



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO TRASTORNO DE EXCORIACION DE UN ADULTO VARON

Línea de investigación:
Salud mental

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

Autor

Tuesta Lambruschini, Luis Gustavo Enrique

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 COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO TRANSTORNO DE EXCORIACION DE UN ADULTO VARON

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
3	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
4	repository.ucc.edu.co Fuente de Internet	1%
5	acontecerpsiquico.files.wordpress.com Fuente de Internet	<1%
6	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	<1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
8	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO TRASTORNO DE EXCORIACION DE UN ADULTO VARON

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Tuesta Lambruschini, Luis Gustavo Enrique

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

“La terapia cognitivo-conductual nos enseña que no son los eventos lo que nos afecta, sino nuestra percepción de ellos”.

“El cambio no es solo probabilidad, es una necesidad cuando se busca un bienestar genuino.”

Aaron T. Beck

Dedicatoria

A mis queridos padres, Geovanna y Gustavo, y a mi familia, por su amor inagotable y por inculcarme los valores del esfuerzo y la perseverancia. A mis abuelos, Sonia y Aquiles, y a mis tíos Augusto y Giannia, por su sabiduría y guía constante. A mis primos Romina, Piero y Lucina, por su apoyo y compañía. A mi hermana Kiara, por su cariño y por ser una fuente de alegría en mi vida, a Estrella, mi fuente de inspiración, por su paciencia, apoyo incondicional. Su amor, aliento y confianza fueron el impulso final que me permitió culminar con éxito este camino. Y, al último, pero no menos importante, a mis perros, Zimba y Negrita, cuya lealtad y cariño han sido una fuente constante de alegría

ÍNDICE

Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCION	13
1.1. Descripción del problema	14
1.2. Antecedentes	16
1.2.1. Antecedentes Nacionales (Perú).....	16
1.2.2. Antecedentes Internacionales	17
1.2.3. Fundamentación teórica.....	18
1.3. Objetivos.....	24
1.3.1. Objetivo General	24
1.3.2. Objetivos Específicos.....	24
1.4. Justificación	24
1.5. Impactos Esperados del Trabajo Académico	25
II. METODOLOGÍA.....	27
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	27
2.2. Ámbito Temporal y Espacial	27
2.3. Variables de la Investigación	28
2.3.1. Variable Independiente.....	28
2.3.2. Variable Dependiente	28

2.4.	Participante	29
2.5.	Técnicas e Instrumentos.....	29
2.5.1.	<i>Técnicas</i>	29
2.5.2.	<i>Instrumentos</i>	34
2.5.3.	<i>Evaluación psicológica</i>	37
2.5.4.	<i>Evaluación Psicométrica</i>	56
2.5.5.	<i>Informe Psicológico Integrador</i>	63
2.6.	Intervención	72
2.6.1.	<i>Plan de Intervención y Calendarización</i>	72
2.6.2.	<i>Programa de intervención</i>	75
2.7.	Procedimiento	100
2.8.	Consideraciones Éticas	101
III.	RESULTADOS	102
3.1.	Análisis de resultados de la evaluación.....	102
3.2.	Discusión de resultados.....	110
3.3.	Seguimiento	112
IV.	CONCLUSIONES	114
V.	RECOMENDACIONES	116
VI.	REFERENCIAS.....	118
VII.	ANEXOS	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Criterios diagnósticos del Trastorno de Excoriación	19
Tabla 2	Inventario de creencias irracionales	34
Tabla 3	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	35
Tabla 4	Inventario de Depresión de Beck(BDI-II).....	35
Tabla 5	Escala de Estrés Percibido (PSS).....	36
Tabla 6	Cuestionario Skin Picking Impact Scale (SPIS) versión en español	37
Tabla 7	Diagnóstico Funcional del Caso.....	52
Tabla 8	Análisis Funcional de las Conductas que Refiere el Paciente.....	53
Tabla 9	Criterios Según la DSM-5 para el Trastorno de Excoriación.....	55
Tabla 10	Plan de Intervención y Calendarización	72
Tabla 11	Fase de evaluación 1	75
Tabla 12	Fase de evaluación 2	75
Tabla 13	Fase de evaluación 3	76
Tabla 14	Fase de evaluación 4	76
Tabla 15	Fase de evaluación 5	77
Tabla 16	Fase informativa.....	78
Tabla 17	Sesión de Intervención 1	79
Tabla 18	Sesión de Intervención 2	80
Tabla 19	Sesión de Intervención 3	82
Tabla 20	Sesión de Intervención 4	83
Tabla 21	Sesión de Intervención 5	84
Tabla 22	Sesión de Intervención 6	85

Tabla 23 Sesión de Intervención 7	85
Tabla 24 Sesión de Intervención 8	86
Tabla 25 Sesión de Intervención 09	87
Tabla 26 Sesión de Intervención 10	88
Tabla 27 Sesión de Intervención 11	89
Tabla 28 Sesión de Intervención 12	90
Tabla 29 Sesión de Intervención 13	92
Tabla 30 Sesión de Intervención 14	93
Tabla 31 Sesión de Intervención 15	94
Tabla 32 Sesión de Intervención 16	95
Tabla 33 Sesión de Intervención 17	96
Tabla 34 Sesión de Intervención 18	97
Tabla 35 Sesión de Intervención 19	98
Tabla 36 Línea base de pensamientos irracionales	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Pre-Test y Post-Test: Inventario de Creencias Irracionales	102
Figura 2 Pre-Test y Post-Test: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	103
Figura 3 Pre-Test y Post-Test: Inventario de depresión de Beck	104
Figura 4 Pre-Test y Post-Test: Cuestionario del Rascado de Piel (SPIS)	105
Figura 5 Pre-Test y Post-Test: Escala de Estrés Percibido (PSS)	106
Figura 6 Comparación Pre-Test y Post-Test: Puntuaciones Generales	107
Figura 7 Evolución de Conductas Problemas en la Fase de Intervención	108

Resumen

Este estudio tiene como objetivo evaluar el tratamiento de un paciente adulto con trastorno de excoriación utilizando Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). El paciente, un oficial de las fuerzas armadas peruanas, acudió a consulta debido a un comportamiento compulsivo de rascado, asociado con un nivel moderado de estrés. Se aplicaron diversos instrumentos psicométricos validados en el país, como el Inventario de Creencias Irracionales (ICI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Impacto del Rascado (SPIS), para evaluar las áreas más afectadas en su vida emocional, conductual y social. El tratamiento consistió en un total de 25 sesiones, distribuidas en sesiones semanales durante las primeras etapas y quincenales durante el seguimiento. En el proceso se emplearon técnicas de modificación de creencias irracionales, manejo de ansiedad, estrategias de regulación emocional y prevención de recaídas. Tras la intervención, se realizaron 3 sesiones de seguimiento para evaluar los avances a largo plazo. Los resultados obtenidos, sistematizados en tablas y figuras, mostraron una mejora significativa en los síntomas de ansiedad, estrés y en la frecuencia de las conductas de excoriación, confirmando la efectividad de la TCC en el tratamiento de este tipo de trastornos. El estudio concluye con recomendaciones para continuar el seguimiento y la posibilidad de incorporar enfoques adicionales para mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabra clave: excoriación, creencias irracionales, comportamiento compulsivo de rascado.

Abstract

This study aims to evaluate the treatment of an adult patient with scratching disorder using Cognitive Behavioral Therapy (CBT). The patient, an officer of the Peruvian armed forces, came to the clinic due to compulsive scratching behavior, associated with a moderate level of stress. Various psychometric instruments validated in the country, such as the Inventory of Irrational Beliefs (ICI), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Scratching Impact Questionnaire (SPIS), were applied to evaluate the most affected areas in his emotional, behavioral and social life. The treatment consisted of a total of 25 sessions, distributed in weekly sessions during the first stages and biweekly during the follow-up. In the process, techniques for modifying irrational beliefs, anxiety management, emotional regulation strategies and relapse prevention were used. After the intervention, 3 follow-up sessions were carried out to evaluate long-term progress. The results obtained, systematized in tables and figures, showed a significant improvement in the symptoms of anxiety, stress and in the frequency of excoriation behaviors, confirming the effectiveness of CBT in the treatment of this type of disorders. The study concludes with recommendations for continued follow-up and the possibility of incorporating additional approaches to improve the patient's quality of life..

Keywords: skin picking disorder, irrational beliefs, compulsive scratching behavior.

I. INTRODUCCION

El Trastorno de Excoriación o dermatilomanía afecta de manera significativa tanto el bienestar físico como emocional de quienes lo padecen. A nivel físico, las lesiones incluyen infecciones recurrentes, cicatrices permanentes y complicaciones dermatológicas crónicas, lo que incrementa el malestar físico y deteriora la calidad de vida del paciente. Psicológicamente, las personas con este trastorno suelen enfrentarse a sentimientos de vergüenza, culpa y frustración, lo que puede llevar al aislamiento social y a una reducción considerable de la autoestima (Grant et al., 2022). Además, la comorbilidad con trastornos como la ansiedad y la depresión es frecuente, lo que agrava el impacto psicológico y dificulta el manejo clínico del trastorno (Grant y Chamberlain, 2022).

Desde el enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), se entiende que el Trastorno de Excoriación es un comportamiento desadaptativo mantenido por patrones de pensamiento negativos que refuerzan la conducta de rascado. Este comportamiento puede proporcionar un alivio temporal del malestar emocional, pero a largo plazo perpetúa un ciclo disfuncional de autolesión y deterioro psicológico. Las intervenciones terapéuticas como la reestructuración cognitiva, el control de estímulos y la reversión de hábitos son esenciales para interrumpir este ciclo y mejorar el bienestar del paciente (Lochner et al., 2017).

El tratamiento del Trastorno de Excoriación requiere un enfoque integral que no solo aborde los factores individuales, sino también el contexto familiar y social. La participación del entorno cercano es crucial para el éxito del tratamiento, ya que un ambiente de apoyo puede facilitar la adherencia terapéutica y reducir el riesgo de recaídas. Este enfoque multifacético ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas y en la mejora general de la calidad de vida de los pacientes (Snorrason et al., 2012).

1.1. Descripción del problema

El Trastorno de Excoriación o dermatilomanía es un comportamiento compulsivo caracterizado por el rascado repetitivo de la piel, lo que genera lesiones significativas y cicatrices. Las personas que padecen este trastorno experimentan un impulso incontrolable de rascarse la piel para aliviar la tensión emocional, lo que puede producir un ciclo repetitivo de alivio temporal seguido de culpa, vergüenza y malestar emocional. Este comportamiento puede afectar gravemente la salud mental del individuo, contribuyendo al desarrollo de problemas como la ansiedad y la depresión, lo que dificulta su manejo clínico (Lochner et al., 2017). El trastorno está incluido en el DSM-5 bajo el grupo de Trastornos Obsesivo-Compulsivos y Trastornos Relacionados, y en el DSM-5 dentro de los Trastornos de Comportamiento Repetitivo Centrado en el Cuerpo, lo que resalta su naturaleza compulsiva y persistente.

Según Grant y Chamberlain (2022) señala que la prevalencia global de este trastorno oscila entre el 1.4% y el 5.4%. Sin embargo, las tasas varían según los países y los métodos de evaluación, siendo más común en mujeres y en personas entre los 30 y 45 años. Las personas con Trastorno de Excoriación suelen experimentar un alto grado de malestar emocional, lo que puede llevar al desarrollo de comorbilidades como la ansiedad, la depresión, y en algunos casos, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). El comportamiento de rascado compulsivo genera un ciclo de autoperpetuación, en el que el alivio temporal que se experimenta al rascarse se ve seguido por un aumento de la ansiedad, vergüenza o culpa, lo que conduce a nuevos episodios de rascado (Grant y Stein, 2014).

En el caso clínico que se presenta, el paciente es un oficial del ejército peruano de 41 años que ha sufrido de Trastorno de Excoriación durante los últimos cinco años. Su rascado compulsivo ha resultado en cicatrices visibles en diversas partes de su cuerpo, especialmente en los brazos y

la cara, lo que ha afectado su autoestima y ha generado consecuencias emocionales significativas. La ansiedad y la tensión emocional que experimenta antes de rascarse, y el alivio momentáneo que obtiene al hacerlo, perpetúan el ciclo de esta conducta. A nivel físico, las lesiones han llegado a infectarse en múltiples ocasiones, lo que ha requerido tratamiento médico. Además, su desempeño profesional se ha visto afectado, ya que las heridas y el malestar emocional le han impedido cumplir con sus responsabilidades laborales con normalidad.

Este trastorno no solo afecta su salud mental, sino que también ha creado conflictos interpersonales en su entorno, especialmente en su vida familiar y profesional. La necesidad constante de ocultar sus lesiones ha aumentado su aislamiento social y ha debilitado sus relaciones personales, generando una creciente frustración e impotencia (Lochner et al., 2017). El contexto militar en el que se desenvuelve el paciente añade factores estresantes específicos, como la alta exigencia laboral, la disciplina estricta y el manejo del estrés relacionado con su cargo, que han exacerbado su comportamiento de rascado compulsivo.

El tratamiento propuesto para este paciente está basado en los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que ha demostrado ser efectiva para reducir la frecuencia del rascado y mejorar el bienestar emocional de los pacientes con Trastorno de Excoriación. A través de la identificación de pensamientos automáticos disfuncionales, el control de estímulos y la enseñanza de habilidades de afrontamiento, se busca interrumpir el ciclo compulsivo y ofrecer alternativas más saludables para el manejo de la ansiedad y el estrés (Snorrason et al., 2012). El objetivo es no solo mejorar las lesiones físicas, sino también abordar los factores emocionales subyacentes que perpetúan esta conducta.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales (Perú)

En Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realizó un estudio en 2020 que reportó que una de cada ocho personas en Lima ha sufrido algún tipo de trastorno mental, especialmente debido al impacto de la pandemia de COVID-19. Este estudio destaca el incremento en la prevalencia de trastornos como la ansiedad y la depresión, los cuales pueden coexistir con trastornos de excoriación o comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo. El estudio reflejó que, durante el 2020, la tasa de ansiedad en adultos fue del 5% en hombres y 8.3% en mujeres, un aumento.

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM) ha llevado a cabo importantes estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales en el Perú. En su Encuesta Nacional Especializada en Salud Mental 2022, se registró un incremento significativo en los casos de trastornos mentales, incluyendo aquellos relacionados con el comportamiento repetitivo, como el Trastorno de Excoriación. Esta encuesta reveló que el 19.21% de los casos atendidos en 2022 estaban relacionados con problemas de salud mental exacerbados por la pandemia de COVID-19, especialmente en Lima y otras áreas urbanas (INSM, 2022). La Asociación Peruana de Terapias Cognitivo-Conductuales (ASPETECC) destaca la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el tratamiento de trastornos del comportamiento repetitivo, como el Trastorno de Excoriación, en diversos entornos clínicos del Perú. ASPETECC promueve la investigación y difusión de la TCC como un enfoque terapéutico basado en evidencia científica, que ha mostrado resultados efectivos en la reducción de los síntomas de trastornos psicológicos y psiquiátricos.

La asociación señala que la TCC es considerada el “estándar de oro” en la psicoterapia por su alta efectividad para modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncional, logrando una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes (ASPETECC, 2021). Además, un estudio realizado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en 2020 revisó la eficacia de la TCC en trastornos de ansiedad y comportamiento repetitivo en pacientes peruanos. Este análisis concluyó que la TCC, cuando se aplica junto con herramientas tecnológicas y seguimiento terapéutico, logra una reducción significativa en la severidad de los síntomas del Trastorno de Excoriación, con un impacto positivo en el manejo de la ansiedad y estrés (Mendoza, 2020).

1.2.2. Antecedentes Internacionales

A nivel internacional, el Trastorno de Excoriación ha sido objeto de numerosos estudios recientes que buscan entender mejor su prevalencia, comorbilidades y opciones de tratamiento. Un estudio de Grant y Chamberlain (2022) estima que entre el 1.4% y el 5.4% de la población mundial presenta síntomas de este trastorno, con una mayor prevalencia en mujeres y una fuerte comorbilidad con trastornos como la ansiedad y la depresión. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar el Trastorno de Excoriación no solo desde un punto de vista dermatológico, sino también psiquiátrico, dado su impacto significativo en la salud mental de los pacientes (Grant y Chamberlain, 2022).

Además, un estudio reciente de Lochner et al. (2017) destaca la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como el tratamiento de primera línea para este trastorno. Se ha demostrado que la TCC, con un enfoque en técnicas como la reestructuración cognitiva y el control de estímulos, reduce significativamente la severidad de los síntomas en los pacientes, mejorando su calidad de vida. La TCC también ha mostrado resultados efectivos en la reducción de la

frecuencia del rascado compulsivo y en la prevención de recaídas (Lochner et al., 2017).

Por otro lado, Snorrason et al. (2018) revisaron los tratamientos psicológicos más recientes para el Trastorno de Excoriación, encontrando que las intervenciones basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) son las más efectivas a largo plazo, particularmente cuando se combinan con estrategias de manejo de la ansiedad y la depresión. Este enfoque integral ha resultado en una reducción significativa de las conductas autolesivas y una mejora general del bienestar emocional en los pacientes tratados (Snorrason et al., 2018).

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Trastorno de Excoriación. El Trastorno de Excoriación, identificado en el DSM 5 bajo el código 698.4 (198.1), es un comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo, donde el rascado compulsivo provoca lesiones cutáneas visibles y cicatrices que pueden derivar en infecciones y otros problemas dermatológicos (American Psychiatric Association, 2013). Desde una perspectiva clínica, este trastorno representa un ciclo de regulación emocional disfuncional, donde el paciente intenta reducir el malestar psicológico, como la ansiedad o la frustración, a través del rascado compulsivo de la piel (Lochner et al., 2017). El Trastorno de Excoriación se considera una variable dependiente, ya que su presentación está directamente afectada por factores psicológicos y emocionales que perpetúan la conducta autolesiva.

A nivel cognitivo, los pacientes con Trastorno de Excoriación suelen experimentar pensamientos automáticos negativos que refuerzan el ciclo de rascado, tales como "debo quitarme esta imperfección para sentirme mejor". Estos pensamientos llevan a una escalada de ansiedad y tensión emocional, que se alivia momentáneamente con el rascado, perpetuando el ciclo (Snorrason et al., 2018). Sin embargo, este alivio es temporal y es seguido por sentimientos de culpa y vergüenza, lo que incrementa el aislamiento social y el deterioro en la autoestima del

paciente.

Desde el modelo cognitivo-conductual, este trastorno es mantenido por pensamientos automáticos disfuncionales que refuerzan la conducta compulsiva de rascado. Estos pensamientos suelen estar asociados con la percepción de imperfecciones en la piel y la necesidad de eliminarlas para reducir la ansiedad. Sin embargo, tras el rascado, los pacientes experimentan alivio momentáneo seguido de culpa, vergüenza y malestar, lo que refuerza el ciclo patológico (Snorrason et al., 2018). La alta comorbilidad del Trastorno de Excoriación con otros trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, contribuye a la cronificación del problema y a la intensificación de sus síntomas.

1.2.3.2. Criterios Diagnósticos del Trastorno de Excoriación.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del Trastorno de Excoriación

Criterio	Descripción
A	Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas
B	Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.
C	Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D	El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).
E	El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el

trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

Nota. El Trastorno de Excoriación (código 698.4 (198.1) en el DSM-5) se caracteriza principalmente por el comportamiento repetitivo de rascarse la piel, lo que resulta en lesiones cutáneas significativas, según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Adaptada de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (5th ed., p. 488), por American Psychiatric Association, 2013, Washington, DC: American Psychiatric Association.

1.2.3.3. Clasificación del Trastorno de Excoriación. En el DSM-5, el Trastorno de Excoriación se clasifica bajo el código 698.4 (198, también conocido como trastorno de rascado de la piel, se caracteriza principalmente por el rascado recurrente de la piel, lo que lleva a lesiones visibles (Criterio A). Las áreas más comúnmente afectadas incluyen la cara, los brazos y las manos, aunque los pacientes suelen rascarse múltiples partes del cuerpo. El rascado puede dirigirse a piel sana o a pequeñas irregularidades, como granos o costras. La mayoría de los afectados emplean sus uñas, pero también pueden utilizar herramientas como pinzas o alfileres. Además del rascado, se pueden observar otros comportamientos como el frotamiento, presión, punción o mordedura de la piel (American Psychiatric Association, 2013).

Este trastorno puede consumir una cantidad considerable de tiempo, en algunos casos ocupando varias horas al día. El Criterio B especifica que el individuo ha hecho intentos repetidos para reducir o detener el comportamiento de rascado. Además, el Criterio C establece que el trastorno provoca un malestar significativo o deterioro funcional, ya sea en el ámbito social, laboral o en otras áreas importantes de la vida diaria. La persona puede experimentar sentimientos de vergüenza y pérdida de control, evitando situaciones sociales debido a las lesiones provocadas por

el rascado y la necesidad de ocultarlas, lo cual afecta su calidad de vida (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.3.4. Modelo Cognitivo del Trastorno de excoriación. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser una intervención eficaz para abordar este trastorno. Los estudios recientes indican que la TCC, al centrarse en la reestructuración cognitiva y el control de estímulos, puede reducir significativamente la frecuencia del rascado y mejorar el bienestar emocional del paciente (Lochner et al., 2017). Según Beck (1976), los pensamientos automáticos y las creencias disfuncionales son fundamentales en la perpetuación de los trastornos psicológicos. En el caso del Trastorno de Excoriación, el rascado compulsivo de la piel es una respuesta a pensamientos automáticos negativos y creencias irracionales que generan ansiedad y tensión. De esta forma, la TCC no solo mejora los síntomas físicos del trastorno, sino que también contribuye a la reducción de la ansiedad y la depresión, condiciones frecuentemente asociadas con la excoriación (Lochner et al., 2017).

Por otro lado, Snorrason et al. (2018) subrayan la importancia de integrar técnicas de regulación emocional y manejo del estrés dentro de la TCC, ya que muchos pacientes con Trastorno de Excoriación también presentan dificultades para gestionar la ansiedad y la frustración de manera saludable. Las intervenciones basadas en Mindfulness y la relajación muscular progresiva también han mostrado ser complementos efectivos para reducir el nivel emocional que desencadena el rascado compulsivo (Snorrason et al., 2018).

La Terapia Cognitivo-Conductual no solo se enfoca en reducir los síntomas visibles del Trastorno de Excoriación, sino que también busca abordar los factores emocionales subyacentes que perpetúan la conducta. Al modificar los patrones de pensamiento y comportamiento disfuncional, la TCC actúa directamente sobre los mecanismos que mantienen el trastorno,

ofreciendo a las pacientes estrategias de afrontamiento más adaptativas y funcionales para lidiar con el estrés y la ansiedad. Un metaanálisis reciente de Flessner y Woods (2019) concluyó que la TCC es eficaz en aproximadamente el 65% de los casos, destacando su utilidad para el manejo a largo plazo del trastorno, con bajas tasas de recaída cuando se implementa un plan de prevención adecuado

1.2.3.5. Terapia Cognitiva de Ellis. La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), desarrollada por Albert Ellis, es uno de los enfoques más efectivos para el tratamiento de trastornos del comportamiento repetitivo, como el Trastorno de Excoriación. Según Ellis, las emociones y conductas problemáticas no son causadas por eventos externos, sino por las creencias irracionales que las personas tienen sobre estos eventos (Ellis, 2005). En el caso del Trastorno de Excoriación, la TREC se enfoca en identificar y desafiar las creencias irracionales que perpetúan el comportamiento de rascado compulsivo. El tratamiento está dirigido a modificar estas creencias y reemplazarlas por pensamientos más racionales y realistas, lo que a su vez reduce la compulsión al rascado (David, Lynn, y Ellis, 2004).

Ellis sostenía que, al cambiar la forma en que las personas piensan acerca de sus problemas, también cambiarían sus respuestas emocionales y conductuales. En este contexto, la TREC ha demostrado ser eficaz para el Trastorno de Excoriación cuando se combina con técnicas conductuales como el control de estímulos y la reversión de hábitos (David et al., 2015). Un estudio reciente encontró que los pacientes que recibieron TREC experimentaron una reducción significativa en la frecuencia de las conductas de rascado y mejoraron su capacidad para gestionar las emociones que desencadenan el comportamiento (Smith y Robinson, 2018):

- **Identificación de creencias irracionales:** El terapeuta ayuda al paciente a identificar las creencias disfuncionales que impulsan el rascado. Se utilizan autorregistros y discusiones

para identificar pensamientos automáticos y creencias irracionales. Por ejemplo, una creencia común puede ser "si no me rasco, no podré aliviar esta sensación desagradable" (Ellis, 1994).

- **Disputa de creencias irracionales:** Una vez identificadas las creencias, el terapeuta trabaja con el paciente para cuestionar estas creencias irracionales. Utilizando el modelo ABCDE de Ellis, el paciente aprende a desafiar sus creencias mediante la evidencia racional. Por ejemplo, la creencia "necesito rascarme para sentirme mejor" se reemplaza por una creencia más racional, como "puedo manejar esta sensación sin rascarme" (Ellis, 2002).
- **Desarrollo de creencias racionales:** El paciente aprende a sustituir las creencias irracionales por otras más realistas y adaptativas. El objetivo es que el paciente internalice creencias racionales, como "puedo tolerar la incomodidad sin recurrir al rascado, y eso me ayudará a largo plazo" (David et al., 2020).
- **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:** La TREC también incluye el desarrollo de habilidades para afrontar el estrés y la ansiedad sin recurrir al rascado compulsivo. Estas habilidades pueden incluir técnicas de relajación y reestructuración cognitiva para ayudar al paciente a manejar el malestar emocional (Smith y Robinson, 2021).
- **Prevención de recaídas:** La TREC enseña al paciente a identificar las señales de alerta tempranas y a desarrollar estrategias para prevenir futuras recaídas. Se crean planes de acción para manejar los eventos que podrían desencadenar el rascado y se practican técnicas de afrontamiento efectivas (Ellis, 2004).

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo General*

Determinar la eficacia de un tratamiento basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el manejo del Trastorno de Excoriación.

1.3.2. *Objetivos Específicos*

- Evaluar el estado inicial de un paciente diagnosticado con Trastorno de Excoriación.
- Aplicar un pre-test para medir el nivel de severidad de los síntomas antes de la intervención terapéutica.
- Implementar un plan de intervención terapéutica basado en los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual.
- Aplicar un post-test al finalizar la intervención para evaluar el impacto del tratamiento en la reducción de los síntomas y la mejora del bienestar emocional del paciente.
- Comparar los resultados del pre-test y post-test para determinar la efectividad del tratamiento.

1.4. Justificación

Este estudio de caso tiene como objetivo ofrecer una herramienta educativa valiosa para los profesionales de la psicología que están comenzando en el campo clínico, utilizando el enfoque de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para abordar los síntomas del Trastorno de Excoriación. A través de este trabajo, se busca explorar de manera detallada las características del trastorno, su evaluación y el tratamiento, además de proporcionar un marco claro sobre las técnicas específicas que se pueden aplicar en la práctica clínica diaria. Este análisis tiene como fin servir como una guía accesible y práctica para aquellos que deseen implementar estrategias de intervención basadas en evidencia científica.

En cuanto a su relevancia práctica, el estudio tiene un enfoque clínico aplicable que se centra en dos aspectos fundamentales. El primero se refiere a las cogniciones, es decir, los pensamientos automáticos disfuncionales que impulsan la conducta de rascado. El segundo aspecto aborda los comportamientos compulsivos, que se originan a partir de creencias distorsionadas o irracionales. Este trabajo pretende ofrecer un apoyo concreto para los profesionales que inician su camino en la psicoterapia cognitivo-conductual, detallando tanto el proceso de identificación como de reducción de los síntomas del Trastorno de Excoriación. Asimismo, se incluyen aspectos clave sobre la sintomatología, evaluación y tratamiento, con el propósito de servir como una referencia clara y aplicable en situaciones clínicas similares.

1.5. Impactos Esperados del Trabajo Académico

La presente intervención basada en la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis tiene como objetivo principal ayudar al paciente a identificar y desafiar las creencias irracionales que lo llevan a realizar conductas de rascado compulsivo, promoviendo una gestión más saludable de sus emociones y comportamientos. Al implementar esta intervención, se espera que el paciente desarrolle un marco cognitivo más racional y adaptativo, lo que le permitirá reducir su ansiedad y estrés, y disminuir la frecuencia y grado de las conductas autolesivas.

Desde una perspectiva clínica, esta intervención ofrece evidencia valiosa sobre la eficacia de la TREC en el tratamiento del Trastorno de Excoriación, contribuyendo al cuerpo de conocimiento existente sobre el manejo de los trastornos relacionados con el control de impulsos y el comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo. A nivel social, se espera que el paciente mejore sus relaciones interpersonales al disminuir la vergüenza y culpa asociadas a las lesiones visibles, fomentando una mayor participación en actividades recreativas y sociales.

Finalmente, en el ámbito económico, la intervención basada en la TREC también busca

reducir el costo asociado a complicaciones médicas derivadas del rascado, como infecciones o cicatrices, minimizando la necesidad de tratamientos médicos adicionales y mejorando la calidad de vida del paciente de manera integral.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

La metodología aplicada en este estudio corresponde a un diseño de caso único, cuyo propósito es analizar la efectividad de una intervención basada en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en un paciente con Trastorno de Excoriación. Este diseño permite observar en profundidad las conductas, pensamientos y emociones del paciente a lo largo del proceso terapéutico (Kazdin, 2010). Se eligió el diseño de caso único aplicado debido a que permite un análisis detallado del cambio conductual del paciente antes, durante y después de la intervención. Según Barlow et al. (2009), este diseño es útil en contextos clínicos para evaluar la eficacia de tratamientos psicológicos y observar el progreso individualizado de los pacientes en condiciones naturales.

El diseño de investigación se centra en la evaluación pre y post intervención para medir los cambios en las conductas de rascado compulsivo, los niveles de ansiedad y la calidad de vida del paciente. Se utilizarán técnicas de recolección de datos cualitativas, como entrevistas semiestructuradas y autorregistros, junto con medidas cuantitativas obtenidas de cuestionarios estandarizados, lo que permite identificar patrones y cambios significativos en las conductas objetivo (Kazdin, 2010).

2.2. Ámbito Temporal y Espacial

El trabajo de intervención del caso psicológico se desarrolló en 25 sesiones (incluyendo de 5 sesiones de evaluación, y 20 de línea base tratamiento) aproximadamente 6 meses; iniciando el 15 de setiembre del 2023 y finalizando 29 de marzo del 2024, las sesiones fueron divididas en 2 etapas; la primera etapa en la cual se dan las sesiones una vez por semana y la segunda etapa se llevaron las sesiones quincenales, estas sesiones tuvieron una duración de aproximadamente una hora, y se realizaron en el consultorio del Servicio de Psicología del Centro de Salud Militar

“Fuerte Arica” del Distrito de Ite, Provincia Jorge Basadre, Departamento de Tacna.

2.3. Variables de la Investigación

La investigación se centra en dos variables principales: la variable independiente (la intervención terapéutica basada en la TCC) y la variable dependiente (las conductas de rascado compulsivo, los niveles de ansiedad y la calidad de vida del paciente).

2.3.1. *Variable Independiente*

Programa de Intervención Terapéutica basado en la Terapia Cognitivo-Conductual de Ellis. Este enfoque terapéutico se centra en la identificación y modificación de los pensamientos automáticos disfuncionales, creencias irracionales y patrones de comportamiento que resultan de estos pensamientos. La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), una variante de la TCC propuesta por Albert Ellis (1962), sostiene que las emociones y conductas desadaptativas son el resultado de interpretaciones irracionales sobre los eventos. En este caso, la intervención está diseñada para abordar los patrones cognitivos y comportamentales asociados con el Trastorno de Excoriación, ayudando al paciente a identificar y desafiar estos pensamientos a través de técnicas de reestructuración cognitiva, como el modelo ABCDE (Ellis, 1994).

Además, el tratamiento incluye la implementación de estrategias conductuales, como el control de estímulos y la involucración del entorno social a través de la psicoeducación, para reducir los factores desencadenantes del rascado compulsivo y promover cambios a largo plazo. El objetivo principal de la intervención es ayudar al paciente a modificar las creencias irracionales que perpetúan el comportamiento, fomentando un manejo más adaptativo de las emociones y un incremento en la calidad de vida (Ellis, 2004; Dryden, 2011).

2.3.2. *Variable Dependiente*

El Trastorno de Excoriación es evaluado como la variable dependiente en este estudio. Este

trastorno se caracteriza por un comportamiento compulsivo de rascarse la piel, generando tanto daño físico como emocional en el individuo. Para su evaluación, se utilizaron diversos instrumentos: el Cuestionario de Excoriación de la Piel (SPS), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Estrés Percibido (PSS) y el Inventario de Creencias Irracionales (ICI). Este último, desarrollado por Ellis (1994), evalúa creencias irracionales tales como la necesidad de perfección o la intolerancia a la frustración, que suelen ser comunes en personas con trastornos compulsivos. Según Ellis (1994), estas creencias irracionales son responsables de una gran parte del malestar emocional en los individuos, perpetuando conductas disfuncionales como el rascado compulsivo. La medición de estas variables proporciona una visión integral del impacto del Trastorno de Excoriación en la vida del paciente, facilitando el abordaje terapéutico cognitivo-conductual.

2.4. Participante

El participante varón de 41 años, oficial del ejército peruano con el grado de mayor, con estudios superior en la Escuela Militar de Chorrillos, estado civil casado, tiene dos hijos de 5 y 6 años, cuenta con domicilio propio. Manifiesta en un comportamiento recurrente de rascarse las costras de las heridas, lo que le provoca placer y satisfacción momentánea, pero también una posterior sensación de culpa y vergüenza. El paciente busca reducir estas conductas, así como las sensaciones de ansiedad y tensión que las acompañan, para mejorar su calidad de vida.

2.5. Técnicas e Instrumentos

2.5.1. Técnicas

Observación clínica psicológica: La observación clínica es una técnica fundamental dentro de la TCC y la TREC. En la TREC, la observación se utiliza para identificar las respuestas emocionales y conductuales del paciente ante ciertos estímulos, lo que permite al terapeuta detectar patrones de

pensamiento irracionales o disfuncionales. Ellis (1994) subrayó la importancia de la observación en la TREC para identificar las conductas problemáticas que son el resultado de creencias irracionales. A través de la observación directa de la conducta del paciente, el terapeuta puede señalar las inconsistencias entre las creencias del paciente y su comportamiento, facilitando la intervención cognitiva.

Entrevista Psicológica: La entrevista psicológica es otra técnica crucial dentro de la TCC y la TREC. En la TREC, la entrevista se utiliza no solo para obtener información relevante sobre los síntomas y la historia del paciente, sino también para explorar sus creencias centrales y patrones de pensamiento que influyen en su comportamiento disfuncional. Según Ellis (1962), la entrevista es un medio para evaluar las creencias irracionales del paciente y su conexión con las emociones negativas, como la ansiedad o la depresión. En la TCC, la entrevista psicológica es igualmente esencial para identificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, lo cual es clave para reestructurar el pensamiento disfuncional del paciente.

Entrenamiento en la detección de creencias irracionales (ABCDE): El modelo ABCDE se basa en la idea de que los eventos activadores (A) no son los que causan nuestras emociones o comportamientos, sino nuestras creencias (B) acerca de esos eventos. La reestructuración cognitiva implica desafiar y cambiar esas creencias irracionales (C) a través de la disputa (D) y el desarrollo de creencias efectivas y racionales (E). Según Ellis (1991), el cambio de creencias irracionales es fundamental para lograr el cambio emocional y conductual. El modelo ABCDE proporciona un marco estructurado para ayudar a los pacientes a cambiar sus creencias irracionales por creencias racionales.

Autorregistros: Los autorregistros son una técnica de monitoreo donde el paciente anota sus pensamientos automáticos, emociones y conductas para identificar patrones y gatillos de

pensamientos irracionales. Este seguimiento permite una mayor conciencia y facilita el trabajo posterior de reestructuración cognitiva. Ellis (2001) enfatiza el uso de autorregistros como una herramienta clave para identificar y modificar creencias irracionales, ya que ayuda a los pacientes a identificar cuándo y cómo surgen estos pensamientos disfuncionales.

Respiración diafragmática: Técnica de relajación utilizada para reducir la activación fisiológica. Se centra en la respiración lenta y profunda desde el diafragma, lo que ayuda a disminuir la respuesta de estrés y proporciona una base física más calmada para enfrentar pensamientos y emociones difíciles. Según Ellis (2003), la respiración diafragmática es una herramienta efectiva para interrumpir el ciclo de ansiedad y permitir que el paciente aborde pensamientos irracionales con mayor claridad.

Persuasión Verbal (Cuestionamiento Socrático): Esta técnica implica una serie de preguntas diseñadas para que el paciente cuestione la validez de sus creencias irracionales. El cuestionamiento socrático fomenta una autoexploración profunda, permitiendo que el paciente encuentre fallos lógicos en sus creencias irracionales y desarrolle creencias más racionales. Ellis (2002) destaca que el cuestionamiento socrático es una técnica fundamental en la TREC, ya que ayuda a los pacientes a cuestionar y modificar las creencias irracionales que subyacen a sus emociones problemáticas.

Valoración del coste-beneficio: Esta técnica permite al paciente realizar un análisis de costos y beneficios de mantener las creencias irracionales versus adoptar creencias más racionales. En este proceso, se usa el autorregistro para identificar la frecuencia de los pensamientos disfuncionales, y luego se realiza la valoración de cómo esos pensamientos impactan negativamente en la vida del paciente. Ellis (2005) explica que la valoración del coste-beneficio es esencial para que el paciente vea el impacto real de sus creencias irracionales y se motive a cambiarlas.

Técnicas de solución de problemas: Descripción: Consisten en identificar problemas concretos en la vida del paciente y trabajar con ellos para generar soluciones alternativas. Esta técnica ayuda a los pacientes a enfrentar sus dificultades de manera estructurada, reduciendo la ansiedad relacionada con la toma de decisiones o problemas que parecen abrumadores. Ellis (2001) propone que las técnicas de solución de problemas son críticas en la TREC, ya que enseñan a los pacientes a enfrentar los problemas con una actitud más racional y eficiente.

Role-playing: Es una técnica que permite al paciente practicar nuevas respuestas a situaciones problemáticas en un entorno controlado, lo que facilita el cambio de comportamiento en la vida real. Esto se complementa con las técnicas de solución de problemas para mejorar las habilidades de afrontamiento. Según Ellis (1994), el role-playing permite al paciente ensayar nuevas formas de interacción basadas en creencias más racionales, lo que facilita la transición de la teoría a la práctica.

Técnica de Desensibilización en vivo: Esta técnica implica la exposición gradual a situaciones que desencadenan ansiedad o estrés, mientras se utilizan técnicas cognitivas para enfrentar los pensamientos irracionales asociados a esas situaciones. La desensibilización en vivo es útil para reducir el impacto emocional que tienen los estímulos externos sobre las creencias irracionales. Ellis (2002) afirma que la desensibilización en vivo es una técnica poderosa en la TREC para ayudar a los pacientes a enfrentar y superar los miedos y ansiedades relacionadas con sus creencias irracionales.

Planificación de actividades gratificantes: La planificación de actividades gratificantes se refiere a la organización deliberada de actividades que generan satisfacción o placer para contrarrestar los pensamientos disfuncionales y mejorar el estado emocional. En la TREC, estas actividades sirven

para desafiar la creencia irracional de que el paciente "no merece disfrutar de la vida" o "no puede sentirse bien" (Ellis, 2001).

Detección de síntomas secundarios: La detección de síntomas secundarios en TREC implica la identificación de emociones secundarias que surgen en respuesta a la emoción primaria. Por ejemplo, un paciente puede sentirse deprimido y luego sentir vergüenza por sentirse deprimido, lo que agrava su estado emocional. Ellis y Dryden (1997) subrayan que trabajar sobre las emociones secundarias puede acelerar la mejora emocional.

Ataque de Vergüenza: Esta técnica, llamada "shame-attacking exercises", tiene como objetivo desafiar y debilitar la vergüenza y el miedo al ridículo que sienten muchos pacientes. El terapeuta anima al paciente a hacer cosas que normalmente evitaría por vergüenza, para que aprenda que el malestar o la incomodidad que siente no son tan dañinos como cree (Ellis y Harper, 1975).

Imaginación Racional Emotiva: La imaginación racional emotiva es una técnica en la que el paciente imagina una situación problemática en su mente y, mientras lo hace, practica cambiar su respuesta emocional a esa situación. El objetivo es enseñar al paciente a cambiar su reacción emocional irracional, sustituyéndola por una reacción más adaptativa y racional (Ellis, 2004).

Uso de afirmaciones vigorosas: El uso de afirmaciones vigorosas en TREC implica que el paciente se repita frases afirmativas que desafían las creencias irracionales, como: "Aunque no me guste lo que está sucediendo, puedo manejarlo". Estas afirmaciones se utilizan para contrarrestar creencias irracionales y aumentar la resiliencia emocional (Ellis y Abrams, 2005).

Técnica de prevención de recaídas: La prevención de recaídas es un componente crucial en la TREC. Esta técnica enseña al paciente a anticipar situaciones difíciles en las que podrían surgir viejos patrones de pensamiento irracional, y a preparar respuestas racionales para prevenir

recaídas. Ellis (2002) argumenta que es fundamental entrenar a los pacientes en la autoobservación continua para evitar recaer en pensamientos irracionales.

2.5.2. Instrumentos

Tabla 2

Inventario de creencias irracionales

Ficha técnica	
Autores	Albert Ellis.
Adaptación	TEA Ediciones (2008).
Año	1980(original), 2008 (adaptación).
Objetivo	Identificar la presencia y el nivel de creencias irracionales en el individuo, que pueden estar contribuyendo a problemas emocionales y conductuales. El instrumento está basado en los principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) desarrollada por Albert Ellis.
Materiales	Manual, cuadernillo de registros y hojas de respuesta.
Administración	Para adolescentes y adultos. Se recomienda para pacientes que han completado al menos un año de educación secundaria.
Escalas	10 escalas compuesta por 10 ítems, cada uno con una puntuación de 0 a 10.
Validez y confiabilidad	El inventario fue desarrollado a partir de las principales creencias irracionales identificadas por Ellis en su teoría TREC. Al reflejar directamente estos principios, se considera que el IBT tiene buena validez de contenido. La confiabilidad del ICI ha sido evaluada en diversos estudios, y generalmente se reporta como aceptable, con coeficientes de alfa de Cronbach que suelen oscilar entre 0.80 y 0.90. Esto sugiere una alta consistencia interna, lo que significa que los ítems del inventario miden de manera consistente el mismo constructo de creencias irracionales.

Tabla 3*Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

Ficha técnica	
Autores	Aaron T. Beck.
Adaptación	TEA Ediciones (2008).
Año	1988.
Objetivo	Evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad en adolescentes y adultos. Este inventario está diseñado para medir el grado de los síntomas de ansiedad experimentados por el paciente en el último mes.
Materiales	Cuestionario compuesto por 21 ítems, cada uno con una escala de cuatro puntos (0 a 3), que evalúan diversos síntomas físicos y emocionales asociados con la ansiedad.
Administración	Autoaplicado o administrado por un profesional, para adolescentes y adultos. Se recomienda su uso en el contexto clínico para pacientes con ansiedad moderada a severa.
Escalas	Una única escala que proporciona una puntuación total entre 0 y 63.
Validez y confiabilidad	Estudios han demostrado que el BAI tiene una alta consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.92, lo que indica una excelente fiabilidad. Además, ha sido validado en diversos contextos clínicos y no clínicos, mostrando una correlación significativa con otros instrumentos de medición de la ansiedad.

Tabla 4*Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*

Ficha técnica	
Autores	Aaron T. Beck, Robert A. Steer, y Gregory K. Brown
Adaptación	Editorial Paidós.
Año	1996 (original), 2006 (adaptación).

Objetivo	Evaluar la severidad de la depresión en adolescentes y adultos, identificando síntomas y comportamientos relacionados con estados depresivos que pueden contribuir a la conducta de rascado.
Materiales	Manual, cuestionario y hojas de respuesta.
Administración	Para adolescentes y adultos.
Escalas	Consta de una escala de 21 ítems.
Validez y confiabilidad	Alfa de Cronbach de 0.92, indicando alta consistencia interna. Validado mediante correlaciones con otras medidas de depresión (Beck et al., 1996).

Tabla 5*Escala de Estrés Percibido (PSS)*

Ficha técnica	
Autores	Sheldon Cohen, Tom Kamarck y Robin Mermelstein.
Adaptación	González, R., Pérez, M., Rodríguez, A., y Martínez, S.
Año	1983 (original), 2006 (adaptación).
Objetivo	Medir el grado en que las situaciones de la vida son percibidas como estresantes. Esta escala evalúa la percepción.
Materiales	Manual, cuestionario y hojas de respuesta.
Administración	Para adolescentes y adultos.
Escalas	Consta de una escala de 14 ítems. Una versión corta de 10 se puede obtener del pool de ítems de la PSS versión completa. La PSS-10. La puntuación de la PSS-10 se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 6,7, 8, y 9) e sumando todos los 10 ítems (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 14).
Validez y confiabilidad	Alfa de Cronbach de 0.84, mostrando una buena consistencia interna. La validez se confirmó mediante correlaciones significativas con otros indicadores de estrés y bienestar (Cohen et al., 1983).

Tabla 6*Cuestionario Skin Picking Impact Scale (SPIS) versión en español*

Ficha técnica	
Autores	Keuthen, Nancy.
Adaptación	Torales et al. (2021).
Año	2001 (original), 2021(adaptación).
Objetivo	Evaluar el impacto psicosocial del Trastorno de Excoriación (Skin Picking Disorder). en la vida diaria del paciente.
Materiales	Cuestionario y hojas de respuesta.
Administración	Para adolescentes y adultos.
Escalas	Cada ítem se califica en una escala de 0 a 5, donde 0 indica ningún impacto y 5 indica un impacto extremo.
Validez y confiabilidad	Alfa de Cronbach de 0.84, mostrando una buena consistencia interna. La versión en español ha mostrado una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.934, los estudios de validación confirman que la escala es unidimensional y muestra buena convergencia con otras medidas de severidad del trastorno, como la Skin Picking Scale - Revised (SPS-R), con una correlación de $r = 0.592$, $p < 0.0001$.

2.5.3. Evaluación psicológica**Datos de filiación**

Nombre: Cesar F. S.

Edad: 41 años

Género: Masculino

Estado civil: Casado

Profesión: Oficial del ejército peruano

Lugar de origen: Lima, Perú

Lugar de residencia: Tacna, Perú

Cesar F. S. es un hombre de 41 años, nació en la ciudad de Lima, está casado y es padre de dos hijos. Reside en la ciudad Tacna y ha dedicado más de 20 años de su vida al servicio militar, alcanzando el grado de oficial. Su carrera militar ha sido notable, con múltiples misiones tanto en territorio nacional como en el extranjero, lo cual le ha conferido un alto nivel de estrés debido a las exigencias y responsabilidades inherentes a su profesión.

A lo largo de su carrera, ha demostrado un alto nivel de compromiso y disciplina, cualidades que lo han llevado a obtener varias condecoraciones y reconocimientos. Sin embargo, su dedicación al trabajo también ha tenido un costo personal significativo, contribuyendo al desarrollo de problemas de salud mental, como el trastorno de excoriación que actualmente padece.

Observación general. En la evaluación inicial, mostró una actitud visiblemente ansiosa y preocupada. Su aspecto físico revelaba signos de excoriación en los brazos y el rostro, con heridas y cicatrices que evidenciaban un rascado constante y compulsivo. Durante la entrevista, su postura era tensa y realizaba movimientos repetitivos con las manos, especialmente cuando se discutían temas relacionados con su comportamiento de rascado.

Además de los signos físicos, expresó sentimientos profundos de vergüenza y frustración. Admitió que la condición ha afectado significativamente su vida personal y profesional. La ansiedad era especialmente evidente cuando relataba las funciones que desempeña en su trabajo las cuales demanda su plena atención, generándole una sanción de estrés muy alta, el evaluado está a cargo del departamento de logística de toda su organización, lo que sugiere una fuerte correlación entre el estrés laboral y el aumento de su conducta de excoriación. También manifestó una evitación de situaciones sociales y laborales en las que sus heridas pudieran ser vistas, lo que ha limitado su participación en diversas actividades.

Problema actual. Padece del trastorno de excoriación, también conocido como dermatilomanía, que se caracteriza por un impulso incontrolable de rascarse la piel. Este comportamiento ha resultado en múltiples heridas y cicatrices visibles, afectando no solo su apariencia física sino también su salud emocional y social. El rascado tiende a intensificarse en momentos de estrés, ansiedad o aburrimiento, creando un ciclo difícil de romper.

La conducta de excoriación le causa a una profunda vergüenza y auto-reproche. A menudo intenta ocultar las heridas con ropa y parches, pero esto no ha sido suficiente para disimular el problema, especialmente en su entorno laboral, donde la apariencia física es importante, ya exterioriza el carácter de la persona. Su interacción social también se ha visto afectada, ya que evita eventos sociales y actividades que puedan exponer sus heridas, limitando su vida social y profesional.

Desarrollo cronológico del problema. El problema de excoriación comenzó hace aproximadamente cinco años, coincidiendo con un periodo de alto estrés en el trabajo debido a un despliegue militar en una zona de conflicto (VRAEM). Inicialmente, el rascado era esporádico y parecía una respuesta temporal al estrés. Sin embargo, con el tiempo, el comportamiento se intensificó, convirtiéndose en un hábito dañino y persistente.

A lo largo de estos años, ha experimentado varios intentos fallidos de controlar el rascado por su cuenta. Ha utilizado cremas y tratamientos tópicos para las heridas, pero sin abordar la raíz del problema, que es su impulso psicológico. Las situaciones estresantes y las demandas de su carrera han perpetuado este ciclo, haciendo que el rascado se convierta en una forma de “auto calmarse”, aunque con consecuencias negativas. Las situaciones estresantes en el trabajo y las demandas de su carrera han perpetuado este ciclo, dificultando aún más su capacidad para romper el hábito.

Tratamientos psicológicos, psiquiátricos y otros previos. Cesar ha consultado a dermatólogos en repetidas ocasiones desde 2020 para tratar las heridas causadas por el rascado compulsivo. Aunque estos tratamientos han proporcionado cierto alivio físico, no han abordado el componente psicológico subyacente del trastorno de excoriación, por lo cual su problema persistió.

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, en 2021 probó medicación ansiolítica, específicamente clonazepam, recetado para reducir los niveles de ansiedad que él mismo identificaba como factores desencadenantes de su conducta de rascado. Este tratamiento se mantuvo durante aproximadamente tres meses, pero Cesar decidió discontinuarlo debido a efectos secundarios indeseados, como somnolencia excesiva y dificultades de concentración, que afectaban su rendimiento en el trabajo. Además, sintió que la medicación no era efectiva a largo plazo para controlar sus episodios de ansiedad relacionados con el estrés laboral.

Desde entonces, no ha vuelto a tomar medicación ansiolítica ni ha buscado otros tratamientos farmacológicos para la ansiedad, en parte debido a la preocupación por los efectos secundarios y la falta de resultados consistentes. Su enfoque se ha limitado al manejo físico de las heridas y al uso de métodos de autocontrol, sin lograr avances significativos en la reducción del impulso de rascado.

Opinión del paciente sobre su problema. Cesar es consciente de que su comportamiento de excoriación es problemático y desea cambiarlo. Siente frustración por su incapacidad para controlar el impulso de rascarse, y las heridas causadas por este comportamiento compulsivo le han generado cicatrices queloides y heridas crónicas, aumentando su ansiedad y culpa, lo cual afecta su calidad de vida. Además, manifiesta preocupación por el impacto negativo de su condición en su vida personal y profesional. Ha expresado sentimientos de autorreproche y

vergüenza debido a su incapacidad para controlar su comportamiento. Reconoce que el rascado es una respuesta inadecuada al estrés y la ansiedad, pero le resulta difícil romper el ciclo por sí mismo.

A pesar de estas dificultades, Cesar mantiene una actitud positiva hacia el tratamiento y está dispuesto a trabajar para superar su trastorno de excoriación. Está comprometido a seguir las recomendaciones terapéuticas y aplicar las técnicas que se le enseñen para manejar su comportamiento de manera más efectiva.

Expectativas al tratamiento. Espera que el tratamiento le ayude a reducir y eventualmente eliminar su comportamiento de excoriación. Desea aprender técnicas para manejar su ansiedad y encontrar alternativas saludables para enfrentar el estrés. Está motivado para mejorar su calidad de vida y recuperar su confianza y bienestar.

Además, busca un enfoque integral que no solo aborde su comportamiento de rascado, sino también los factores subyacentes que contribuyen a su ansiedad y estrés. Espera desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas que le permitan manejar mejor las situaciones estresantes en su vida personal y profesional. también tiene la esperanza de que el tratamiento le permita mejorar sus relaciones interpersonales y su desempeño en el trabajo. Desea sentirse más seguro y cómodo en situaciones sociales y profesionales, sin la preocupación constante por sus heridas y cicatrices.

Historia personal. Cesar F. S. nació por cesárea en la ciudad de Lima, siendo un hijo deseado por sus padres, quienes esperaban con ilusión la llegada de su primogénito. Desde su nacimiento, fue criado en un hogar en el que la disciplina y el compromiso con el deber eran valores fundamentales, moldeados por la carrera militar de su padre, un coronel del ejército peruano. Estos valores marcaron profundamente su desarrollo desde una temprana edad, creando una estructura familiar en la que el respeto a la autoridad y el sentido de responsabilidad eran prioritarios.

Durante su niñez, Cesar vivió en un ambiente de constantes mudanzas debido a las asignaciones de su padre, lo cual lo obligó a adaptarse a nuevos entornos y a desarrollar resiliencia desde pequeño. Aunque estos cambios frecuentes le impidieron formar amistades duraderas en cada lugar, le proporcionaron una perspectiva flexible ante el cambio y fortalecieron su capacidad para integrarse en diferentes contextos. La relación con su padre era estricta, ya que él representaba una figura de autoridad fuerte que imponía una disciplina inquebrantable en el hogar. Sin embargo, a pesar de la rigidez paterna, Cesar sentía admiración y respeto por su padre, viendo en él un ejemplo de dedicación y sacrificio. Su madre, en contraste, aportaba calidez y apoyo emocional, actuando como un equilibrio ante la rigidez de su esposo y brindándole a Cesar un espacio de refugio en los momentos de tensión familiar.

En la adolescencia, Cesar comenzó a sentir el peso de las expectativas familiares, especialmente las de su padre, quien esperaba que su hijo mayor siguiera una carrera de éxito en el ámbito militar. Este periodo estuvo marcado por la autocrítica y un perfeccionismo que se fortaleció con los altos estándares impuestos en el hogar. Sin embargo, su adolescencia fue relativamente tranquila; destacaba en actividades académicas y deportivas, donde su disciplina y esfuerzo lo llevaban a obtener buenos resultados. La relación con sus hermanos menores, Gabriela y Carlos, se caracterizó por una mezcla de cercanía y pequeñas tensiones. Como hermano mayor, Cesar asumió la responsabilidad de ser un ejemplo para ellos, aunque con el tiempo surgieron diferencias, especialmente con Gabriela, a quien percibía como la consentida de la familia.

Al llegar a la adultez, Cesar ingresó a la Escuela Militar de Chorrillos, siguiendo los pasos de su padre y destacándose por su compromiso y dedicación. Su formación militar reforzó los valores inculcados en su hogar y le brindó las herramientas necesarias para enfrentar situaciones de gran demanda física y emocional. La disciplina que adquirió en esta etapa se volvió una

característica fundamental de su personalidad y una ventaja en su carrera militar. Su trayectoria profesional lo llevó a asumir roles de liderazgo y a enfrentar situaciones de alto riesgo, especialmente en zonas de emergencia y fronteras, que aumentaron su capacidad de adaptación y su resistencia al estrés. Sin embargo, estas experiencias también fueron el origen de la ansiedad y tensión emocional que posteriormente impactarían en su salud mental.

En su vida adulta, Cesar continuó experimentando los efectos de las expectativas paternas, a pesar de que su padre ya no estaba presente. La influencia de su figura paterna sigue siendo una guía en su vida, aunque también una fuente de presión interna que se refleja en su autoexigencia constante. Tras el fallecimiento de su padre, Cesar ha reflexionado sobre su legado, reconociendo tanto los aspectos positivos de su ejemplo como la carga emocional que ha heredado. Esta introspección lo ha llevado a buscar un equilibrio entre honrar los valores familiares y cuidar su propio bienestar emocional, un desafío constante en su vida actual.

En la actualidad, Cesar se esfuerza por aplicar los principios de responsabilidad y disciplina inculcados en su hogar, equilibrándolos con la necesidad de manejar el estrés que su carrera y su vida personal le generan. Su historia personal refleja una combinación de éxito profesional y una lucha interna por alcanzar un bienestar emocional que le permita disfrutar de sus logros sin sentirse abrumado por las expectativas, tanto familiares como personales.

Actitudes de la familia frente al paciente. La familia de Cesar está preocupada por el impacto que su comportamiento de excoiación tiene en su salud física y emocional. Su esposa y hermanos le brindan apoyo emocional, aunque expresan frustración por la falta de progreso en su recuperación. Su esposa ha intentado ayudarlo a través de diversas estrategias de apoyo en el hogar, como crear un ambiente tranquilo y alentarle a participar en actividades que reduzcan su nivel de

ansiedad. Aunque la situación persiste, la familia sigue comprometida en acompañarlo y motivarlo para que encuentre formas efectivas de afrontar su problema.

Los hermanos de Cesar también han sido un apoyo constante, ofreciendo consejo y ánimo. No obstante, la distancia física, debido a sus propias responsabilidades, limita su capacidad de involucrarse en el día a día. A pesar de estas limitaciones, todos están dispuestos a colaborar en su proceso de mejora.

Educación. Cesar completó su educación secundaria en el Colegio Militar “Leoncio Prado”, logró ingresar a los 19 años a la Escuela Militar de Chorrillos graduándose a los 23 años. A lo largo de su carrera, participó en cursos de especialización que fortalecieron sus habilidades en liderazgo y toma de decisiones. Su formación militar le inculcó no solo disciplina, sino también resiliencia y capacidad para enfrentar situaciones adversas, habilidades que aplica en su vida profesional y personal. Además, ha asistido a seminarios y talleres sobre liderazgo, gestión del estrés y salud mental, lo que ha sido esencial para su crecimiento personal y profesional.

Historia de trabajo. Ha dedicado más de dos décadas al servicio militar, logrando el grado de Mayor. Su carrera lo ha llevado a desempeñarse en diversos lugares del Perú, incluyendo zonas de emergencia, fronteras y otras regiones estratégicas que requieren una alta capacidad de adaptación y resistencia. A lo largo de su trayectoria, ha demostrado dedicación y habilidades de liderazgo en situaciones de alto riesgo y presión, lo que le ha valido múltiples reconocimientos por su desempeño.

Sus misiones en zonas de conflicto y regiones fronterizas han implicado enfrentar desafíos complejos, tanto en términos de seguridad como en el manejo de recursos limitados, lo que ha sido demandante a nivel físico y mental. En su puesto actual, asume responsabilidades administrativas que incluyen la gestión de recursos y la coordinación de operaciones a gran escala, lo que

representa un cambio respecto a sus asignaciones anteriores, pero de igual forma implican altos niveles de estrés.

Aunque ha intentado aplicar técnicas de manejo del estrés, las demandas acumuladas y la naturaleza de su trabajo han contribuido a que el trastorno de excoiación se convierta en un mecanismo de afrontamiento frente a la presión, especialmente en momentos de mayor carga laboral.

Información sobre el sexo. Ha mantenido una vida sexual activa y satisfactoria con su esposa. No reporta disfunciones sexuales, y ambos se esfuerzan por mantener una relación íntima saludable, lo que ha sido una fuente de apoyo emocional importante para él. Sin embargo, la visibilidad de sus cicatrices ha causado momentos de autoconsciencia y vergüenza que han requerido comunicación y comprensión por parte de su pareja.

Historia sexual. Él y su esposa han disfrutado de una relación monógama desde su matrimonio. No hay antecedentes de comportamientos sexuales problemáticos ni traumas relacionados. La relación con su esposa ha sido un pilar fundamental en su vida, proporcionando estabilidad emocional y apoyo, especialmente durante los períodos más desafiantes relacionados con su trastorno de excoiación.

Educación religiosa. Creció en un hogar católico y ha mantenido algunas de las prácticas y creencias, aunque de manera moderada. La fe ha sido una fuente de consuelo en momentos de dificultad, y ocasionalmente busca el consejo de líderes espirituales para guiarlo en su vida personal y profesional.

Relaciones interpersonales. Es conocido por su trato respetuoso y justo hacia los demás, tanto en su vida personal como profesional. Tiene un círculo íntimo de amigos dentro y fuera del ejército, y su capacidad para mantener relaciones duraderas ha sido una de sus mayores fortalezas. No

obstante, el estrés y la ansiedad han puesto a prueba estas relaciones, especialmente cuando se aísla debido a su vergüenza por el trastorno de excoriación.

Actitud frente al sexo opuesto. Muestra un trato equitativo y respetuoso hacia el sexo opuesto. Ha trabajado bajo el mando de superiores femeninas y ha colaborado con colegas de ambos sexos sin problemas. Su actitud profesional y respetuosa ha sido bien recibida y es valorada por sus colegas y subordinados.

Enfermedades. Aparte del trastorno de excoriación, es físicamente saludable. No tiene antecedentes de enfermedades crónicas serias, aunque el estrés continuo ha tenido un impacto en su bienestar general, manifestándose ocasionalmente en forma de dolores de cabeza y fatiga.

Historia familiar. Cesar F. S. creció en un hogar en el que el modelo de autoridad estaba fuertemente definido por la figura de su padre, un coronel del ejército peruano conocido por su disciplina estricta y compromiso con los valores militares. Desde una edad temprana, Cesar recibió una educación centrada en el deber y la responsabilidad, principios que su padre valoraba profundamente. La relación con su padre estuvo marcada por una figura de pocas palabras, pero de acciones firmes, priorizando la disciplina sobre el afecto visible. Sin embargo, Cesar siempre respetó y admiró a su padre, viéndolo como un modelo a seguir en su propia carrera militar. Esta figura autoritaria influyó significativamente en su desarrollo, inculcándole una ética de trabajo que ha llevado a lo largo de su vida.

Por otro lado, su madre aportaba calidez y apoyo emocional al hogar. A diferencia de su esposo, ella era emocionalmente expresiva y actuaba como mediadora entre los niños y el padre. Esta combinación le permitió a Cesar desarrollar habilidades emocionales y empatía, características que aprecia en sus interacciones actuales. Su madre le ofrecía un refugio seguro frente a la presión paterna, brindándole apoyo en momentos de ansiedad y estrés, especialmente

durante su adolescencia, una etapa marcada por la lucha por cumplir con las altas expectativas de su padre. Esta mediación materna ayudó a Cesar a construir un sentido de identidad propio, equilibrando la influencia estricta de su padre con una perspectiva emocionalmente accesible.

A medida que Cesar maduró y avanzó en su carrera militar, la relación con su padre fue mejorando. El reconocimiento del padre hacia los logros de Cesar resultó crucial para su autoestima, aunque el deseo de impresionar y hacer sentir orgulloso a su padre a veces incrementaba su nivel de estrés. La muerte de su padre en la adultez marcó un punto de reflexión para Cesar, llevándolo a examinar la influencia paterna en su vida. Aunque había adoptado muchas de las cualidades de liderazgo y ética de trabajo de su padre, también reconoció la carga emocional que conlleva esa herencia. Esta introspección lo ha llevado a buscar un equilibrio en su vida, valorando las fortalezas de su padre mientras trabaja en mitigar los impactos negativos en su salud mental.

Cesar tiene dos hermanos menores: Gabriela, de 35 años, y Carlos, de 39 años. Gabriela es abogada y reside en la misma ciudad que Cesar. La relación entre ambos ha sido algo distante, en parte debido a que él percibía que Gabriela era la consentida de la familia. Según Cesar, ella recibió un trato más indulgente de sus padres, lo cual ha generado cierta tensión y resentimiento. Carlos, en cambio, trabaja en la administración de las propiedades agrícolas y ganaderas familiares en Los Palos, dedicándose a la gestión de ganado vacuno y cultivos de olivo. Sin embargo, ha surgido un conflicto entre Cesar y Carlos debido a la administración de los ingresos de estas propiedades, ya que Cesar ha notado que su hermano no ha entregado a su madre el porcentaje de ganancias correspondiente. Este tema ha sido una fuente de preocupación adicional para Cesar, quien se siente responsable de asegurar el bienestar financiero de su madre.

Los conflictos familiares, particularmente con sus hermanos, han añadido una capa de estrés en la vida de Cesar, afectando su estado emocional y contribuyendo a su ansiedad. Estas tensiones en la dinámica familiar, junto con los problemas financieros, han sido un factor significativo en el impacto emocional de Cesar, afectando también su comportamiento de excoriación. Con el tiempo, ha trabajado en desarrollar estrategias para manejar estas relaciones de forma más saludable, estableciendo límites claros y explorando formas de resolver conflictos familiares de manera justa y equitativa, sin comprometer su bienestar mental.

Dinámica Familiar. La dinámica familiar de Cesar ha estado profundamente influenciada por la estructura de disciplina instaurada por su padre, cuya carrera militar marcó el hogar con un ambiente de alta exigencia y expectativas. Esta estructura impregnó todos los aspectos de la vida familiar, estableciendo roles claros y fomentando valores de responsabilidad y compromiso, priorizando la disciplina sobre el afecto visible, lo que inculcó en Cesar una fuerte ética de trabajo y sentido de deber. Su madre, en contraste, aportaba un equilibrio emocional al hogar con su calidez y apoyo, actuando como mediadora y proporcionando un refugio en momentos de tensión, especialmente durante su adolescencia.

Entre Cesar y sus hermanos existe una relación de respeto mutuo, aunque con ciertas fricciones subyacentes. La percepción de favoritismo hacia su hermana Gabriela ha sido una fuente de tensión, especialmente porque Cesar siente que las responsabilidades y expectativas en la familia fueron distribuidas de forma desigual. Con su hermano Carlos, los conflictos giran en torno a la gestión de las tierras familiares y la administración de los ingresos para el bienestar de su madre, lo cual ha añadido un nivel adicional de preocupación para Cesar.

A pesar de estas tensiones, la familia permanece unida en sus valores fundamentales, aunque con diferencias en la forma de afrontar responsabilidades y conflictos. Estas fricciones

familiares, sumadas a las demandas de su vida profesional, han contribuido al aumento de su ansiedad y han sido un factor en su conducta de excoriación. Cesar ha trabajado en implementar límites claros y en explorar vías de comunicación más efectivas, buscando manejar los conflictos de forma justa sin comprometer su propio bienestar.

Antecedentes Psiquiátricos de la Familia. No hay antecedentes psiquiátricos significativos en la familia directa . Sin embargo, la presión constante y el estrés asociados con el estilo de vida militar han contribuido a problemas de ansiedad menores en varios miembros de la familia, incluido él mismo. Estos problemas no siempre fueron tratados formalmente, reflejando una tendencia en la familia a manejar internamente las dificultades de salud mental sin buscar ayuda externa, probablemente debido al estigma y a la necesidad de mantener una fachada de fortaleza y resiliencia.

Historia de la Pareja. Está casado con María desde hace 20 años. Se conocieron en la Escuela Militar de Chorrillos donde María trabajaba en el área administrativa de dicha entidad. Su relación comenzó como una amistad que gradualmente evolucionó a romance y eventual matrimonio. La pareja ha construido una relación sólida basada en el respeto mutuo, la confianza y el apoyo compartido, especialmente importante dadas las demandas de la carrera . María ha sido una fuente constante de estabilidad emocional para , ayudándolo a navegar por los desafíos de su trastorno de excoriación y el estrés de su trabajo.

María ha tenido que adaptarse a los largos períodos de ausencia debido a sus deberes militares, lo que ha requerido de ella una gran independencia y fortaleza. Ella ha manejado las necesidades de sus hijos durante estas ausencias, lo que ha fortalecido su propia capacidad de liderazgo dentro del hogar. A pesar de los desafíos, han mantenido una relación cercana y amorosa, trabajando juntos para enfrentar los desafíos de salud mental de él y promover un ambiente

hogareño estable para sus hijos. Esta dinámica de pareja ha sido crucial en los momentos más difíciles, proporcionándole un anclaje emocional indispensable y una motivación para buscar y adherirse a tratamiento. María y él continúan trabajando juntos para asegurar que los desafíos no minen los cimientos de su relación y para mantener el bienestar de su familia.

Recursos Psicosociales y Ambientales. Cesar cuenta con una red de apoyo compuesta por su familia inmediata, amigos cercanos y colegas de confianza, quienes son conscientes de los desafíos emocionales que enfrenta. Su esposa, al estar al tanto del impacto que el trastorno de exoración tiene en su bienestar, ha creado un entorno hogareño que promueve la estabilidad emocional, brindándole un espacio tranquilo y alentándolo a participar en actividades que le ayudan a reducir el estrés. Esta atmósfera de apoyo en el hogar es fundamental para Cesar, ya que le ofrece un lugar donde sentirse comprendido y seguro.

A nivel social, Cesar ha mantenido amistades sólidas tanto dentro como fuera del ejército, con personas en quienes confía para compartir sus preocupaciones. Estas relaciones le proporcionan un valioso respaldo emocional, especialmente en momentos en los que el estrés de su trabajo y los conflictos familiares afectan su estado de ánimo.

Desde una perspectiva ambiental, Cesar ha adaptado tanto su hogar como su espacio de trabajo para reducir los estímulos que podrían desencadenar su comportamiento de rascado. Ha implementado un entorno ordenado y libre de elementos que puedan causar estrés adicional, y ha desarrollado un interés en actividades relajantes jugar fútbol y las caminatas al aire libre, las cuales le ayudan a desconectar de sus responsabilidades y a manejar el estrés.

Aunque Cesar ha asistido previamente a charlas y talleres de manejo del estrés y resiliencia organizados por el ejército, esta es la primera vez que accede formalmente al servicio de psicología de la institución para recibir atención personalizada. Estos recursos de apoyo psicológico,

ofrecidos por el ejército, le brindan ahora una orientación especializada y un seguimiento más profundo para su salud mental, lo cual es esencial en su proceso de recuperación.

Finalmente, Cesar y su familia son miembros activos de una comunidad eclesiástica local que les ofrece apoyo espiritual y un sentido de pertenencia. Esta comunidad le brinda consuelo y guía, especialmente en momentos de crisis, y sus servicios y actividades grupales permiten que Cesar y su familia se sientan conectados dentro de un entorno positivo y de respaldo.

Factores Psicosociales y Ambientales. Cesar enfrenta factores psicosociales y ambientales que contribuyen al estrés en su vida, especialmente en el ámbito familiar y laboral. Las tensiones familiares, particularmente con su hermana Gabriela y su hermano Carlos, han sido una fuente constante de preocupación. La relación con Gabriela se ha visto afectada por la percepción de favoritismo, mientras que los desacuerdos con Carlos sobre la administración de las propiedades familiares en Los Palos han añadido un nivel de estrés adicional, ya que Cesar se siente responsable de garantizar el bienestar financiero de su madre.

En el ámbito laboral, las altas demandas y expectativas asociadas con su carrera militar representan otra fuente significativa de presión emocional. Su posición actual requiere una gran responsabilidad en la gestión de recursos y operaciones, lo que, sumado a sus experiencias previas en zonas de alto riesgo, ha contribuido a aumentar sus niveles de ansiedad y a recurrir al rascado compulsivo como un mecanismo de afrontamiento.

Estos factores, tanto familiares como laborales, han complicado la situación emocional de Cesar y han exacerbado su trastorno de excoriación, además busca apoyo en su entorno inmediato y en los recursos psicológicos disponibles en el ejército.

Evaluación Global del Funcionamiento. Nivel de Funcionamiento: Muestra un nivel moderado de dificultad en su funcionamiento diario debido a su trastorno de excoriación y el estrés asociado con sus roles familiares y profesionales.

Diagnóstico Funcional del Caso:.

Tabla 7

Diagnóstico Funcional del Caso

Exceso	Debilitamiento	Déficit
-Rascado compulsivo de la piel		
-Sentimientos de culpa y vergüenza	-Salir a eventos sociales y reuniones familiares	-Habilidad para comunicar sus sentimientos de manera asertiva a sus familiares
-Pensamientos irracionales y ansiosos	-Participación en actividades recreativas	-Técnicas de relajación efectivas
-Evitación de situaciones sociales	-Autocuidado y manejo del estrés	-Expresión emocional saludable
-Ansiedad 5/10, frustración 6/10 , vergüenza 7/10, culpa 6/10		-Autoestima y autocompasión

Nota. En la Tabla 7 se presentan las conductas del paciente en exceso, debilitamiento y déficit, lo que permite identificar las áreas clave a tratar en la intervención. Las conductas excesivas, como el rascado compulsivo y los pensamientos irracionales, están asociadas con un nivel de ansiedad, mientras que los déficits incluyen dificultades en la comunicación asertiva y manejo del estrés. Adaptada de "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (5th ed., p. 488), por American Psychiatric Association, 2013.

Listado de conductas

Conductas adecuadas:

- **Compromiso profesional:** muestra un alto nivel de compromiso y dedicación en su carrera militar, lo que le ha permitido alcanzar posiciones de liderazgo y reconocimiento.
- **Apoyo familiar:** A pesar de las tensiones, mantiene una relación cercana y de apoyo con su esposa y sus hijos, quienes son una fuente constante de motivación y estabilidad emocional para él.
- **Búsqueda de ayuda profesional:** Ha buscado activamente tratamiento para su trastorno de excoriación, mostrando disposición a probar diferentes enfoques terapéuticos.

Conductas inadecuadas:

- **Rascado compulsivo:** Este comportamiento autolesivo es la principal conducta inadecuada, causando heridas crónicas y cicatrices y afectando negativamente su salud física y emocional.
- **Evitar situaciones sociales:** Debido a la vergüenza por sus heridas, tiende a evitar eventos sociales y actividades, lo que limita su interacción social y contribuye a su aislamiento.

Análisis Funcional de las Conductas que Refiere el Paciente

En la Tabla 3 se lleva a cabo un análisis funcional de las conductas problemáticas que presenta la paciente, detallando los estímulos antecedentes (estímulo discriminativo), la conducta (respuesta emitida) y los estímulos consecuentes (estímulo reforzador o no contingente a la conducta emitida por la paciente).

Tabla 8

Análisis Funcional de las Conductas que Refiere el Paciente

		Consecuentes (Er)
Antecedentes (Ed)	Conducta (R)	
Externo	Emocional	Interno

Situaciones de estrés en el trabajo y conflictos familiares.	Ansiedad 5/10, culpa 6/10, vergüenza 7/10	Reducción temporal de la ansiedad, alivio momentáneo.
	Motora	Externo
	Rascado compulsivo de la piel.	Comentarios de preocupación por parte de familiares y colegas. Fisiológico
	Cognitivo	
Pensamientos automáticos negativos ("No soy suficiente", "Nunca mejoraré").	Pensamientos automáticos negativos ("No soy suficiente", "Nunca mejoraré").	Heridas abiertas, cicatrices queloides, infecciones ocasionales
	Emocional	
	Frustración 6/10	
	Motora	Interno
Externo Conflictos con hermanos sobre la administración de las tierras familiares.	Evitación de interacción con los hermanos .	Incremento de la tensión y malestar emocional
	Cognitivo	Externo
	Rumiación sobre los conflictos familiares y falta de apoyo "Mi familia no me apoya", "Siempre hay problemas".	Distanciamiento de la familia, falta de comunicación efectiva
	Emocional	Interno
Interno Pensamientos automáticos negativos y autocrítica	Vergüenza 7/10.	Aumento de la autocrítica y disminución de la autoestima
	Motora	Externo
	Evita actividades sociales.	Aislamiento social y reducción del apoyo social
	Cognitivo	

	Rumiar sobre sus errores y fallos	
	"No puedo fallar", "Nunca hago nada bien"	
	Emocional	
	Ansiedad 5/10.	Interno
Interno	Motora	Fatiga y deterioro de la salud mental.
Estrés relacionado con las altas expectativas laborales	Descuido del autocuidado.	Externo
	Cognitivo	Disminución del rendimiento laboral, conflictos con superiores y colegas.
	Pensamientos de insuficiencia y miedo al fracaso "Voy a fallar".	
	Emocional	
	Tristeza 3/10, soledad 4/10	Interno
	Motora	Incremento de la sensación de soledad y desesperanza
Externo	Búsqueda de aislamiento, retraimiento	Externo
Sentimiento de abandono y falta de apoyo emocional de la familia	Cognitivo	Disminución de la interacción familiar y apoyo emocional
	Pensamientos de abandono y falta de valía personal "Estoy solo", "A nadie le importo".	

Tabla 9

Criterios Según la DSM-5 para el Trastorno de Excoriación

Criterios DSM-5	Presente en el paciente
1. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas	1. Se rasca compulsivamente la piel resultando en heridas y cicatrices.

2. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel	2. Ha intentado diversas estrategias para controlar el impulso sin éxito sostenido.
3. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento	3. El comportamiento de rascado ha afectado su vida social y profesional.
4. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).	4. No, el comportamiento no está relacionado con sustancias o condiciones médicas.
5. El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).	5. Sí, el rascado es un comportamiento primario no explicable por otros trastornos mentales.

2.5.4. Evaluación Psicométrica

- **Informe del Inventario de Creencias Irracionales (ICI)**

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: Cesar F. S.

Edad: 41 años

Fecha de evaluación psicológica: 18 de enero de 2024

Grado de Instrucción: Superior

Fecha del informe: 25/09/2023

Motivo de evaluación: Evaluar las creencias irracionales que están en relación con el Trastorno de Excoriación .

Técnicas e instrumentos aplicados: Inventario de Creencias Irracionales (ICI)

Resultados: 45 puntos

Interpretación: A continuación, se presenta el análisis de cada una de las creencias irracionales evaluadas, con base en las puntuaciones obtenidas:

"Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos."

Puntuación:5

El paciente presenta una conformidad moderada con esta creencia, lo que indica que, en situaciones interpersonales específicas, Cesar F. S. puede experimentar la necesidad de aprobación para sentirse valorado. Esto puede contribuir al estrés y la ansiedad en su entorno familiar y profesional.

"Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende."

Puntuación:6

Esta creencia está presente en Cesar F. S. y afecta áreas de su vida. La necesidad de perfección y competencia le genera una constante autoexigencia, afectando su bienestar emocional y contribuyendo a su comportamiento de excoriación como forma de lidiar con la ansiedad derivada de su autoexigencia.

"Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas." Puntuación:3

Esta creencia no tiene un impacto significativo en su comportamiento, ya que Cesar F. S. no muestra una tendencia a juzgar severamente a los demás ni a pensar que deberían ser castigados por sus acciones.

"Es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fueran." Puntuación:6

El paciente presenta una conformidad alta con esta creencia, lo que le lleva a interpretar los contratiempos como situaciones extremadamente estresantes. Esta creencia contribuye a su frustración y eleva el nivel de estrés, aumentando la frecuencia del comportamiento de rascado compulsivo.

"Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad."

Puntuación:4

Cesar F. S. muestra una leve influencia de factores externos sobre su bienestar emocional, lo que le lleva a percibir su entorno como fuera de su control en situaciones estresantes. Esta percepción puede alimentar su sensación de impotencia en ciertos contextos.

"Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa."

Puntuación:3

Esta creencia no tiene un impacto significativo en su comportamiento, ya que Cesar F. S.

"Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente."

Puntuación:5

Cesar F. S. presenta una leve tendencia a evitar ciertas responsabilidades o confrontaciones,

especialmente en el contexto familiar. No obstante, no se observa que esta creencia interfiera de manera significativa en su vida diaria.

"Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo."

Puntuación:3

Esta creencia no está fuertemente presente en el paciente, quien tiende a confiar en sus propias capacidades para manejar los desafíos que enfrenta.

"El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente."

Puntuación:7

Cesar F. S. muestra una creencia considerable de que el pasado afecta su presente, lo que puede estar contribuyendo a la dificultad de romper patrones negativos, como el rascado compulsivo.

"La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido."

Puntuación:3

Esta creencia no tiene presencia significativa en el paciente, quien demuestra una actitud activa hacia el cumplimiento de responsabilidades y el logro de metas personales y profesionales.

Conclusiones: Cesar F. S. presenta diversas creencias irracionales que limitan su capacidad para gestionar el estrés y están vinculadas con su Trastorno de Excoriación. Las creencias que más contribuyen a su malestar son la necesidad de perfección y la intolerancia a la frustración, que amplifican su ansiedad y perpetúan el ciclo de su comportamiento de rascado compulsivo.

Recomendaciones: Se recomienda que la intervención terapéutica continúe enfocándose en la reestructuración cognitiva, ayudando a Cesar F. S. a identificar y modificar sus creencias irracionales, promoviendo formas más adaptativas y funcionales de pensar y enfrentar el estrés.

- **Informe del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: Cesar F. S.

Edad: 41 años

Fecha de evaluación psicológica: 18 de enero de 2024

Grado de Instrucción: Superior

Fecha del informe: 27/09/2023

Motivo de evaluación: Evaluar el nivel de ansiedad en relación con el Trastorno de Excoriación.

Técnicas e instrumentos aplicados: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Resultados: Puntaje: 15 puntos

Interpretación: El puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck indica un nivel de ansiedad leve. Este resultado refleja que, aunque experimenta síntomas de ansiedad, estos no son lo suficientemente graves como para diagnosticar un trastorno de ansiedad independiente.

Conclusiones: Presenta síntomas leves de ansiedad que pueden estar relacionados con su Trastorno de Excoriación y las situaciones estresantes que enfrenta en su vida diaria. La ansiedad no es lo suficientemente alta como para explicar el rascado compulsivo, lo que es consistente con la clasificación del Trastorno de Excoriación según el DSM-5.

Recomendaciones: Se recomienda continuar con la evaluación y tratamiento enfocado en el manejo del Trastorno de Excoriación, utilizando técnicas de manejo del estrés y ansiedad como parte del plan terapéutico integral.

- **Informe del Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: Cesar F. S.

Edad: 41 años

Fecha de evaluación psicológica: 18 de enero de 2024

Grado de Instrucción: Superior

Fecha del informe: 27/09/2023

Motivo de evaluación: Evaluar el nivel de depresión en relación con el Trastorno de Excoriación.

Técnicas e instrumentos aplicados: Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Resultados: 18 puntos

Presunción diagnóstica: Sintomatología depresiva leve.

Interpretación: El puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck indica un nivel leve de síntomas depresivos.

Conclusiones: Presenta síntomas de depresión leves. Sin embargo, estos síntomas no explican completamente el Trastorno de Excoriación, lo que es consistente con los criterios del DSM-5.

Recomendaciones: Se recomienda abordar los síntomas depresivos como parte del tratamiento integral del Trastorno de Excoriación, utilizando técnicas de terapia cognitivo-conductual y apoyo emocional.

- **Informe del Cuestionario de Impacto del Rascado de la Piel (SPIS)**

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: Cesar F. S.

Edad: 41 años

Fecha de evaluación psicológica: 24 de enero de 2024

Grado de Instrucción: Superior

Fecha del informe: 29/09/2023

Motivo de evaluación: Evaluar la frecuencia y severidad del comportamiento de rascado compulsivo de la piel.

Técnicas e instrumentos aplicados: Cuestionario de Impacto del Rascado de la Piel (SPIS)

Resultados: 24 puntos

Interpretación: Los resultados del cuestionario indican que Cesar F. S. experimenta un impacto psicosocial significativo relacionado con su Trastorno de Excoriación. El paciente reporta altos niveles de vergüenza y malestar emocional por las cicatrices en su piel, así como una insatisfacción significativa con su autoimagen. Además, el trastorno ha generado evitación de situaciones sociales y laborales, lo que interfiere en su vida diaria. El puntaje obtenido sugiere una interferencia moderada a severa en su calidad de vida.

Conclusiones: Cesar F. S. presenta un impacto moderado a severo del Trastorno de Excoriación en su vida diaria, consistente con los criterios diagnósticos del DSM-5 para este trastorno. Sufre de un malestar emocional considerable y problemas de autoimagen, lo que afecta sus relaciones interpersonales y desempeño laboral.

Recomendaciones: Se recomienda implementar un plan de tratamiento integral que incluya Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) enfocada en la reestructuración de creencias irracionales sobre su apariencia y estrategias de manejo emocional. También sería beneficioso considerar intervenciones médicas para tratar las lesiones en la piel y prevenir posibles infecciones.

- **Informe de la Escala de Estrés Percibido (PSS)**

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: Cesar F. S.

Edad: 41 años

Fecha de evaluación psicológica: 24 de enero de 2024

Grado de Instrucción: Superior

Fecha del informe: 30/09/2023

Motivo de evaluación: Evaluar la percepción del estrés en la vida del paciente .

Técnicas e instrumentos aplicados: Escala de Estrés Percibido (PSS)

Resultados: 31 puntos

Interpretación: El puntaje obtenido en la Escala de Estrés Percibido indica un nivel alto de estrés. reporta sentirse constantemente estresado debido a sus responsabilidades laborales, conflictos familiares y la carga emocional del Trastorno de Excoriación.

Conclusiones: Experimenta un alto nivel de estrés percibido, lo cual puede exacerbar sus síntomas de rascado compulsivo y contribuir a sus problemas emocionales.

Recomendaciones: Se recomienda incorporar técnicas de manejo del estrés y relajación en su plan de tratamiento, así como explorar estrategias para mejorar su apoyo social y manejo de conflictos.

2.5.5. Informe Psicológico Integrador

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: Cesar F. S.

Sexo: Masculino

Edad: 41 años

Lugar de nacimiento: Lima, Perú

Fecha de nacimiento: 15/07/1982

Estado civil: Casado

Hijos: Dos

Padres: Vivos

Hermanos: Dos (una hermana de 35 años y un hermano de 39 años)

Lugar entre hermanos: Primero

Grado de instrucción: Superior

Ocupación: Oficial del Ejército del Perú

Condición laboral actual: Activo

Religión: católica.

Domicilio: Distrito de Surco, Lima

Informantes: Paciente

Entrevistador: Psi. Luis Gustavo Enrique Tuesta Lambruschini

Fecha de 1era entrevista: 15/09/2023

Número de sesiones: 25 sesiones (15/09/2023- 23/03/2024)

Motivo de consulta Cesar F. S. acudió a consulta debido a un comportamiento recurrente de rascado compulsivo de la piel, un problema que ha estado presente desde hace 5 años. El paciente relata que este comportamiento se ha intensificado en los últimos años, especialmente en situaciones de estrés y ansiedad, y que le resulta incontrolable. Cada vez que se forma una costra en una herida, siente una fuerte necesidad de arrancarla, lo que le produce una sensación momentánea de alivio y placer, seguida por sentimientos de culpa y vergüenza. El rascado constante no permite que las heridas cicatricen adecuadamente, lo que lleva a la formación de cicatrices queloides, empeorando su apariencia física y afectando su autoestima. ha intentado en múltiples ocasiones dejar de rascarse, pero estos esfuerzos han sido infructuosos. Esta conducta no solo afecta su salud física, sino que también tiene repercusiones significativas en su vida emocional y social.

El paciente menciona que su conducta de rascado compulsivo ha comenzado a interferir con su desempeño profesional como oficial del ejército. La preocupación constante por las heridas y las cicatrices visibles ha incrementado su nivel de estrés y ansiedad, y ha afectado su concentración y eficiencia en el trabajo. Además, los sentimientos de culpa y vergüenza asociados

con el rascado han debilitado su confianza en sí mismo y han aumentado su tendencia a evitar situaciones sociales. está particularmente preocupado por el impacto de su comportamiento en su vida familiar. Explica que su relación con su esposa y sus hijos se ha visto afectada, ya que se siente avergonzado de su apariencia y teme el juicio de sus seres queridos. Aunque su familia intenta ser comprensiva y brindarle apoyo, percibe que no entienden completamente la naturaleza de su problema, lo que aumenta su sensación de aislamiento y desesperanza.

En resumen, Cesar F. S. busca ayuda para reducir su conducta de rascado compulsivo, disminuir las sensaciones de ansiedad y tensión que la acompañan, y mejorar su bienestar emocional y social. Está motivado para encontrar estrategias efectivas que le permitan manejar su impulso de rascarse y recuperar su calidad de vida.

Observaciones generales y de conducta Durante las sesiones de evaluación, Cesar F. S. se presenta de manera puntual y con una apariencia cuidada, adecuada a su contexto profesional. Sin embargo, se pueden observar signos visibles de ansiedad, como el movimiento constante de sus manos y la evitación del contacto visual prolongado. Su postura es a menudo tensa, y parece estar en un estado de alerta constante, lo que es consistente con los niveles elevados de estrés que reporta. El discurso es coherente y relevante, aunque muestra una tendencia a ser excesivamente autocrítico. Frecuentemente expresa sentimientos de desesperanza y menciona que se siente atrapado por su comportamiento de rascado. A lo largo de las entrevistas, su tono de voz refleja una mezcla de frustración y resignación, indicando la profundidad de su lucha interna con este problema.

Las heridas y cicatrices visibles en sus brazos y rostro son consistentes con su relato de rascado compulsivo. se muestra reticente a mostrar las áreas más afectadas de su cuerpo, lo que sugiere un alto grado de vergüenza y preocupación por su apariencia física. Estas cicatrices no solo

representan el daño físico, sino también el impacto emocional y psicológico del trastorno. En sus interacciones, tiende a minimizar sus logros y a centrarse en sus fallos y debilidades. Esta autocrítica constante parece estar alimentada por un perfeccionismo internalizado y una baja autoestima, que se ven agravados por su incapacidad para controlar el rascado compulsivo. Además, menciona que a menudo se siente solo y no comprendido, incluso cuando está rodeado de personas que intentan apoyarlo.

También describe una sensación persistente de tensión física, particularmente en los músculos de los hombros y el cuello, lo que es indicativo de una respuesta crónica al estrés. Este estado de tensión constante puede estar contribuyendo a su impulso de rascarse, ya que el comportamiento de rascado puede proporcionar un alivio temporal a esta tensión. En resumen, las observaciones generales y de conducta de Cesar F. S. revelan un individuo que está luchando intensamente con un trastorno que afecta múltiples aspectos de su vida. Aunque sus síntomas de ansiedad, depresión son leves y estrés percibido es moderado, se manifiestan tanto a nivel físico como emocional, lo que subraya la necesidad de una intervención integral.

Instrumentos psicológicos aplicados

1. Inventario de Creencias Irracionales (ICI)
2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)
4. Cuestionario de Excoriación de la Piel
5. Escala de Estrés Percibido (PSS)

Interpretación de los Resultados

- **Inventario de Creencias Irracionales (ICI)**

Puntaje: 45 puntos

Interpretación: Creencias irracionales altas

Detalles: El paciente presenta un puntaje elevado en el ICI, lo que indica la presencia significativa de creencias irracionales que pueden estar contribuyendo al malestar emocional y a las conductas problemáticas de rascado. Las creencias más marcadas incluyen pensamientos como " Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende " o " Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes" , “Es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fueran”, “, lo cual genera sentimientos de frustración y culpa. Estos pensamientos disfuncionales se intensifican en contextos de presión laboral y expectativas personales, sugiriendo que estas creencias irracionales podrían ser un factor relevante en el mantenimiento del trastorno de excoriación.

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Puntaje: 15 puntos

Interpretación: Síntomas de ansiedad moderada

Detalles: Reporta síntomas leves de ansiedad, como palpitaciones, sudoración excesiva, y sentimientos de temor y aprensión. Estos síntomas se intensifican en situaciones de estrés laboral y conflictos familiares. La ansiedad leve sugiere que, aunque está presente pero no afecta de manera contundente su funcionamiento diario, no es lo suficientemente significativa como para ser el principal motor del comportamiento de rascado.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Puntaje: 18 puntos

Interpretación: Síntomas de depresión leve

Detalles: Muestra síntomas leves de depresión, incluyendo sentimientos de culpa, desesperanza, y baja autoestima. La autocrítica y los pensamientos de fracaso son prominentes en sus respuestas.

La depresión leve indica que, si bien hay que tenerlos en cuenta, no alcanzan un nivel moderado o severo que podría explicar completamente el comportamiento de rascado.

- **Cuestionario de Excoriación de la Piel**

Frecuencia: Diaria

Duración promedio por episodio: 30 minutos

Impacto en la vida diaria: Moderado

Intentos de detener el comportamiento: Múltiples intentos fallidos

Detalles: reporta un rascado compulsivo diario que resulta en heridas y cicatrices significativas. A pesar de múltiples intentos para detener el comportamiento, ha sido incapaz de hacerlo de manera sostenida. Este patrón confirma la presencia de un Trastorno de Excoriación severo que interfiere significativamente con su calidad de vida.

- **Escala de Estrés Percibido (PSS)**

Puntaje: 31 puntos

Interpretación: Estrés percibido moderado

Detalles: Reporta niveles moderados de estrés percibido, especialmente relacionado con sus responsabilidades laborales y conflictos familiares. La sensación de falta de control y la sobrecarga emocional son evidentes en sus respuestas. Este alto nivel de estrés puede estar exacerbando su comportamiento de rascado y dificultando su manejo.

Presunción diagnóstica Los resultados obtenidos a través de los diversos instrumentos psicométricos proporcionan una imagen clara y consistente de la situación de Cesar F. S.. El Cuestionario de Excoriación de la Piel confirma la presencia de un Trastorno de Excoriación moderado, caracterizado por un rascado compulsivo diario que resulta en heridas significativas y

un impactan en su vida diaria. Este comportamiento no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, lo cual es consistente con el DSM-5.

El Inventario de Ansiedad de Beck indica que experimenta una ansiedad leve, que, aunque no es el principal impulsor de su comportamiento de rascado, con síntomas como sentimientos de culpa y signos baja autoestima, que no ayuda a su mejoría, pero no explican por completo el rascado compulsivo.

La Escala de Estrés Percibido resalta que percibe un moderado nivel de estrés, principalmente derivado de sus responsabilidades laborales y conflictos familiares. Este estrés elevado contribuye a la intensificación de su comportamiento de rascado, creando un ciclo donde el estrés y el rascado se refuerzan mutuamente.

En conjunto, estos resultados sugieren que el Trastorno de Excoriación es un problema complejo que involucra no solo el rascado compulsivo, sino también niveles leves de sintomatología ansiosa, y un nivel moderado de estrés percibido. La interacción de estos factores podría agravar en el futuro su condición y resalta la necesidad de un abordaje terapéutico integral.

Conclusiones Cesar F. S. enfrenta un Trastorno de Excoriación que tiene un impacto significativo en su vida diaria, tanto a nivel físico como emocional. La evaluación psicológica revela que, aunque presenta síntomas de ansiedad y depresión leves, estos no son suficientes para explicar completamente su comportamiento de rascado. El nivel moderado de estrés percibido agrava su situación, contribuyendo a la persistencia y severidad del rascado.

El Trastorno de Excoriación no se explica mejor por los síntomas de otros trastornos mentales, lo que es consistente con los criterios diagnósticos del DSM-5. La combinación de rascado compulsivo, ansiedad, depresión y estrés percibido sugiere que el tratamiento debe abordar todos estos aspectos para ser efectivo.

La intervención debe centrarse en técnicas que ayuden a manejar su comportamiento de rascado, reducir sus niveles de estrés y ansiedad, y mejorar su bienestar emocional. La participación de la familia en el proceso terapéutico es crucial para crear un entorno de apoyo que facilite la recuperación del paciente .

Diagnóstico Trastorno de Excoriación (DSM-5: 6B25.2)

Recomendaciones

- **Intervención Psicológica:**

Técnicas: Implementar un plan de tratamiento integral centrado en el manejo del Trastorno de Excoriación. Utilizar técnicas de reestructuración cognitiva para abordar los pensamientos negativos, control de estímulos para identificar y manejar los desencadenantes del rascado, y reversión del hábito para desarrollar conductas alternativas.

Objetivo: Reducir la frecuencia y severidad del comportamiento de rascado compulsivo, mejorando el bienestar emocional del paciente .

- **Manejo del Estrés:**

Técnicas: Incorporar técnicas de manejo del estrés y relajación, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, en el plan de tratamiento.

Objetivo: Reducir los niveles de ansiedad y estrés percibidos, mejorando su capacidad para manejar situaciones estresantes de manera efectiva.

- **Apoyo Familiar:**

Técnicas: Involucrar a la familia en el proceso terapéutico a través de sesiones de psicoeducación y apoyo emocional.

Objetivo: Crear un entorno de apoyo que facilite el tratamiento y la recuperación , promoviendo la comprensión y colaboración de sus familiares.

- **Seguimiento Continuo:**

Técnicas: Realizar evaluaciones periódicas para monitorear el progreso del paciente y ajustar el plan de intervención según sea necesario.

Objetivo: Asegurar la adherencia al tratamiento y realizar ajustes oportunos para mantener la efectividad del plan terapéutico.

- **Actividad Física y Recreativa:**

Técnicas: Fomentar la participación en actividades físicas y recreativas que promuevan el bienestar emocional y reduzcan la ansiedad.

Objetivo: Mejorar el estado emocional general del paciente y proporcionar distracciones positivas que disminuyan la probabilidad de rascado compulsivo.

- **Psicoterapia Individual:**

Técnicas: Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para trabajar en la modificación de los pensamientos y comportamientos disfuncionales.

Objetivo: Desarrollar habilidades de afrontamiento y estrategias para manejar los impulsos de rascado, fortaleciendo la capacidad de resistir el comportamiento compulsivo.

- **Intervenciones Médicas:**

Técnicas: Evaluar la necesidad de intervenciones médicas para tratar las heridas y prevenir infecciones.

Objetivo: Asegurar que las heridas causadas por el rascado se traten adecuadamente, minimizando el riesgo de complicaciones médicas.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de Intervención y Calendarización

Tabla 10

Plan de Intervención y Calendarización

Sesión	Objetivo	Fecha	Técnica
	Establecimiento de objetivos		
Sesión 1	Psicoeducación sobre el Trastorno de Excoriación	28/09/2023	Definición de objetivos del tratamiento Explicación del ciclo de rascado compulsivo.
Sesión 2	Introducción a la TREC y detección de creencias irracionales	07/10/2023	Entrenamiento en la detección de creencias irracionales (ABCDE)
Sesión 3	Identificación creencias irracionales	14/10/2023	Autorregistros
Sesión4	Desarrollar estrategias de distracción para reducir la activación fisiológica	21/10/2023	Respiración diafragmática
Sesión 5	Identificar y explorar sus creencias más profundas o "creencias nucleares" que	28/10/2023	Persuasión Verbal (Cuestionamiento Socrático)

	están detrás de los pensamientos irracionales.		
Sesión 6	Fortalecer la detección de creencias irracionales	04/11/2023	Entrenamiento en la detección de creencias irracionales (ABCDE)
Sesión 7	Valorar de forma continua las ventajas y desventajas de mantener las creencias irracionales o las racionales. Establecer planes para afrontar de forma concreta las adversidades que se presentan	11/11/2023	Revisión de Autorregistros Valoración del coste-beneficio
Sesión 8	desde una mayor perspectiva y un mayor distanciamiento.	18/11/2023	Técnicas de solución de problemas
Sesión 9	Evaluar el progreso y ajustar las técnicas según los resultados	25/11/2023	Evaluación continua y ajuste de plan
Sesión 10	Promover la participación en actividades recreativas y sociales	02/12/2023	Planificación de actividades gratificantes
Sesión 11	Fortalecer las habilidades sociales y de afrontamiento	09/12/2023	Role-Playing y técnicas de solución de problemas

	Fortalecer las técnicas de afrontamiento en		
Sesión 12	situaciones de alto estrés.	16/12/2023	Detección de síntomas secundarios
	Mejorar la conciencia emocional y el		
Sesión 13	manejo de la vergüenza	23/12/2023	Técnicas de Ataque de Vergüenza
	Modificar las creencias irracionales		
Sesión 14	mediante imaginería emotiva	30/12/2024	Imaginación Racional Emotiva
Sesión 15	Detención de creencias irracionales	14/01/2024	Uso de afirmaciones de afrontamiento vigorosas
	Evaluación de avances y ajustes		
Sesión 16	terapéuticos	29/01/2024	Evaluación Cognitiva
	Reforzar el entrenamiento de detección de		
Sesión 17	creencias irracional	13/02/2024	Entrenamiento en la detección de creencias irracionales (ABCDE)
	Desensibilización a pensamientos		
Sesión 18	disfuncionales	28/02/2024	Desensibilización en vivo
	Prevención de recaídas mediante técnicas		
Sesión 19	de afrontamiento emocional	14/03/2024	Técnicas de prevención de recaídas
Sesión 20	Revisión final y cierre del tratamiento	29/03/2024	Evaluación final y conclusiones

2.6.2. Programa de intervención.

Tabla 11

Fase de evaluación

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
1	Evaluar las creencias irracionales que están en relación con el Trastorno de Excoriación.	Inventario de Creencias Irracionales (ICI).	Llenado de manual, cuadernillo de registros y hojas de respuesta.	

Tabla 12

Fase de evaluación

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
2	Evaluar el nivel de ansiedad en relación con el	Inventario de Ansiedad de Beck	Llenado de manual, hoja de respuestas	

Trastorno de
Excoriación

Tabla 13

Fase de evaluación

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
3	Evaluar el nivel de depresión en relación con el Trastorno de Excoriación.	Inventario de Depresión de Beck	Llenado de manual, hoja de respuestas	

Tabla 14

Fase de evaluación

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
4	Evaluar la frecuencia y severidad del	Cuestionario de Impacto del	Llenado de manual, hoja de respuestas	

comportamiento de rascado compulsivo de la piel.

Rascado de la Piel

(SPIS)

Tabla 15

Fase de evaluación

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
5	Evaluar la percepción del estrés en la vida del paciente .	Escala de Estrés Percibido (PSS)	Llenado de manual, hoja de respuestas	

Tabla 16*Fase informativa*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
1	Incrementar la adherencia del paciente al tratamiento terapéutico y proporcionar una comprensión inicial del Trastorno de Excoriación.	Definición de Objetivos y Psicoeducación	<p>Paso 1: Se estableció un ambiente de confianza mediante una conversación abierta, en la que se exploraron las expectativas del paciente hacia el tratamiento. Este paso permitió que el paciente expresara sus inquietudes y deseos respecto al tratamiento, así como visualizar los cambios que deseaba lograr.</p> <p>Paso 2: Se ofreció una explicación detallada sobre el Trastorno de Excoriación, abordando sus características y los factores emocionales y ambientales que contribuyen a su mantenimiento. Se explicó cómo el ciclo de rascado se ve influenciado por emociones como el estrés y la ansiedad, y se describieron las posibles consecuencias físicas y emocionales de esta conducta. Se utilizaron materiales audiovisuales que facilitaron la comprensión de estos aspectos</p>	<p>El paciente completó una ficha titulada “El rascado en mi día”, documentando una situación reciente que había provocado el rascado, incluyendo respuestas a preguntas como: ¿Qué sucedió? ¿Qué pensamientos surgieron? ¿Cómo te sentiste? ¿Qué acciones tomaste? Esta actividad fomentó la reflexión y la identificación de patrones.</p> <p>Investigó información adicional sobre la Terapia Cognitivo Conductual, lo cual permitió una mejor comprensión de su aplicación en el tratamiento de conductas compulsivas. En la sesión siguiente, discutimos sus percepciones y conocimientos adquiridos de esta investigación.</p>

Tabla 17*Sesión de Intervención 1*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
2	Introducir el modelo TREC y ayudar al paciente a identificar creencias irracionales relacionadas con el rascado compulsivo.	Entrenamiento en la detección de creencias irracionales (modelo ABCDE).	<p>Paso 1: Se presentó el modelo ABCDE de Ellis, explicando cada uno de sus componentes (A: Evento Activador, B: Creencia, C: Consecuencia Emocional, D: Debate de la creencia, E: Efecto) y cómo se aplican en el contexto del Trastorno de Excoriación. Durante esta explicación, se hizo énfasis en el papel de las creencias irracionales en el ciclo de rascado y en cómo pueden intensificar la ansiedad y el impulso de rascarse.</p> <p>Paso 2: Se practicaron los pasos del modelo ABCDE con ejemplos de situaciones específicas del paciente, ayudándolo a identificar eventos recientes que habían desencadenado el rascado. Exploramos los pensamientos y creencias que surgieron en esas situaciones y cuestionamos la veracidad de estos pensamientos, planteando alternativas más racionales.</p>	El paciente completó un registro utilizando el formato ABCDE, documentando situaciones que provocaron el rascado y detallando las creencias irracionales asociadas. Esta actividad ayudó al paciente a desarrollar habilidades de autoconciencia y a familiarizarse con el modelo, permitiéndole identificar patrones de pensamiento disfuncional en futuras sesiones.

Tabla 18*Sesión de Intervención 2*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
3	Ayudar al paciente a profundizar en la identificación y análisis de sus creencias irracionales.	Autorregistros.	<p>Paso 1: Se explicó al paciente la importancia de los autorregistros como herramienta para documentar situaciones que generaban malestar emocional y, con ello, facilitar la identificación de patrones de pensamiento irracionales. Se le enseñó cómo utilizar el formato de autorregistro, explicando cada uno de los elementos que debía registrar.</p> <p>Paso 2: Se proporcionó una estructura clara para el autorregistro, incluyendo los siguientes elementos:</p> <p>Situación: descripción breve de la situación o evento activador que provocó una reacción emocional.</p> <p>Pensamiento automático: el primer pensamiento que surgió en respuesta a la situación.</p> <p>Emoción: identificación y calificación de la emoción experimentada en una escala de 1 a 10 para medir su nivel.</p>	<p>Completar un autorregistro cada vez que se encontrara en una situación que provocara el impulso de rascarse, documentando todos los elementos explicados en la estructura del autorregistro. En la siguiente sesión, se revisaron los registros para identificar patrones en sus pensamientos y emociones y ajustar el enfoque de intervención.</p>

Respuesta conductual: descripción de la acción que realizó en respuesta a sus pensamientos y emociones (si hubo rascado u otra respuesta).

Pensamiento alternativo: espacio para reflexionar sobre una interpretación más racional o realista de la situación.

Paso 3: Se practicó el uso del autorregistro en un ejemplo guiado. El terapeuta ofreció una situación hipotética similar a las que el paciente podría enfrentar, y juntos completaron el autorregistro, lo que ayudó al paciente a entender cómo documentar y analizar sus reacciones y pensamientos de manera estructurada.

Tabla 19*Sesión de Intervención 3*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
4	Introducir técnicas de distracción y respiración para reducir la activación fisiológica en momentos de ansiedad o estrés.	Respiración diafragmática.	<p>Paso 1: Se enseñó la técnica de respiración diafragmática, instruyendo al paciente en la correcta técnica de inhalar profundamente, expandiendo el abdomen, y exhalar de manera controlada. Practicamos juntos esta técnica para que se familiarizara con el ritmo y la sensación de relajación.</p> <p>Paso 2: Se propuso una estrategia específica de distracción basada en actividades que el paciente disfrutaba previamente, como la escritura de un diario personal y el dibujo de paisajes. Estas actividades fueron elegidas por su capacidad de concentrar la atención del paciente y de canalizar su energía de manera positiva, alejándolo del impulso de rascarse.</p>	Practicar la respiración diafragmática diariamente y documentar cómo se sentía antes y después de cada sesión de respiración. Además, se le pidió al paciente que implementara el uso del diario personal y el dibujo cada vez que sintiera el impulso de rascarse, registrando su nivel de efectividad en reducir el deseo de rascarse.

Tabla 20*Sesión de Intervención 4*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
5	Ayudar al paciente a identificar sus creencias nucleares profundas que sustentan pensamientos irracionales.	Persuasión Verbal por Cuestionamiento Socrático.	<p>Paso 1: Se utilizó la técnica de cuestionamiento socrático para explorar las creencias nucleares del paciente que podrían estar subyacentes a su comportamiento de rascado. Se formularon preguntas abiertas como: “¿Por qué crees que necesitas ser perfecto para ser valorado?” o “¿Qué evidencia tienes de que fallar en algo significa que no eres suficientemente bueno?” Estas preguntas estaban diseñadas para guiar al paciente en la exploración de sus pensamientos automáticos y profundizar en las creencias subyacentes.</p> <p>Paso 2: Para fomentar una reflexión más profunda, se le hizo preguntas adicionales, como: “¿Cómo crees que esta creencia te ha afectado a lo largo del tiempo?” y “¿Existen situaciones en las que esta creencia te ha limitado o causado malestar?” Estas preguntas ayudaron al paciente a considerar el impacto negativo</p>	Documentó las creencias nucleares identificadas y escribió una reflexión sobre cómo estas creencias influían en su comportamiento y emociones. Además, intentó reemplazar estas creencias con alternativas más realistas y positivas.

de sus creencias en su bienestar emocional y en su comportamiento compulsivo.

Paso 3: Durante el ejercicio, el paciente fue alentado a considerar posibles alternativas a estas creencias mediante preguntas como: “¿Podrías pensar en otras formas de ver esta situación?” y “¿Qué le dirías a alguien más que tuviera esta misma creencia?” Estas preguntas ayudaron a desafiar las creencias limitantes y a fomentar una perspectiva más racional y flexible.

Tabla 21

Sesión de Intervención 5

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
6	Consolidar la habilidad del paciente para identificar y desafiar sus	Entrenamiento en la detección de creencias irracionales (ABCDE).	Se revisaron los registros de las creencias irracionales detectadas en sesiones anteriores, ayudando al paciente a evaluar si había logrado identificar patrones de pensamiento disfuncional. Practicamos el modelo ABCDE en una variedad de escenarios.	Continuó registrando pensamientos disfuncionales en el formato ABCDE y anotó cualquier progreso o cambio en su reacción emocional tras aplicar esta técnica.

creencias
irracionales.

Tabla 22

Sesión de Intervención 6

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
7	Evaluar las ventajas y desventajas de mantener creencias irracionales.	Valoración del coste-beneficio.	Se guio al paciente en un análisis detallado de las consecuencias de sus creencias irracionales, pidiéndole que considerara tanto los beneficios como las desventajas de mantener estos pensamientos.	Crear una lista de pros y contras de mantener ciertas creencias irracionales, considerando con su coste

Tabla 23

Sesión de Intervención 7

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
	Establecer planes para afrontar de forma concreta las	Solución de problemas	Paso 1: Se identificaron junto al paciente problemas específicos o situaciones estresantes que incrementaban su ansiedad y desencadenaban el	Practicó la técnica de solución de problemas en situaciones cotidianas de alto estrés, documentando el proceso y los resultados.

8	adversidades que se presentan desde una mayor perspectiva y un mayor distanciamiento.	rascado compulsivo, como conflictos laborales y preocupaciones familiares.
	.	Paso 2: Se introdujo el modelo de solución de problemas en cinco pasos, que incluye: 1) Identificar el problema, 2) Generar alternativas de solución, 3) Evaluar las alternativas, 4) Elegir la mejor solución, y 5) Implementar y evaluar la solución elegida. Se desarrolló un plan de acción concreto utilizando este modelo para que el paciente enfrentara cada problema identificado de manera efectiva.

Tabla 24*Sesión de Intervención 8*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
9	Evaluar el progreso en la reducción del rascado y realizar ajustes en las técnicas de intervención	Evaluación continua y ajuste de plan.	Paso 1: Se revisaron los avances logrados por el paciente en cuanto a la identificación de pensamientos irracionales, el control del entorno y el uso de técnicas de afrontamiento. Se analizaron logros como la reducción de la frecuencia del rascado y la capacidad para aplicar técnicas de distracción.	Completó un registro de logros y áreas de dificultad en el tratamiento, documentando cada área con una breve descripción de los logros alcanzados y los desafíos experimentados, así como estrategias de mejora para continuar avanzando.

acuerdo con los resultados obtenidos.	<p>Paso 2: Se realizaron ajustes en las técnicas de intervención según las áreas de dificultad, incluyendo la intensificación de la práctica de la respiración diafragmática en situaciones de alto estrés.</p>	Esta actividad ayudó al paciente a mantener la motivación y a enfocar sus esfuerzos en los aspectos que más requieren atención.
---------------------------------------	--	---

Tabla 25*Sesión de Intervención 09*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
10	Fomentar la participación en actividades que generen bienestar emocional y actúen como distracción positiva frente al rascado.	Planificación de actividades gratificantes.	<p>Paso 1: Se ayudó al paciente a identificar actividades recreativas y sociales que disfrutaba o le interesaban, como caminar al aire libre, realizar ejercicios de bajo impacto. Estas actividades se seleccionaron por su potencial para reducir el estrés y servir como una alternativa saludable al rascado.</p> <p>Paso 2: Se planificó la incorporación de estas actividades en su rutina semanal, incentivando su participación en al menos una actividad recreativa diaria y una actividad social semanal.</p>	<p>Elaborar un plan semanal de actividades recreativas y sociales, documentando cada actividad en un formato que incluía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de actividad: especificar si se trataba de una actividad recreativa (como caminata) o social (como reunirse con amigos o familiares). • Horario: indicar la frecuencia y el momento específico de la semana para cada actividad, promoviendo la consistencia en la rutina.

-
- **Objetivos personales:** definir el propósito de cada actividad, ya sea reducir el estrés, promover el bienestar físico, o fortalecer las relaciones sociales. El paciente debía reflexionar sobre cómo cada actividad contribuía a su bienestar emocional y documentar cualquier impacto positivo en la reducción de los impulsos de rascarse.
-

Tabla 26*Sesión de Intervención 10*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
	Fortalecer las habilidades sociales y técnicas de afrontamiento del paciente para	Role-Playing	Se empleó el Role-Playing para simular situaciones sociales estresantes y practicar respuestas adecuadas. En cada simulación, el paciente ensayó cómo expresar sus pensamientos de manera asertiva, cómo rechazar peticiones excesivas y cómo mantener la calma en	Practicó las habilidades de afrontamiento y comunicación ensayadas en situaciones reales, anotando cómo reaccionaba y el impacto en su nivel de ansiedad y en los impulsos de rascarse.

11	manejar situaciones difíciles.	situaciones de tensión frente a las peticiones de su superiores jerárquicos . El terapeuta proporcionó retroalimentación después de cada ensayo.
----	--------------------------------	--

Tabla 27*Sesión de Intervención 11*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
12	Reforzar las técnicas de afrontamiento para que el paciente pueda enfrentarse a situaciones de alto estrés sin recurrir al rascado.	Detección de síntomas secundarios.	<p>Paso 1: Se introdujo la técnica de "Detección de Síntomas Secundarios," que en la TREC se refiere a identificar las señales físicas y emocionales previas al impulso de rascarse. El paciente fue guiado para reconocer síntomas secundarios específicos que experimentaba justo antes del rascado, como tensión muscular en las manos, aumento del ritmo cardíaco, o sensación de inquietud en la piel.</p> <p>Paso 2: Una vez identificados estos síntomas, se trabajó en la implementación de técnicas de afrontamiento preventivo, como la respiración diafragmática para reducir la activación fisiológica y</p>	Continuar registrando las situaciones de alto riesgo en un diario, anotando los síntomas secundarios experimentados y documentando las técnicas de afrontamiento aplicadas (respiración y distracción), así como su efectividad en reducir el impulso de rascarse.

la técnica de distracción a través de actividades previamente seleccionadas (escritura en su diario o el dibujo de paisajes), que le ayudaban a redirigir su atención y a reducir el nivel del impulso de rascarse.

Paso 3: Se practicó el monitoreo de estos síntomas secundarios en situaciones de alto riesgo, de modo que el paciente pudiera reconocerlos de manera temprana y activar sus técnicas de afrontamiento antes de que el impulso se volviera difícil de controlar.

Tabla 28*Sesión de Intervención 12*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
13	Ayudar al paciente a manejar sentimientos de vergüenza y a desarrollar una	Ataque de Vergüenza.	Paso 1: Se explicó al paciente el concepto de la técnica de Ataque de Vergüenza dentro de la TREC, destacando que esta técnica busca exponer al individuo a situaciones en las que siente vergüenza o miedo al juicio de los demás, con el propósito de	Realizar al menos dos ejercicios de ataque de vergüenza durante la semana, documentando cada actividad en un registro que incluía: <ul style="list-style-type: none"> Descripción de la actividad: actividad realizada para el ejercicio.

mayor conciencia de
sus emociones.

desafiar sus creencias irracionales sobre la aprobación social y la necesidad de ser valorado por otros.

Paso 2: Se seleccionaron junto al paciente pequeñas actividades que podrían generar vergüenza leve o incomodidad, pero que no representaran una amenaza real ni provocaran angustia excesiva. Por ejemplo, salir a caminar con una prenda de ropa que normalmente evitaría usar o iniciar una conversación con un desconocido en un lugar público. Estas actividades fueron elegidas de acuerdo con el nivel de comodidad del paciente y su capacidad para manejarlas.

Paso 3: Durante el ejercicio, el paciente practicó la auto verbalización racional, recordándose a sí mismo que la aprobación de los demás no es absolutamente necesaria para su valor como persona y que es aceptable cometer errores o no agradar a todos. Se le animó a enfocarse en pensamientos como: “Mi valor no depende de lo que otros piensen” o “Puedo aceptar

- **Nivel de vergüenza antes y después:**
calificación de la vergüenza en una escala de 1 a 10.
 - **Pensamientos experimentados:**
pensamientos que surgieron durante el ejercicio y su cambio tras la auto verbalización racional.
 - **Reflexión:** observaciones sobre la experiencia y cualquier cambio en la percepción de la necesidad de aprobación.
-

que algunas personas no aprueben mis acciones, y eso está bien”.

Paso 4: Después de completar cada ejercicio, se discutieron las emociones y pensamientos experimentados. El terapeuta ayudó al paciente a analizar los resultados y a identificar cualquier reducción de los niveles de los sentimientos de vergüenza o incomodidad.

Tabla 29

Sesión de Intervención 13

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
14	Utilizar la imagería emotiva para ayudar al paciente a modificar sus creencias irracionales.	Imaginación Racional Emotiva.	Paso 1: Se guio al paciente en un ejercicio de imagería emotiva, donde imaginó una situación específica que solía generar pensamientos irracionales de autculpabilidad y baja autoestima (participar en el entrenamiento físico en short y polo, listas, reuniones familiares y laborales, etc.). Se exploraron alternativas	Practicar la imagería emotiva en casa, enfocándose en situaciones similares, y registrar los cambios emocionales al reemplazar las creencias irracionales.

racionales y más compasivas dentro del ejercicio de imaginación.

Paso 2: Durante el ejercicio, el paciente reemplazó los pensamientos de autculabilidad con creencias como “Puedo aprender de mis errores sin castigarme” y “Mi valor no depende de la aprobación de los demás”.

Tabla 30

Sesión de Intervención 14

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
15	Fortalecer la habilidad del paciente para detectar y confrontar sus creencias irracionales.	Uso de afirmaciones de afrontamiento vigorosas.	<p>Paso 1: Se revisaron las creencias irracionales identificadas en sesiones anteriores y se introdujeron afirmaciones de afrontamiento, diseñadas para reemplazar los pensamientos disfuncionales en momentos de ansiedad.</p> <p>Paso 2: Se revisaron las creencias irracionales, tales como “Debo ser perfecto en todo”, y se introdujeron afirmaciones de afrontamiento como “Está bien</p>	Practicar el uso de afirmaciones de afrontamiento en situaciones estresantes, anotando cómo afectan su respuesta emocional y su impulso de rascarse.

cometer errores” y “Puedo ser valorado aun sin ser perfecto”.

Tabla 31

Sesión de Intervención 15

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
16	Evaluar los avances en el tratamiento y realizar ajustes en las técnicas de intervención.	Evaluación Cognitiva.	<p>Paso 1: Se revisaron logros específicos, incluyendo la disminución de la frecuencia de episodios de rascado, el mejor manejo de situaciones de estrés mediante la respiración diafragmática y el uso efectivo de técnicas de distracción. Se identificó que el paciente había logrado una reducción significativa de sus impulsos de rascado en comparación con el inicio del tratamiento.</p> <p>Paso 2: En base a esta revisión, se ajustaron algunas técnicas para fortalecer áreas de dificultad. Por ejemplo, se intensificó la práctica de la técnica ABCDE para abordar creencias irracionales persistentes y se reforzó el uso de afirmaciones de afrontamiento para enfrentar pensamientos de</p>	<p>Completar un diario de logros y desafíos en el que el paciente debía documentar los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logros específicos: detallando situaciones donde aplicó las técnicas de manera exitosa y los resultados obtenidos. • Desafíos o áreas de dificultad: describiendo situaciones en las que tuvo dificultades para aplicar las técnicas o en las que los impulsos de rascado persistieron.

autoculpabilidad. También se sugirió incrementar el uso de técnicas de solución de problemas para situaciones laborales que aún generaban estrés significativo en el paciente.

- **Reflexiones:** incluyó una breve reflexión sobre lo que aprendió de cada experiencia y cómo podría mejorar en el futuro.
- **Estrategias de mejora:** sugerencias de ajuste o cambio en el uso de técnicas para optimizar el tratamiento.

Tabla 32

Sesión de Intervención 16

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
17	Consolidar la habilidad del paciente para detectar y desafiar creencias irracionales	Evaluación Cognitiva.	Se practicó nuevamente el modelo ABCDE, aplicándolo a situaciones complejas del día a día del paciente. Esta revisión permitió que el paciente identificara creencias irracionales de manera más automática y efectiva.	Documentar ejemplos de aplicación del modelo ABCDE en situaciones cotidianas y reflexionar sobre cómo el cuestionamiento de creencias irracionales influye en su control del impulso de rascarse.

mediante la práctica
continua.

Tabla 33

Sesión de Intervención 17

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
18	Desensibilizar al paciente a pensamientos disfuncionales que suelen desencadenar el rascado.	Desensibilización en vivo	<p>Paso 1: Se realizaron ejercicios de exposición gradual a pensamientos que generaban ansiedad en el paciente, sin que recurriera al rascado. El paciente comenzó exponiéndose a pensamientos menos ansiógenos, como situaciones de estrés leve en el trabajo (listas), y avanzó gradualmente hacia pensamientos o situaciones más intensas (reuniones de coordinación), como situaciones de conflicto familiar. Durante cada ejercicio, el paciente practicó técnicas de respiración y distracción para manejar la ansiedad sin recurrir al rascado.</p> <p>Paso 2: En cada nivel de exposición, el terapeuta guio al paciente para que reconociera que podía enfrentar</p>	<p>Continuar con los ejercicios de exposición gradual en casa, seleccionando pensamientos desencadenantes de menor a mayor nivel y aplicando las técnicas de respiración diafragmática y distracción como respuesta. El paciente debía registrar en un diario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación: descripción del pensamiento o situación estresante al que se expuso. • Nivel de ansiedad: asignar una calificación de 1 a 10 para medir la ansiedad antes y después del ejercicio.

estos pensamientos sin rascarse, ayudándolo a ganar confianza en su capacidad para manejar la ansiedad de manera saludable.

- **Estrategias utilizadas:** técnicas aplicadas para manejar la ansiedad (respiración, distracción).
- **Resultados:** descripción de si logró evitar el rascado y su percepción de control al finalizar la exposición.

Tabla 34

Sesión de Intervención 18

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
19	Preparar al paciente para prevenir recaídas y mantener los avances logrados.	Prevención en recaídas	<p>Paso 1: Se enseñaron técnicas de prevención de recaídas, enfocadas en identificar señales de advertencia y en implementar estrategias de afrontamiento proactivas.</p> <p>Paso 2: Se trabajó en el desarrollo de un plan de acción que el paciente podría aplicar en situaciones de alto riesgo, recordándole el uso de las técnicas aprendidas.</p>	Crear un plan de prevención de recaídas, documentando las señales de advertencia y las estrategias de afrontamiento que utilizaría en caso de experimentar un aumento en los impulsos de rascado.

Tabla 35*Sesión de Intervención 19*

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividades asignadas
			<p>Paso 1: Se realizó una revisión completa de los avances logrados, incluyendo la reducción de la frecuencia del rascado, la identificación y el tratamiento, modificación de creencias irracionales, y el uso efectivo de técnicas de afrontamiento.</p> <p>Paso 2: Se brindaron recomendaciones específicas para el mantenimiento de los logros, entre las que se incluyeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso continuo de autorregistros: para ayudar al paciente a monitorear posibles situaciones de riesgo y mantener el control sobre sus pensamientos y emociones. • Práctica de la respiración diafragmática en momentos de ansiedad o estrés, para reducir la activación fisiológica y prevenir el rascado. 	<p>Se elaboró un resumen personal sobre los aprendizajes y herramientas adquiridas durante el tratamiento,</p> <p>Se elaboró un compromiso personal para el mantenimiento de los logros obtenidos, que incluía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diario de autoevaluación semanal: en el que el paciente registraría situaciones de alto riesgo, pensamientos y emociones experimentadas, así como las técnicas utilizadas para manejar estos momentos. • Compromiso de practicar técnicas de afrontamiento diariamente: incluyendo respiración y
	<p>Evaluar el progreso alcanzado durante el tratamiento y establecer recomendaciones para el mantenimiento de los avances.</p>	<p>Evaluación final y conclusiones.</p>		

-
- Planificación semanal de actividades recreativas y sociales: como una estrategia para fomentar el bienestar emocional y reducir el estrés.
 - Revisión periódica de creencias irracionales: sugiriendo que el paciente continúe utilizando el modelo ABCDE para cuestionar cualquier pensamiento disfuncional que pueda surgir.
 - Asistencia a seguimiento terapéutico: recomendando consultas de seguimiento cada dos o tres meses para evaluar el progreso y ajustar cualquier estrategia de afrontamiento en caso de ser necesario.
- autorregistros, para mantener un hábito constante de autocuidado.
 - **Planificación de actividades de bienestar:** comprometiéndose a realizar al menos una actividad recreativa o social semanalmente para mantener un equilibrio emocional.
 - **Objetivos de autocuidado y mejora continua:** establecer metas personales de mejora continua, como mantener la autoaceptación y reducir la autocrítica, y revisar estos objetivos mensualmente para fortalecer su bienestar emocional.
-

2.7. Procedimiento

El proceso comenzó con 5 sesiones de evaluación, en las que se administraron varios instrumentos psicométricos validados, como el Inventario de Creencias Irracionales (ICI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Estrés Percibido (PSS) y el Cuestionario Skin Picking Impact Scale (SPIS). Estas herramientas permitieron evaluar aspectos claves del paciente, como su nivel de ansiedad, depresión y el impacto psicosocial de su trastorno de excoriación.

Posteriormente, se inició la fase de intervención cognitivo-conductual, que se desarrolló en un total de 20 sesiones de tratamiento. Las sesiones fueron inicialmente semanales, para luego cambiar a quincenales en las etapas finales del proceso. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 45 a 60 minutos. Durante este tiempo, se utilizaron diversas técnicas de la TCC, como el entrenamiento en la detección de creencias irracionales (ABCDE), autorregistros, técnicas de distracción, y psicoeducación. Se elaboró un plan de intervención específico para César, basado en los principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), cuyo objetivo fue ayudarlo a identificar y modificar sus creencias irracionales, mejorar el manejo de la ansiedad y reducir las conductas compulsivas de rascado. A lo largo de las sesiones, se evaluaron los avances y se ajustaron las intervenciones según las necesidades del paciente. Al final del proceso de intervención, se realizaron 3 sesiones de seguimiento, para evaluar los cambios a largo plazo y aplicar técnicas de prevención de recaídas.

2.8. Consideraciones Éticas

En cuanto a las consideraciones éticas, se garantizó en todo momento la confidencialidad de la identidad y los datos del paciente. Para proteger su privacidad, se utilizaron iniciales en lugar de su nombre completo en todos los informes y documentos.

Los datos obtenidos a través de los instrumentos psicométricos fueron manejados con estricto control y únicamente accesibles para el terapeuta a cargo. Todos los resultados fueron presentados con veracidad y de manera precisa, asegurando el respeto a los principios éticos establecidos en la práctica psicológica.

Además, se obtuvo el consentimiento informado de César antes de iniciar la evaluación, el tratamiento y el seguimiento. En este consentimiento se le explicó detalladamente el proceso de intervención, el uso de los instrumentos y las posibles grabaciones de algunas sesiones para fines de evaluación y mejora del tratamiento. Finalmente, César tuvo acceso a los resultados finales del tratamiento, con la posibilidad de solicitar información adicional sobre el proceso en cualquier momento, asegurando la transparencia en todo momento.

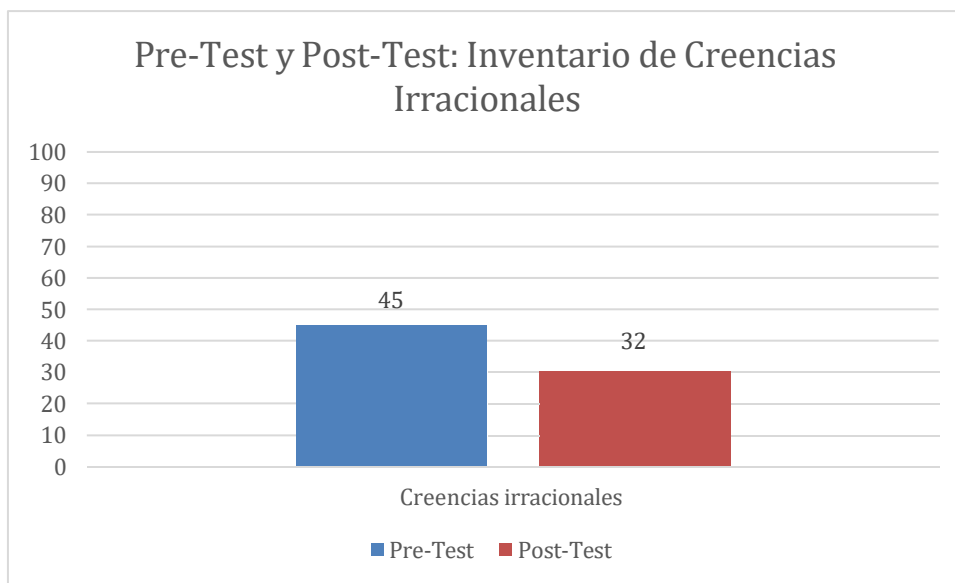
III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados de la evaluación

A continuación, se presentan los resultados del programa Cognitivo Conductual, de la aplicación de pruebas psicológicas del pre y post del Inventario de Creencias Irracionales , Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck, Cuestionario de rascado de piel y Cuestionario de estrés percibido ,evolución de la conducta problema y la línea base en pensamientos.

Figura 1

Comparación Pre-Test y Post-Test: Inventario de Creencias Irracionales

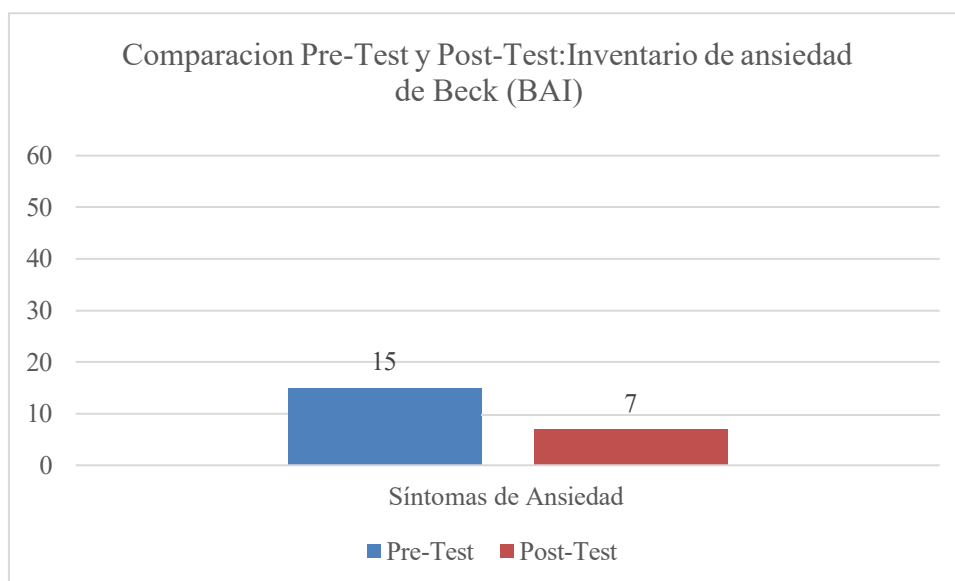


En la Figura 1, la puntuación general de creencias irracionales disminuyó de 45 en el pre-test a 32 en el post-test, lo que muestra una mejora significativa en la reducción de los pensamientos disfuncionales del paciente. Esta disminución en la puntuación refleja una reducción en el nivel de creencias irracionales, como la creencia de que " Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende " o " Para un adulto es absolutamente necesario

tener el cariño y la aprobación de sus semejantes" , “Es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fueran”, “El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”. La menor puntuación en el post-test indica que el paciente ha aprendido a cuestionar y modificar estos pensamientos disfuncionales, lo que refleja una mejora en su flexibilidad cognitiva. Este cambio sugiere que el paciente ha alcanzado un nivel menor de distorsiones cognitivas, lo cual impacta positivamente en su autoestima y capacidad para enfrentar situaciones estresantes..

Figura 2

Comparación Pre-Test y Post-Test: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

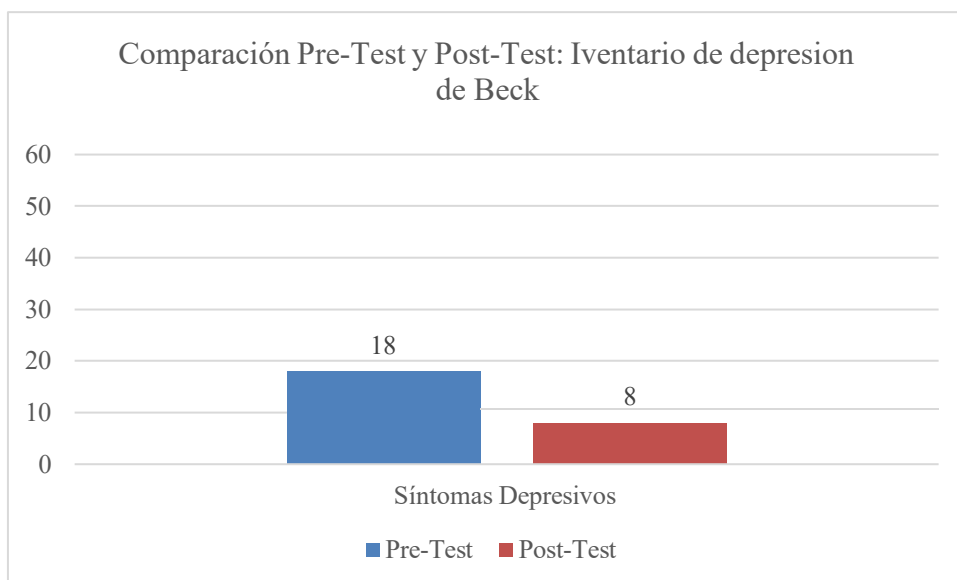


En la Figura 2, la puntuación en la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) disminuyó de 15 en el pre-test a 7 en el post-test, mostrando una reducción significativa en el nivel de ansiedad experimentado por el paciente. Esta disminución en la puntuación refleja una mejora en la capacidad del paciente para manejar situaciones ansiosas, reduciendo la tensión física y psicológica asociada con la ansiedad. La menor puntuación en el post-test indica ansiedad normal, que el paciente está experimentando menos síntomas, como palpitaciones y sensación de ahogo,

lo que sugiere que las técnicas de relajación y reestructuración cognitiva empleadas durante el tratamiento han sido eficaces para disminuir el grado de ansiedad y mejorar su bienestar general, incapacitante o debilitante. La capacidad mejorada de regulación de la ansiedad es un indicio de un progreso en la resiliencia emocional.

Figura 3

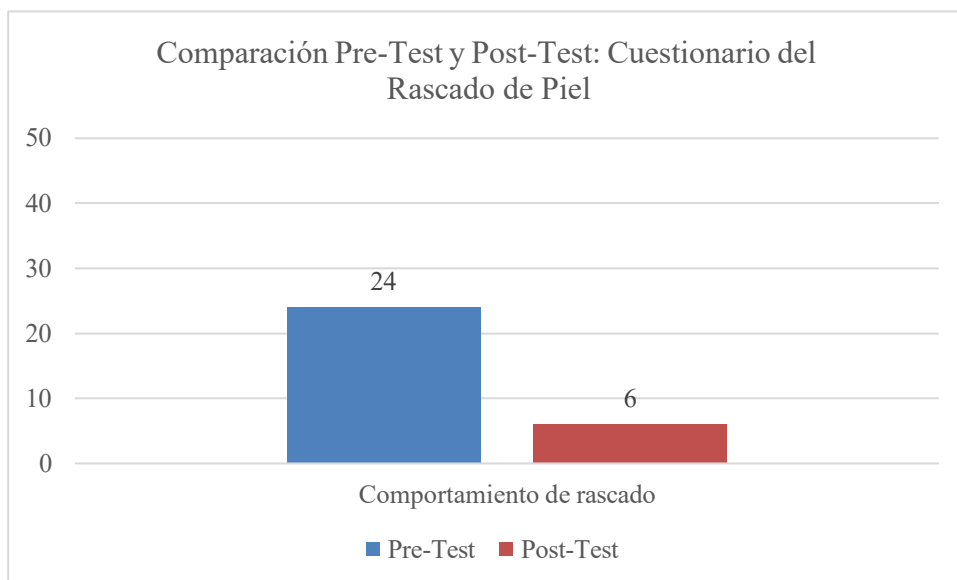
Comparación Pre-Test y Post-Test: Inventario de depresión de Beck



En la Figura 3, la puntuación general en el Inventario de Depresión de Beck disminuyó de 18 en el pre-test a 8 en el post-test, no presenta sintomatología depresiva. Esta disminución refleja una reducción en el nivel de tristeza, desesperanza y pérdida de interés que el paciente experimentaba. La menor puntuación en el post-test sugiere que el paciente está experimentando una mayor estabilidad emocional, con una notable mejora en su percepción de autovalía y un nivel más bajo de síntomas relacionados con la culpa y la fatiga. Este cambio positivo indica que la intervención ha sido exitosa en la restauración de su motivación y su capacidad para disfrutar de actividades cotidianas.

Figura 4

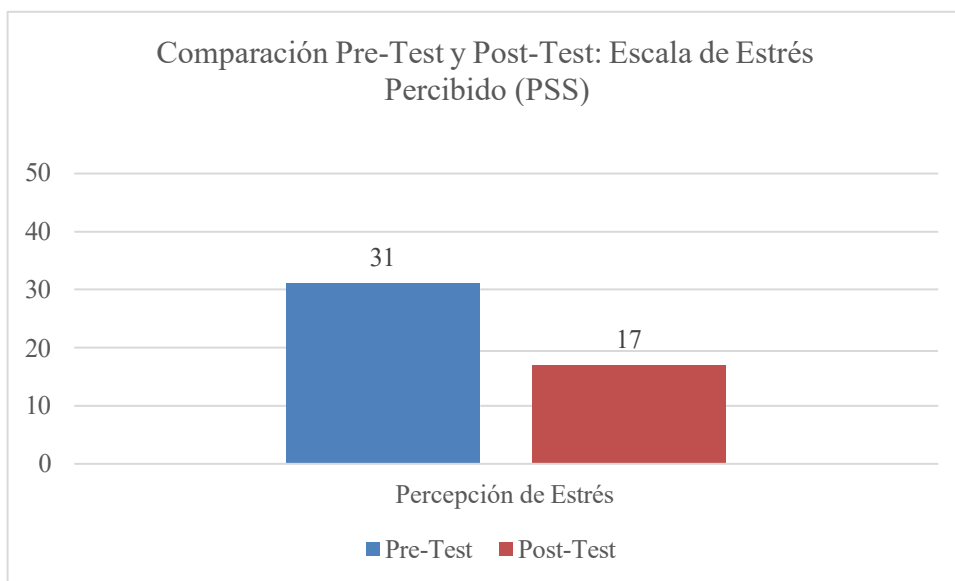
Comparación Pre-Test y Post-Test: Cuestionario del Rascado de Piel (SPIS)



En la Figura 4, la puntuación general del Cuestionario de Rascado de Piel (SPIS) disminuyó de 24 en el pre-test a 6 en el post-test, donde no se ha llegado al punto de corte a partir del cual se considera la existencia de un impacto psicosocial significativo, lo que muestra una mejora significativa en la reducción del comportamiento de rascado compulsivo. Esta disminución en la puntuación refleja una reducción en el nivel de gravedad de la conducta de excoriación, indicando que el paciente ha logrado un mayor control sobre este comportamiento. La menor puntuación en el post-test sugiere que el paciente ha aprendido a identificar y manejar los desencadenantes emocionales que impulsaban este comportamiento, lo que permite una mejor gestión de las emociones y una disminución de la interferencia de este trastorno en su vida diaria.

Figura 5

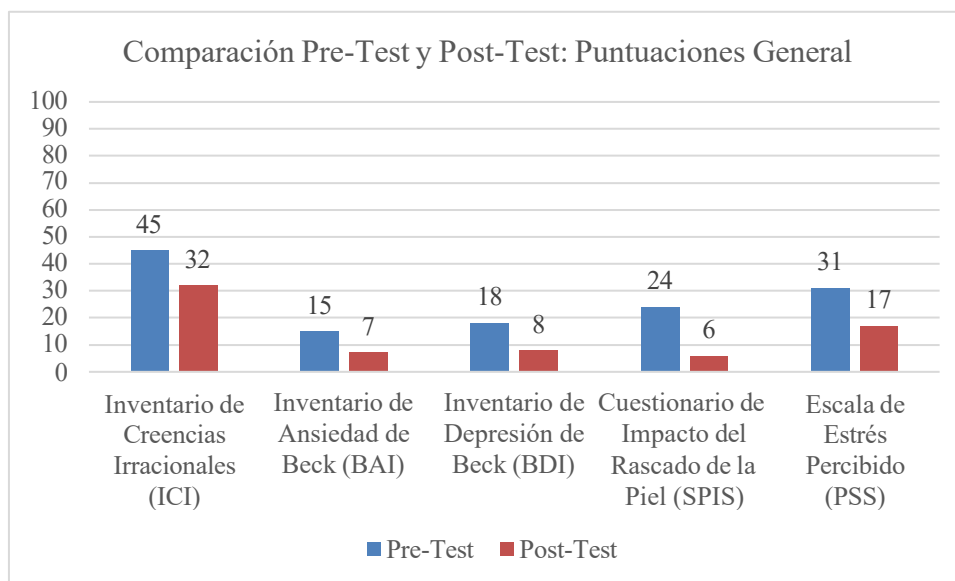
Comparación Pre-Test y Post-Test: Escala de Estrés Percibido (PSS)



En la Figura 5, la puntuación en la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) disminuyó de 31 puntos lo que indica un nivel de estrés moderado en el pre-test a 17 en el post-test, lo que refleja una reducción significativa en el nivel de estrés percibido por el paciente. Esta disminución sugiere que el paciente ha aprendido a manejar mejor las demandas de su vida diaria y ha reducido su percepción de los factores estresantes. La menor puntuación en el post-test indica que el paciente ahora se siente más capaz de enfrentar situaciones estresantes con mayor eficacia, lo que refleja el impacto positivo de las técnicas de afrontamiento y relajación utilizadas en el tratamiento, contribuyendo a un mayor nivel de control emocional y bienestar.

Figura 6

Comparación Pre-Test y Post-Test: Puntuaciones Generales



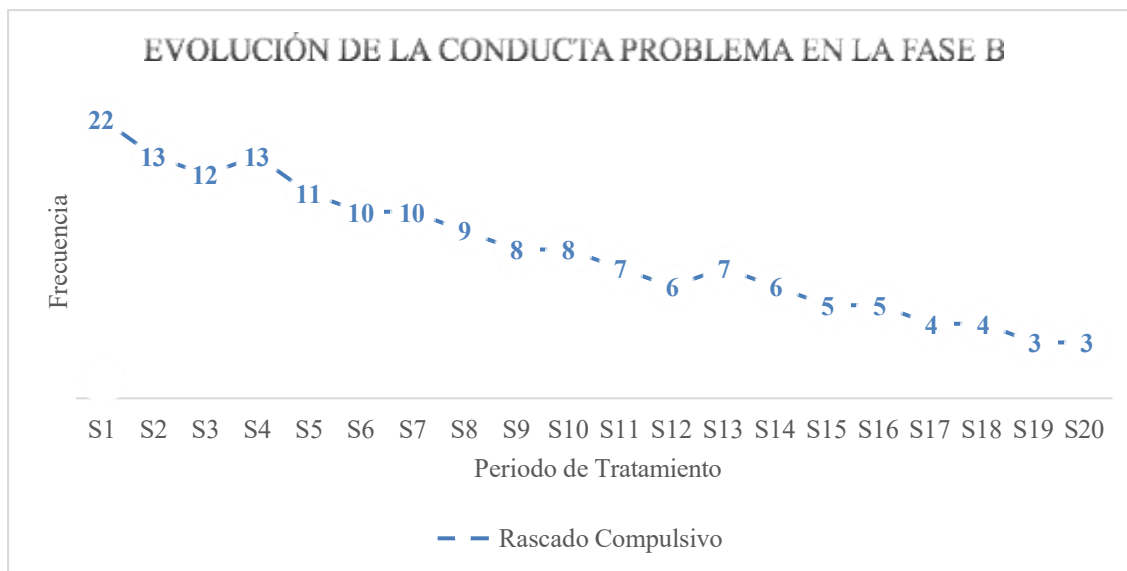
La Figura 6 muestra una comparación de las puntuaciones generales obtenidas en los cinco tests administrados en los períodos de pre-test y post-test. Esta comparación permite observar los cambios significativos en las áreas evaluadas tras la intervención, indicando mejoras en todos los aspectos. En el Inventario de Creencias Irracionales (ICI), la puntuación disminuyó de 45 en el pre-test a 32 en el post-test, lo cual sugiere una reducción considerable en el nivel de creencias irracionales, reflejando una mejora en la adopción de pensamientos más racionales y adaptativos. En el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se observó una reducción de 15 a 7 puntos, lo que indica una disminución en el grado de ansiedad experimentado, mostrando que el paciente logró una mejor gestión de la ansiedad. En el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la puntuación pasó de 18 en el pre-test a 8 en el post-test, señalando una reducción en los síntomas depresivos y, por lo tanto, una mejora en el estado emocional general del paciente. En el Cuestionario de Impacto del Rascado de la Piel (SPIS), la puntuación disminuyó de 24 a 6, lo cual

refleja una reducción en el impacto negativo de la conducta de rascado compulsivo en la vida cotidiana del paciente, particularmente en áreas como la autoestima y la interacción social. Por último, en la Escala de Estrés Percibido (PSS), los resultados muestran una disminución de 23 a 9 puntos, sugiriendo una mejora notable en la capacidad del paciente para enfrentar y gestionar el estrés.

En conjunto, estos cambios demuestran el impacto positivo de la intervención, indicando mejoras en la regulación emocional, reducción de conductas problemáticas, y aumento en la resiliencia frente al estrés y las demandas diarias. Estos resultados respaldan la efectividad de las técnicas empleadas en el tratamiento para abordar los problemas psicológicos evaluados en el paciente.

Figura 7

Evolución de Conductas Problemas en la Fase de Intervención



En la Figura 7, se observa la evolución de las conductas problema del paciente en la Fase B del tratamiento, específicamente en las 20 sesiones de intervención. Al inicio, la frecuencia del

rascado compulsivo es de 22. A medida que avanza el tratamiento, se aprecia una disminución progresiva en cada una de estas conductas, alineada con los objetivos del plan de reducir la conducta de excoiación, mejorar la interacción social y disminuir los pensamientos negativos. Para la sesión 10, la frecuencia del rascado ha descendido a 8, lo que indica una mejora significativa en la gestión de la regulación emocional y un avance en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados. En las últimas sesiones (19 a 20), las dos conductas alcanzan valores mínimos de 3 para el rascado compulsivo, evidenciando el éxito del tratamiento y la eficacia del análisis funcional al abordar los factores desencadenantes de cada conducta problemática, favoreciendo el bienestar del paciente.

Tabla 36

Línea base de pensamientos irracionales

Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
"No debo fallar"	7	6	6	6	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	1
"Necesito la aprobación de los demás para sentirme bien"	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
"No soportaré esta incomodidad"	6	6	6	6	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3
"Todo tiene que salir perfecto"	8	7	7	6	6	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	1
"No podré controlar mis impulsos"	9	8	7	7	6	6	5	5	4	4	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1

Nota. En la Tabla 31, se observa la frecuencia de pensamientos irracionales a lo largo de las 20 sesiones de intervención del paciente, evidenciando la dinámica de sus creencias y su evolución durante el tratamiento. El pensamiento "No debo fallar" muestra una alta frecuencia inicial, comenzando con 7 en la primera sesión y disminuyendo gradualmente a 1 en la última, lo que refleja una significativa mejora en la autoconfianza del paciente. De manera similar, "Necesito la aprobación de los demás para sentirme bien" inicia en 5 y termina en 2, indicando un avance en la construcción de la autoestima y la autonomía emocional. El pensamiento "No soportaré esta incomodidad" presenta la frecuencia más alta, comenzando en 6 y terminando en 3, lo que sugiere que el paciente está aprendiendo a tolerar la incomodidad emocional a lo largo de las sesiones. Por otro lado, "Todo tiene que salir perfecto" comienza con 8 y finaliza con 1, mostrando un cambio hacia una mayor aceptación de la imperfección. Finalmente, "No podré controlar mis impulsos" se mantiene consistentemente alto, comenzando en 9 y terminando en 1, lo que indica que, aunque el paciente está progresando, el control de sus impulsos sigue siendo un área de desafío. En conjunto, estas cifras reflejan el impacto positivo del tratamiento en la modificación de pensamientos irracionales y la mejora del bienestar emocional del paciente. Adaptada de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., p. 488), por American Psychiatric Association, 2013.

3.2. Discusión de resultados

Los resultados obtenidos en el tratamiento cognitivo-conductual aplicado al paciente con Trastorno de Excoriación fueron significativos y muestran una mejora en diversas áreas clave, principalmente en la disminución de la frecuencia de las conductas de rascado compulsivo, la mejora en la regulación emocional y la disminución de pensamientos autocríticos y disfuncionales. Al inicio del tratamiento, los resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) mostraron

puntuaciones bajas, lo que reflejaba cierta incomodidad en el bienestar del paciente. Sin embargo, tras las intervenciones, los puntajes finales evidencian una reducción importante.

Los resultados de la Escala de Estrés Percibido (PSS) indican que el paciente experimentó una disminución en la percepción del estrés, con una puntuación inicial de 24, que descendió a 6 en el post-test. Esta mejora está alineada con la literatura que sugiere que las intervenciones basadas en TCC son efectivas para reducir la percepción de estrés al enseñar habilidades de afrontamiento (Vernon y Doyle, 2017). El cambio reflejado en el post-test también resalta el impacto de las técnicas de reestructuración cognitiva y las estrategias de autorregulación utilizadas en el tratamiento.

Por otro lado, el Inventario de Creencias Irracionales (ICI) mostró una mejora sustancial en la reducción de pensamientos disfuncionales. El puntaje inicial de 45 en el pre-test se redujo a 32 en el post-test, lo que refleja una significativa disminución de la influencia de creencias irracionales, que eran recurrentes al principio del tratamiento. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que demuestran que la TCC puede modificar creencias irracionales y reducir su impacto en la vida diaria (Yánac, 2022).

En cuanto a la ansiedad, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) mostró una disminución en los síntomas ansiosos, pasando de un puntaje de 15 a 7. Este cambio indica una mejora en la gestión de la ansiedad, lo cual coincide con los objetivos de tratamiento que buscaban reducir la activación fisiológica asociada al estrés y fomentar respuestas más adaptativas ante situaciones estresantes (Stallard, 2007). La disminución en los síntomas de ansiedad también se refleja en los informes del paciente, quien reportó menos episodios de angustia y tensión durante las sesiones. Finalmente, el Inventario de Impacto del Rascado de la Piel (SPIS) mostró una reducción del impacto negativo del rascado en la vida diaria, con un descenso de 24 a 6 puntos, lo que indica que

la conducta de excoriación dejó de interferir significativamente con su funcionamiento social y emocional. Esto respalda la efectividad del tratamiento, que se centró en la identificación de los desencadenantes del rascado y la implementación de técnicas de sustitución conductual.

Los resultados pre y post intervención reflejan una mejora significativa en las áreas evaluadas, confirmando la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para tratar el Trastorno de Excoriación. Los resultados obtenidos en los inventarios psicométricos, junto con los testimonios del paciente, sugieren que el tratamiento fue eficaz no solo en la disminución de los síntomas relacionados con la excoriación, sino también en el manejo de la ansiedad, la depresión y los pensamientos irracionales, favoreciendo una mejor calidad de vida del paciente

3.3. Seguimiento

El seguimiento del tratamiento se realizó a través de una sesión mensual durante los meses de abril, mayo, junio de 2024. Estas sesiones fueron clave para monitorear el progreso del paciente y asegurar que los avances logrados durante el tratamiento inicial se mantuvieran a largo plazo.

Durante cada sesión mensual, se discutieron los cambios que el paciente había experimentado en cuanto al manejo de la conducta de excoriación y los pensamientos irracionales. En la primera sesión de seguimiento en abril de 2024, el paciente reportó un ligero incremento en la frecuencia del rascado. Para abordar esta recaída, se revisaron y reforzaron las estrategias de autocontrol y sustitución de conducta que se habían trabajado en las sesiones de terapia, específicamente mediante el entrenamiento en la detección de creencias irracionales (ABCDE) y la respiración diafragmática. Estas técnicas permitieron al paciente manejar mejor los episodios de rascado. Para la segunda sesión en mayo de 2024, el paciente indicó que los episodios de rascado se habían reducido, y para la tercera sesión en junio de 2024, estos episodios se habían disminuido considerablemente.

En cuanto a los pensamientos irracionales, el paciente mencionó que continuaba experimentando el pensamiento como de "No puedo controlar mis impulsos", pero con menor frecuencia. Durante las sesiones de seguimiento, se reforzaron las técnicas de detención de creencias irracionales, utilizando persuasión verbal (cuestionamiento socrático), lo que permitió que, para la sesión de junio de 2024, la frecuencia de estos pensamientos se redujera significativamente.

Además, se trabajó en el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento mediante el role-playing y las técnicas de solución de problemas, lo cual fue esencial para que el paciente pudiera enfrentar de manera más efectiva las situaciones estresantes que podrían desencadenar el rascado, las sesiones mensuales de seguimiento permitieron evaluar cómo el paciente había mantenido los avances obtenidos durante el tratamiento, asegurando que los cambios fueran sostenibles a largo plazo. Estas sesiones proporcionaron al paciente las herramientas necesarias para manejar de manera autónoma las conductas problemáticas y mejorar su bienestar emocional.

IV. CONCLUSIONES

- Se logró una disminución significativa de las conductas de excoriación en el paciente a través de la implementación de un programa basado en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), específicamente utilizando técnicas de psicoeducación, autorregistros, respiración diafragmática, y reestructuración cognitiva del ABCDE, entre otras. Estas herramientas ayudaron a modificar las creencias disfuncionales y a reducir la ansiedad relacionada con la conducta de rascado.
- Se evidenció una mejora en la regulación emocional del paciente, observándose una reducción en las respuestas fisiológicas de tensión y ansiedad, especialmente durante los momentos de estrés. La técnica de respiración diafragmática jugó un papel fundamental en el control de la activación fisiológica, mejorando el bienestar general.
- El impacto de las creencias irracionales disminuyó considerablemente. Este avance se alcanzó a través de los autorregistros y el desafío de las creencias irracionales mediante el modelo ABCDE, lo que permitió al paciente reconocer y desafiar estas creencias, logrando una mejora en su percepción de sí mismo.
- Se redujo el nivel de emociones negativas tales como la tristeza y la vergüenza, mediante el uso de la técnica de distracción cognitiva. Esto permitió al paciente manejar de manera más efectiva sus emociones en situaciones desafiantes.
- Se redujo la conducta de aislamiento social a través de la implementación de técnicas como la exploración guiada de creencias irracionales y la práctica de actividades recreativas. Este avance permitió al paciente experimentar menos ansiedad en contextos sociales, favoreciendo una mejor interacción con sus familiares y amigos, además de su reintegración social y su disfrute de momentos fuera del contexto de la conducta de excoriación.

- Se promovió la comunicación asertiva del paciente para expresar sus emociones y pensamientos de forma saludable, lo cual facilitó la resolución de conflictos familiares y la mejora de su relación interpersonal. La técnica de solución de problemas fue clave en este proceso.
- El tratamiento generó una mejora general en el bienestar emocional del paciente al proporcionarle herramientas efectivas para manejar el estrés y las emociones disfuncionales. A través de las técnicas enseñadas, el paciente adquirió habilidades que le permitirán enfrentar futuros episodios de ansiedad y estrés de manera más adaptativa.

V. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la práctica de la programación de actividades para que el paciente continúe ejecutando conductas que lo mantengan activo y comprometido, lo que contribuirá a la prevención de recaídas en la conducta de excoriación. La planificación de actividades gratificantes debería ser una parte integral de su rutina.
- Seguir practicando técnicas de respiración diafragmática para ayudar al paciente a reducir la activación fisiológica y gestionar el estrés de manera efectiva. Esta técnica debe ser reforzada para garantizar que el paciente pueda usarla de manera automática cuando sienta que su ansiedad aumenta.
- Fomentar una mayor participación en actividades sociales gratificantes para mantener al paciente activo y comprometido con su entorno social, minimizando el riesgo de recaídas. Es recomendable que participe en actividades recreativas que le permitan disfrutar de su tiempo libre y fortalecer sus relaciones personales.
- Iniciar un proceso de terapia familiar, dado que la participación de la familia es esencial para el apoyo emocional del paciente. Esta terapia podría enfocarse en la mejora de la comunicación y la resolución de conflictos dentro de su entorno familiar, favoreciendo un ambiente más saludable y menos estresante.
- Continuar con la práctica de las habilidades adquiridas, especialmente para identificar y responder adecuadamente a los pensamientos irracionales. Esto ayudará a mantener los logros alcanzados y a fortalecer las estrategias de afrontamiento frente al estrés.

- Realizar un seguimiento periódicamente para asegurarse de que el paciente mantenga el control de las conductas de excoriación y el manejo de los pensamientos irracionales. Las sesiones de seguimiento deben centrarse en la evaluación de los avances y en la prevención de recaídas.
- Promover el uso de la TCC en otras personas con trastornos similares, ya que esta intervención ha demostrado ser efectiva en la reducción de las conductas autolesivas y en la mejora del bienestar emocional. El tratamiento debería ser considerado para aquellos con trastornos repetitivos relacionados con el cuerpo.
- Fomentar investigaciones adicionales sobre la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en otras poblaciones afectadas por el Trastorno de Excoriación, para contribuir a la base de evidencia sobre la eficacia de este tratamiento en contextos diversos y en pacientes con distintos perfiles psicológicos.

VI. REFERENCIAS

- Barlow, D., Nock, M., y Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Allyn y Bacon.
- Beck, A. T. (1988). *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* (Adaptación de TEA Ediciones, 2008). TEA Ediciones.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*. Editorial Paidós.
- Beck, A., y Haigh, E. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic o cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24.
<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Clark, D., y Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Grant, J., y Chamberlain, S. (2016). Psychiatric comorbidity and treatment seeking in dermatologic excoriation (skin-picking) disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(9), 1245–1251.
- Grant, J., y Chamberlain, S. (2022). The neurobiology of excoriation (skin-picking) disorder and its implications for treatment. *Current Psychiatry Reports*, 24(2), 14–24.

Hersen, M., y Barlow, D. (1976). *Single case experimental designs for clinical research*. Pergamon.

Kazdin, A. (2010). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.

Keuthen, N. , Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O’Sullivan, R., Jenike, M., y Baer, L. (2001). *The Skin Picking Impact Scale (SPIS): Scale development and psychometric analyses*. **Psychosomatics**, **42**(5), 397–403.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.397>

Mendoza, F. (2020). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad y comportamiento repetitivo en pacientes peruanos. *Revista Peruana de Psicología Clínica*, **8**(1), 45–56.

Odlaug, B., y Grant, J. (2010). Pathological skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, **51**(4), 347–352.

World Health Organization. (2021). *International classification of diseases 11th revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int>

VII. ANEXOS

Anexo A

Cuestionario Skin Picking Impact Scale (SPIS) versión en español

Escala de Impacto del Rascado Cutáneo (Skin Picking Impact Scale - SPIS)

Por favor, complete los siguientes datos antes de comenzar:

Nombre completo: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Haz una marca al lado de cualquier afirmación que has encontrado ser verdadera para ti.

Para afirmaciones verdaderas, por favor indica el grado de severidad (0-5) teniendo en cuenta la semana anterior.

1. No miro a los ojos a las personas a causa de mi rascado.	0	1	2	3	4	5
2. Creo que mi vida social podría ser mejor si no rascase mi piel.	0	1	2	3	4	5
3. Odio la forma en la que me veo a causa de mi rascado.	0	1	2	3	4	5
4. Me toma más tiempo salir a causa de mi rascado.	0	1	2	3	4	5
5. Me siento avergonzado a causa de mi rascado.	0	1	2	3	4	5
6. Hay algunas	0	1	2	3	4	5

cosas que no puedo hacer por mi rascado.						
7. <u>No</u> me siento atractivo a causa de mi rascado.	0	1	2	3	4	5
8. Me toma más tiempo que <u>a</u> otros estar listo por las mañanas a causa de mi rascado.	0	1	2	3	4	5
9. <u>No</u> me gusta que la gente me mire a causa de mi rascado.	0	1	2	3	4	5
10. Mi relación ha sufrido problemas a causa de mi rascado.	0	1	2	3	4	5

Anexo B

Test de Creencias Irracionales de Albert Ellis

TEST CREENCIAS ELLIS

Este registro de opiniones tiene como misión poner de manifiesto sus ideas auto-limitadoras particulares que contribuyen, de forma encubierta, a su estrés e infelicidad.

No es necesario que pienses mucho tiempo en cada pregunta. Escribe rápidamente la respuesta y pasa a la siguiente.

Asegúrate de que contestas lo que realmente piensas, no lo que crees que deberías pensar.

Nombre completo: _____

Edad: _____

Fecha: _____

		P	NO DE ACUERDO	DE ACUERDO
1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás	*			
2. Odio equivocarme en algo	*			
3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece	*			
4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía	**			
5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia	**			
6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación	*			
7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes	*			
8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo	*			
9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas"	*			
10. Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila	*			
11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie	*			
12. Evito las cosas que no puedo hacer bien	*			
13. Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo	*			
14. Las frustraciones no me distorsionan	**			
15. A la gente no le trastornan los acontecimientos, sino la imagen que tiene de ellos	**			
16. Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros	**			
17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes	**			
18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto	*			
19. Es casi imposible superar la influencia del pasado	*			
20. Me gusta disponer de muchos recursos	**			
21. Quiero gustar a todo el mundo	*			
22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo	**			
23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con las culpas	*			
24. Las cosas deberían ser distintas a como son	*			

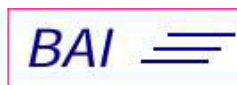
25. Yo provoqué mi propio mal humor	**			
26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza	*			
27. Evito enfrentarme a los problemas	*			
28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía	*			
29. Sólo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en un futuro	**			
30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer	**			
31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás	**			
32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo	**			
33. La inmoralidad debería castigarse severamente	*			
34. A menudo me siento trastornado/a por situaciones que no me gustan	*			
35. Las personas desgraciadas, normalmente se deben este estado a sí mismas	**			
36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra	**			
37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo	**			
38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho	*			
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado	**			
40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo	**			
41. Si no gusto a los demás es su problema, no el mío	**			
42. Para mí es muy importante lograr el éxito en todo lo que hago	*			
43. Pocas veces culpo a la gente de sus errores	**			
44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten	**			
45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo	**			
46. No puedo soportar correr riesgos	*			
47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan	*			
48. Me gusta valerme por mí mismo/a	**			
49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser	*			
50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo	*			
51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás	*			
52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno/a	**			

malo/a que sea en ellas				
53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena	*			
54. Si las cosas me desagradan opto por ignorarlas	**			
55. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es	*			
56. Raramente me siento ansioso/a al pensar en el futuro	**			
57. Raramente aplazo las cosas	**			
58. Yo soy el/la único/a que realmente puede entender y solucionar mis problemas	**			
59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad	**			
60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido	**			
61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello	**			
62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo	*			
63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno	*			
64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme	**			
65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es se debe al modo en que lo interpretamos	**			
66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro	*			
67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables	*			
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí	**			
69. Somos esclavos de nuestro pasado	*			
70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más	*			
71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte	*			
72. Me trastorna cometer errores	*			
73. No es equitativo que "llueva igual sobre el justo que sobre el injusto"	*			
74. Yo disfruto honradamente de la vida	**			
75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida	*			
76. Algunas veces, me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo	*			
77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora	**			

78. Pienso que es fácil buscar ayuda	*			
79. Cada vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre	*			
80. Me encanta estar tumbado	*			
81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí	*			
82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia	*			
83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca	**			
84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver	*			
85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo	**			
86. Raramente pienso en cosas como la muerte	**			
87. No me gustan las responsabilidades	**			
88. No me gusta depender de los demás	**			
89. La gente nunca cambia, básicamente	*			
90. La mayoría de las personas trabaja demasiado y no descansa lo suficiente	*			
91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador	**			
92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien	**			
93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean	**			
94. Raramente me importunan los errores de los demás	**			
95. El hombre construye su propio malestar interno	**			
96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro	*			
97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable	**			
98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar	**			
99. No miro atrás con resentimiento	**			
100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada	*			

Anexo C

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)



Identificación **Fecha**

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo D

Inventario de Depresión de Beck(BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención 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 apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente 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

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 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

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 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

- 0 Tomo mis propias 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 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 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.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente 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 lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que 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 de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo E

Escala de Estrés Percibido (PSS)

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

T O T A L

Formato de Auto-Registro de Creencias Irracionales

Formato de Auto-Registro de Creencias Irracionales

Formato de Auto-Registro de Creencias Irracionales

Formato de Auto-Registro de Creencias Irracionales

Formato de Auto-Registro de Creencias Irracionales

[illegible]