesadillas, sudoraciones, los temblores, las palpitaciones, la irritabilidad, los arranques de ira, el nerviosismo y en ocasiones los sobresaltos, así mismo, se identificó dificultad para concentrarse, conciliar el sueño y presentar comportamientos evitativos sobre sus quehaceres o permanecer en lugares que le recordaran sobre lo ocurrido.

En relación a síntomas de depresión, ha ido sintiendo a una intensidad leve, tristeza gran parte del tiempo, poco disfrute a las cosas que antes hacía, sentimientos de culpa por los acontecimientos ocurridos y hasta con creencias que lo ocurrido es por una clase de castigo, tiende a la desconfianza de las personas que la rodean o de las personas que tocan el tema del intento de abuso por parte pareja, así mismo, denota cansancio, baja energía y disminución de su interés hacia temas laborales, su rol materno, actividades de casa o responsabilidades económicas.

Área de personalidad

En cuanto a los patrones de personalidad, presenta rasgos de comportamiento evitativo y paranoides, resaltando sus características de retraimiento, evitativa al contacto interpersonal, por temor a la desaprobación o rechazo, en ocasiones tiende a integrarse, pero se retrae a situaciones sociales. Así mismo, resalta ser desconfiada, preocupada de que se puedan aprovechar o algún daño que puedan hacerle, estas características no permiten que logre expresar de forma clara sus ideas y emociones.

Conclusión diagnóstica

- Presenta síntomas de depresión en una categoría leve, apareciendo este estado de ánimo debido al acontecimiento traumático ocurrido con su pareja.
- Presenta una ansiedad estado alto debido a un acontecimiento estresante reciente.
- Presenta rasgos de personalidad evitativa y paranoide, características de comportamiento que han resaltado más debido al acontecimiento estresante con su pareja.
- Se evidencia la presencia de síntomas del trastorno del estrés postraumático por su frecuencia y gravedad en que aparecen, debido al evento traumático ocurrido con su pareja.
- Presenta un aumento en la frecuencia de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales pertenecientes al trastorno por estrés postraumático.

Diagnósticos

Diagnóstico Tradicional

Tabla 16

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

Criterios del DSM V	Síntomas presentes en la paciente
Criterio A: Debe existir la exposición a la muerte, una lesión grave o violencia sexual, ya sea esta real o por amenaza, en una o más de las siguientes alternativas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa al evento traumático. 2. Presencia directa del acontecimiento ocurrido a otros. 	Según el Criterio A , debe haber sido expuesta a un suceso traumático, por lo que la paciente se relaciona con el suceso N° 1, pues la examinada experimento directamente el suceso traumático, donde el hecho fue el

-
3. Conocimiento de que el evento traumático ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el acontecimiento ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del acontecimiento traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Criterio B: Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión asociados al evento traumático, que comienza después de este acontecimiento:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el acontecimiento estresante.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el evento estresante (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algo relacionado con el evento traumático.

intento de abuso sexual por parte de su pareja.

Según el **Criterio B**, debe presenciar uno o más síntomas de intrusión asociados al suceso traumático y que comience después del suceso traumático, teniendo la examinada la presencia de los siguientes síntomas:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos al suceso traumático,
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático,
3. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático, y
4. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algo relacionado con el evento traumático.

Criterio C: Existe una evitación persistente de estímulos asociados al acontecimiento estresante, que comienza luego de este evento estresante, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

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

Criterio D: negativas cognitivas negativas y del estado de ánimo asociadas al evento traumático, que comienzan o empeoran después de este acontecimiento estresante, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del evento traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No

Según el **Criterio C**, debe haber uno o más comportamientos de evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comience tras el suceso traumático. La examinada presenta: 1. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociado al suceso traumático; y 2. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades y situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca al suceso traumático.

Según el **Criterio D**, debe haber uno o más alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, la examinada presenta las características siguientes: 1. Creencias negativas persistente y exagerada sobre sí misma ("Estoy sola", "me volverá a pasar", "nadie me valora", y "me pueden hacer daño"), 2. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del

- puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del evento traumático, que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Criterio E: Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al evento traumático, que comienza

o empeora luego de dicho acontecimiento estresante, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:

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

suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí misma, 3. Estado emocional negativo persistente (miedo, ira, culpa y vergüenza), 4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, y 5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos hacia su hija).

Según el **Criterio E**, debe haber dos o más alteraciones importantes de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, presentando la examinada: 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos, 2. Hipervigilancia, 3. Respuesta de sobresalto, 4. Problemas de concentración, y 5. Alteración del sueño (dificultad para conciliar o continuar el sueño).

Criterio F: La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es mayor a un mes.

Según el **Criterio F**, la duración de las alteraciones de los criterios B, C, D y E debe ser superior a un mes, en la examinada estas alteraciones están presentes un mes y medio.

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

Según el **Criterio G**, La alteración debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Siendo así, en la examinada ha ocurrido un malestar clínico de manera significativa en los social siendo retraída y no relacionándose con su entorno, en lo laboral no trabajando yéndose con su hija a los parques para pasar tiempo ahí, y lo familiar donde siente vergüenza al conversar con ellos por temor a ser juzgada.

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

Según el **Criterio H**, las alteraciones no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica, teniendo en la examinada no consumir o tomar alguna sustancia que genere estas alteraciones ni ser atribuida por una afectación médica que este cursando.

Diagnóstico Funcional

Tabla 17

Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados al trastorno de estrés postraumático.

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Fisiológico <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Pesadillas. • Hipervigilancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de tolerancia a la frustración. • Dificultad para concentrarse en sus actividades. • Dificultad para relajarse. • Dificultad en sus habilidades sociales. • Dificultad en su toma de decisiones. • Dificultad de autocontrol al corregir a su hija. • Dificultad para mantener una conversación. • Dificultad para retomar sus actividades cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No permanecer mucho tiempo en casa. • No preparar los alimentos para sus hijos. • No completar sus rutas de trabajo con su mototaxi. • No expresar sus ideas.
Emocional <ul style="list-style-type: none"> • Angustia (9/10) y nerviosismo (9/10) ante recuerdos intrusivos. • Desmotivación (7/10) para sus actividades de casa, trabajo y su rol materno. • Miedo (9/10) y desesperación (10/10) ante los recuerdos intrusivos. • Preocupación (8/10) por que ocurra lo peor. • Ira (9/10) al recordar lo sucedido. • Culpa (8/10) y vergüenza (8/10) al pensar en lo sucedido. 		
Conductual <ul style="list-style-type: none"> • Sobresalto, hipervigilancia e intranquilidad al estar sola. • Conducta de evitación y huida. 		
Cognitiva		

-
- Ideas de reexperimentación.
 - Ideas de desvalorización.
 - Ideas de soledad.
-

Conducta Adaptativa y Desadaptativa

Tabla 18

Conducta adaptativa y desadaptativa

Conducta adaptativa	Conducta desadaptativa
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad intelectual • Red de apoyo familiar • Motivación • Actitud positiva • Comprensión verbal • Reflexiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a entablar una conversación. • Angustia al estar sola. • Culpa por el evento traumático. • Rechazo a su rol materno. • Inseguridad.

Análisis Funcional Cognitivo

Tabla 19

Análisis funcional cognitivo del trastorno por estrés postraumático

Acontecimientos (A)	Creencias (B)	Consecuencias (C)	
		Emoción (C1)	Conducta (C2)
<ul style="list-style-type: none"> • Pasar por la cocina. • Tener que cocinar. • Regresar a su casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Me volverá a pasar” • “Me pueden hacer daño” 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo (9/10) • Ira (9/10) • Angustia (9/10) • Desesperación (10/10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Llorar junto a su hija. • Quedarse paralizada. • Se sale de casa para no cocinar. • Permanece en su moto. • Evita y/o huye

• Familiares la critiquen.	• “Nadie me valora”	• Desmotivación (7/10)	
• Amigos la resondren.		• Culpa (8/10)	• Evita y/o huye.
• Escuchar ruidos de noche.	• “Estoy sola”.	• Tristeza (7/10)	
• Estando sola toquen la puerta.		• Vergüenza (8/10)	
		• Nerviosismo (9/10)	• Se aísla de los demás.
		• Preocupación (8/10)	• Lloro
		• Tristeza (7/10)	• Intranquila de un lugar a otro
		• Desmotivación (7/10)	

Análisis Funcional Conductual

Tabla 20

Análisis funcional conductual del trastorno por estrés postraumático

Estímulo discriminativo (Ed)	Organismo (O)	Conducta (R)	Estímulo reforzador (Er)
Externos:	Biológico:	Fisiológico/motor:	Externos:
• Encontrarse con su pareja.	• No presenta antecedentes de enfermedades predisponentes.	• Insomnio	• Volver a casa del trabajo. (refuerzo positivo)
• Familiares le pregunten sobre el acontecimiento.	• No evidencia problemas de consumo de medicamentos o sustancias tóxicas.	• Pesadillas	• Un familiar o amigo le pregunte sobre el acontecimiento. (refuerzo positivo)
• Realizar sus labores de casa.		• Dolor de pecho (7/10)	• Hacer la limpieza en casa. (refuerzo positivo)
• Manejar su mototaxi y dirigirse a su casa.		• Dificultad para respirar	• Pasar por donde sucedió el incidente. (refuerzo positivo)
	Cognitivo:	Emocional:	
Internos:	• Ideas de reexperimentación.	• Preocupación (8/10)	
• Pesadillas.	• Ideas de desvalorización.	• Ira (9/10)	
• Recuerdos intrusivos de reexperimentación.	• Ideas de soledad.	• Nervios (9/10)	
		• Miedo (9/10)	

<p>Ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acontecimiento traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angustia (9/10) • Desesperación (10/10) • Desmotivación (7/10) • Culpa (7/10) • Vergüenza (7/10) • Tristeza (7/10) <p>Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Me volverá a pasar” • “Nadie me valora” • “Me harán daño” • “Estoy sola” <p>Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacción evitativa y/o de huida. • Sobresalto • Hipervigilancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrarse sola. (refuerzo positivo) • Escuchar ruidos en la noche. (refuerzo positivo) • Alguien toque su puerta. (refuerzo positivo) • Permanecer despierta de noche. (refuerzo positivo) <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flashback del evento traumático. (refuerzo negativo) • Pensamientos negativos. (refuerzo negativo) • Pesadillas. (refuerzo negativo)
---	--	--

Recomendaciones

Iniciar una intervención cognitiva conductual que ayude a disminuir los síntomas fisiológicos cognitivos y conductuales del trastorno por estrés postraumático.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de Intervención y calendarización

Tabla 21

Plan de intervención y calendarización

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
01	Sábado 23/09/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Entrevista y observación psicológica Registro de conductas
02	Martes 26/09/2023	1 hora	2 veces a la semana	Mujer de 44 años	Pre-prueba: Instrumentos psicológicos Registro de conductas
03	Jueves 28/09/23	1 hora	2 veces a la semana	Mujer de 44 años	Pre-prueba: Instrumentos psicológicos
04	Sábado 07/10/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
05	Sábado 14/10/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
06	Sábado 21/10/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
07	Sábado 28/10/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
08	Sábado 04/11/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
09	Sábado 11/11/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
10	Sábado 18/11/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
11	Sábado 25/11/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
12	Sábado 02/12/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales

13	Sábado 09/12/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
14	Sábado 16/12/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
15	Sábado 23/12/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
16	Sábado 30/12/2023	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
17	Sábado 06/01/2024	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Técnicas Cognitivo Conductuales
18	Sábado 13/01/2024	1 hora	1 vez a la semana	Mujer de 44 años	Post-prueba: Instrumentos psicológicos
19	Sábado 17/02/2024	1 hora	1 vez al mes	Mujer de 44 años	Retroalimentación y feedback
20	Sábado 23/03/2024	1 hora	1 vez al mes	Mujer de 44 años	Retroalimentación y feedback

2.6.2. Programa de Intervención

Ante la problemática existente en la examinada de 44 años sobre el intento de abuso sexual por parte de su pareja, se establecieron técnicas y estrategias para tratar sus síntomas por trastorno por estrés postraumático. Siendo así conveniente establecer un programa de intervención individual de enfoque cognitivo conductual, diseñado acorde a los parámetros establecidos, estructurada, con sesiones semanales y actividades que refuercen las técnicas aprendidas en la terapia, buscando en la paciente un mejor afrontamiento a sus síntomas y resaltar sus recursos personales y ambientales. A continuación, se describe el programa de intervención dividido en 3 fases: siendo la Fase 1, la entrevista y evaluación psicológica; fase 2, la aplicación de la intervención terapéutica; y la fase 3, el seguimiento de la intervención.

Tabla 22*Programa de intervención cognitiva conductual*

Fase 1: Entrevista y Evaluación			
Objetivos	Sesiones de evaluación	Instrumentos	Actividades
Entrevista y evaluación psicológica.		<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista. • Observación conductual. • Anamnesis. • Escala de Trauma de Davidson DTS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el desarrollo de la historia psicológica. • Conocer los síntomas y signos del problema.
	Sesión 1	• El inventario de ansiedad rasgo estado IDARE.	• Generar un diagnóstico.
	Sesión 2	• El inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II.	• Indagar su área emocional.
	Sesión 3	• El inventario clínico Multiaxial de Millon III.	• Indagar su personalidad.
Fase 2: Intervención terapéutica			
Objetivos	Sesiones terapéuticas	Técnicas	Actividades

Disminuir la
sintomatología
de respuesta
fisiológica.

Sesión 4
Sesión 5
Sesión 6

- Psicoeducación.
- Técnica de la Relajación muscular de Jacobson.
- Técnica de respiración diafragmática.
- Técnica de dominio y agrado.

- Conocer sobre la respuesta fisiológica perteneciente del TEPT.
- Aprender y practicar la relajación muscular de Jacobson.
- Aprender y practicar la respiración diafragmática.
- Emplear la técnica de dominio y agrado para retomar y emplear nuevas actividades.

Disminuir la
sintomatología
cognitiva como
los pensamientos
irracionales y
generar
pensamientos
racionales más
adaptativos.

Sesión 7
Sesión 8
Sesión 9

- Psicoeducación.
- Técnica del ABC.
- Técnica de detección del pensamiento.
- Técnica de Debate socrático.

- Conocer sobre la sintomatología cognitiva en aparición por la TEPT.
- Identificar sus pensamientos irracionales mediante la técnica del ABC.
- Debate socrático de los pensamientos irracionales.
- Detección del pensamiento ante pensamiento intrusivos.

Disminuir la sintomatología conductual como son los comportamientos de evitación y/o huida.	Sesión 10 Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Técnica de la respiración diafragmática. • Técnica de las auto-instrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación de la sintomatología de conducta de evitación y/o huida debido al TEPT. • Utilización de la respiración diafragmática ante conductas de evitación y/o huida. • Utilización de las auto-instrucciones como respuesta ante pensamientos intrusivos.
Mejorar su reintegración social y relaciones interpersonales	Sesión 12 Sesión 13 Sesión 14	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica del entrenamiento asertivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emplear paso a paso un adecuado entrenamiento asertivo.
Fortalecer su capacidad de toma de decisiones ante situaciones estresantes o conflictivas	Sesión 15 Sesión 16 Sesión 17	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y emplear los pasos de solución de problema en mejora de su toma de decisiones.

Fase 3: Seguimiento			
Objetivos	Sesiones de seguimiento	Técnicas e Instrumentos	Actividades
Evaluar la disminución de sus síntomas e indagar en el mantenimiento y empleo de las técnicas.		<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Trauma de Davidson DTS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de instrumentos psicológicos.
	Sesión 18	<ul style="list-style-type: none"> • El inventario de ansiedad rasgo estado IDARE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medir sus resultados post intervención.
	Sesión 19	<ul style="list-style-type: none"> • El inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer sobre su estado emocional.
	Sesión 20	<ul style="list-style-type: none"> • El inventario clínico Multiaxial de Millon III. • Verificar su estado emocional, el mantenimiento y empleo de las técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el empleo de las técnicas de afrontamiento.

2.7. Procedimiento

Tabla 23

Sesión número 1, 2 y 3

Establecer el plan de trabajo	Intervención	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se busca fortalecer el rapport y la confidencialidad. • Se instruye que en la primera fase estaremos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica que las 3 primeras sesiones serán para el recojo de información. • Se realiza la entrevista en el conocimiento de signos y síntomas de su problemática. • Se realizó la anamnesis para conocer el desarrollo de su historia psicológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se conoce la información del desarrollo de su historia psicológica. • Se conoce los resultados de los instrumentos psicológicos.

entrevistando y tomando instrumentos psicológicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplican las pre pruebas psicológicas de la escala de Trauma de Davidson DTS, el inventario de ansiedad rasgo estado IDARE, inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II, y el inventario clínico Multiaxial de Millon III. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se conoce la información de sus signos y síntomas del TEPT. • Se diagnostica el TEPT.
--	---	--

Tabla 24*Sesión número 4*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se explica que se orientará sobre los síntomas fisiológicos. • Se enseñará sobre la técnica de relajación diafragmática • Se enseñará sobre la técnica de relajación muscular de Jacobson 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza psicoeducación sobre el conocimiento de los síntomas fisiológicos, siendo consciente sobre los problemas de insomnio, pesadillas, dolor de pecho, el cansancio, la irritabilidad, la hipervigilancia y la dificultad para respirar que se mantienen luego de este acontecimiento traumático. • Se explica que se ira instruyendo en sesiones la relajación muscular, empezando en esta sesión con el grupo de músculo 1) Cara/cuello/pecho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar en una hoja los síntomas fisiológicos que pudo darse cuenta producto del TEPT. • Poner en práctica durante todos los días de la semana, el primer grupo de músculos (cara/cuello/pecho). 	<ul style="list-style-type: none"> • Concientizar sobre los síntomas fisiológicos propios del TEPT. • Aprender la importancia de la relajación diafragmática. • Aprender la importancia de los ejercicios de relajación muscular.

-
- Se instruye que para cada parte del cuerpo (cara/cuello/pecho) seguirá los siguientes pasos: Tensar el músculo durante 5 segundos, acompañado de la respiración diafragmática, un momento antes de relajar decir la palabra “relax” y destensar. Esto se hace 3 veces para cada musculo en ejercicio.
-

Tabla 25*Sesión número 5*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña el 2do grupo de músculos a relajar de la técnica de relajación muscular. • Luego, se motivará a retomar actividades cotidianas o incentivar a nuevas actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisa que conozca sus síntomas fisiológicos. • Se revisa que haya puesto en práctica el primer grupo de músculos de la relajación muscular. • Se comienza en esta sesión con el 2do grupo de músculo a relajar 2) Hombro/espalda/abdomen. Se siguen los mismos pasos de tensar el músculo durante 5 segundos, acompañado de la respiración diafragmática, un momento antes de relajar 	<ul style="list-style-type: none"> • Comenzar con su registro de los días que si logra realizar estos ejercicios de relajación muscular ante la presencia de síntomas fisiológicos. • Continuar con los ejercicios de relajación muscular en 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica bien sus síntomas fisiológicos. • Pone en práctica las técnicas de relajación diafragmática y muscular. • Disminución de los síntomas de dolor de pecho, irritabilidad, hipervigilancia y dificultad para respirar.

que generen dominio y agrado.	decir la palabra “relax” y destensar. Esto se hace 3 veces para cada musculo en ejercicio. • Luego se orienta en la técnica de dominio y agrado, explicando cambiar su inactividad, desmotivación y tristeza. • Se establecen una lista de actividades nuevas en casa durante la semana como hablar con una amistad por teléfono, realizarse un peinado diferente, dar un paseo por el parque, escuchar música agradable y ver una película cómica con su hija.	las mañanas y en las tardes. • Hacer su lista de actividades que logro hacer y medirla en porcentaje aquella que tuvo un mejor dominio y le agrado.	• Lograr descansar más horas.
-------------------------------	---	--	-------------------------------

Tabla 26

Sesión número 6

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña el 3er grupo de músculos a relajar de la técnica de relajación muscular. • Se conoce las actividades de 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra identificar sus síntomas fisiológicos y aplicar la relajación muscular para disminuirlos. • Logra realizar la técnica de relajación muscular de Jacobson durante la semana, empleándolo de manera eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con los ejercicios de relajación muscular en las mañanas y en las tardes. • Continuar con su registro los días que si 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de sus síntomas fisiológicos. • Logra descansar bien. • No registra dolores de pecho.

agrado y dominio.	<ul style="list-style-type: none"> • Logra retomar actividades como tejer (7/10) y mirar un programa con su hija (8/10). Realiza nuevas actividades como dar un paseo por el parque (8/10), conversar con una amistad por teléfono (9/10) y escuchar música agradable (7/10). • Se comienza en esta sesión con el 3er grupo de músculo a relajar 3) Brazo derecho e izquierdo/piernas derecha e izquierda/glúteos. Se siguen los mismos pasos de tensar el músculo durante 5 segundos, acompañado de la respiración diafragmática, un momento antes de relajar decir la palabra “relax” y destensar. Esto se hace 3 veces para cada musculo en ejercicio. • Luego, se resalta sus actividades que logro retomar de dominio y agrado y se analiza la satisfacción de las nuevas actividades realizadas. 	<p>logra realizar estos ejercicios de relajación muscular ante la presencia de síntomas fisiológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener sus actividades retomadas y las nuevas que se propuso hacer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiende a poseer un poco más de energía. • Disminución en la hipervigilancia y la dificultad para respirar.
-------------------	---	---	---

Tabla 27*Sesión número 7*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará la importancia de identificar nuestros pensamientos irracionales. • Se conocerá los pasos de la técnica de detección del pensamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra realizar la técnica de relajación muscular de Jacobson durante la semana, empleándolo de manera eficaz. • Logra disminuir sus síntomas fisiológicos. • Logra continuar con sus actividades como tejer (8/10) y mirar un programa con su hija (9/10). Además, mantiene sus nuevas actividades como dar un paseo por el parque (9/10), conversar con una amistad por teléfono (9/10) y escuchar música agradable (8/10). • Se comienza la sesión con la psicoeducación sobre la sintomatología cognitiva en aparición por el TEPT, aprendiendo a hacer un adecuado auto registro de sus pensamientos mediante el ABC, donde a) son los acontecimientos, B) las creencias y C) las consecuencias emocionales y conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar su auto registro semanal empleando la técnica ABC para identificar sus pensamientos irracionales. • Identificar sus pensamientos intrusivos y aplicar la detección del pensamiento paso a paso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra controlar sus síntomas fisiológicos. • Logra emplear técnicas de relajación. • Logra realizar actividades que le generan satisfacción y agrado. • Logra conocer sobre los pensamientos y el impacto en nuestras emociones y conductas. • Logra conocer como detener sus pensamientos intrusivos.

-
- Se orienta a identificar y debatir sus pensamientos irracionales que puedan surgir.
 - Se trabaja la detección del pensamiento ante pensamiento intrusivos sobre el evento traumático y de reexperimentación, generando el encontrar 1) un momento para preocuparse, 2) Encontrar una palabra clave que interrumpa su pensamiento, y 3) Distractores luego de aplicar la palabra clave como realizar sus actividades reconfortantes y agradables.
-

Tabla 28*Sesión número 8*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará la importancia del registro de sus pensamientos. • Se establecerá un debate socrático a los pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra realizar su registro semanal con la técnica del ABC, donde identifica pensamientos irracionales como “me volverá a pasar” y “me pueden hacer daño de nuevo”. • Logra identificar sus pensamientos intrusivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar llenando su auto registro semanal empleando la técnica ABC para identificar pensamientos irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución considerable de sus síntomas fisiológicos. • Empleo adecuado de las técnicas de relajación.

<p>irracionales identificados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se fortalecerá la técnica de detección del pensamiento. 	<p>sobre el acontecimiento traumático, aplicando los pasos de detección de pensamiento, aunque menciona que le dificulta parar su pensamiento y usar otro distractor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se comienza la sesión ante la identificación del pensamiento irracional “me volverá a pasar” y “me pueden hacer daño de nuevo”. Se hace el debate socrático, logrando un pensamiento racional más adaptativo. • Se hace psicoeducación en la identificación de acontecimientos activadores a pensamientos intrusivos. Se instruye paso a paso la detección de pensamiento, reforzando los pasos 1) un momento para preocuparse, que puede ser en las noches cuando ya esté en su casa, 2) Encontrar una palabra clave que interrumpa su pensamiento como “ya basta Rayda”, y 3) Distractores luego de aplicar la palabra clave como ponerse a tejer, ver un programa de 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar el empleo de la detección de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo del autoregistro del ABC, logrando darse cuenta de sus pensamientos irracionales. • Logra conocer los pasos para la detección del pensamiento.
--	--	---	--

televisión, revisar las tareas de su hija y conversar por teléfono con una amistad.

Tabla 29

Sesión número 9

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se procede a generar debate a sus pensamientos irracionales identificados. • Se procede a fortalecer la técnica de detección del pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra realizar su registro semanal con la técnica del ABC, donde identifica pensamientos irracionales como “nadie me valora” y “estoy sola”. • Logra emplear de forma adecuada los pasos de la detección del pensamiento, aumentando su control y detención a los pensamientos intrusivos que aparecieron en su semana. • Se comienza a tomar los dos pensamientos irracionales, se realiza el debate socrático, logrando un pensamiento racional más adaptativo. • Se vuelve a repasar los pasos de detección del pensamiento. Trabajando en 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con el registro de del uso de las técnicas de relajación. • Continuar con el registro de pensamientos irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examinada no registra síntomas fisiológicos. • Mantiene el empleo de técnicas de relajación como medio de afronte a situaciones estresantes. • Logra tener como recurso el autoregistro del ABC. • Logra emplear la técnica de detección del pensamiento ante pensamientos

la propuesta de los distractores a emplear luego de aplicar la palabra clave. Se propone realizar los distractores como ponerse a tejer, ver un programa de televisión, revisar las tareas de su hija y conversar por teléfono con una amistad.	intrusivos o situaciones estresantes conflictivas.
---	--

Tabla 30*Sesión número 10*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se orientará sobre las conductas de huida y/o evitativa que aparecen producto del TEPT. • Se orientará en la técnica de auto instrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empezamos reforzando el empleo de sus técnicas de relajación y sus auto registros de pensamientos. • Se comienza haciendo una psicoeducación sobre el conocimiento de su conducta evitativa ante pensamientos intrusivos, reconocerlos y ser consciente de como aparecen. • Se orienta sobre la técnica de las auto instrucciones, buscando un mejor afronte ante actos evitativos. Se explica las 3 fases: a) fase de preparación, b) fase de 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica la fase de preparación de las auto instrucciones y ponerlo en práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra emplear las técnicas de relajación. • Logra comprender sobre los pensamientos irracionales. • Logra generar pensamientos más adaptativos. • Logra conocer sobre la conducta de huida y/o evitativa.

enfrentamiento, y la c) fase de resolución.	<ul style="list-style-type: none"> • Logra conocer las fases de las auto instrucciones. • Logra comprender y trabajar adecuada mente en la primera fase.
<ul style="list-style-type: none"> • Se comienza con la fase de preparación, buscando identificar “no lograr controlarse cuando recuerda sobre los eventos traumáticos al estar expuesta al lugar donde sucedieron los acontecimientos o lugares que lo recuerden”. Se trabaja que pueda decirse frases como “no puedo controlar todo en la situación, pero sé que puedo mantener la calma y saber que tengo mis hijos que me apoyen, me centrare en eso” “Puedo hacerlo” “ya me he enfrentado antes a adversidades y las he superado todas”. 	

Tabla 31*Sesión número 11*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se continuará explicando las fases de las auto 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisamos sus auto registros para ver si se identificó ideas irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica la fase de preparación, de entrenamiento y 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo adecuado de las técnicas de relajación.

instrucciones que buscaremos pueda establecerlo ante tener comportamientos evitativos y/o huida.	<p>Examinada logra generar pensamientos racionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisamos las veces que empleo la fase de preparación, reforzando las frases puestas en práctica. • Se comienza la sesión continuando con la fase de entrenamiento de las auto instrucciones: fortaleciendo las frases como “lo estoy haciendo bien, puedo soportar esto”, “sentir este miedo es normal, voy a respirar profundamente dos veces y continuare”. • Luego de ello, se continuará en la fase de resolución reforzando ideas como “Haber respirado me servirá para futuras situaciones” “Es normal sentirme así después de haber pasado esa situación” “No he podido superar todo, pero si he logrado calmarme en estos momentos”. 	<p>la de resolución de las auto instrucciones y ponerlo en práctica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de los auto registros para analizar sus pensamientos. • Empleo adecuado de las fases de las auto instrucciones ante la aparición de conductas por evitación y/o huida.
--	---	--	---

Tabla 32*Sesión número 12*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará sobre los pasos para mejorar su reintegración social y relaciones interpersonales . 	<ul style="list-style-type: none"> • Se da retroalimentaciones sobre las técnicas aprendidas. • Se realiza un feedback de los temas avanzados. • Fortalecemos el empleo de las auto instrucciones ante conductas evitativas y/o de huidas. • Comenzamos la sesión explicando la importancia de entrenarse en habilidades asertivas. • Se explica los objetivos a alcanzar que es la reintegración social y mejora en sus relaciones interpersonales. • Al emplear el entrenamiento asertivo comenzamos con: a) Comprender sobre la expresión y conducta asertiva, agresiva y pasiva; y b) Aprender a expresar sus sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica los pasos de la técnica de entrenamiento asertivo. • Registrar los momentos donde se emplean las técnicas aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo adecuado de las auto instrucciones, disminuyendo las conductas evitativas y/o huidas. • Logra comprender sobre la expresión y conducta asertiva, agresiva y pasiva. • Logra reconocer sus emociones y conocer la importancia de expresarlos.
--	---	--	---

Tabla 33

Sesión número 13

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará sobre los pasos para mejorar su reintegración social y relaciones interpersonales . 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisamos el empleo de las auto instrucciones ante conductas evitativas y/o huida. • Se hace una retroalimentación sobre la expresión y conductas asertivas, agresivas y evitativas. • Se hace una retroalimentación sobre el reconocimiento de sus emociones y forma de expresarlas. • Se comienza con los siguientes pasos del entrenamiento asertivo continuando con: c) Aprender los componentes verbales y no verbales (posturas, gestos, habla de forma clara y contacto ocular) de los mensajes; y d) Aprender a expresar sus derechos y sus deseos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica los pasos de la técnica de entrenamiento asertivo. • Registrar los momentos donde se ponen en práctica las técnicas aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra aprender los componentes verbales y no verbales (posturas, gestos, forma clara, contacto ocular) de los mensajes. • Logra aprender a expresar sus derechos y sus deseos cuando se siente frustrada.
--	--	--	--

Tabla 34*Sesión número 14*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará sobre los pasos para mejorar su reintegración social y relaciones interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace una retroalimentación sobre la los componentes verbales y no verbales de los mensajes. • Se hace una retroalimentación sobre como expresar sus derechos y sus deseos. • Se comienza continuando con el entrenamiento asertivo, empezando con: <ul style="list-style-type: none"> e) Aprender a controlar sus emociones ante situaciones sociales conflictivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica los pasos de la técnica de entrenamiento asertivo. • Registrar los momentos donde se ponen en práctica las técnicas aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra aprender a controlar sus emociones ante situaciones sociales conflictivas. • Logra emplear adecuadamente la técnica de entrenamiento asertivo. • Logra reintegración social. • Logra mejorar sus relaciones sociales.
---	--	--	--

Tabla 35*Sesión número 15*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará seguir los pasos de solución de problemas para fortalecer su toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisamos el empleo de la técnica de entrenamiento asertivo en el fortalecimiento de su reintegración social y relaciones interpersonales. • Se comienza la sesión explicando la importancia de aprender a solucionar problemas y la influencia en mejorar nuestra toma de decisiones. • Se continua con los pasos de la solución de problemas, se comienza con: a) Especificar el problema, explicando que debe identificar las situaciones problemáticas; y b) Perfilar la respuesta, se explica en describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercitar los pasos aprendidos registrando en papel los problemas que pueda presentar en su día cotidiano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra emplear los pasos del entrenamiento asertivo. • Logra conocer la importancia de la solución de problemas. • Logra conocer la importancia de especificar el problema. • Logra conocer la importancia de perfilar la respuesta.
---	---	--	--

Tabla 36*Sesión número 16*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------

-
- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Se explicará seguir los pasos de solución de problemas para fortalecer su toma de decisiones. | <ul style="list-style-type: none">• Revisamos el empleo de su comportamiento asertivo en sus relaciones sociales.• Revisamos su toma de apuntes sobre especificar el problema y perfilar una respuesta.• Se continua con los pasos de la solución de problemas, continuando con: c) Haga una lista con las alternativas, comprendiendo el poder excluir críticas, todo vale, mejor es la cantidad, y que lo importante es la comunicación y la mejora. y d) Vea las consecuencias, de los objetivos alternativos debemos buscar estrategias para alcanzarlo, luego seleccionar la estrategia más prometedora y evaluar las consecuencias de ponerlo a la práctica. | <ul style="list-style-type: none">• Ejercitar los pasos aprendidos registrando en papel los problemas que pueda presentar en su día cotidiano.• Logra emplear los pasos del entrenamiento asertivo.• Logra conocer la importancia de la solución de problemas.• Logra conocer la importancia de hacer una lista con las alternativas.• Logra conocer la importancia de conocer las consecuencias de sus alternativas. |
|---|--|---|
-

Tabla 37*Sesión número 17*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará seguir los pasos de solución de problemas para fortalecer su toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisamos el empleo de los pasos de solución de problemas. • Se continua la sesión con los pasos de la solución de problemas, se continua con: e) Evaluar los resultados. • Se realiza el poner en práctica los 5 pasos de solución de problemas, se dan ejemplos de ejercicios, para que paso a paso logre llegar a una mejor decisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica los 5 pasos de solución de problemas y registrar en un cuaderno sus avances. • Poner en práctica las herramientas de afrontamiento ante síntomas debido al TEPT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra poner en práctica las técnicas de afrontamiento al tema de estrés.

Tabla 38*Sesión número 18*

Establecer el plan de trabajo	Intervención de seguimiento	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se explicará seguir los pasos de solución de problemas para fortalecer su toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó las post pruebas de la escala de Trauma de Davidson DTS, el inventario de ansiedad rasgo estado IDARE, inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II, y el inventario clínico Multiaxial de Millon III. • Se trabajar la prevención a recaídas y que pueda poner en práctica las herramientas de afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica las herramientas de afrontamiento ante síntomas debido al TEPT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medir sus resultados con la post prueba. • Poner en práctica las herramientas de afrontamiento ante situaciones estresantes o producidos por su acontecimiento traumático.

Tabla 39*Sesión seguimiento 19 y 20*

Establecer el plan de trabajo	Intervención Terapéutica	Fijar las tareas para el hogar	Logros alcanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la retroalimentación y el feedback de las herramientas aprendidas. • Se revisará el uso de las técnicas en su vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace una retroalimentación sobre los temas tratados. • Se hace un feedback de los temas tratados. • Se refuerza cada una de las técnicas empleadas durante las sesiones. • Se indaga sobre alteraciones en su estabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con el empleo de las técnicas de afrontamiento hacia problemas de la TEPT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de su estado emocional estable. • Disminución considerable de los síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. • Aumento de su reintegración social y mejor relaciones interpersonales. • Mejora de su toma de decisiones.

2.8. Consideraciones éticas

En consideración a los aspectos éticos del presente estudio, se toma en cuenta lo planteado en la ley No 29733 o Ley de protección de datos personales, emitido por decreto supremo No 016-2024- JUS. Se considera que dicha ley tiene el objetivo de garantizar el derecho primordial a la protección de los datos personales, ya sostenido en el artículo 2, numeral 6, de la Constitución Política del Perú, garantizando un adecuado tratamiento, en un contexto de respeto hacia los demás derechos fundamentales (El peruano, 2024).

También se da relevancia a los artículos 22 y 24 del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú. Resaltando en el Artículo 22, que toda investigación se realiza respetando la normatividad internacional y nacional que controla la investigación en seres humanos, y el Artículo 24, sobre la importancia contar con el consentimiento informado de los sujetos participantes (Consejo directivo nacional del Colegio Psicólogos del Perú, 2018).

Por otro lado, se toman en cuenta los aspectos detallados en el Código de Ética para la investigación en la Universidad Nacional Federico Villareal, considerando los principios éticos y comportamientos esperados y exigidos por esta casa de estudios (Secretaría General de la Universidad Nacional Federico Villareal, 2019).

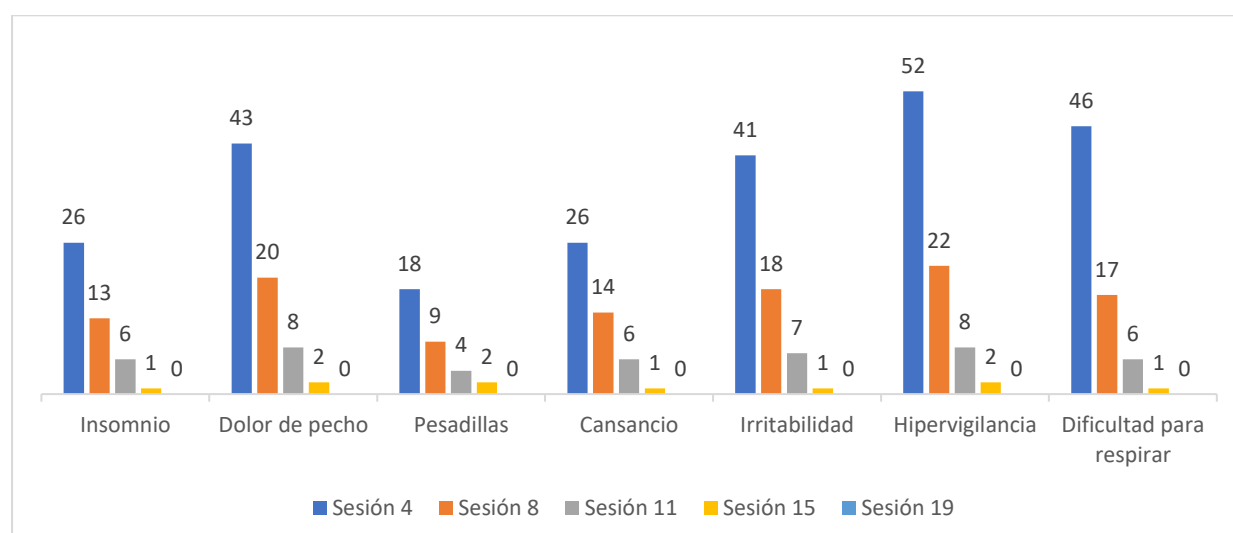
III.RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

A continuación, se describen los resultados de las mediciones psicométricas en las fases de pre prueba y post prueba del registro de conductas, el Inventario de la Escala de Trauma de Davidson DTS, el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE, el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Comparando los resultados iniciales y finales a la intervención cognitiva conductual.

Figura 1

Comparación de los resultados del registro conductual en las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 sobre la frecuencia de respuestas fisiológicas.

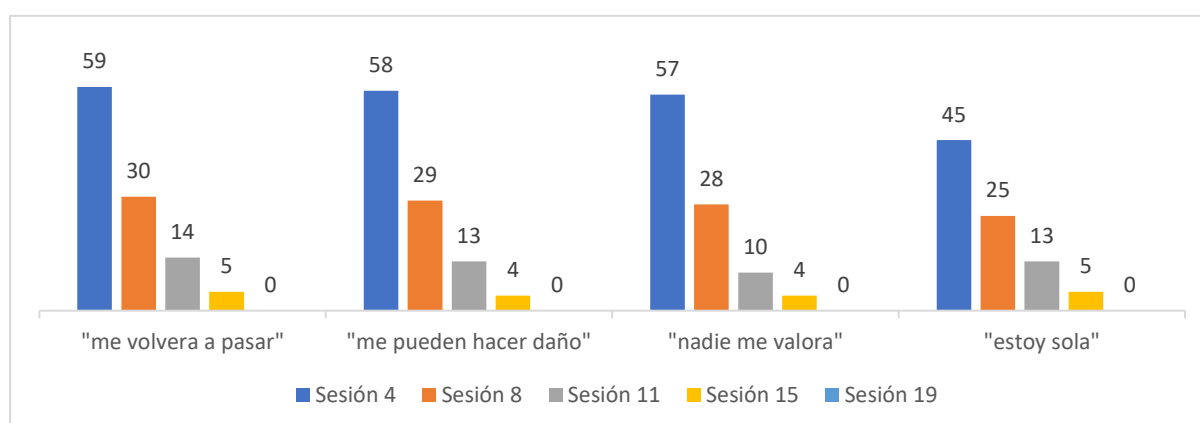


En la figura, se recopila en la fase de pre prueba, la frecuencia en que aparecen los síntomas fisiológicos durante una semana, llegando a identificarse síntomas como el insomnio (26), el dolor de pecho (43), la pesadillas (18), el cansancio (26), la irritabilidad (41), la hipervigilancia (52) y la dificultad para respirar (46); y que luego de las sesiones 4, 8, 11, 15 y

19 de la intervención cognitivo conductual, estos síntomas fisiológicos evidenciaron una disminución notable en cada sesión hasta llegar a 0.

Figura 2

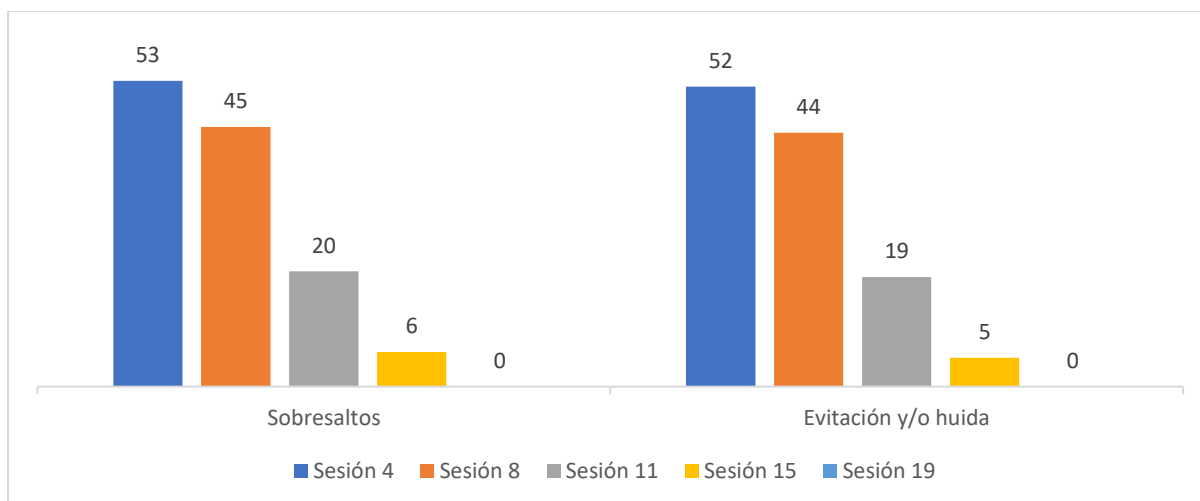
Comparación de los resultados del registro conductual en las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 sobre la frecuencia de pensamientos irracionales.



En la figura, se recopila en la fase de pre prueba la frecuencia en que aparecen los pensamientos irracionales durante una semana, identificándose los pensamientos irracionales como “me volverá a pasar” (59), “me pueden hacer daño” (58), “nadie me valora” (57) y “estoy sola” (45); y que luego de las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 de intervención cognitivo conductual, los síntomas cognitivos evidenciaron una disminución notable en cada sesión hasta llegar a no aparecer.

Figura 3

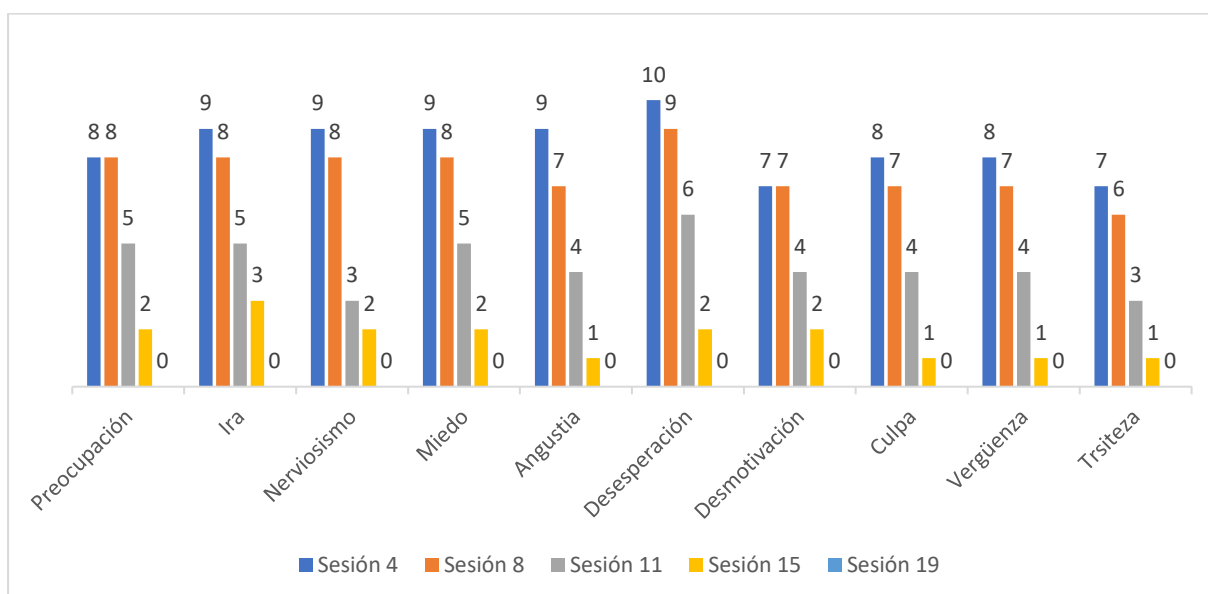
Comparación de los resultados del registro conductual en las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 sobre la frecuencia de conductas.



En la figura, se recopila en la fase de pre prueba la frecuencia en que aparecen los síntomas conductuales durante una semana, identificándose los sobresaltos (53) y la evitación y/o huida (52); y que luego de las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 de intervención cognitivo conductual, estos síntomas conductuales evidenciaron una disminución notable en cada sesión hasta llegar a 0.

Figura 4

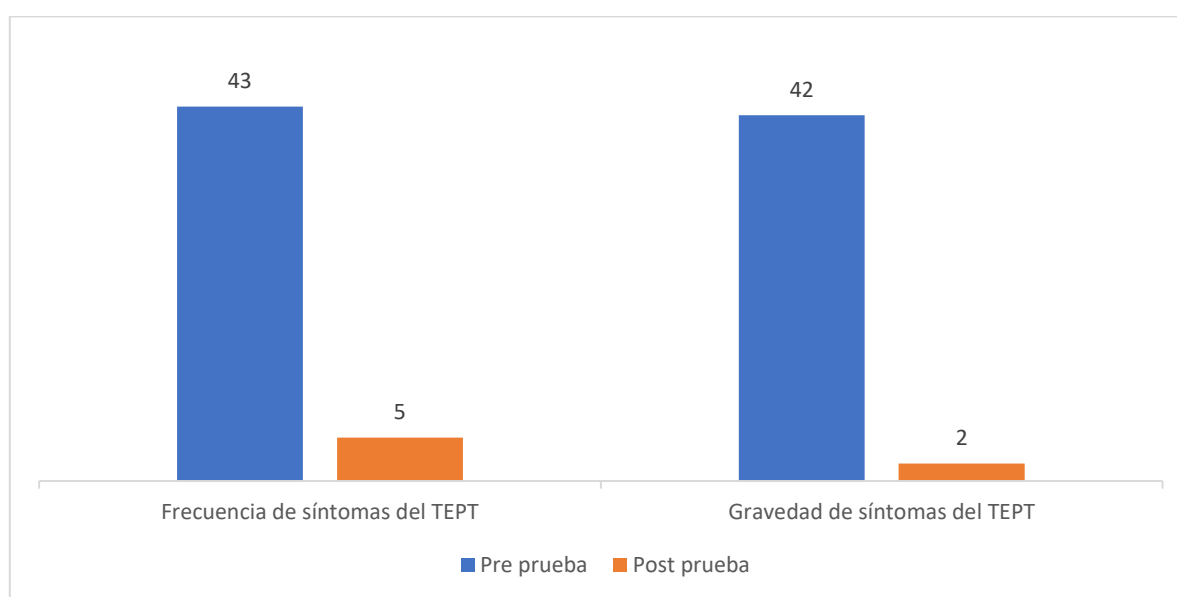
Comparación de los resultados del registro conductual en las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 sobre la intensidad de emociones (0/10).



En la figura se recopila en la fase de pre prueba la intensidad promedio en que aparecen los síntomas emocionales durante una semana como lo son la preocupación (8/10), ira (9/10), nerviosismo (9/10), miedo (9/10), y que luego de las sesiones 4, 8, 11, 15 y 19 de intervención cognitivo conductual, estos síntomas emocionales evidenciaron una disminución notable en cada sesión hasta llegar a regularse.

Figura 5

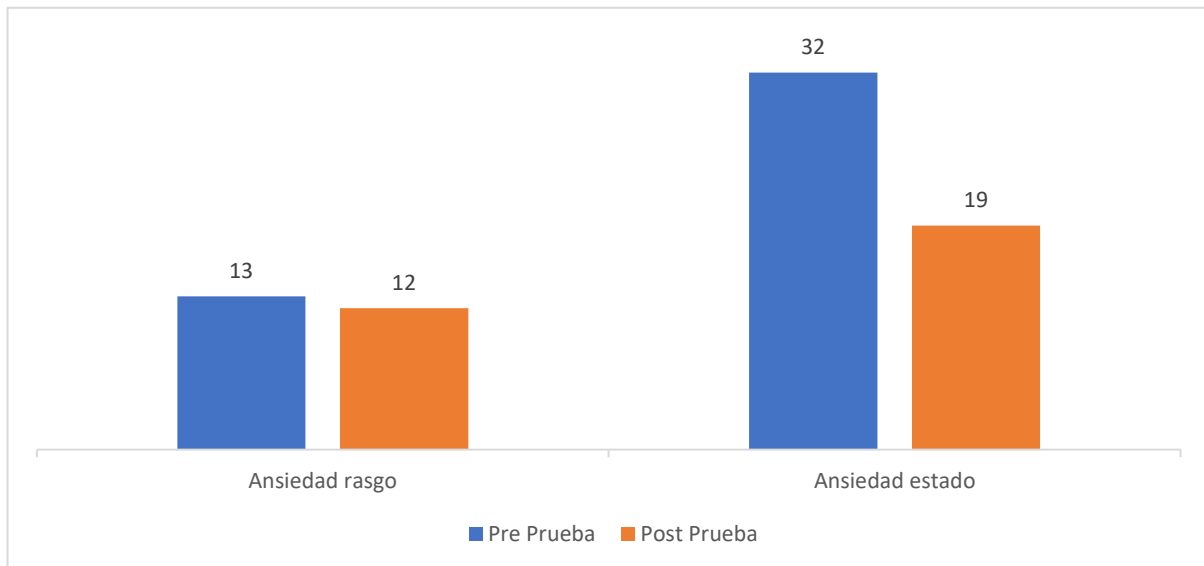
Comparación entre los resultados de la pre prueba y post prueba según la Escala de Trauma de Davidson DTS.



En la figura, se identifica que en la fase de pre prueba la examinada obtuvo un puntaje de 43 en la frecuencia y un puntaje de 42 en la gravedad, ambos sobre los síntomas del TEPT. Significando que la examinada previo al tratamiento, si presentaba la presencia del TEPT tanto por su frecuencia y gravedad de los síntomas, y que luego de la intervención cognitivo conductual, evidencia una disminución notable en la frecuencia y gravedad de los síntomas pertenecientes al TEPT. Siendo así, que acorde al resultado al culminar la intervención, se evidencia el logro el objetivo general planteado.

Figura 6

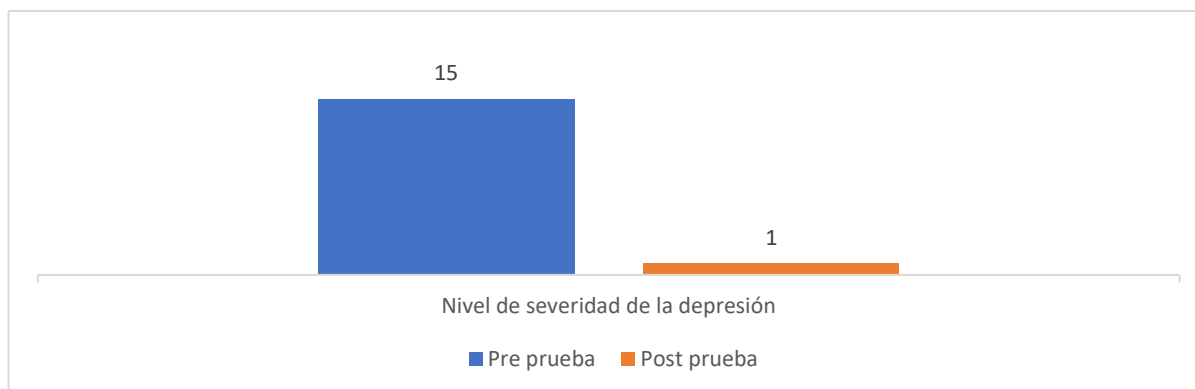
Comparación entre los resultados de la pre prueba y post prueba según el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo IDARE.



En la figura, se muestra que en la fase de pre prueba se obtuvo un puntaje de 13 en la ansiedad rasgo y un puntaje de 32 en la ansiedad estado. Significando que la examinada presentaba una baja ansiedad rasgo y una alta ansiedad estado, y que luego de la intervención cognitiva conductual se evidencia una disminución notable en su ansiedad estado.

Figura 7

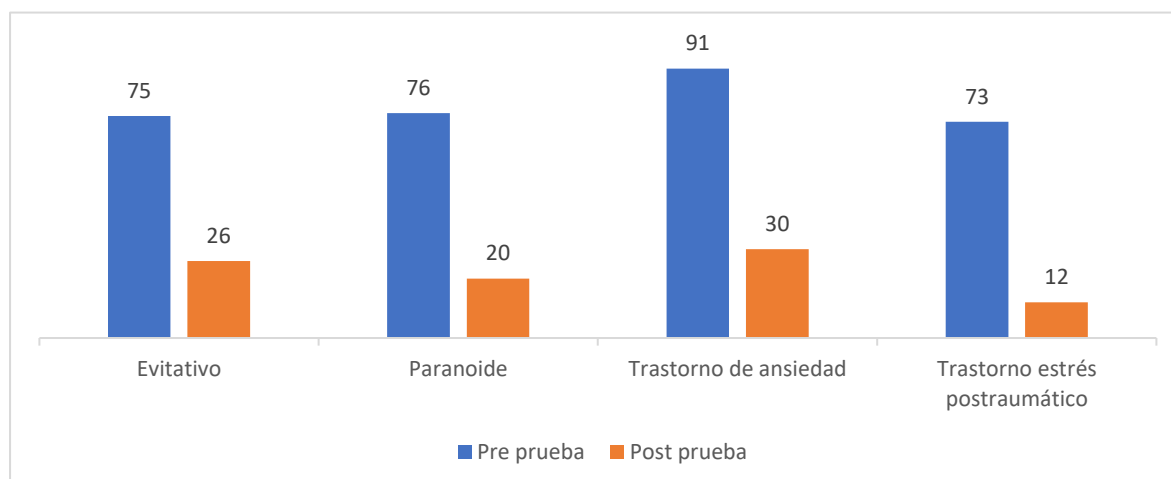
Comparación entre los resultados de la pre prueba y post prueba según el Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición BDI II.



En la figura, se identifica que en la fase de pre prueba se obtuvo un puntaje de 15 en el nivel de severidad de la depresión, significando que la examinada si se encontraba afectada por los síntomas de depresión en una severidad leve, y que luego de la intervención cognitivo conductual, se evidencia una disminución notable de los síntomas depresivos.

Figura 8

Comparación entre los resultados de la pre prueba y post prueba según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.



Por último, en la figura, se identifica que en la fase de pre prueba, se obtuvo rasgos de personalidad con un puntaje de 75 en evitativo y 76 en paranoide, ambos en la categoría moderada. Así mismo, se identifica síndromes clínicos del trastorno de ansiedad con un puntaje de 91 en la categoría de indicador elevado y el trastorno estrés postraumático con un puntaje de 73 en la categoría de indicador sugestivo; y se evidencia luego de la intervención cognitivo conductual una disminución notable en los rasgos de personalidad y síndromes clínicos mostrados.

3.2. Discusión de resultados

El presente estudio sobre la intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático (TEPT) aporta hallazgos relevantes que confirman la eficacia de este enfoque terapéutico en la reducción de los síntomas físicos, cognitivos y conductuales de la paciente tratada. A partir de estos resultados, se destacan tendencias concordantes con investigaciones previas y se identifican áreas en las que las discrepancias sugieren nuevas direcciones para la práctica y la teoría. Este análisis permite no solo evaluar el impacto del tratamiento en un caso individual, sino también explorar su aplicación en contextos más amplios, beneficiando a personas que enfrentan desafíos similares.

Un hallazgo destacado de este estudio es la significativa reducción de síntomas de reexperimentación, evitación e hipervigilancia en la paciente. Este resultado se alinea con investigaciones previas, como las de Habigzang et al. (2019), quienes documentaron que entre el 60 % y el 80 % de los pacientes tratados con terapia cognitivo-conductual (TCC) experimentaron mejoras clínicas notables. La estructura del programa de intervención, que incluyó técnicas de relajación muscular, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales, resultó clave para alcanzar estos logros. En concordancia, Orezza y

Villavicencio (2024) destacan que estas técnicas no solo reducen síntomas, sino que también fortalecen las capacidades de afrontamiento de los pacientes.

En cuanto a las implicaciones teóricas, los resultados obtenidos refuerzan el modelo cognitivo del TEPT, el cual sostiene que las creencias disfuncionales sobre el trauma perpetúan los síntomas (Díaz, 2019). La implementación exitosa de la técnica del debate socrático y la reestructuración cognitiva en este caso evidencia cómo la modificación de creencias negativas puede facilitar la recuperación emocional. Además, estos hallazgos complementan el modelo biopsicosocial, al destacar cómo el apoyo social, proporcionado tanto por el terapeuta como por el entorno cercano de la paciente, desempeña un papel esencial en la reducción de síntomas y en la promoción de un bienestar sostenido.

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos del estudio ofrecen orientaciones claras para diseñar programas de intervención en contextos comunitarios. Por ejemplo, en zonas con alta incidencia de violencia de género, como Huaycán, donde se desarrolló este caso, se podría implementar la TCC como parte de programas integrales de atención a víctimas. La evidencia recopilada también sugiere la necesidad de capacitar a los profesionales de salud mental en estas técnicas para garantizar intervenciones eficaces y culturalmente adaptadas. Además, se podría considerar la inclusión de sesiones grupales, como las recomendadas por Guerra et al. (2022), para fomentar un sentido de pertenencia y apoyo mutuo entre las personas afectadas.

A pesar de sus contribuciones, este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño de caso único limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones. Si bien este enfoque permite una intervención profundamente personalizada, también subraya la importancia de realizar estudios con muestras más amplias que permitan validar los resultados obtenidos. Además, la falta de una comparación directa con otras modalidades terapéuticas dificulta evaluar si la TCC es

superior en contextos específicos. Por último, factores como la duración del seguimiento (tres meses) podrían limitar la comprensión de los efectos a largo plazo del tratamiento.

Reconociendo estas limitaciones, futuras investigaciones podrían abordar varias preguntas abiertas. Por ejemplo, ¿cómo influye el nivel socioeconómico de las pacientes en la eficacia de la TCC? ¿Qué papel juegan las experiencias previas de tratamiento en la disposición para participar activamente en el proceso terapéutico? Además, sería valioso explorar cómo las intervenciones digitales basadas en TCC pueden aumentar el acceso al tratamiento en poblaciones vulnerables, especialmente en áreas rurales o de difícil acceso. Estas líneas de investigación no solo enriquecerían el conocimiento teórico, sino que también ampliarían las posibilidades de intervención práctica.

En términos de implicaciones sociales, este estudio resalta la necesidad de visibilizar el impacto del TEPT en la vida diaria de las mujeres que enfrentan violencia de género. Más allá de la reducción de síntomas, la intervención permitió que la paciente retomara actividades laborales y familiares, mejorando su calidad de vida y fortaleciendo su red de apoyo. Estos beneficios ilustran cómo las intervenciones efectivas no solo transforman la vida de una persona, sino que también generan un impacto positivo en su entorno. Por ejemplo, una madre que supera el TEPT está en mejor posición para brindar un ambiente emocionalmente estable a sus hijos, contribuyendo a romper ciclos de trauma y vulnerabilidad.

En conclusión, los resultados de este estudio destacan la efectividad de la TCC para abordar el TEPT en un contexto individualizado. Las implicaciones teóricas y prácticas subrayan su relevancia tanto en la comprensión del trastorno como en su tratamiento. Aunque se reconocen limitaciones metodológicas, los hallazgos ofrecen una base sólida para futuras investigaciones y aplicaciones en contextos clínicos y comunitarios. Este esfuerzo no solo

mejora la vida de quienes reciben tratamiento, sino que también promueve una sociedad más solidaria y resiliente.

3.3. Seguimiento

Se desarrollo el seguimiento en 3 sesiones, la primera después de una semana, la segunda después de 1 mes, y finalmente la última sesión de seguimiento luego de 1 mes más. Las sesiones se desarrollaron con 1 hora de duración y las finalidades específicas fueron que la examinada haya logrado ejecutar las técnicas con eficacia y que demuestre flexibilidad para adecuarlas a cualquier otra situación problemática que pueda ocurrir.

IV. CONCLUSIONES

- Se logró la disminución de los síntomas del trastorno por estrés postraumático debido a la intervención cognitivo conductual.
- Se logró la disminución de la frecuencia de los síntomas fisiológicos debido a la psicoeducación, la respiración diafragmática, la relajación muscular de Jacobson y la técnica de dominio y agrado.
- Se logró la disminución de la frecuencia de la sintomatología cognitiva mediante la psicoeducación, la técnica del ABC, el debate socrático y la detección del pensamiento.
- Se logró la disminución de la frecuencia de la sintomatología conductual mediante la psicoeducación, la respiración diafragmática y las auto instrucciones.
- Se logró mejorar su reintegración social y sus relaciones interpersonales a través de la psicoeducación y la técnica de entrenamiento asertivo.
- Se logró fortalecer su capacidad de toma de decisiones ante situaciones estresantes o conflictivas mediante la técnica de solución de problemas.

V. RECOMENDACIONES

Para el abordaje del Trastorno por estrés postraumático:

- Seguir realizando trabajos académicos donde se apliquen programas de intervención cognitivo conductual hacia casos psicológicos por violencia sexual.
- Seguir realizando trabajos académicos donde se apliquen programas de intervención cognitivo conductual hacia trastornos por estrés postraumático que nos permita obtener mayores actualizaciones de intervención.

Para el paciente y la familia:

- Continuar con la práctica de las técnicas cognitivo conductuales aprendidas y mantener los logros alcanzados.
- Complementar con actividades desestresantes en su vida cotidiana por lo menos 2 veces por semana.
- Continuar con sus actividades rutinarias que le generan satisfacción tanto de manera personal o con sus hijos.
- Participar de forma más constante a las actividades familiares que se presentan como cumpleaños, visitas, reuniones o invitaciones de comida familiar.
- Mantener un soporte familiar y social adecuado que le fortalezca la estabilidad emocional y equilibrio.

VI. REFERENCIAS

- Aguilar, Y. (2021). *Enfoque cognitivo conductual para disminuir el estrés postraumático en adolescentes. Una revisión sistemática*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/72934>
- Alou, M. (2022). *Revisión de tratamientos para el trastorno de estrés postraumático en casos de violencia de género*. [Tesis de pregrado, Universitat de les Illes Balears]. Repositorio Institucional UIB.
https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/159335/Alou_Obrador_MariaIsabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Psychological Association (2020). *APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation*. (510142020-001) [Dataset].
<https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- Barawi, S., Lewis, C., Simon, N., y Bisson, I. (2020). A systematic review of factors associated with outcome of psychological treatments for post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1774240.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1774240>
- Beck, S. (2020). *Cognitive Behavior Therapy, Third Edition: Basics and Beyond*. Guilford Publications.
- Belchamber, C. (2021). *Payne's Handbook of Relaxation Techniques E-Book: A Practical Handbook for the Health Care Professional*. Elsevier Health Sciences.
- Bellack, S., y Hersen, M. (1984). *Research methods in clinical psychology*. Pergamon Press.
<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/research-methods-in-clinical-psychology-edited-by-a-s-bellack-and-m-hersen-p-419->

[illustrated-4500-hb-1950-pb-pergamon-press-new-york-1984/A76E3DE08F22FA5D1BF54D4F7CFBB17C](https://www.illustrated-4500-hb-1950-pb-pergamon-press-new-york-1984/A76E3DE08F22FA5D1BF54D4F7CFBB17C)

Blanco, A., Ortiz, B., Avendaño, B., Pardo, C., Forero, C., Rojo, C., Núñez, C., Medrano-Tovar, M., Londoño-Pérez, C., Garzón-Velandia, C., Ortiz-Garzón, Y., López-Cantero, J., Ocampo-Villegas, B., Camargo-Escobar, M., Medina-Arboleda, F., Alejo-Castañeda, E., Moreno-Méndez, H., Chacón-Ruiz, E., Jiménez-Molina, R., Camargo-Escobar, M. (2022). *Investigación en psicología: Aplicaciones e intervenciones II*. Editorial Universidad Católica de Colombia.
<https://repository.ucatolica.edu.co/entities/publication/226e485c-3921-403f-8d9e-81e3dd65896c>

Bocanegra, A. (2022). *Propuesta de Inoculación de Estrés basada en el enfoque cognitivo conductual en estudiantes de una Institución Universitaria de Trujillo*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN.
<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/33946/Bocanegra%20Guevara%20Angie%20Pamela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Brinkmann, E., Press, A., Helmert, E., Hautzinger, M., Khazan, I., y Vagedes, J. (2020). Comparing Effectiveness of HRV-Biofeedback and Mindfulness for Workplace Stress Reduction: A Randomized Controlled Trial. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 45(4), 307–322. <https://doi.org/10.1007/s10484-020-09477-w>

Cabanillas, C. (2023). *Asociación entre la Violencia Familiar y el Trastorno de Estrés Postraumático en estudiantes universitarios del periodo 2023-I*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional UPAO.
<https://repositorio.upao.edu.pe/item/8b438163-cb15-4eb6-862f-4d0b265be9b4>

Consejo directivo nacional del Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de Ética y Deontología: Resolución No 190-2018 –CDN-C.PsP.*

https://www.cpsp.pe/images/documentos/marco_legal/CPsP_CDN_codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- Crone, C., Fochtmann, J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., Zucker, N., Yager, J., Craig, T. J., Hong, S.-H., y Medicus, J. (2023). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167–171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
- Crum, E. (2019). A Clinical Strategy to Strengthen the Connection Between Cognition, Emotion, and Behavior: From Philosophical Principles to Psychotherapy Practice. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive-Behavior Therapy*, 37(3), 241–250. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0308-4>
- Decreto Supremo No 016-2024-JUS. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley No 29733, Ley de Protección de Datos Personales. <https://elperuano.pe/noticia/258993-proteccion-de-datos-personales-ejecutivo-aprueba-nuevo-reglamento-de-la-ley-n-29733>
- Díaz, D. (2019). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en una mujer adulta*. [Tesis de licenciatura, Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga]. Repositorio Institucional UPB. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6112/digital_37699.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Díaz, V., y Sánchez, E. (2022). Hipertensión pulmonar de altura: Patogenia y manejo de la enfermedad. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.1.367>

- Díaz, I., y De La Iglesia, G. (2019). La evaluación multidimensional de la ansiedad: Técnicas, aplicaciones y alcances. *Revista Evaluar*, 19(1). <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v19.n1.23879>
- Echeburúa, E. (Ed.). (2016). *Abuso de Internet: ¿antesala para la adicción al juego de azar online?* Ediciones Pirámide. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Abuso%20de%20internet.pdf
- Echeburúa, E., de Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7–19. <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/Vol.-2.-N1-pp.-7-19-1997.pdf>
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325–340. <https://psykebase.es/descarga/articulo/2891519.pdf>
- Foschiera, N., Dupont, F., y Habigzang, F. (2022). Follow-up Evaluation of Psychotherapy Protocols for Women with a History of Intimate Partner Violence: Scoping Review. *Trends in Psychology*, 30(2), 261–282. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00119-6>
- Felix, L., Gavilan, R. (2020). *Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional CONTINENTAL. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/9758>
- Generelo, T., Gutiérrez, L., y De Diego, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918–4928.

González, N., y Cañoto, Y. (2023). Medición en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello.

https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=LqjqavwA AAAJ&citation_for_view=LqjqavwAAAAJ:Tyk-4Ss8FVUC

Guadalupe, J. (2020). *Revisión sistemática de la literatura de los programas educativos orientados a reducir la agresividad en niños y adolescentes, 2020*. [Tesis de pregrado,

Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/62236>

Guerra, M., Carguaytongo, J., Cueva, C., y Carvajal, K. (2022). Incompatibilidad ABO. Una revisión bibliográfica. *Anatomía Digital*, 5(4), Article 4.

<https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v5i4.2386>

Guilmette, T., Sweet, J., Hebben, N., Koltai, D., Mahone, E., Spiegler, B., Stucky, K. y Westerveld, M. (2020). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus

conference statement on uniform labeling of performance test scores. *The Clinical Neuropsychologist*, 34(3), 437–453. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1722244>

Habigzang, L., Petersen, M., Maciel, L., Habigzang, L., Petersen, M., y Maciel, L. (2019).

Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249–264.

<https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>

Huerta, J. (17 de octubre de 2024). *El acceso a la justicia en personas quechua hablantes*. IUS

360. <https://ius360.com/el-acceso-a-la-justicia-en-personas-quechuahablantes/>

Jiménez, L. (2024). ¿Quién, cómo y por qué cuida? Análisis y propuestas para desmontar la organización social, política y económica de los cuidados en América Latina. La

ventana. *Revista de estudios de género*, 7(59), 112–152.

<https://doi.org/10.32870/lv.v7i59.7744>

- Kazdin, A., y Tuma, A. (1982). *Single-case research designs*. <https://sites.hofstra.edu/jeffrey-froh/wp-content/uploads/sites/86/2019/11/Single-Case.pdf>
- Laforga, M. (2021). *Estudio del trastorno del estrés postraumático en profesionales de Enfermería en urgencias y emergencias*. [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional UVA. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/51901>
- Martínez, D. (2023). *Efectos del mindfulness y EMDR en la regulación emocional en trastornos de ansiedad, depresión y TEPT*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Navarra]. DADUN Repositorio Institucional UNAV. [https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/67820/1/David%20Mart%
c3%adnez%20Navarro%20TFG%20PSICO.pdf](https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/67820/1/David%20Mart%c3%adnez%20Navarro%20TFG%20PSICO.pdf)
- Mendoza, I. (2020). *Terapia cognitivo conductual: actualidad, tecnología*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8907>
- Milovanovic, R. (2019). Effects of an Assertive Behavior Program on the Reduction of Anxiety in Future Teachers and Preschool Teachers. *Psychology & Psychological Research International Journal*, 4(2). <https://doi.org/10.23880/PPRIJ-16000202>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (10 de octubre de 2023). *Día Mundial de la Salud Mental: Más de 1 333 000 casos atendidos por trastornos y problemas psicosociales*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/847052-dia-mundial-de-la-salud-mental-mas-de-1-333-000-casos-atendidos-por-trastornos-y-problemas-psicosociales>
- Ministerio de Salud [MINSA] (12 de enero de 2024). *La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>

- Moreira, A., y Da Silva, M. (2023). Pesticide Application as a Risk Factor/Behaviour for Workers' Health: A Systematic Review. *Environments*, 10(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/environments10090160>
- Naciones Unidas [NU] (24 de noviembre de 2021). *Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19*. UN Women Data Hub. <https://data.unwomen.org/publications/vaw-rga>
- Nezu, A., Nezu, C., y Gerber, H. (2019). (Emotion-centered) problem-solving therapy: An update. *Australian Psychologist*, 54(5), 361–371. <https://doi.org/10.1111/ap.12418>
- Noroña, D. (2023). Estrés laboral y autopercepción del personal de salud [Job stress and self-perception of health care personnel]. *Revista Multidisciplinaria Perspectivas Investigativas*, 3(3), Article 3. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10048611>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Informe Mundial Sobre Salud Mental: Transformar la Salud Mental para Todos. Panorama General*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Trastorno de estrés postraumático (TEPT)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
- Organización de Naciones Unidas de Mujeres. (2024). *Acabar con la violencia contra las mujeres*. ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women>
- Orezzoli, F., y Villavicencio, J. (2024). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma para el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes*. [Tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULIMA. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/20482>
- Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006>

- Reguera, B., Altungy, P., Cobos, B., Navarro, R., Gesteira, C., Fausor, R., Morán, N., García-Vera, M., y Sanz, J. (2021). Desarrollo de una versión breve de la PTSD Checklist (PCL) basada en la definición de trastorno de estrés postraumático de la CIE-11. *Ansiedad y Estrés*, 27(1), 57–66. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a8>
- Rigabert, A., Motrico, E., Moreno-Peral, P., Resurrección, D., Conejo-Cerón, S., Cuijpers, P., Martín-Gómez, C., López, Y., y Bellón, J. (2020). Effectiveness of online psychological and psychoeducational interventions to prevent depression: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 82, 101931. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101931>
- Secretaría General de la Universidad Nacional Federico Villareal (2019). Resolución R. No 6436-2019-CU-UNFV. https://www.unfv.edu.pe/transparencia_estandar/Datos_Generales/Normas_Emitidas/Resoluciones/Consejo_Universitario/2019/Resolucion_R_Nro_6436_2019_CU_UNFV.pdf
- Soto, I., Vela, C., y Lino, C. (2024). *Informe de Evaluación de Planes Institucionales (PEI-POI)*. Ministerio de Transportes y Comunicaciones. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7010788/6039674-informe-de-evaluacion-de-planes-institucionales-pei-poi-del-pliego-036-ministerio-de-transportes-y-comunicaciones-primer-semester-2024.pdf>
- Soto, M. (2023). Impacto De Las Redes Sociales En La Percepción De La Imagen Corporal En Adolescentes: Un Estudio Cualitativo. *Revista de Epistemología y Ciencias Sociales*, 4(1), Article 1.
- Spores, J. (2022). *Psychological Assessment and Testing: A Clinician's Guide*. (2a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429326820>
- Sturmey, P. (2020). *Functional Analysis in Clinical Treatment*. Elsevier.

- Tallero, J. (2024). *Estrés, maltrato infantil y psicopatología*. Ediciones Pirámide.
<https://www.edicionespiramide.es/libro/manuales-practicos/estres-maltrato-infantil-y-psicopatologia-josep-toro-trallero-9788436844306/>
- Torres, J. (2020). La Deseabilidad Social en las Evaluaciones Psicológicas Online. *Revista de Ciencias Sociales*, 1.
- Universidad de Alcalá (2024). *Evaluación psicológica I*. Centro universitario Cardenal Cisneros. https://www.cardenalcisneros.es/wp-content/uploads/site-files/planes-estudio/G562/3%C2%BA%20Curso/1%C2%BA%20Cuatrimestre/562020_OBL_6-EVALUACI%C3%93N%20PSICOL%C3%93GICA%20I.pdf
- Urbano, D., y Peña, L. (2019). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual para disminuir los síntomas del trastorno de estrés postraumático en los pacientes niños y adolescentes*. [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UWIENER. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/3350>
- Vega, M. (2023). Plan Estratégico Institucional del MINAM 2019-2022 Ampliado al 2023. 1–163.
- Vega, M., Fuentealba, N., y Igor, M. (2013). Factores psicosociales, stress y su relación con el desempeño: Comparación entre centros de salud1. 21(2), 111–128.
- Veintimilla, J., Gomes, M., y Mora, N. (2020). *Enfoque basado en la teoría para la mejora administrativa: Análisis del modelo y actividades en el desarrollo*. [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UNIRIOJA. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7383237>
- Wampold, B., y Imel, Z. (2023). *El gran debate de la psicoterapia: La evidencia de qué hace que la terapia funcione*. Eleftheria. <https://acortar.link/Dkq7Bd>

VII. Anexos

Pre – pruebas

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

USUARIO: R.A.Y. EDAD: 44 FECHA: 26/9/23

Por favor, identifique el trauma que más le molesta
Intento de abuso sexual por parte de su pareja.

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuantas veces le ha molestado el síntoma y con cuanta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

FRECUENCIA	GRAVEDAD
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

Nº	PREGUNTAS	FRECUENCIA	GRAVEDAD
1.	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	4	3
2.	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	3	2
3.	¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo?	2	3
4.	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo ha hecho recordar?	2	2
5.	¿Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)	3	3
6.	¿Ha estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento?	3	3
7.	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	3	3
8.	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	2	2
9.	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	2	2
10.	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	2	2
11.	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	2	2
12.	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	1	1
13.	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	2	2
14.	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	3	3
15.	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	2	3
16.	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia"?	3	3
17.	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	4	3
PUNTAJE TOTAL		43	42

RESULTADO			
PTJE FRECUENCIA	43	>40	Presencia Síntomas de TEPT
PTJE GRAVEDAD	42	>40	Presencia Síntomas de TEPT

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO (IDARE)

USUARIO: R. A. Y EDAD: 44 SEXO: (M) ☒ (F) ☐ FECHA: 26/9/23

A - E: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE UD. AHORA MISMO**. En este momento, no hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Nº	ITEMS	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO	PTJE
1.	Me siento calmado.	X				3
2.	Me siento seguro.	X				3
3.	Estoy tenso.				X	3
4.	Estoy confuso.				X	3
5.	Me siento cómodo.	X				3
6.	Me siento alterado.				X	3
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.				X	3
8.	Me siento sin cansancio.	X				3
9.	Me siento angustiado.				X	3
10.	Me siento a gusto.		X			2
11.	Tengo confianza en mí mismo.		X			2
12.	Me siento nervioso.				X	3
13.	Estoy intranquilo.				X	3
14.	Me siento muy presionado (como oprimido).			X		2
15.	Estoy relajado.	X				3
16.	Me siento satisfecho.		X			2
17.	Estoy preocupado.				X	3
18.	Me siento desorientado y alterado.			X		2
19.	Me siento alegre.	X				3
20.	En este momento me siento bien.		X			2

P (+) - P (-) = PTJE TOTAL	
PUNTAJE (+)	28
PUNTAJE (-)	26
PTJE (A - E)	2

A - R: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE UD. EN GENERAL**. En la mayoría de las ocasiones, no hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. Generalmente.

Nº	ITEMS	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	PTJE
21.	Me siento bien.		X			2
22.	Me canso rápidamente.	X				0
23.	Siento ganas de llorar.	X				0
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros.	X				0
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	X				0
26.	Me siento sin cansancio.		X			2
27.	Soy una persona tranquila, serena y pacífica.			X		1
28.	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	X				0
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.		X			1
30.	Soy feliz.				X	0
31.	Suelo tomar las cosas con demasiada seriedad.	X				0
32.	Me falta confianza en mí mismo.		X			1
33.	Me siento seguro.		X			2
34.	No suelo afrontar las crisis o dificultades.	X				0
35.	Me siento triste (melancólico).	X				0
36.	Estoy satisfecho.			X		1
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	X				0
38.	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	X				0
39.	Soy una persona estable.		X			2
40.	Cuando pienso sobre asuntos y precauciones me pongo tenso e inquieto.	X				0

P (+) - P (-) = PTJE TOTAL	
PUNTAJE (+)	2
PUNTAJE (-)	10
PTJE (A - R)	-8

		RESULTADO
Ansiedad Estado (A/E)	30 + 2 = 32	Alto
Ansiedad Rasgo (A/R)	21 + (-8) = 13	Bajo

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

USUARIO: R.A.Y. EDAD: 44 FECHA: 26 / 9 / 23

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiado, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de sueño) y el ítem 18 (Cambios en el apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2. Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3. Estoy tan triste y soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No me siento desanimado respecto a mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.</p> <p>2. No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3. Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No me siento como un fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo debido.</p> <p>2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3. Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1. No disfruto tanto de las cosas como antes.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas.</p> <p>3. No puedo obtener ningún placer de las cosas.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No me siento culpable.</p> <p>1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo.</p> <p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0. No siento que esté siendo castigado.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1. Creo que tal vez estoy siendo castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p>7. Disconformidad con uno Mismo</p> <p>0. Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusto a mí mismo(a).</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo que antes.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No pienso en matarme.</p> <p>1. He pensado en matarme, pero no lo haría.</p> <p>2. Desearía matarme.</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No lloro más de lo usual.</p> <p>1. Lloro más que antes.</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p> <p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que antes.</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1. Me siento más inquieto o tenso que antes.</p> <p>2. Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.</p> <p>3. Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo.</p>
---	---

13. Indecisión

- ☒ 0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- ☒ 0. Siento que soy valioso.
1. No me considero tan valioso y útil como antes.
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- ☒ 0. Tengo tanta energía como siempre.
- ☒ 1. Tengo menos energía que antes.
2. No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- ☒ 1. a) Duermo un poco más que lo habitual.
1. b) Duermo un poco menos que lo habitual.
2. a) Duermo mucho más que lo habitual.
2. b) Duermo mucho menos que lo habitual.
3. a) Duermo la mayor parte del día.
3. b) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- ☒ 0. No estoy más irritable que antes.
1. Estoy más irritable que antes.
2. Estoy mucho más irritable que antes.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- ☒ 1. a) Mi apetito es un poco menor que antes.
1. b) Mi apetito es un poco mayor que antes.
2. a) Mi apetito es mucho menor que antes.
2. b) Mi apetito es mucho mayor que antes.
3. a) No tengo apetito en lo absoluto.
3. b) Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- ☒ 1. No puedo concentrarme tan bien como antes.
2. Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- ☒ 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- ☒ 1. Estoy menos interesado en el sexo que antes.
2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

**¡REVISAR QUE NO HAYAS DEJADO
ALGUNA PREGUNTA SIN
RESPONDER!**

PUNTAJE	15
RESULTADO	Depresión Leve

Depresión Nula (0 - 13)	Depresión Leve (14 - 19)	Depresión Moderada (20 - 28)	Depresión Severa (29 - 63)
----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Post - pruebas

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

USUARIO: R. A. Y. EDAD: 44 FECHA: 13/01/24

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Intento de abuso sexual por parte de mi esposa

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuantas veces le ha molestado el síntoma y con cuanta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

FRECUENCIA	GRAVEDAD
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

Nº	PREGUNTAS	FRECUENCIA	GRAVEDAD
1.	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	1	0
2.	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	0	0
3.	¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo?	0	0
4.	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo ha hecho recordar?	1	1
5.	¿Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)	0	0
6.	¿Ha estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento?	1	0
7.	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	0	0
8.	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	0	0
9.	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	1	1
10.	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	0	0
11.	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	0	0
12.	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	0	0
13.	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	1	0
14.	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	0	0
15.	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	0	0
16.	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia"?	0	0
17.	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	0	0
PUNTAJE TOTAL		5	2

RESULTADO			
PTJE FRECUENCIA	5	<40	No presenta síntomas TEPT.
PTJE GRAVEDAD	2	<40	No presenta síntomas TEPT.

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO (IDARE)

USUARIO: R. A. Y. EDAD: 44 SEXO: (M) ☒ (F) FECHA: 13/01/24

A - E: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a si mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE UD. AHORA MISMO**. En este momento, no hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Nº	ITEMS	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO	PTJE
1.	Me siento calmado.			<input checked="" type="checkbox"/>		1
2.	Me siento seguro.			<input checked="" type="checkbox"/>		1
3.	Estoy tenso.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
4.	Estoy confuso.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
5.	Me siento cómodo.			<input checked="" type="checkbox"/>		1
6.	Me siento alterado.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
8.	Me siento sin cansancio.		<input checked="" type="checkbox"/>			2
9.	Me siento angustiado.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
10.	Me siento a gusto.			<input checked="" type="checkbox"/>		1
11.	Tengo confianza en mí mismo.			<input checked="" type="checkbox"/>		1
12.	Me siento nervioso.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
13.	Estoy intranquilo.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
14.	Me siento muy presionado (como oprimido).	<input checked="" type="checkbox"/>				0
15.	Estoy relajado.			<input checked="" type="checkbox"/>		1
16.	Me siento satisfecho.			<input checked="" type="checkbox"/>		1
17.	Estoy preocupado.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
18.	Me siento desorientado y alterado.	<input checked="" type="checkbox"/>				0
19.	Me siento alegre.			<input checked="" type="checkbox"/>		1
20.	En este momento me siento bien.			<input checked="" type="checkbox"/>		1

P (+) - P (-) = PTJE TOTAL	
PUNTAJE (+)	0
PUNTAJE (-)	11
PTJE (A - E)	-11

A - R: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE UD. EN GENERAL**. En la mayoría de las ocasiones, no hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. Generalmente.

Nº	ITEMS	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	PTJE.
21.	Me siento bien.		X			2
22.	Me canso rápidamente.	X				0
23.	Siento ganas de llorar.	X				0
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros.	X				0
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	X				0
26.	Me siento sin cansancio.		X			2
27.	Soy una persona tranquila, serena y pacífica.			X		1
28.	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	X				0
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	X				0
30.	Soy feliz.				X	0
31.	Suelo tomar las cosas con demasiada seriedad.	X				0
32.	Me falta confianza en mí mismo.		X			1
33.	Me siento seguro.		X			2
34.	No suelo afrontar las crisis o dificultades.	X				0
35.	Me siento triste (melancólico).	X				0
36.	Estoy satisfecho.			X		1
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	X				0
38.	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	X				0
39.	Soy una persona estable.		X			2
40.	Cuando pienso sobre asuntos y precauciones me pongo tenso e inquieto.	X				0

P (+) - P (-) = PTJE TOTAL	
PUNTAJE (+)	1
PUNTAJE (-)	10
PTJE (A - R)	-9

			RESULTADO
Ansiedad Estado (A/E)	30	+(-11) = 19	Tendencia Promedio
Ansiedad Rasgo (A/R)	21	+(-9) = 12	Bajo

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

USUARIO:

R.A.Y.

EDAD:

44

FECHA:

13/1/24

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiado, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de sueño) y el ítem 18 (Cambios en el apetito).

1. Tristeza

- ☒ No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
 2. Estoy triste todo el tiempo.
 3. Estoy tan triste y soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- ☒ No me siento desanimado respecto a mi futuro.
1. Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
 3. Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

3. Fracaso

- ☒ No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo debido.
 2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- ☒ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
1. No disfruto tanto de las cosas como antes.
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas.

5. Sentimientos de Culpa

- ☒ No me siento culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ☒ No siento que esté siendo castigado.
1. Creo que tal vez estoy siendo castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno Mismo

- ☒ Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3. No me gusto a mí mismo(a).

8. Autocrítica

- ☒ No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1. Estoy más crítico conmigo mismo que antes.
 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- ☒ No pienso en matarme.
1. He pensado en matarme, pero no lo haría.
 2. Desearía matarme.
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- ☒ No lloro más de lo usual.
1. Lloro más que antes.
 2. Lloro por cualquier pequeñez.
 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- ☒ No estoy más inquieto o tenso que antes.
1. Me siento más inquieto o tenso que antes.
 2. Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
 3. Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- ☒ No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- ☒ Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- ☒ Siento que soy valioso.
1. No me considero tan valioso y útil como antes.
 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- ☒ Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que antes.
 2. No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- ☒ No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1. a) Duermo un poco más que lo habitual.
 1. b) Duermo un poco menos que lo habitual.
 2. a) Duermo mucho más que lo habitual.
 2. b) Duermo mucho menos que lo habitual.
 3. a) Duermo la mayor parte del día.
 3. b) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- ☒ No estoy más irritable que antes.
1. Estoy más irritable que antes.
 2. Estoy mucho más irritable que antes.
 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- ☒ No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1. a) Mi apetito es un poco menor que antes.
 1. b) Mi apetito es un poco mayor que antes.
 2. a) Mi apetito es mucho menor que antes.
 2. b) Mi apetito es mucho mayor que antes.
 3. a) No tengo apetito en lo absoluto.
 3. b) Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- ☒ Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como antes.
 2. Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- ☒ No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- ☐ No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- ☒ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

**¡REVISAR QUE NO HAYAS DEJADO
ALGUNA PREGUNTA SIN
RESPONDER!**

PUNTAJE	1
RESULTADO	Depresión Nula

Depresión Nula
(0 - 13)

Depresión Leve
(14 - 19)

Depresión Moderada
(20 - 28)

Depresión Severa
(29 - 63)

INVENTARIO CLINICO MULTIAIXIAL DE MILLON III

 USUARIO: R. A. Y EDAD: 44 FECHA: 01/24

MARQUE CON UN ASPA (X) LA RESPUESTA QUE MEJOR LE DESCRIBA A USTED Y A SU MANERA DE SER. (V = VERDADERO; F = FALSO)

	V	F
1		X
2	X	
3		X
4		X
5		X
6		X
7	X	
8		X
9	X	
10		X
11		X
12	X	
13		X
14		X
15		X
16	X	
17		X
18		X
19		X
20		X
21		X
22		X
23		X
24		X
25		X
26		X
27		X
28		X
29	X	
30		X
31		X
32		X
33	X	
34		X
35		X
36		X
37		X
38		X
39		X
40		X
41		X
42		X
43		X
44		X
45	X	
46		X
47		X
48		X
49		X
50		X
51	X	
52		X
53		X
54	X	
55		X
56		X
57		X
58		X
59	X	
60		X
61	X	
62		X
63		X
64		X
65		X
66		X
67		X
68		X
69		X
70		X
71		X
72		X
73		X
74		X
75		X
76		X
77		X
78		X
79		X
80		X
81		X
82	X	
83		X
84		X
85		X
86		X
87		X
88	X	
89		X
90		X
91		X
92		X
93		X
94		X
95		X
96		X
97	X	
98		X
99		X
100		X
101	X	
102		X
103		X
104		X
105		X
106		X
107		X
108		X
109		X
110		X
111		X
112	X	
113		X
114	X	
115		X
116		X
117		X
118		X
119		X
120		X
121		X
122		X
123		X
124		X
125		X
126		X
127		X
128		X
129		X
130		X
131		X
132		X
133		X
134		X
135		X
136		X
137	X	
138		X
139		X
140		X
141		X
142		X
143		X
144		X
145	X	
146		X
147		X
148	X	
149		X
150		X
151		X
152		X
153		X
154		X
155		X
156		X
157		X
158	X	
159		X
160		X
161		X
162		X
163		X
164		X
165	X	
166		X
167		X
168		X
169		X
170		X
171	X	
172	X	
173		X
174	X	
175		X