



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ORIGINADO POR ESTUPRO DE UNA ADOLESCENTE DE 18 AÑOS

**Línea de investigación:
Salud mental**

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

Autora

Espinoza Vasquez, Johanny Solangel

Asesor

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherras, Orlando

Aguilar Mori, Karim

Lima - Perú

2024



TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ORIGINADO POR ESTUPRO DE UNA ADOLESCENTE DE 18 AÑOS

INFORME DE ORIGINALIDAD

30%

INDICE DE SIMILITUD

29%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
2	documents.mx Fuente de Internet	1%
3	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repository.upb.edu.co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	idoc.pub Fuente de Internet	1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
ORIGINADO POR ESTUPRO DE UNA ADOLESCENTE DE 18 AÑOS

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Cognitivo Conductual

Autora:

Espinoza Vasquez, Johanny Solangel

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto

Del Rosario Pacherres, Orlando

Aguilar Mori, Karim

Lima- Perú

2024

Dedicatoria

Para toda la comunidad científica y para todo aquel interesado en conocer los fundamentos que otorgan eficacia a la Terapia Cognitivo Conductual aplicada al tratamiento de Transtornos de Estrés Post Traumático.

Para ti, que lees esto, sin saber qué te sucede, pero que quieres superar aquellas desavenencias extraordinarias, imprevisibles e irresistibles y disfrutar de la belleza de la vida, desde una nueva perspectiva.

Agradecimientos

Este trabajo es el resultado de incansables horas de lectura y análisis, de intercambio de opiniones y posturas, así como, de redacción y corrección. También, refleja sacrificios y privaciones, momentos de estancamiento, así como, de lamentos y frustraciones. Sin embargo, la red de soporte y ayuda que tuve es invaluable y siempre recargaba mis energías. Por ello, agradezco a mi madre, por recordarme con su ejemplo constante, que uno siempre se levanta y persigue su objetivo. A mi asesor, por su orientación y guía, durante el desarrollo de esta investigación. A Aura, por compartir sus opiniones y gentil apoyo en la revisión de estilo.

No, por último, menos importante, a mis pacientes, porque sin ellos, esta investigación no tendría una finalidad ni un objetivo.

ÍNDICE

Resumen.....	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Descripción del problema.....	13
1.2 Antecedentes.....	16
<i>1.2.1. Antecedentes Nacionales.....</i>	<i>16</i>
<i>1.2.2. Antecedentes Internacionales</i>	<i>18</i>
1.3 Objetivos.....	21
1.4 Justificación	21
1.5 Impactos esperados del trabajo académico.....	23
II. METODOLOGÍA.....	24
2.1 Tipo y diseño de Investigación.....	24
2.2 Variables de Investigación.....	25
<i>2.2.1 Variable Independiente</i>	<i>25</i>
<i>2.2.2 Variable Dependiente</i>	<i>25</i>
2.3 Participante	26
2.4 Técnicas e Instrumentos de Evaluación.....	26
<i>2.4.1 Técnicas</i>	<i>26</i>
<i>2.4.2 Instrumentos.....</i>	<i>27</i>

2.4.3	<i>Ficha de Registro</i>	39
2.4.4	<i>Evaluación psicológica</i>	40
2.4.5	<i>Evaluación psicométrica y Resultados</i>	46
2.5	Intervención	72
2.5.1	<i>Plan de intervención</i>	72
2.5.2	<i>Desarrollo de sesiones:</i>	73
2.6	Procedimiento	75
2.7	Consideraciones éticas	96
III.	RESULTADOS.....	97
IV.	CONCLUSIONES	117
V.	RECOMENDACIONES.....	119
VI.	REFERENCIAS.....	120
VII.	ANEXOS	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntajes de los niveles del inventario de depresión de Beck II	29
Tabla 2. Escalas/Factores del Millon II	36
Tabla 3. Indicadores de los factores del Millon-II	37
Tabla 4. Resultados de Prueba Psicosométrica	56
Tabla 5. Lista de chequeo de conductas, emociones y pensamientos registrados por la joven	60
Tabla 6. Criterios según el DSM V para el trastorno de estrés postraumático [309.81] (F43. 10)	65
Tabla 7. Diagnóstico Funcional	67
Tabla 8. Análisis cognitivo desde la perspectiva de Beck	69
Tabla 9. Análisis funcional	71
Tabla 10. Tabla de sesiones por objetivos	74
Tabla 11. Sesión 1: Psicoeducación	76
Tabla 12. Sesión 2: Relajación muscular	78
Tabla 13. Sesión 3: Respiración diafragmática.....	80
Tabla 14. Sesión 4: Distorsiones cognitivas	82
Tabla 15. Sesión 5: Distorsiones cognitivas	84
Tabla 16. Sesión 6: Distorsiones cognitivas	85
Tabla 17. Sesión 7: Distorsiones cognitivas	88
Tabla 18. Sesión 8: Habilidades sociales	90
Tabla 19. Sesión 9: Solución de problemas	92
Tabla 20. Sesión 10: Solución de problemas	94
Tabla 21. Sesión 11, 12 y 13: Seguimiento.....	96

Tabla 22. Puntajes de los resultados del Inventario de depresión y ansiedad para niños y adolescentes de Beck – II y el Test de Ansiedad de Beck II del pre y post test	99
Tabla 23. Puntajes de los resultados del inventario de ASC Escala de afrontamiento adolescente del pre y post test	100
Tabla 24. Puntajes de los resultados del inventario del Inventario clínico multiaxial de Millon – II del pre y post evaluación.....	103
Tabla 25. Puntajes de los resultados del Test de autoestima de Coopersmith del pre y post test	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Registro de frecuencias de conductas motoras	105
Figura 2. Consolidado de resultado de frecuencias de conductas motoras (Pre test – Post test)	106
Figura 3. Registro de frecuencias de conductas fisiológicas	107
Figura 4. Consolidado de resultados de frecuencias de conductas fisiológicas (Pre test – Post test).....	108
Figura 5. Registro de promedio de intensidad de emociones (0/10).....	109
Figura 6. Consolidado de resultado de intensidad de emociones (Pre test – Post test)	110
Figura 7. Registro de frecuencia de pensamientos.....	111
Figura 8. Consolidado de resultado de frecuencia de pensamientos (Pre test – Post test).....	112

Resumen

El propósito de la presente investigación fue la reducción de la sintomatología de estrés postraumático en una paciente de 18 años que experimentó abuso sexual, mediante la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El tipo de investigación empleado es de diseño experimental y de caso único. Se llevó a cabo la evaluación utilizando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II - adaptación peruana de Solis (2007). Además, se utilizaron otras pruebas psicométricas como el Inventario de Depresión y Ansiedad para Niños y Adolescentes de Beck, la Escala de Afrontamiento Adolescente de Beck, la Escala de Autoestima de Coopersmith y la recolección de información para la elaboración de la línea base mediante la entrevista conductual, autorregistros y análisis funcional previo y posterior a la aplicación del programa cognitivo conductual. Para ello, se emplearon técnicas como la psicoeducación, el entrenamiento en técnicas de relajación diafragmática y la relajación progresiva de Jacobson, las autoinstrucciones de afrontamiento, las técnicas de asertividad, la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. Además, se instruyó a la madre, llevando a cabo una psicoeducación continua acerca del Trastorno de Estrés Postraumático. Se llevaron a cabo 13 sesiones de 60 minutos cada una, que se llevaron a cabo cada 15 o 30 días. Los hallazgos indican una reducción considerable de los síntomas asociados al estrés postraumático, incluyendo síntomas de reexperimentación, evitación y sentirse excesivamente activado. El puntaje inicial en el MCMI – II (pre-test) fue de 89 y al concluir el proceso (post-test) fue de 49.

Palabras clave: estrés postraumático, sintomatología, terapia cognitivo conductual

Abstract

The purpose of this research was to reduce the symptoms of post-traumatic stress in an 18-year-old patient who experienced sexual abuse, through Cognitive Behavioral Therapy (TCC). The type of research employed is experimental design and single case. The evaluation was carried out using the Millon Clinical Multiaxial Inventory II -Peruvian adaptation by Solis (2007). Additionally, other psychometric tests were used, such as the Beck Depression and Anxiety Inventory for Children and Adolescents, the Beck Adolescent Coping Scale, the Coopersmith Self-Esteem Scale, and the collection of information for establishing the baseline through behavioral interviews, self-reports, and functional analysis before and after the implementation of the cognitive-behavioral program. For this purpose, techniques such as psychoeducation, diaphragmatic relaxation training, Jacobson's progressive relaxation, coping self-instructions, assertiveness techniques, problem-solving, and cognitive restructuring were employed. Additionally, the mother was instructed, undergoing continuous psychoeducation about Post-Traumatic Stress Disorder. Thirteen sessions of 60 minutes each were held, taking place every 15 or 30 days. The findings indicate a significant reduction in symptoms associated with post-traumatic stress, including re-experiencing symptoms, avoidance, and feeling excessively activated. The initial score on the MCMI-II (pre-test) was 89, and upon completing the process (post-test), it was 49.

Key words: post-traumatic stress disorder, symptomatology, cognitive behavioural therapy

I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Post Traumático (en adelante, "TEPT") es una patología que se caracteriza por un conjunto de síntomas típicos derivados de la experiencia directa (incluye la observación) o indirecta (incluye el conocimiento), de uno o más eventos extraordinarios, irresistibles y extremadamente traumáticos, que originan algún tipo de daño personal (incluido el corpóreo) o material, a las personas que activa o pasivamente están expuestos a dichos eventos.

Los acontecimientos traumáticos podrían configurarse como desastres naturales, accidentes (automovilísticos, laborales, entre otros), fallecimiento de seres queridos, entre otros, siendo que, las víctimas que sufren este tipo de eventos y que desarrollan TEPT, experimentan diferentes sintomatologías que las perjudican en diversas áreas de su vida, ya sea, personal, familiar o social, y en diferentes ámbitos, ya sea, académico, laboral u otros.

Dentro de estos sucesos, las agresiones sexuales son eventos que generalmente desencadenan un TEPT en las personas que las experimentan. A nivel global, de acuerdo con lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (2019), 1 de cada 5 mujeres manifestó haber sufrido abusos sexuales en la infancia. A nivel nacional, según lo reportado recientemente por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2020) el 53,8% de las mujeres ha sufrido violencia física o sexual durante el 2023. Al respecto, se menciona que más de un 50% de mujeres víctimas de agresiones sexuales desarrollan el TEPT, asimismo, que un 30% de mujeres que sufren abusos sexuales, en la infancia, desarrollan este trastorno en la edad adulta.

Así también, los accidentes de tránsito constituyen hechos que desencadenan un TEPT en las personas que los sufren. A nivel internacional, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023), en el 2021 se registraron aproximadamente 1'200,000 accidentes de tránsito a nivel global, respecto del cual el 12% ocurrieron en la región de las Américas. En el Perú, de

acuerdo con la Defensoría del Pueblo, durante el 2022 se reportaron 83, 881 accidentes de tránsito con un estimado de 53,544 heridos. De acuerdo con Montes y Ledesma (2021) el porcentaje de personas que sufren un siniestro de tráfico a nivel mundial y que desarrolla un TEPT, varía entre el 2.39% y el 51.8%, dependiendo del país, siendo que la media a nivel global asciende a 33.96%.

Así, para tratar la sintomatología natural que podría desencadenarse a raíz de experiencias traumáticas, podría aplicarse un programa de Terapia Cognitivo Conductual (en adelante, TCC), el cual consiste en un abordaje psicoterapéutico de aplicación breve, estructurado, focal, orientado para el presente, que tiene por objetivo modificar pensamientos y conductas disfuncionales.

En esa línea, la American Psychological Association (2017) reconoce que muchas teorías explican cómo la TCC (o Cognitive behavioral therapy-CBT) podría ser de ayuda en la reducción de los síntomas del TEPT (o Post-traumatic stress disorder -PTSD), así como, de depresión, ansiedad y otros cuadros clínicos psicopatológicos. Al respecto, en mérito a diversas investigaciones experimentales, la aplicación de la TCC es razonablemente eficaz para el tratamiento la sintomatología derivada del TEPT, pues disminuyen la sintomatología de diagnósticos de estas patologías.

Considerando esta posición, el objetivo de la presente investigación es aplicar un Programa de TCC a un caso particular, evidenciando de esa manera la eficacia y eficiencia de sus técnicas de intervención. Así, en el capítulo I, denominado Introducción, se describe la problemática del caso, la cual incluye la trascendencia y prevalencia del abuso sexual como causa del TEPT y sus repercusiones en la salud mental del paciente. Además, se revisa investigaciones, nacionales e internacionales, referentes al TEPT. Asimismo, se presenta el objetivo general y los objetivos específicos, la justificación y los impactos esperados del trabajo académico.

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

En el capítulo III, se evidencia los resultados derivados del análisis de las investigaciones revisadas y del programa diseñado para el caso particular estudiado, acreditándose así la efectividad de las diversas técnicas cognitivo-conductuales frente al estrés postraumático ocasionado por el abuso sexual adolescente.

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

1.1 Descripción del problema

En la actualidad, diversos estudios científicos enfocan su mirada sobre una problemática en salud mental, originada por la exposición de las personas a eventos altamente traumáticos. El TEPT es una condición clínica que constituye una respuesta psíquica a un hecho traumático y desde 1980 se incorporó a las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas internacionales con esa denominación.

El TEPT se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el cual podría afectar a cualquier persona, independientemente de su sexo, raza, edad, entre otros. De acuerdo con URSANO et al. (1992) las respuestas psicológicas estarán en función del significado que adquiera el hecho traumático, lo que dependerá de la interacción entre el tipo e intensidad del acontecimiento traumático, la biografía del sujeto, los factores biológicos y el contexto social.

Así, esta situación, que en ocasiones pasa como socialmente desapercibida, podría generar resultados significativos y alarmantes que afecten el desarrollo individual del ser humano. Por lo que, siendo la protección de la salud (física y psicológica) de interés público, resulta indispensable brindarle mayor atención a esta problemática.

Por ejemplo, estadísticamente, se estima que cerca del 20% de la población mundial llega a desarrollar un trastorno de estrés postraumático (Navarro et al., 2016). Esta proyección se evidenció con la reciente emergencia sanitaria por la Covid-19; que es considerada un evento estresante. En esa misma línea, según la Organización Mundial de la Salud, se estima que, 1 de cada 5 personas presentarán algún problema mental debido a los efectos de la pandemia; entre los que se destacan ansiedad y estrés (Charlson et al., 2020).

En el Perú, diversos eventos de naturaleza estresante se han suscitado, afectando la salud mental de la población y en especial la de los niños y adolescentes. Así, los eventos más recientes, están relacionados con las secuelas del Fenómeno el Niño (Terrones, 2018); los efectos de la pandemia por Coronavirus; y actos de violencia familiar (Arévalo y Cabrera, 2018). Precisamente, desde marzo hasta septiembre de 2020, se han reportado 18 439 casos de violencia contra los integrantes del grupo familiar; de los cuales, 7 277 corresponde a violencia psicológica; 8418, a violencia física y 2693, a violencia sexual. Asimismo, 31% de los casos reportados corresponden a actos de violencia contra población infantojuvenil, comprendidos entre 0 y 17 años de edad (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2020).

Frente a tal situación problemática, se han emprendido una serie de acciones orientadas, principalmente a la atención terapéutica; siendo uno de los modelos de mayor aceptación el enfoque cognitivo conductual (Gómez et al., 2018), superando así el enfoque conductual y el enfoque conductual cognitivo. Desde la corriente del enfoque cognitivo conductual, se han desarrollado una serie de modelos de intervención eficaces y efectivos; entre los que se destacan, recientemente, la terapia centrada en el trauma, terapia de exposición prolongada,

terapia de procesamiento cognitivo, terapia de aceptación y compromiso y terapia de activación conductual (Guzmán et al., 2016).

La intervención para el TEPT, desde el enfoque cognitivo conductual, ha demostrado mayor efectividad empírica, frente a otros enfoques terapéuticos; siendo la Terapia de exposición prolongada uno de los modelos de mayor apogeo y la elegida para abordar dicho trastorno, debido a los efectos terapéuticos positivos que ha alcanzado (McLean y Foa, 2011). Asimismo, se ha comprobado la efectividad de las técnicas de reestructuración cognitiva; entre ellas, las técnicas orientadas al control de la ansiedad y la inoculación del estrés en población adolescente y juvenil (Mueser et al., 2015), en quienes se ha tenido mejores resultados, en cuanto a eficacia, en comparación con otros grupos etarios.

Es por ello que, ante esta problemática, surge el interés académico y vocacional, en analizar un caso de intervención psicológica –desde el abordaje Cognitivo Conductual– de una paciente adolescente de 18 años con presencia de indicadores de TEPT, a causa del abuso sexual durante su adolescencia perpetrado por un primo lejano de su familia. Este estudio muestra las diferentes sintomatologías que afectan diversas áreas de la vida de la paciente (académica, familiar, social y personal). Así, ella presenta pesadillas recurrentes, culpa, falta de respuesta a su entorno familiar e incapacidad para recordar el suceso parcialmente. Asimismo, muestra tristeza, irritabilidad y apatía, lo cual ha generado que su rendimiento escolar disminuya y tenga dificultad para relacionarse. Por consiguiente, se realiza el análisis funcional de la conducta problema identificando los diferentes mecanismos que reforzaban y mantenían conductas de evitación y escape propias del estrés postraumático. Por esta razón, se aplica un Programa de intervención cognitivo conductual, cuyos detalles serán mencionados en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

En este trabajo se efectúa la recolección de datos de la historia clínica bajo el modelo cognitivo conductual, usando técnicas como la observación y entrevista psicológica –

entrevistas estructuradas, no estructuradas y mixtas– tanto con la menor y sus padres. Estas herramientas fueron fundamentales para obtener un diagnóstico psicológico adecuado, de la misma manera, lo fue el Inventario de depresión y ansiedad de Beck y ASC Escala de afrontamiento adolescente, el cual ayudó a organizar y diseñar el plan de tratamiento para el TEPT que afecta a la paciente. Asimismo, se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales como la psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación de Koeppen, auto instrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas y reestructuración cognitiva, con el principal objetivo que la usuaria sea capaz de reducir la sintomatología de estrés postraumático, en los niveles cognitivo, conductual y emocional, además de fortalecer las habilidades de afrontamiento. Esto es, se utilizó la TCC con la finalidad de enseñarle técnicas que le ayuden a la paciente a procesar mejor el trauma y que logre afrontar y resolver eventuales conflictos.

1.2 Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Orozzoli y Villavicencio (2024) realizaron una investigación con el objetivo evidenciar la efectividad de la TCC focalizada en el trauma (TCC-FT) del TEPT en niños y adolescentes. Así, seleccionaron como muestra 7 ensayos controlados aleatorios y 3 cuasiexperimentales publicados entre el 2010 y 2024 en bases de datos como Scopus y Web of Science. Estas investigaciones examinaron la TCC-FT en niños entre los 3 y 17 años con diagnóstico o síntomas de TEPT. El número total de participantes fue de 1011 participantes. Los resultados indican que la TCC-FT logra reducciones significativas en síntomas de reexperimentación, evitación y activación con tamaños del efecto medianos a grandes ($d=0.51-2.64$). Se encontraron también mejoras en comorbilidades como depresión, ansiedad, conducta e impacto en padres. Los beneficios terapéuticos se mantuvieron en seguimientos de mediano plazo. La

TCC-FT aparece como un tratamiento eficaz y recomendable como primera línea para niños y adolescentes con TEPT en diversos contextos. Se necesitan más estudios sobre su efectividad relativa frente a otras intervenciones.

Fernández (2022) realizó un estudio de caso con el objetivo de disminuir, a través de la TCC, la sintomatología de estrés postraumático de una paciente niña de 10 años que sufrió abuso sexual infantil. Su tipo de investigación fue aplicada, de diseño experimental y de caso único. Asimismo, la evaluación se realizó a través de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (The Child Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale Symptom Scale, PTSD), seguida con la recolección de información para la elaboración de la línea base con la entrevista conductual, autorregistros y análisis funcional antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual, para lo cual se incluyeron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación de Koeppen, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad, solución de problemas y reestructuración cognitiva. A su vez se entrenó a los padres, realizando psicoeducación constante acerca del TEPT. En esta evaluación, se realizaron 13 sesiones de 60 minutos cada una, cada 15 o 30 días. Los resultados encontrados evidencian una disminución significativa de los síntomas de estrés postraumático, síntomas de reexperimentación, evitación y activación arousal. Se obtuvo un puntaje de la evaluación inicial en el PTSD (pre-test) de 41 y al final del proceso (post-test) de 17.

Curioso (2021) estudió un caso de una adolescente de 16 años con trastorno de estrés post traumático a causa de un abuso sexual, con el objetivo de reducir la sintomatología de estrés post traumático mediante un programa de intervención cognitivo conductual. Ello con la finalidad de enseñarle técnicas que le ayuden a procesar mejor el trauma y que logre resolver conflictos futuros. En el marco de su estudio, las técnicas cognitivas utilizadas fueron la Psicoeducación, la Técnica de la triple columna, la Técnica de Reestructuración cognitiva, y la Técnica de exposición imaginaria. Adicionalmente, las técnicas conductuales utilizadas fueron

Técnicas de respiración y Técnicas de relajación progresiva de Jacobson. Asimismo, en este caso, la paciente presentaba un nivel de depresión y ansiedad moderados, viéndose afectado las áreas personal, familiar, social y académico impidiendo un desenvolvimiento adecuado. No obstante, la TCC aplicada al caso originó una disminución clínicamente significativa de la sintomatología del TEPT y logró un adecuado desenvolvimiento con relación a las distintas áreas de su vida.

En su estudio Aguilar (2021) tuvo como objetivo revisar la eficacia de los programas de enfoque cognitivo conductual para disminuir el estrés postraumático. Los principales resultados han demostrado que los programas se han desarrollado con población adolescente; bajo el enfoque metodológico experimental, específicamente de tipología cuasiexperimental. En su totalidad éstos, han demostrado eficacia; toda vez que, los adolescentes disminuyen progresivamente las reviviscencias de trauma y pueden reintegrarse adecuadamente a su cotidianidad. Por ello, se sugiere como uno de los enfoques de atención para dicho problema de salud.

Por su parte, el estudio de Urbano (2019) tuvo por objetivo sistematizar las evidencias sobre la eficacia de la TCC para disminuir los indicios del trastorno de estrés postraumático en los pacientes niños y adolescentes. Su estudio tuvo como resultado la eficacia de la TCC, en tanto, disminuyó los síntomas del TEPT en los pacientes niños y adolescentes. En mérito a ello, este enfoque de atención se sugiere para tratar este problema de salud que aqueja a parte de nuestra población.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Díaz (2019) en Bolivia, realizó un estudio de caso único de una mujer de 37 años, con TEPT a causa de haber sido víctima de violencia sexual en su adolescencia. En este caso, se estructuró y desarrolló un proceso de intervención con diferentes técnicas (como la Reestructuración cognitiva, Detención y control de pensamientos automáticos,

Psicoeducación, etc.), con el objetivo de disminuir la sintomatología evidenciada y que la usuaria tuviese una mejor calidad de vida. Para la medición de las variables de estudio, se aplicó un proceso de pre y pos-test con las pruebas psicométricas Inventario de depresión de Beck-II y Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS - R). Todo ello se realizó en 13 sesiones. Culminado el proceso de intervención, los resultados mostraron una reducción considerable de la sintomatología de la usuaria.

Escudero et al. (2017) en España, estudiaron el caso clínico de una mujer universitaria de 21 años, víctima de diversos abusos sexuales en su infancia, con diagnóstico de TEPT, 309.81 (F43.10) según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) de la Asociación Psicológica Americana (APA, 2013). Este abordaje se planteó desde la perspectiva cognitivo conductual y tenía como objetivo principal el reducir los niveles de activación fisiológica de la paciente y dotarla de estrategias de control. Para ello, se utilizaron técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, exposición gradual, asimismo, para evaluar la sintomatología se usaron diferentes instrumentos tales como: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD), el Inventario de solución y afrontamiento de problemas (ISAP), Cuestionario del Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI) y la Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP). Estas técnicas las aplicaron en 20 sesiones –incluyendo las sesiones pre-test y post-test, así como, 4 sesiones de seguimiento– lográndose reducir la sintomatología ansioso-depresiva y frenar el embotamiento afectivo en el presente de la paciente.

Gil (2016) realizó una intervención en un caso clínico de una joven de 19 años, con diagnóstico de TEPT por violencia sexual y maltrato psicológico perpetrado su expareja. En este caso luego de la evaluación pre-test, se diseñó y aplicó un tratamiento enfocado en la TCC, usando diversas técnicas y estrategias como: psicoeducación, reestructuración cognitiva,

desensibilización sistemática y técnicas de respiración y relajación. Este programa se aplicó en 9 sesiones, en un espacio de dos meses y medio. Tras la conclusión del mismo, se evaluó el post-tratamiento, verificándose, por un lado, la disminución en la frecuencia de los síntomas del TEPT y, por otro, aumentando su estado anímico, al fortalecer diversas actividades para hacer más llevadera su vida. En conclusión, ha quedado acreditado una vez más que, el tratamiento cognitivo-conductual es eficaz para intervenir casos de estrés postraumático.

Habigzang et al. (2016), en Brasil, examinaron la eficacia de un modelo de terapia grupal cognitivo-conductual aplicado a niñas víctimas de violencia sexual, bajo la dirección de distintos profesionales. La investigación llevada a cabo fue de tipo cuasi-experimental, abarcando a 103 niñas con edades que oscilaban entre los 7 y 16 años, con un promedio de 11,76 años y una desviación media de 2,02 años. 49 niños recibieron atención en el grupo 1 y 54 en el 2. Para lograr este objetivo, se implementaron métodos como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento de inoculación al estrés y la prevención de recaídas. Los hallazgos señalaron una reducción notable en los síntomas de depresión, estrés, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Adicionalmente, independientemente de la dirección de este modelo terapéutico, los resultados evidencian su eficacia, lo que sugiere su potencial para ser implementado como estrategia de atención para los profesionales de la psicología que desempeñan sus funciones en instituciones de atención pública.

Valencia y López (2014) en México, estudiaron el caso de una mujer de 28 años, madre de una niña de 6 años, de estado civil separada, quien vivió abuso sexual por parte de su hermano mayor desde los 9 años de edad. Para el tratamiento del TEPT originado por abuso sexual en la infancia, se utilizó un diseño cuasiexperimental tipo AB de n=1 por criterio. Así, se realizó una entrevista clínica, evaluándose depresión, ansiedad, autoestima baja, ideas irracionales y asertividad pobre y verificándose síntomas conductuales, cognitivos y emocionales-fisiológicos. En virtud de ello, se utilizaron técnicas basadas en la intervención

cognitivo conductual como la reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas y orientación a metas, entrenamiento en comunicación asertiva, Escritura Emocional Autorreflexiva (EEA) y el entrenamiento a padres en crianza positiva. Ello permitió encontrar cambios estadísticos y clínicamente significativos en la sintomatología del TEPT.

Conviene resaltar que, en las investigaciones y casos realizados tanto a nivel nacional como internacional, la aplicación de la TCC reduce eficaz y eficientemente la sintomatología del TEPT que podría afectar a cualquier persona, independientemente de su sexo, raza, edad, entre otros.

1.3 Objetivos

La presente investigación tiene por objetivo general aplicar un Programa de Intervención Cognitivo Conductual, a una paciente con estrés postraumático.

Asimismo, tiene por objetivos específicos: i) realizar una evaluación de pre test para identificar la sintomatología de la paciente antes de aplicar el programa; ii) diseñar y aplicar el programa de intervención cognitivo conductual a la paciente con estrés postraumático, iii) evaluar la sintomatología de la paciente después de aplicarse el programa de intervención; iv) comparar los niveles de sintomatología de estrés postraumático pre y post test.

1.4 Justificación

El presente trabajo de intervención es relevante en tanto constituye un aporte a nivel teórico. Esto debido a que, se realizó una revisión de los fundamentos teóricos tanto de la variable de la TCC como de la variable de estrés postraumático, a través de, las Notas actualizadas y confiables como libros, bases de datos, artículos científicos, etc. En ese sentido, se ha efectuado una descripción de la variable TCC, en cuanto a su concepto o definición, los tipos, los principales modelos y, sobre todo, el enfoque TCC para el estrés postraumático en el

presente caso. Por otro lado, con respecto al estrés postraumático también se han repasado conceptos, factores, características, etiología, sintomatología, etc.

Por otro lado, este trabajo también es importante desde el punto de vista metodológico debido a que constituye un aporte a la investigación científica ya que puede servir de base para nuevos estudios (ya sean estudios de caso similares al presente, o tipo de investigaciones descriptivas, correlacionales, comparativas e incluso cuasi experimentales). Asimismo, desde la perspectiva metodológica, para medir el estrés postraumático, se ha utilizado instrumentos confiables y válidos.

Desde el punto de vista práctico, este trabajo es una herramienta que podría servir para la práctica de los colegas que se encuentran en su ejercicio profesional trabajando, directa o indirectamente, con casos relacionados al estrés postraumático. Esto es, podría servir de guía para aplicar técnicas de autoayuda en aquellos pacientes que padezcan esta problemática. Así también, este trabajo podría convertirse en una herramienta de sensibilización para aquellos familiares que busquen una opción de ayuda para pacientes que con diagnosticados con TEPT. Incluso, a mayor escala, podría ser un referente, para que el personal directivo, por ejemplo, en postas de centros de salud, implementen diversas estrategias, como programas de concientización, promocionales o preventivos orientados a abordar adecuadamente posibles problemas de estrés postraumático.

A nivel social, con este trabajo se busca sensibilizar a la comunidad para que reconozca la existencia de este problema, como parte de la dinámica social que vivimos y tomar medidas que permitan a los pacientes afrontar el TEPT de manera adecuada.

Por ello en la presente investigación se plantea un programa de intervención cognitivo conductual, para que los pacientes puedan concebir un mejor estilo de vida, reducir la sintomatología aguda y desarrollar su capacidad de afrontamiento y adaptación.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

El trabajo propuesto probará tener un beneficio no solo hacia la paciente, sino también a su ambiente familiar y social más próximo. En la búsqueda de reestructurar sus afirmaciones y mejorar su estilo de vida y desarrollar su capacidad de afrontamiento y adaptabilidad, se obtendrá una mejora en el área personal, familiar y profesional. Incluso, por medio de este trabajo se plantea contribuir a la comunidad científica con una evidencia más de la eficacia de la TCC en casos de TEPT.

Además, este trabajo proyecta una estructura de intervención basado en el modelo cognitivo conductual para que otros psicólogos en formación puedan usarlo de modelo en usuarios con un mismo diagnóstico. De igual manera, se busca contribuir a la comunidad científica con una evidencia más de la validez de la TCC en este tipo de abordajes.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de Investigación

De acuerdo con Hernández et al. (2014), esta investigación sería de tipo **básica**, debido a que su fin es indagatorio. Asimismo, se toma como referencia los conocimientos adquiridos de la investigación básica y se sugieren aplicar con la finalidad de mejorar el fenómeno estudiado.

Acorde a Hernández et al. (2014), el diseño de este tipo de investigación sería experimental y de caso único. Específicamente, es de tipo preexperimental, ya que solo se tiene un grupo experimental (un solo sujeto) careciendo del grupo control; y es de caso único, puesto que el objetivo es evaluar el posible efecto de intervención sobre una determinada conducta o variable de respuesta, que es el objeto de estudio, donde la muestra es igual a uno.

Por su lado, según León y Montero (2007) el estudio del presente caso correspondería a una investigación experimental, siendo más específicos, una investigación experimental aplicada. Dicha investigación utiliza un diseño A-B con seguimiento, debido a que no se descarta el tratamiento y la paciente debe seguir ejecutando las técnicas y habilidades adquiridas durante la intervención en su día a día.

En esa línea, en efecto, esta investigación es de **aplicada**, en tanto, busca resolver un problema específico de la realidad, interviniendo en un caso modelo. Asimismo, está diseñada y enfocada para investigar académicamente, **fenómenos culturales** que reflejan una situación que no es necesaria a partir de leyes naturales. Asimismo, es una investigación **correlacional**, porque se enfoca en establecer relaciones entre variables, aplicada en un solo caso. Así, esta investigación busca determinar el efecto de la TCC en un caso de TEPT de una adolescente de 18 años, que ha sufrido por abuso sexual.

2.2 Variables de Investigación

2.2.1 Variable Independiente

Terapia Cognitivo Conductual en un caso de estrés.

En su definición conceptual el programa de intervención cognitivo conductual es un conjunto de estrategias que tiene como fin explicar procedimiento estructurado, que, a través del cambio en los procesos cognitivos, origina una reducción del malestar psicológico y comportamientos desadaptativos. Al respecto, Stallard citado por Díaz (2019) afirma que las emociones y los comportamientos son los que generan las cogniciones.

En su definición operacional, el presente caso es un programa de intervención cognitivo conductual, conformado por 16 sesiones de 45 minutos cada uno, de un intervalo de una vez a la semana, con 4 objetivos.

2.2.2 Variable Dependiente

Es el cuadro clínico de trastorno de estrés postraumático.

En su definición conceptual, teóricamente, el TEPT es un conjunto de manifestaciones emocionales, afectivas y actitudinales, que se suscitan a raíz de la exposición a un evento de naturaleza traumática o angustiante. Este evento puede configurarse bien sea de forma directa o indirecta; y condiciona el funcionamiento de la persona, en diversas áreas del desarrollo, incluyendo aspectos personales, educativos y sociales. Acorde con Fernández et al. (2020) en estos ámbitos personales, se evidencian esfuerzos por evitar reviviscencias que decantan en un malestar clínicamente significativo.

En su definición operacional, en el presente caso, el cuadro clínico de estrés postraumático queda definido a través de síntomas, como:

a) Sintomatología cognitiva: Tiene pensamientos inadecuados como: “*mi tío aparecerá de nuevo en algún momento para vengarse, prefiero escapar o morir*”, “*he sufrido mucho, no sirvo para nada*”, “*nadie me creerá, solo mi madre*”, “*tengo que ser fuerte, pero siento que*

esto me tragará”, “nunca superaré esto”, “porque la vida es injusta conmigo”, “me van a lastimar”, “todos los hombres son malos”, “si salgo a la calle me harán daño”, “no puedo confiar en ningún hombre”.

b) Sintomatología fisiológica: Tiene tensión muscular (9/10), dolor de cabeza, hombros y espalda, puntuando esta sensación (8/10). Tiene dificultades para conciliar el sueño, pesadillas constantes, al pequeño ruido que escucha, se despierta. Se le acelera el corazón y le sudan las manos. Además, tiene pérdida del apetito.

c) Sintomatología emocional: Miedo (9/10) y vergüenza (7/10).

d) Sintomatología conductual: Prefiere no salir de casa, no quiere pasar nuevamente por la misma calle, no va al colegio, solo desea mantenerse a salvo en casa, asimismo, menciona que casi no tiene apetito, ni ganas de hacer nada, a pesar de no realizar alguna actividad que demande esfuerzo físico o mental.

2.3 Participante

Joven de 18 años, de género femenino, estudiante en nivel técnico.

2.4 Técnicas e Instrumentos de Evaluación

2.4.1 Técnicas

En este trabajo de investigación se utilizaron las técnicas de observación, entrevista, auto-registro y análisis funcional, conforme a lo siguiente:

Observación: Para Arias (2006), esta técnica consiste en visualizar sistemáticamente, cualquier evento, hecho o situación que se materialice en la naturaleza o en la sociedad, en función a los objetivos de investigación que se hayan preestablecidos.

Entrevista: Según Piaget (1947), esta técnica consiste en un encuentro hablado de dos individuos, donde confluyen interacciones verbales y no verbales. Esta interacción tiene dos roles definidos: el entrevistador, quien conduce la entrevista hacia objetivos y el entrevistado, quien generalmente determina los objetivos.

Auto registro: Consiste en una técnica mediante la cual la persona procede a establecer e identificar las conductas y anotarlas en una ficha y/o formato.

Análisis funcional: Haynes y O'Brien (1990) definen esta técnica como *"la identificación de relaciones relevantes, controlables, causales y funcionales aplicables a un conjunto específico de comportamientos meta para un cliente individual"*.

2.4.2 Instrumentos

2.4.2.1 Anamnesis. Es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

2.4.2.2 Inventario de depresión de Beck - II (BDI - II). En relación con este punto, se ha considerado los siguientes datos:

A. Datos Generales. Se encuentran constituidos por la siguiente información:

- Título original de la Prueba: Beck Depression Inventory (BDI - II)
- Título en español: Inventario de Depresión de Beck II
- Autor: Aron Beck
- Año de Publicación: última versión de 1979, traducida en el Perú por Conde y

Usuarios en 1974.

- Significación de la Prueba: Detección y cuantificación del Síndrome depresivo
- Forma de Administración: Individual y colectiva
- Edad de Aplicación: Adultos (16 a 64 años)
- Tiempo de Aplicación: No hay tiempo límite
- Validez: Concurrente. Correlación media con la Escala de Hamilton de 0.73

para pacientes psiquiátricos y de 0.74 para sujetos no psiquiátricos.

- Confiabilidad: Confiabilidad test retest $r = 0.69$ a 0.90 y dos mitades: $r = 0.58$ a 0.93 , y validez concurrente $r = 0.62$ a 0.77 .

B. Descripción de la prueba. Es un inventario autoaplicado de 21 ítems, que tiene la finalidad de detectar y cuantificar el síndrome depresivo. En la versión de 1961, se utilizaban respuestas de 4 a 6, jerarquizando el nivel de gravedad de menor a mayor; en la versión de 1979, se redujeron a solo 4 alternativas jerarquizadas. El contenido del inventario se centra en los síntomas cognitivos de la depresión con un bloque principal de 15 ítems, de igual manera, los síntomas somáticos – vegetativo representan un segundo bloque de 6 ítems.

C. Administración. Se le indica expresamente al participante: “*En este inventario hay oraciones sobre el modo que te has comportado, sentido y actuado en estas últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy, marca con una X sólo una de las alternativas. No hay respuestas correctas ni incorrectas*”. Además, se recomienda usar dos pruebas simultáneas. El evaluador debe leer las preguntas junto al paciente, en caso de sospechar niveles moderados o graves de depresión (en casos de tristeza marcada y baja funcionalidad). También es recomendable leerle las preguntas y llevar el puntaje en un propio inventario y finalizar realizando repreguntas para profundizar en la causalidad de los síntomas.

D. Calificación. La puntuación total del inventario se obtiene sumando el puntaje de cada una de las opciones en los ítems de la primera y de la segunda (21 ítems). En cada ítem, las respuestas se jerarquizan de menor a mayor gravedad desde el 0 al 3.

E. Interpretación. Estos resultados se clasifican en niveles según la suma directa de los ítems:

Tabla 1*Puntajes de los niveles del inventario de depresión de Beck II*

Puntajes	Niveles
0 – 9	Ausencia de depresión
10 – 18	Leve perturbación del estado de ánimo
19 – 29	Depresión moderada
30 a +	Depresión grave

Nota: Elaboración propia

2.4.2.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). En relación con este punto, hemos considerado los siguientes datos.

A. Datos Generales. Se encuentran constituidos por la siguiente información:

Título original de la Prueba: Beck Anxiety Inventory (BAI)

Título en español: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Autor: Aaron T. Beck y Robert A. Steer

Año de Publicación: 1988 (Test original), 2011 (publicación del test en su adaptación española) y 2023 (Adaptación y validación en jóvenes peruanos por Jherson Leonardo Gomez, Katherine Acevedo Flores , Kelly Cano Tapia , Fernando Ildefonso De la Cruz , Dino Mosquera Torres, y Ronald Castillo Blanco).

Significación de la Prueba: Mide de manera autoinformada el grado de ansiedad.

Forma de Administración: Individual y colectiva

Edad de Aplicación: 13 años de edad o más.

Tiempo de Aplicación: No hay tiempo límite

Validez: Basada en la estructura interna del instrumento, en el AFC ($\chi^2/gl = 3.82$; CFI = .98; SRMR = .03; RMSEA = .07); en cuanto a la validez basada en la relación con otras variables ($r = .84$; $p < .001$; $r^2 = .70$)

Confiabilidad: De la escala ($\alpha = .95$) lo que significa que la prueba presenta buen nivel de consistencia interna.

B. Descripción de la prueba. Es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Por ejemplo, uno de los ítems es “Nerviosismo” y se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto” hasta “Gravemente”. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación. No obstante, dado que la población en la que se desarrolló estaba formada por pacientes psiquiátricos adultos casi en su totalidad, debería usarse con precaución en otras poblaciones.

C. Administración. Se le indica al participante: “*Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes*”.

Este inventario consta de 21 ítems, los cuales describen síntomas comunes de la ansiedad, y el individuo debe responder según la frecuencia con la que ha experimentado dichos síntomas durante la última semana, incluyendo el día de la encuesta. Las opciones de respuesta varían desde «Nunca» hasta «Severamente», asignadas a una escala de puntuación de 0 a 3. Es esencial instruir al paciente para que responda lo más honestamente posible, sin

dedicar demasiado tiempo a reflexionar sobre cada ítem, buscando así respuestas naturales que reflejen su estado durante el período mencionado.

D. Calificación. La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

E. Interpretación. Estos resultados se clasifican en niveles según la suma directa de los ítems. *El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:*

00–21 - Ansiedad muy baja

22–35 - Ansiedad moderada

Más de 36 - Ansiedad severa

2.4.2.4 Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS.

A. Datos Generales. Se encuentran constituidos por la siguiente información.

Nombre: ACS Escala de Afrontamiento para Adolescentes

Nombre Original: Adolescent Coping Scale.

Autores: Erica Frydemberg y Ramon Lewis.

Procedencia: El consejo australiano para la Educación Educativa

Adaptación española Jaime Pereña y Nicolas Seisdedos, TEA Ediciones, S.A.

Ámbitos de aplicación: Adolescentes de 12 a 18 años.

Duración: 10 – 15 minutos cada forma.

Finalidad: Evaluación de las Estrategias de afrontamiento.

Baremación: 16 puntuaciones en distintas estrategias de afrontamiento.

Afrontamiento: Plantea que el afrontamiento en adolescentes se da en términos de las respuestas que dan a sus preocupaciones específicas. Sin embargo, habrá casos en que el estilo general de afrontamiento del joven tendrá mayor interés que la forma en la que ésta se modifica para afrontar un determinado tipo de problema. El afrontamiento tiene una naturaleza que tiende a la autorregulación.

Validez y confiabilidad:

Validez de contenido: Alta

Validez de constructo: Alta

Confiabilidad test-retest: Alta ($r = 0.85$)

Confiabilidad interna: Alta ($\alpha = 0.85$)

B. Descripción: La ACS mide 18 estrategias de afrontamiento, agrupadas en tres categorías:

1. Afrontamiento activo (7 estrategias):

- Buscar apoyo social
- Tomar medidas para resolver el problema
- Enfrentar el problema de manera directa
- Buscar información para entender mejor el problema
- Intentar relajarse
- Replantear el problema de manera positiva
- Aceptar el problema

2. Afrontamiento evitativo (6 estrategias):

- Evitar pensar en el problema
- Evitar hablar sobre el problema
- Evitar enfrentar el problema
- Intentar olvidar el problema
- Distraerse para no pensar en el problema
- Negar la existencia del problema

3. Afrontamiento emocional (5 estrategias):

- Dejarse llevar por las emociones
- Intentar calmar las emociones
- Expresar las emociones de manera agresiva
- Expresar las emociones de manera pasiva
- Intentar controlar las emociones

C. Aplicación: Explicar a la persona que el cuestionario no conllevará ningún tipo de juicio, así como que no existen estrategias de afrontamiento tanto buenas como malas. Se detallará la razón por la cual se lleva a cabo la prueba y las directrices podrán ser leídas por el evaluador o permitir que el individuo las lea. En una aplicación colectiva, se considerará la gestión del grupo para garantizar la confiabilidad de los resultados.

D. Normas de corrección: La hoja de respuestas contiene 18 líneas que corresponden a las 18 escalas de la prueba.

E. Calificación:

- Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 4 (casi siempre)
- Se calcula la puntuación total y las puntuaciones para cada categoría

F. Interpretación: La interpretación de los resultados de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) se centra en la identificación de las estrategias de afrontamiento más

habituales y eficaces empleadas por el adolescente. A continuación, le proporciono un manual general para la interpretación.

Puntuaciones altas en:

- Afrontamiento activo: Indica que el adolescente emplea estrategias proactivas y eficaces para gestionar el estrés, tales como la búsqueda de apoyo social, la implementación de medidas para solucionar el problema o la reflexión positiva sobre el problema.

- Afrontamiento emocional: Propone que el adolescente tiene la capacidad de gestionar sus emociones de forma eficaz, aunque podría requerir la implementación de estrategias más adaptativas.

- Afrontamiento evitativo: Señala que el adolescente tiene la tendencia a eludir o negar el problema, lo cual podría agravar la situación.

Puntuaciones bajas en:

- Afrontamiento activo: Propone que el adolescente puede obtener beneficios de implementar estrategias más proactivas y eficaces para gestionar el estrés.

- Afrontamiento emocional: Señala que el adolescente podría necesitar desarrollar habilidades para gestionar sus emociones de forma más eficaz.

- Afrontamiento evitativo: Propone que el adolescente pudiera estar empleando estrategias más adaptativas para gestionar el estrés.

Perfiles de afrontamiento:

- Perfil adaptativo: Elevada calificación en el afrontamiento activo y emocional, y una puntuación reducida en el afrontamiento evitativo.

- Perfil inadaptativo: Elevada calificación en afrontamiento evitativo, mientras que baja calificación en afrontamiento activo y emocionalmente.

2.4.2.5. Inventario Multiaxial de Millon

A. Datos Generales. Se encuentran constituidos por la siguiente información.

Autor/es: Theodore. Millon

Publicación: Madrid: TEA, 1999

Notas a la medición: Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales que puedan requerir atención profesional.

Adaptación Peruana: Se realizó la aplicación en hospitales de salud mental durante el 2007

Ámbito de aplicación: Clínica

Número total de ítems: 175 con Respuesta dicotómica

Forma de aplicación: Individual y Colectiva 20 a 25 minutos

Corrección: Manual y Automatizado por ordenador

Confiabilidad: Solís hayo la fiabilidad de sus escalas clínicas por encima del .80

B. Descripción de la prueba. El Millon-II Se trata de un cuestionario de personalidad compuesto por 22 escalas, concebido en consonancia con la teoría de la personalidad propuesta por Theodore Millon, cuyo propósito es adquirir datos para la toma de decisiones en el tratamiento de individuos con dificultades emocionales e interpersonales. Esta teoría ha sido implementada e investigada en nuestra población a través de pacientes de salud mental (Solís, 2007).

C. Administración. Se compone de 175 ítems con un formato de respuestas de dos opciones, Verdadero y Falso, que se lleva a cabo en un período relativamente corto de 15 a 25 minutos.

D. Calificación. La evaluación se lleva a cabo de forma manual o computarizada, sumando las afirmaciones de los ítems en sus respectivas escalas. Las puntuaciones de mayor relevancia son aquellas que superan los 85 puntos. Adicionalmente, se disponen escalas internas de validez, sinceridad, deseabilidad y modificaciones para asegurar que los resultados no han sido manipulados por el evaluado.

Tabla 2*Escalas/Factores del Millon II*

Patrones clínicos de personalidad	Patología grave de la personalidad	Síndromes clínicos	Síndromes graves	Escalas de fiabilidad y validez
Esquizoide (1)			Pensamiento	
Evitativa (2)		Ansiedad (A)	to	Validez
Dependiente (3)	Esquizotípica	Histeriforme (H)	psicótico	(V)
Histriónica (4)	(S)Límite (C)	Hipomanía (N)	(SS)	Sinceridad (X)
Narcisista (5)	Paranoide (P)	Distimia (D)	Depresión	
Antisocial (6A)		Abuso del alcohol	mayor	Deseabilidad (Y)
Agresivo sádica		(B)Abuso de las	(CC)	
(6B)Compulsiva		drogas (T)	Trastorno	Alteración
(7) Pasivo/agresiva			delirante	(Z)
(8A)			(PP)	
Autodestructiva				
(8B)				

Nota: Elaboración propia

E. Interpretación. Se dispone de un manual que especifica las características específicas de las escalas de la prueba con el fin de corroborarlas junto al profesional, proporcionando un perfil más detallado sobre la personalidad del evaluado.

Tabla 3*Indicadores de los factores del Millon-II*

Puntajes	Niveles
>=85	Indicador elevado
75-84	Indicador moderado
60-74	Indicador sugestivo
35-59	Indicador bajo
0-34	Indicador nulo

Nota: Elaboración propia

2.4.2.6. Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith.

A. Ficha técnica. En relación a este punto, hemos considerado los siguientes datos.

- Nombre: Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith,
- Autor: Stanley Coopersmith
- Administración: Individual y colectiva.
- Duración: Aproximadamente 15 minutos.
- Niveles de aplicación: Niños y adolescentes de 8 a 18 años.
- Finalidad: Evaluar las actitudes de autovaloración en las esferas personal,

familiar y social de la experiencia del individuo. Además, se investigará la correlación entre la autoestima y otros.

- Validez y confiabilidad:

Validez:

Validez de contenido: Alta (expertos en psicología infantil y adolescente han evaluado la relevancia y representatividad de los ítems)

Validez de constructo: Alta (la escala mide la autoestima de manera consistente con la teoría y la investigación en el área)

Validez criterial: Alta (la escala se ha relacionado con otros indicadores de autoestima y ajuste psicológico)

Confiabilidad:

Confiabilidad test-retest: Alta ($r = 0.85$, lo que indica que la escala mide la autoestima de manera consistente en diferentes momentos)

Confiabilidad interna: Alta ($\alpha = 0.85$, lo que indica que los ítems de la escala están relacionados entre sí y miden la autoestima de manera coherente)

Confiabilidad interjueces: Alta (los resultados de la escala son consistentes cuando son evaluados por diferentes jueces)

B. Descripción del Instrumento: La Escala de Autoestima de Coopersmith es una herramienta psicométrica destinada para cuantificar la autoestima en niños y jóvenes. El instrumento examina la autoestima en cuatro áreas distintas:

Autoestima General: Alude a la percepción integral que el individuo posee de sí mismo.

Autoestima familiar: Examina la percepción del individuo respecto a su valor y aceptación en el seno familiar.

Autoestima en el entorno escolar: Evalúa la percepción del individuo respecto a su capacidad y desempeño académico.

Autoestima en el ámbito social: Analiza la percepción del individuo respecto a sus relaciones y interacciones sociales.

La escala se compone de 58 elementos que el niño o adolescente debe evaluar como "verdadero" o "falso" de acuerdo con su experiencia personal. La calificación total puede oscilar entre 0 y 100, lo cual facilita la identificación de niveles de autoestima bajo, moderado, alto o muy alto.

C. Administración. La administración puede ser llevada a cabo en forma individual o grupal (colectivo). colectiva y tiene un tiempo aproximado de 20 minutos.

D. Puntaje y calificación.

Puntuación:

- Se clasifica cada elemento como "verdadero" o "falso".
- Se otorga un punto por cada respuesta considerada "verdadera".
- La puntuación total puede oscilar entre 0 y 58 puntos.

Calificación:

- La puntuación total se transforma en una puntuación porcentual multiplicado por 100 y dividiendo entre 58.

- Se interpreta la puntuación porcentual de la siguiente manera:
- 0-39: Autoestima insuficiente.
- 40 y 59: Autoestima moderada.
- 60-79: Autoestima alta
- 80-100: Autoestima sumamente alta.

2.4.3 Ficha de Registro

Según Buela (2004), los autorregistros se utilizan para identificar distintas conductas blanco/objetivo que servirán para la creación de una línea base y para evaluar si se cumplieron los objetivos del tratamiento. A nivel clínico se le ha reconocido su posible valor terapéutico.

Auto registros de variables cognitivas. Según Beck et al. (2010) a través de este instrumento el paciente registra sus pensamientos y el grado emocional en una escala personal del 0 al 100 y la intensidad (0-100) de la emoción asociada al pensamiento, así como, la situación que puede haber activado estos pensamientos. Dividiendo el registro en 5 columnas: fecha, situación, emoción, pensamientos automáticos, respuesta emocional y resultado.

Auto registros de variables conductuales. Hawton et al. (1989) sostienen que este tipo de registros son importantes, debido que al llevar el registro de conductas de manera diaria por el propio sujeto ayuda a implicar a este en un programa de actividades, generando evidencias claras para identificar y modificar los pensamientos automáticos negativos como “no puedo hacer nada” y “no disfruto de nada”.

Diarios anecdóticos. Es un tipo de instrumento de registro de la información conductual en el que se describe de la manera más objetiva posible un conjunto de hechos, situaciones o fenómenos que han tenido lugar en un período de tiempo en el que se ha llevado a cabo una información. Por norma general, el registro anecdótico toma la forma de un informe que da cuenta de la conducta o comportamiento, los intereses, las actuaciones y los procedimientos llevados a cabo por un sujeto o grupo, cuando estas ocurren de manera espontánea, sorpresiva e inesperada.

2.4.4 Evaluación psicológica

2.4.4.1. Datos de Filiación: Respecto a este punto, hemos considerado los siguientes datos:

- Nombre: P.N.E.C
- Lugar de Nacimiento: Lima
- Fecha de Nacimiento: 17-01-2005
- Sexo: Femenino
- Edad: 18 años
- Grado de Instrucción: Estudiante (Iniciando una carrera técnica)
- Ocupación: Estudiante
- N° de hermanos: 2
- Religión: católica
- Dominancia: Diestra

- Informante: La adolescente y la madre
- Dirección: Chorrillos
- Fecha de evaluación: febrero de 2023
- Fechas de intervención: abril de 2023 a enero de 2024.
- Lugar de intervención: Consultorio psicológico
- Psicóloga: Lic. Johanny Solangel Espinoza Vasquez

2.4.4.2. Motivo de consulta. Se lleva a cabo la atención psicológica a solicitud de la fiscalía de Lima, donde se requiere del acompañamiento terapéutico a la joven, la misma que denuncia haber sido víctima de delito contra la libertad sexual – modalidad de violación sexual.

2.4.4.3. Relato de partes. Al respecto, se considera el testimonio del paciente y su progenitora, conforme al siguiente detalle.

La madre refiere textualmente que *“Mi hija trabajaba junto a su tío, que es un tío lejano por parte de su papá, desde hace 02 años, le ayuda a repartir tortas y bocaditos, que la esposa de él prepara, así ella se ganaba una propinita. Sin embargo, hace 03 meses, llegué a casa y encontré a mi hija llorando, ella no paraba de llorar, parecía en crisis. Después de un buen rato llorando me cuenta que hace 1 año aproximadamente este señor abusa de ella, la obliga a tener relaciones sexuales, en cada pedido que entregan, él se detiene al retorno y abusa de ella en el carro que reparten los pedidos”*.

“Últimamente, yo notaba rara a mi hija no quería salir, ni comer, se enojaba rápido con todo y por todo, conmigo y sus hermanos, tenía constantes pesadillas, pero no me contaba cuáles eran, gritaba y lloraba en las noches por las pesadillas, yo la llevé al curandero, pensando que ello le ayudaría, pero nada, además le dolía la cabeza, ya no quería ir a clases, dejó de tocar la guitarra y se encerraba en su cuarto.

Lo único que pido es que la ayuden a mi hija a superar todo esto, yo seguiré luchando para que se haga justicia”.

La joven refiere: *“Me siento muy asustada, es difícil olvidar todo lo que pasé. Quisiera, pero no puedo. En las noches cuando duermo, sueño con la cara de mi tío. Tengo miedo que le haga daño a mi madre o a mi hermano, ya que me tuvo amenazada por un tiempo. Siento que he cambiado, antes no me comportaba así. Me cuesta hablar con alguien, no quiero permanecer sola. Mas aún, porque él ha vuelto de su viaje y en ocasiones lo he visto en la calle por mi barrio (2 ocasiones). Las pesadillas son recurrentes. Es como si lo viviera todo de nuevo. Me siento muy triste y con miedo. Todo vuelve a pasar por mi mente, como si fuera una película y yo pudiera verlo desde afuera. Hay semanas que no puedo dormir bien, paso horas dando vuelta en la cama y no logro conciliar el sueño y cuando lo hago sueño horrible. Ya no quiero salir a la calle, no quiero ir tampoco al colegio, me da mucho miedo pasar por la misma carretera, algún hombre me puede volver hacer daño”.*

Problema actual. La joven refiere que hace tres meses tiene mucho miedo (9/10), se siente tensa (9/10), le duele la cabeza, hombros y espalda, puntuando esta sensación (8/10). Además, indica que no puede conciliar el sueño, tiene pesadillas constantes. Al pequeño ruido que escucha, se despierta. Se le acelera el corazón y le sudan las manos. Piensa que su tío aparecerá de nuevo en algún momento para vengarse.

Por otro lado, menciona que la mayor parte del día prefiere no salir de casa, no quiere pasar nuevamente por la misma calle, no va al instituto, solo desea mantenerse a salvo en casa. Asimismo, menciona que casi no tiene apetito, ni ganas de hacer nada, a pesar de no realizar alguna actividad que demande esfuerzo físico o mental.

Asimismo, menciona que tiene vergüenza (7/10) de asistir a la escuela y que sus compañeros se enteren de todo lo sucedido.

Respecto a sus pensamientos, señala que casi todos los días mientras trata de conciliar el sueño en las noches, sus pensamientos son: “He sufrido mucho”, “nadie me creará solo mi madre “tengo que ser fuerte”, “nunca superare esto”, “porque la vida es injusta conmigo”, “me van a lastimar”, “todos los hombres son malos”, “si salgo a la calle me harán daño”, “no puedo confiar en ningún hombre”, entre otros.

2.4.4.4. Historia Personal

Desarrollo inicial: Joven nació por parto normal. Debido a las carencias económicas, la alimentación de la madre no fue la más adecuada y a partir de la semana 20 de embarazo, un familiar apoyó para que lleve un tratamiento suplementario. Tuvo una lactancia de corta duración.

Desarrollo psicomotor, lenguaje, motricidad, control de esfínteres: Empezó a caminar al año y dos meses de edad, refiere que muy tranquila, le gustaba jugar, pero no era traviesa, ni tenía problemas, refiere una infancia tranquila y feliz, asimismo, no presentó problemas para la adquisición del lenguaje y el desarrollo de su motricidad.

Conductas y hábitos adecuados durante la infancia: Refiere que era obediente, cumplía con normas en casa y es buena estudiante, aunque no le gustan mucho las actividades de teatro o bailes en la escuela.

Educación: Inició su escolaridad a la edad de 5 años en el nivel inicial, actualmente cursa el primer semestre de su carrera técnica, pero desde hace 03 meses y medio que no asiste regularmente al instituto.

Durante los 11 años de escolaridad no ha evidenciado problemas en la escuela en relación a lo académico, sin embargo, en cuanto a lo social, los maestros refieren que es algo tímida y de pocos amigos, incluso en dos ocasiones citaron a la madre por un incidente de burlas e intimidación hacia la menor en ese entonces (4to a 5to de secundaria).

A. Información sobre el sexo: Se identifica con su género, su menstruación inició a la edad de 12 años, conocía sobre sexualidad lo que le enseñaron en la escuela y por ello identificó que fue forzada y abusada.

B. Educación religiosa: Proviene de una familia mormona, fue bautizada a la edad de 10 años.

C. Relaciones interpersonales: Desde su infancia hasta la actualidad, se ha mostrado callada, tímida y de pocos amigos, incluso en ocasiones refería tener miedo de relacionarse.

D. Enfermedades: No refiere ninguna enfermedad significativa durante el proceso de desarrollo.

E. Historia del hogar: Nació en Lima, vive junto a sus padres y su hermano en casa propia.

Síntomas más resaltantes: Al respecto, podemos identificar los siguientes síntomas:

- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Miedo
- Vergüenza
- Apatía.
- Inseguridad.
- Pensamientos distorsionados rumiantes
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones.
- Baja autoestima.
- Sentimientos de culpa.
- Pesadillas.
- Disminución del sueño.
- Aumento del apetito.

- Falta de respuesta al entorno familiar (por parte más del papá).

2.4.4.5. Historia Familiar. Al respecto, se considera el testimonio de los padres y hermanos de la paciente, conforme al siguiente detalle:

Padres:

Madre: C. C. P.

- Edad: 55
- Grado de Instrucción: Primaria completa
- Ocupación: Negociante
- Religión: Católica
- Relación con la paciente: Usuaría refiere “me llevo bien con mi madre, es una

buena mujer, muy trabajadora, sé que me ama, porque siempre se preocupa por mí, por eso tenía miedo de contarle y de que mi tío le haga daño”.

Padre: A. P. C.

- Edad: 60 años
- Grado de Instrucción: Primaria completa
- Ocupación: Albañil
- Religión: Católica
- Relación entre padres: La relación entre padres es buena, son separados, padre

vive en Lima hace 03 años, viene de visita dos o tres veces al año.

- Relación con la paciente: No soy muy cercana a mi padre, él es un hombre callado y algo serio, pero no es malo, nos mantenemos en contacto por teléfono y cuando viene de visita tratamos de pasar tiempo juntos, él aún no sabe nada de lo sucedido.

Hermanos:

Hermana: E.P.C

- Edad: 25 años
- Grado de Instrucción: Carrera Técnica
- Ocupación: Costurera
- Religión: Católica
- Relación con el paciente: Mi hermana es seria y callada, casi no hablamos

mucho, ella casi siempre está fuera de casa, preocupada por sus cosas y por su negocio que quiere poner. No le quise contar porque no tenemos mucha confianza.

- Hermano: F.P.C
- Edad: 10 años
- Condición: Hidrocefalia
- Grado de Instrucción:
- Ocupación: escolar
- Religión: Católica
- Relación con el paciente: Mi hermanito es mi persona favorita, nos queremos

mucho, yo siempre lo eh cuidado porque mis papás y hermana no están en casa, tuve miedo de que le pasé lo mismo, estaba amenazada por eso no hablé.

2.4.4.6. Observación General. A lo largo de la entrevista, la joven muestra dificultad para sostener el contacto visual, el volumen de su voz es bajo y cuando relata los hechos se pausa y solloza, asimismo, mueve constantemente las manos y piernas, muestra una voz temblorosa y aprieta sus manos. Su postura refleja ansiedad y malestar por todo lo sucedido.

2.4.5 Evaluación psicométrica y Resultados

2.4.5.1. Instrumentos de recolección de datos. Se utilizaron las siguientes herramientas:

- Inventario de depresión y ansiedad para niños y adolescentes de Beck
- ASC Escala de afrontamiento adolescente

- Inventario clínico multiaxial de Millon – II
- Test de autoestima de Coopersmith
- Lista de registro de conductas, emociones y pensamientos.

2.4.5.2. Informe psicológico de cada uno de los instrumentos aplicados.

A. Informe del Inventario De Depresión De Beck (DBI).

1. Datos de Filiación

- Nombre: P.N.E.C
- Lugar de Nacimiento: Lima
- Fecha de Nacimiento: 17-01-2005
- Sexo: Femenino
- Edad: 18 años
- Grado de Instrucción: Estudiante (Iniciando una carrera técnica)
- Ocupación: Estudiante
- N° de hermanos: 2
- Evaluada: La adolescente
- Dirección: Chorrillos
- Fecha de evaluación: febrero de 2023
- Lugar de intervención: Consultorio psicológico
- Psicóloga: Lic. Johanny Solangel Espinoza Vasquez

2. Motivo de consulta. Se realiza la evaluación con el objetivo de medir la gravedad de sintomatología depresiva de la paciente.

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

4. Instrumento: Inventario de depresión de Beck - II (BDI - II).

5. Resultados.

Variable: Depresión

Puntaje: 28 puntos

Diagnóstico: Depresión moderada

Interpretación de resultados.

La paciente obtuvo un puntaje de 28 ubicándose en una categoría de Depresión moderada; presentando sentimientos de tristeza, culpa, desesperanza, alteración en el sueño y apetito, dificultad en la toma de decisiones, tendencia al llanto, irritabilidad.

6. Conclusiones. La evaluada presenta síntomas depresivos a nivel moderado.

7. Recomendaciones.

- Asistir a terapia psicológica con enfoque cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de la depresión.

- Brindar psicoeducación a los padres referente al acompañamiento durante la intervención.

B. Informe del Inventario De Ansiedad De Beck (BAI)

1. Datos de Filiación

- Nombre: P.N.E.C
- Lugar de Nacimiento: Lima
- Fecha de Nacimiento: 17-01-2005
- Sexo: Femenino
- Edad: 18 años
- Grado de Instrucción: Estudiante (Iniciando una carrera técnica)
- Ocupación: Estudiante
- N° de hermanos : 2
- Evaluada: La adolescente

- Dirección : Chorrillos
- Fecha de evaluación: febrero de 2023
- Lugar de intervención: Consultorio psicológico
- Psicóloga : Lic. Johanny Solangel Espinoza Vasquez

2. **Motivo de consulta.** Se realiza la evaluación con el objetivo de medir la gravedad de sintomatología ansiosa de la paciente

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

4. **Instrumento.** Inventario De Ansiedad De Beck (BAI).

5. **Resultados.**

Variable: Ansiedad

Puntaje: 36 puntos

Diagnóstico: Ansiedad Moderada

Interpretación de resultados.

La paciente obtuvo un nivel de ansiedad moderada, presentando los siguientes síntomas fisiológicos: temblor en las piernas, incapaz de relajarse, temblor en las manos, sensación de ahogo. A nivel emocional, presenta temor a que ocurra lo peor, inestabilidad, atemorizada o asustada, nerviosa, inseguridad, inquietud, y esto viene acompañado con sensaciones de bloqueo y miedo a morir.

6. **Conclusiones.** La evaluada presenta síntomas ansiedad a nivel moderado.

7. **Recomendaciones**

- Asistir a terapia psicológica con enfoque cognitivo conductual para disminuir la sintomatología de la ansiedad.

- Brindar psicoeducación a los padres referente al acompañamiento durante la intervención.

C. Informe del Inventario Clínico Multiaxial De Millón II

1. Datos de Filiación

- Nombre: P.N.E.C
- Lugar de Nacimiento: Lima
- Fecha de Nacimiento: 17-01-2005
- Sexo: Femenino
- Edad: 18 años
- Grado de Instrucción: Estudiante (Iniciando una carrera técnica)
- Ocupación: Estudiante
- N° de hermanos : 2
- Evaluada: La adolescente
- Dirección : Chorrillos
- Fecha de evaluación: febrero de 2023
- Lugar de intervención: Consultorio psicológico
- Psicóloga : Lic. Johanny Solangel Espinoza Vasquez

2. Motivo de consulta. Se realiza la evaluación con el objetivo de identificar posibles trastornos o estilos de personalidad psicopatológicos.

3. Observaciones. La entrevistada se mostró bastante interesada en realizar la prueba. Vestía acorde a la ocasión, mostrándose participativa, respondiendo las preguntas sin ninguna complicación.

4. Instrumento. Inventario Clínico Multiaxial De Millón II

5. Resultados

- Patrones clínicos de personalidad: Con un puntaje de 83 indicador sugestivo evitativo.

- Patología severa de la personalidad: con un puntaje de 65 indicador sugestivo Paranoide.
- Síndromes clínicos: con un puntaje de 95 indicador en Trastornos de ansiedad y con puntaje de 95 Trastorno de Estrés Post Traumático.
- Síndromes clínicos graves: Interpretación con un puntaje de 85 en Depresión Mayor.

Interpretación de resultados

La paciente se ajusta a indicador sugestivo los siguientes rasgos en Depresión mayor. de personalidad negativista En el área de síndromes, la paciente presenta rasgo de alta puntuación en clínicos Trastorno de Estrés Post Traumático la paciente ha experimentado un suceso o trauma que amenazó la vida del paciente, causándolo un intenso temor y sentimiento de indefensión en el pasado. Las imágenes y emociones asociadas con el trauma resultan en pesadillas y rememoraciones del evento con marcado distress. La paciente generalmente tiene una intensa ansiedad y evita las circunstancias asociadas al evento.

La paciente muestra un Trastorno de ansiedad que pueden reflejarse en sensaciones de tensión, inquietud desasosiego e inseguridad, presenta quejas físicas referidas a distintas partes del cuerpo como palpitaciones, cefaleas, dolores en las articulaciones y otro tipo de molestias inespecíficas. Podría también tener dificultades para dormir. Es frecuente, por tanto, que tenga imposibilidad de relajarse, mostrando excesiva sudoración en las manos y una opresión en el pecho. Suele exhibir una hipervigilancia generalizada de su entorno y mostrarse susceptible.

6. Conclusiones. La evaluada presenta indicadores, referente a:

- Patrones clínicos de personalidad: Indicador sugestivo evitativo.
- Patología severa de la personalidad: Indicador sugestivo Paranoide.
- Síndromes clínicos: Indicador en Trastornos de ansiedad y Trastorno de Estrés Post Traumático.

- Síndromes clínicos graves: Indicador en Depresión Mayor.

7. **Recomendaciones**

- Asistir a terapia psicológica con enfoque cognitivo conductual para trabajar la dependencia y la ansiedad.
- Brindar psicoeducación a los padres referente al acompañamiento durante la intervención.

D. Informe del Test De Autoestima De Copersmith

1. Datos de Filiación

- Nombre: P.N.E.C
- Lugar de Nacimiento: Lima
- Fecha de Nacimiento: 17-01-2005
- Sexo: Femenino
- Edad: 18 años
- Grado de Instrucción: Estudiante (Iniciando una carrera técnica)
- Ocupación: Estudiante
- N° de hermanos : 2
- Evaluada: La adolescente
- Dirección : Chorrillos
- Fecha de evaluación: febrero de 2023
- Lugar de intervención: Consultorio psicológico
- Psicóloga : Lic. Johanny Solangel Espinoza Vasquez

2. Motivo de consulta. Se realiza la evaluación con el objetivo de medir las actitudes valorativas hacia el Si Mismo, en las áreas: Personal, Familiar y Social de la experiencia de la entrevistada.

3. Observaciones. La entrevistada vestía acorde a la ocasión, mostrándose participativa, respondiendo las preguntas sin ninguna complicación.

4. Instrumento. Informe del Test De Autoestima De Copersmith

5. Resultados

- Familia: 4
- Identidad Personal: 0
- Autonomía: 0
- Emociones: 3
- Motivación: 1
- Socialización: 1
- Puntaje Total: 9
- Nivel: Autoestima Baja

Interpretación de resultados

La paciente refleja que tiene una actitud negativa y nivel bajo aprecio de sí mismo, brindando atenciones y cuidados de sus necesidades reales tanto físicas como psíquicas e intelectuales.

En cuanto en la dimensión familia la paciente arroja indicios de soporte de sus familiares, haciendo ello que se incremente el interés de sentirse considerado, donde el respeto hacia sus familiares incrementa, así como la comunicación y pautas de valores en la familia En cuanto a la dimensión Identidad personal tiene baja aceptación de sí mismo, desvaloración con respecto a los demás. En la dimensión Autonomía presenta dificultad en la toma de decisiones y dependencia. Con respecto a la dimensión Emociones nos indica que la paciente presenta una regular percepción de sus emociones, conocimiento de sus emociones, reconocimiento de las emociones de los demás, conocimiento de la percepción de defectos y cualidades. En la dimensión Motivación la paciente refleja poco interés en poder ser competitivo y trabajar a

gusto de forma individual o grupal en actividades académicas, piensa que los demás no consideran sus ideas, cuando surge una presión su motivación disminuye y genera desinterés en las actividades que pueda realizar. En la dimensión socialización la paciente evidencia pocas probabilidades de poder lograr una adaptación a nuevos entornos o espacios, donde se establecen tiene bajas expectativas sociales de aprobación y reciprocidad por parte de otras personas.

6. Conclusiones: A partir de los resultados obtenidos en la Escala de Autoestima de Coopersmith, se puede inferir que la joven exhibe una autoestima reducida. Esto sugiere que podría estar enfrentando dificultades para autovalorarse, confiar en sus habilidades y capacidades, y gestionar situaciones de estrés y preocupación.

7. Recomendaciones

- Asistir a terapia psicológica con enfoque cognitivo conductual con el objetivo de:

- Fomentar competencias en autoafirmación y autoaceptación.
- Optimizar la autoeficacia y fortalecer la confianza en sus competencias.
- Elaborar tácticas de manejo efectivas para la gestión del estrés y la ansiedad.
- Fortalecer las relaciones interpersonales y el apoyo social en relación con el

acompañamiento durante la intervención.

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

E. Informe De La Escala De Afrontamiento Adolescente - ASC De Frydenberg Y

Lewis

1. Datos de Filiación

- Nombre: P.N.E.C
- Lugar de Nacimiento: Lima

- Fecha de Nacimiento: 17-01-2005
- Sexo: Femenino
- Edad: 18 años
- Grado de Instrucción: Estudiante (Iniciando una carrera técnica)
- Ocupación: Estudiante
- N° de hermanos : 2
- Evaluada: La adolescente
- Dirección : Chorrillos
- Fecha de evaluación: febrero de 2023
- Lugar de intervención: Consultorio psicológico
- Psicóloga : Lic. Johanny Solangel Espinoza Vasquez

2. **Motivo de consulta.** Se realiza la evaluación con el objetivo de evaluar las Estrategias de afrontamiento de la paciente.

3. **Observaciones.** La entrevistada vestía acorde a la ocasión, mostrándose participativa, respondiendo las preguntas sin ninguna complicación.

4. **Instrumento.** Escala De Afrontamiento Adolescente - ASC De Frydenberg Y Lewis.

5. **Resultados**

Tabla 4*Resultados de Prueba Psicosométrica*

Prueba Psicométrica	Pre - Tratamiento
Escala de Afrontamiento adolescente - ASC de Frydenberg y Lewis Adaptativas	Buscar apoyo social Puntaje: 60 Categoría: Se utiliza algunas veces
	Concentrarse en resolver el problema Puntaje: 70 Categoría: Se utiliza a menudo
	Esforzarse en tener éxito Puntaje: 60 Categoría: Se utiliza algunas veces
	Invertir en amigos Puntaje: 40 Categoría: Se utiliza algunas veces
	Buscar pertenencia Puntaje: 25 Categoría: Estrategia no utilizada
	Acción Social Puntaje: 25 Categoría: Estrategia no utilizada
	Buscar apoyo espiritual Puntaje: 16 Categoría: Estrategia no utilizada
	Fijarse en lo positivo

Puntaje: 28

Categoría: Estrategia no utilizada

Buscar apoyo profesional

Puntaje: 16

Categoría: Estrategia no utilizada

Buscar diversión relajante

Puntaje: 15

Categoría: Estrategia no utilizada

Distracción física

Puntaje: 9

Categoría: Estrategia no utilizada

Preocuparse

Puntaje: 100

Categoría: Se utiliza con mucha frecuencia

Hacerse ilusiones

Puntaje: 75

Categoría: Se utiliza a menudo

No afrontamiento

Puntaje: 80

Categoría: Se utiliza a menudo

Reducción de la tensión

Puntaje: 90

Categoría: Se utiliza con mucha frecuencia

Autoinculparse

Puntaje: 60

**Escala de
Afrontamiento
adolescente - ASC
de Frydenberg y
Lewis
Desadaptativas**

Categoría: Se utiliza algunas veces

Reservarlo para sí

Puntaje: 68

Categoría: Se utiliza algunas veces

Nota: Elaboración propia

Interpretación de resultados

En la fase de pretratamiento, la paciente utiliza con menor frecuencia estrategias adaptativas las cuales van a tener el propósito de generar una resolución activa ante una problemática.

En la fase de pretratamiento, la paciente utiliza con mayor frecuencia estrategias desadaptativas que al ser empleadas lo único que genera es aliviar el estrés en el momento más no la problemática

6. Conclusiones: Los hallazgos derivados de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes señalan que la joven tiende a emplear estrategias desadaptativas para gestionar el estrés y los problemas, tales como la evitación, la negación y la búsqueda de distracciones. Esta tendencia indica que la joven podría estar enfrentando desafíos para gestionar eficazmente las circunstancias estresantes y los retos diarios, lo cual podría estar asociado con una mayor susceptibilidad a la ansiedad, la depresión y otros trastornos emocionales.

7. Recomendaciones

- Asistir a terapia psicológica con enfoque cognitivo conductual con el objetivo de desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas, tales como la reevaluación cognitiva, la resolución de problemas y la búsqueda de respaldo social. Adicionalmente, resultaría ventajoso enfocarse en la detección y gestión de las emociones, así como en el fomento de competencias de autocontrol y autoeficacia.

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

8. Resultados Conductuales:

a) Sintomatología fisiológica: Tensión muscular (9/10), dolor de cabeza, hombros y espalda, puntuando esta sensación (8/10), dificultades para conciliar el sueño, tiene pesadillas constantes, al pequeño ruido que escucha, se despierta, se le acelera el corazón y le sudan las manos, pérdida del apetito.

b) Sintomatología emocional: Miedo, vergüenza, irritabilidad, tristeza, apatía, inseguridad, sentimiento de culpa.

c) Sintomatología cognitiva: Tiene pensamientos inadecuados como: “mi tío aparecerá de nuevo en algún momento para vengarse, prefiero escapar o morir”. “He sufrido mucho, no sirvo para nada” “nadie me creerá solo mi madre “tengo que ser fuerte, pero siento que esto me tragará” “nunca superaré esto” “porque la vida es injusta conmigo” “me van a lastimar”, “todos los hombres son malos”, “si salgo a la calle me harán daño” “no puedo confiar en ningún hombre”.

d) Sintomatología conductual: Prefiere no salir de casa, no quiere pasar nuevamente por la misma calle, no va al instituto, solo desea mantenerse a salvo en casa, asimismo menciona que casi no tiene apetito, ni ganas de hacer nada, a pesar de no realizar alguna actividad que demande esfuerzo físico o mental.

Tabla 5

Lista de chequeo de conductas, emociones y pensamientos registrados por la joven.

Conductas	Lu	Ma	Mi	Jue.	Vie.	Sab.	Do.	Tot/Prom
Morderse las uñas de las manos	5	5	4	3	4	6	6	33
Evitar expresar lo que siente con sus seres de confianza	3	3	4	3	3	3	3	22
Recordar hechos de violencia	3	3	2	2	3	3	3	19
Evitar salir de casa (actividades diarias)	2	0	2	0	2	1	1	8
Encerrarse en el dormitorio	3	2	3	3	2	3	1	17
Evitar salir a recrearse con sus amistades	0	0	1	0	1	1	1	4
Tristeza	5	4	5	4	5	5	4	32
Culpa	5	5	5	5	4	4	5	33
Llanto	3	4	4	4	3	2	1	21
Dolor de cabeza	2	0	0	2	2	2	1	9
Mareos	1	0	0	0	0	1	0	2
Insomnio	1	1	1	1	1	1	1	7
Pensamientos como: “yo soy la culpable porque permití que me hagan esto”, “No puedo soportarlo”, “No lo podré superar”, “Nadie me va a querer así”, “Qué dirán de mi”, “Y si me vuelven a	3	2	2	3	2	2	2	16

hacer daño”, “¿y si le hacen daño a mi mamá?”, y “Nadie me comprende”.

Nota: Elaboración propia

A. Informe psicológico integrador

1. Datos de Filiación

- Nombre y apellidos: P.N.E.C
- Lugar de Nacimiento: Lima
- Fecha de Nacimiento: 17-01-2005
- Sexo: Femenino
- Edad: 18 años
- Grado de Instrucción: Estudiante (Iniciando una carrera técnica)
- Ocupación: Estudiante
- N° de hermanos: 2
- Religión: Católica
- Dominancia: Diestra
- Informante: La adolescente y la madre
- Dirección: Chorrillos
- Fecha de evaluación:
- Lugar de intervención: Consultorio psicológico
- Evaluadora: Lic. Johanny Solangel Espinoza Vasquez

2. Motivo de consulta

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

3. Observaciones generales

A lo largo de la entrevista la joven muestra dificultad para sostener el contacto visual, el volumen de su voz es bajo y cuando relata los hechos se pausa y solloza, asimismo, mueve constantemente las manos y piernas, muestra una voz temblorosa y aprieta sus manos. Su postura refleja ansiedad y malestar por todo lo sucedido. Sin embargo, durante fueron pasaron los días su lenguaje fue cada vez más fluido, su tono de voz estuvo promedio, mantuvo la mirada mientras se realizaba la entrevista y el proceso de evaluación.

4. Técnicas e instrumentos

- Observación y entrevista
- Anamnesis psicológica
- Inventario de depresión y ansiedad para niños y adolescentes de Beck
- ASC Escala de afrontamiento adolescente
- Inventario clínico multiaxial de Millon – II (Millon II)
- Test de autoestima de Coopersmith
- Lista de registro de conductas, emociones y pensamientos.

5. Análisis de los resultados

En cuanto al **área de personalidad**, la joven a evaluar tiene rasgos introvertidos porque muestra dificultades para comunicarse con los demás. Esto le impide iniciar y mantener conversaciones con terceros a menos que estén de acuerdo con sus preferencias. Como resultado, mantuvo pocas amistades a lo largo de su vida.

También carece de independencia e iniciativa, ya que necesita afecto, aprobación y tranquilidad, por lo que, a menudo parece ser aceptada por los demás y puede tolerar cosas que no quiere hacer para mantener relaciones cercanas con la gente. Muestra tendencia a aceptar las decisiones de los demás, a buscar protección en quienes la rodean y a esperar orientación de los demás, por lo que ha aprendido a adoptar una actitud pasiva.

Es una persona que se ofende fácilmente y siente profundamente por todo, hasta por las cosas más pequeñas, por lo que se siente ofendida cada vez que le hacen un chiste o una crítica, ya sea positiva o negativa. Cuando se enfrenta al estrés ambiental, intenta afrontar situaciones estresantes y oculta emociones y sentimientos para evitar daños y posibles daños. Sin embargo, agravado por tales eventos, a veces se enoja fácilmente y es incapaz de realizar actividades, especialmente en el ambiente hogareño.

En el **área de afectividad**, la paciente presenta un nivel de depresión moderado, pues siente tristeza la mayor parte del tiempo, irritabilidad, desánimo, falta de motivación, cansancio, la dificultad para concentrarse y conciliar el sueño por presentar pesadillas recurrentes de daño a su persona, lo que repercute en el rendimiento académico adecuado. Asimismo, muestra mayor interés por pasar más tiempo con sus amistades cercanas que con su familia debido a los problemas que tiene con éstos, pues ya no disfruta realizar actividades con ellos.

Con relación a su apariencia física muestra desagrado por su contextura, así como con los lunares en el rostro y forma de su nariz. Se muestra insegura para tomar decisiones y en la mayoría de las ocasiones, se siente culpable frente a los resultados de las decisiones que tomó y atravesó en el pasado.

En el **área emocional**, la evaluada presenta un nivel de ansiedad estado moderado, caracterizado por mejillas ruborizadas, enrojecimiento del rostro, incremento del ritmo cardíaco que se presenta en situaciones de discusión, cuando recibe críticas por su aspecto físico, o cuando siente contacto físico como abrazos. Así también, se siente angustiada por la falta de confianza en sí misma porque cree que no ha hecho las cosas como esperaba, sobre todo a nivel académico.

Se siente tensa ante situaciones del día a día debido a los problemas en casa por la inestabilidad económica, preocupándose por su futuro y mostrando temor frente a las decisiones que pueda tomar y que no resulten correctas.

En cuanto a la ansiedad rasgo, constantemente está pensando en situaciones sin importancia o en temas que le preocupan mucho como posibles situaciones de peligro a su persona, por ello suele sentirse cansada y triste. En algunas situaciones siente que los problemas la abruman y piensa que no podrá con ellos.

6. Conclusiones

- En cuanto al área de personalidad, la evaluada muestra rasgos de personalidad introvertidos, que la caracteriza por presentar dificultad para relacionarse adecuadamente.
- En el área de afectividad, la paciente presenta un nivel de depresión moderado.
- En el área emocional, presenta un nivel de ansiedad moderada con relación a los indicadores ansiedad estado y rasgo.

7. Recomendaciones

- Terapia cognitivo conductual individual.
- Evaluación psiquiátrica.
- Consejería psicológica familiar.

2.4.6. Diagnóstico Tradicional: DSM V / CIE 10

Teniendo como referencia los criterios Diagnósticos del DSM V, podemos inferir que estamos ante un caso de Trastorno de Estrés Postraumático 309.81 (F43.10)

Tabla 6

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

Criterios del DSM V	Presentes en la usuaria
A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.	- Exposición directa a un hecho de violencia sexual, durante 01 año y medio.
B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s).	- Recuerdos y sueños angustiosos recurrente sobre lo ocurrido, malestar psicológico prolongado y presencia de reacciones fisiológicas intensas, frente a estímulos que le recuerdan los hechos.
C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático), que comienza tras el suceso(s) traumático(s).	- Evitación constante de lugares relacionados a los hechos (carretera hacia el colegio y/o trabajo, no asistir a la escuela, no salir a comprar, no realizar sus actividades como antes etc.).
D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático.	- Alteraciones negativas cognitivas y del estado del ánimo: Pensamientos recurrentes como: “me van a lastimar”, “todos los hombres son malos”, “si salgo a la calle me harán daño” “no puedo confiar en ningún hombre”, asimismo, sentimientos constantes de culpa, miedo y vergüenza, como momentos explosivos de ira.
E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada	- Reacciones a la defensiva, de ira, con los demás, en especial con sus padres.

al suceso traumático, que comienza o empeora después del sucesotraumático.	- Alteración importante de alerta (arrebatos de furia, hipervigilante, respuestas de sobresalto constante, problemas de concentración y alteración del sueño).
F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superiora un mes.	- Duración hace 4 meses. - Malestar en al ámbito personal, familiar, social y académico.
G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento	- Disminución de interés o ausencia de actividades (ya no toca la guitarra, no quiere ir a la escuela, no usa su celular). - No consume ningún tipo de sustancia psicoactiva ni tiene alguna enfermedad marcada.
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.	

Nota: Elaboración propia

Tabla 7*Diagnóstico Funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Fisiológico:		
- Dolor de cabeza	- Ausencia de sueño.	- No tener confianza con la madre y hermana mayor.
- Sensación de desmayo	- Disminución del apetito.	- No posee información acerca del Trastorno de Estrés Postraumático.
- Falta de aire	- Ausencias en sus centros de estudios.	- No cultivar más relaciones de confianza y compartir momentos sanos con ellos.
- Vértigo	- Falta de motivación en su vida.	- No tener una comunicación asertiva con su madre.
- Llanto	- Pocas veces quiere salir de casa.	- No conversar con sus padres y amistades para manifestar sus emociones.
- Reducción del apetito	- Falta de aire.	- No realizar ejercicios de
- Problemas para conciliar el sueño		
Emocional:		
- Culpa (9/10)		
- Tristeza (9/10)		
- Enojo (8/10)		
- Miedo (9/10)		
- Vergüenza (8/10)		
Cognitivo:		
- "yo tengo la culpa que me haya pasado esto",		
- "me callé y causé más daño a		

-
- mi mamá”, relajación ni
físicos.
- “¿y si me hace daño otra vez?”
 - “No lo podré superar”
 - “Nadie me va a querer así”
 - “Qué dirán de mi”
 - “nadie se fijará en mi seriamente”
 - “¿Y si le hacen daño a mi mamá y hermano menor?”
 - “Nadie me comprende por lo que tuve que pasar”

Conductual:

- Se queda en su habitación para no salir y llorar sola.
 - Llorar cuando está sola constantemente.
 - Se muerde las uñas de la mano.
 - Está a la defensiva con los demás.
-

Tabla 8*Análisis cognitivo desde la perspectiva de Beck*

Situación (A)		Pensamientos (B)	Emoción y conducta (C)
Cuando	recuerdo	- ¿Por qué no dije nada	- Tristeza (9/10)
constantemente	lo	antes?	- Miedo (9/10)
sucedido		- “yo tengo la culpa que me haya pasado esto”	- Cólera (8/10)
		- “Nunca voy a poder olvidarlo”	- Quedarse en el cuarto
		- “Estoy marcada”	- No salir de casa
		- “mi tío aparecerá de nuevo en algún momento para vengarse, prefiero escapar o morir”.	- Llorar
Cuando me dicen “que te pasa, has cambiado, tu no eras así”		- “He sufrido mucho, no sirvo para nada” “nadie me creerá solo mi madre”	- Miedo (8/10)
		- “tengo que ser fuerte, pero siento que esto me tragaré”	- Tristeza (7/10)
		- “nunca superaré esto”	- Frustración (8/10)
			- Enojo (8/10)

En la casa, al ver a su madre llorar. - “yo soy la culpable de causarle dolor a mi mamá” - Tristeza (9/10)
- Lloro junto a la madre

Nota: Elaboración propia

Tabla 9*Análisis funcional*

Estímulo discriminativo	Respuesta	Estímulo reforzador
Externo	Motor:	Externo
Cuando alguien intenta abrazarme.	Morderse las uñas de las manos. Quedarme en mi cuarto.	Madre se acerca y le abraza.
Cuando alguien me toca el hombro o la cintura.	Evadir el contacto físico e ir a otro lugar.	Sus familiares le preguntan cómo está todos los días, al levantarse.
Cuando alguien me mira mucho.	Fisiológico: Dolor de cabeza, dificultad para dormir, llanto, despertarse durante las noches, pesadillas recordando situaciones de violencia sexual, disminución del apetito y respiración agitada.	Evitar salir de casa.
Ver otras chicas felices sin este problema.	Emocional:	Interno Pensar, “ya no quiero sentir esto, me da colera lo que me hizo”.
Cuando escucho comentarios desvalorativos a chicas violadas. Suelen decir pobrecita. Toparme en la calle con este señor.	Tristeza (9), Miedo (9), Cólera (8) Cognitivo: “mi tío aparecerá de nuevo en algún momento para vengarse, prefiero escapar o morir”. “He sufrido mucho, no sirvo para nada” “nadie me creerá solo mi madre” “tengo que ser fuerte, pero siento que esto me tragará” “nunca superaré esto” “porque	Latencia: Inmediata Duración: 1 hora aproximadamente. Frecuencia: Cada vez que sucede esa situación.

Interno la vida es injusta conmigo” “me van a
 Cuando recuerdo lastimar”, “todos los hombres son malos”,
 algo del abuso “si salgo a la calle me harán daño” “no
 sexual. puedo confiar en ningún hombre”.

Recordar cuando me
 han dicho que hago
 mal las cosas, que
 suelo ser un
 problema. (en casa)

Nota: Elaboración propia

2.5 Intervención

2.5.1 Plan de intervención

Según el diagnóstico mencionado de acuerdo a las evaluaciones realizadas, se ha creado un plan de intervención teniendo en cuenta los siguientes objetivos.

Los **objetivos terapéuticos** se centran en reducir el nivel de ansiedad, el miedo y los síntomas somáticos. El tratamiento consiste en modificar el comportamiento (reacciones en un determinado suceso) a través del aprendizaje durante las sesiones y generalizarlo a situaciones de su contexto; y lograr con ello el equilibrio de los síntomas, para que enfrente mejor la situación con un nuevo comportamiento. Asimismo, se trabaja el aumento de la capacidad de estrés, el control cognitivo, el manejo del miedo, la ira, la vergüenza, el manejo del resentimiento, y la aceptación del trauma.

El **objetivo general** se centra en disminuir los síntomas del estrés postraumático, reduciendo las respuestas fisiológicas, motoras, intensidad emocional y cognitivas.

Los **objetivos específicos** consisten en lo siguiente:

- Informar sobre los síntomas del estrés postraumático y las consecuencias en la vida de la usuaria a través de la psicoeducación.
- Disminuir los síntomas de ansiedad a través de la relajación muscular y respiración diafragmática.
- Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.
- Incrementar las habilidades sociales (asertividad)
- Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas.

2.5.2 Desarrollo de sesiones:

Partiendo del análisis funcional de las conductas problemáticas, así como los objetivos planteados, se elabora el programa de tratamiento en el que se hizo énfasis en la reestructuración cognitiva (Dongil-Collado, 2008) sobre anticipaciones ansiosas. Ya que esta situación desencadena en ella conductas de miedo, ira, irritabilidad y somatización. Se elabora un plan de intervención a base de técnicas que permitan brindar a la usuaria estrategias para percibir e interpretar adecuadamente las situaciones ajenas o estresantes y afrontarlas con mayor y menor activación fisiológica.

Tabla 10*Tabla de sesiones por objetivos*

OBJETIVO	SESIÓN	TÉCNICA
Objetivo 1: Informar sobre los síntomas del estrés postraumático y las consecuencias en la vida de la usuaria a través de la psicoeducación.	Sesión 1	Alianza terapéutica
	Sesión 2	Psicoeducación
Objetivo 2: Disminuir los síntomas de ansiedad a través de la relajación muscular y respiración diafragmática.	Sesión 3	Relajación muscular
	Sesión 4	Respiración diafragmática
Objetivo 3: Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	Sesión 5, 6, 7 y 8	Distorsiones cognitivas
Objetivo 4: Incrementar las habilidades sociales (asertividad)	Sesión 9	Habilidades sociales
Objetivo 5: Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas.	Sesión 10 y 11	Solución de problemas
	Sesión 12, 13 y 14	Seguimiento

Nota: Elaboración propia

2.6 Procedimiento

El programa de intervención se llevó a cabo bajo la terapia cognitivo conductual durante 14 sesiones, las cuales tuvieron una duración aproximada de 45-60 minutos, una vez por semana o cada 15 días en un centro de salud mental. Estas estuvieron destinadas a disminuir los síntomas del trastorno del estrés postraumático mediante distintas técnicas de la TCC.

El modelo AB inició creando una línea base usando distintas técnicas e instrumentos, seguidamente se realizó el programa de intervención descrito, finalmente se procedió a evaluar los resultados obtenidos hasta un mes posterior.

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

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

Las sesiones de intervención se fueron dando cada 15 días aproximadamente, debido a la alta demanda de los usuarios dentro del centro de salud. Las primeras sesiones se dieron de manera presencial. Sin embargo, después de dos meses, debido a la alta demanda de los casos en nuestro país, se retornó a realizar las atenciones de manera virtual y/o consultorio privado.

Pero, las dificultades desde ese entonces fueron el concordar con los tiempos para las sesiones respectivas, ya que, por los horarios académicos, el cuidado al hermano menor, encontrar cupo para las citas. A pesar de ello, se obtuvo el compromiso por parte de la joven y su madre para que las terapias se mantengan constantes y así poder lograr el resultado propuesto.

La terapia tuvo una duración aproximada de 10 meses, desde la demanda hasta la evaluación final. Las sesiones estuvieron divididas entre la evaluación pretratamiento, el proceso de evaluación propiamente dicho (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y diagnóstico en sus diversas modalidades, finalmente la intervención propiamente dicha. Estos procedimientos y actividades fueron registradas en tablas estadísticas de frecuencia e intensidad. Además, se realizaron 3 sesiones de seguimiento con frecuencia de cada 2 meses.

Tabla 11

Sesión 1: Psicoeducación

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Adquirir conocimientos sobre el estrés postraumático y las repercusiones que tiene en la salud integral mediante la psicoeducación.	- La madre fue informada sobre el trastorno de estrés postraumático y sus posibles consecuencias en una persona que haya experimentado abuso	- Psicoeducación de Acuerdo de compromiso.	- Lectura de la infografía del TEPT y la evitación de discutir temas de abuso con la joven son estrategias

-
- | | |
|--------------------------|-------------------|
| sexual. Además, se le | preventivas |
| enfatiza la relevancia | para prevenir la |
| del respaldo y soporte | revictimización. |
| que la familia brinda | - Se llevó a cabo |
| a la joven. | un registro de |
| - La joven fue instruida | los aspectos |
| acerca del trastorno | conductuales, |
| de estrés | emocionales, |
| postraumático y | cognitivos y |
| cómo este influye en | somáticos |
| diversas áreas de su | asociados con el |
| existencia. | trastorno de |
| - Se incentivó a la | estrés |
| joven a compartir sus | postraumático. |
| experiencias acerca | |
| de cómo ha | |
| experimentado la | |
| ansiedad. | |
-

Nota: Elaboración propia

Tabla 12*Sesión 2: Relajación muscular*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Disminuir los síntomas de ansiedad a través de la relajación muscular y respiración diafragmática	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante una dinámica de movimiento, se aspira a facilitar la ejecución de movimientos en los siguientes grupos musculares: manos, brazos, hombros, cuello, espalda, rostro, abdomen y pies. - Se exponen el concepto y las implicaciones de la técnica de Jacobson para mitigar los síntomas de activación fisiológica asociados 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de Modelado Técnica de relajación muscular de Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomendó realizar la técnica de relajación muscular de manera regular y documentar la actividad realizada de acuerdo con lo proporcionado en la sesión.

al trastorno de estrés
postraumático.

- La técnica de
relajación de
Jacobson se lleva a
cabo en colaboración
entre la joven y la
terapeuta.

Nota: Elaboración propia

Tabla 13*Sesión 3: Respiración diafragmática*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Disminuir los síntomas de ansiedad a través de la relajación muscular y respiración diafragmática.	<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza un resumen de las actividades asignadas en la sesión anterior. - Se instruyó en la orientación del aire inspirado hacia la región inferior y media de los pulmones, 4-4-8 (relajación diafragmática: inspiración, mantenimiento y expiración). - La técnica de relajación diafragmática se lleva a cabo en colaboración 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de Modelado Técnica de respiración diafragmática (4-4-8) Reforzamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda la respiración diafragmática de manera rutinaria en las mañanas y noches previas a dormir o en situaciones de estrés, y documentar la actividad realizada.

entre la joven y la
terapeuta.

- Se solicita la
implementación de la
técnica de relajación
diafragmática.
 - Interrogantes concisos
acerca de las técnicas
adquiridas. (que ha
experimentado).
-

Nota: Elaboración propia

Tabla 14*Sesión 4: Distorsiones cognitivas*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Se le preguntó acerca de su estado emocional durante las semanas sin terapia. - Se proporciona una explicación detallada sobre la identificación y clasificación entre los sucesos, pensamientos y las repercusiones emocionales, conductuales y fisiológicas (Técnica del ABC) - Se recurrió a la información recabada durante la 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación Modelado Reforzamiento positivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Se le indicó la importancia de anotar el ABC en un papel durante alrededor de dos semanas. - Recibió un archivo en formato PDF con la recomendación de sumergirse en la lectura de la obra "Las gafas de la felicidad" escrita por Rafael Santandreu.

entrevista, con el objetivo de identificar situaciones en las que se ha experimentado malestar debido a pensamientos distorsionados, proporcionándole ejemplos.

- Inicialmente, se registraron las circunstancias acontecidas, seguidamente se documentaron los pensamientos y la emoción asociada, en una escala que oscilaba entre 1 y 10 (Términos de SUD).

Tabla 15*Sesión 5: Distorsiones cognitivas*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Se formularon interrogantes abiertos acerca de la frecuencia con la que se llevaba a cabo la práctica semanal de la técnica de relajación. - Se le consultó si había experimentado alguna dificultad al completar los formularios de inscripción. - Mediante ejemplos de la joven, se facilita la comprensión de cada tipo de distorsión cognitiva, explicando detalladamente cada una de ellas. 	<p>Psicoeducación</p> <p>Modelado</p>	<p>Registrar el ABC y en la parte del B, indicar qué tipo de distorsión cognitiva es.</p>

Nota: Elaboración propia

Tabla 16*Sesión 6: Distorsiones cognitivas*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	<p>- Se formularon interrogantes de naturaleza abierta, cuentos como la implementación semanal del registro de ABC y la detección de pensamientos distorsionados.</p> <p>- Se emplearon los registros ABC que se ejecutan en calidad de actividad.</p> <p>Inicialmente, registraba las circunstancias en las que emergían pensamientos distorsionados y la emoción asociada, en una escala que oscilaba entre 1 y 10. Por ejemplo:</p> <p>A: recordar situación de violencia</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Modelado</p> <p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>Se señaló registrar el ABC y en la parte del B, especificar la naturaleza de la distorsión cognitiva presente.</p>

B: “nunca lo voy

a olvidar”

- sobregeneralización

C: encerrarse en su cuarto y

evitar salir de casa.

- A continuación,

procederemos a discutir las

(D):

- Preguntas
esclarecedoras
 - Cuestionamientos
sobre un tema
específico
 - Cuestionamientos
sobre supuestos
 - Cuestionamientos
sobre la evidencia o
la razón
 - Cuestionamientos en
relación al origen o
Notas
 - Cuestionamientos en
relación a las
implicaciones y
consecuencias
-

-
- Preguntas acerca de perspectivas y puntos de vista
 - Cuestionamientos simples y breves acerca de la técnica adquirida.
Por ejemplo: ¿Hasta la fecha, los recuerdos siguen con la misma secuencia?
Se le proporciona una explicación y se le presenta un modelo de llenado de ABCD.
-

Nota: Elaboración propia

Tabla 17*Sesión 7: Distorsiones cognitivas*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Se formularon interrogantes abiertos acerca de la práctica semanal del registro de ABCD. - Se emplearán los registros ABCD que se llevaron a cabo como actividad. Inicialmente, registraba las circunstancias en las que se manifestaban pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba, en una escala que abarcaba del 1 al 10. - Se interroga la E, que representa pensamientos alternativos al B, y se 	Psicoeducación Modelado Reestructuración cognitiva	Registrar el ABCDE Semanalmente.

proporcionan ejemplos

correspondientes a sus B.

- Se le suministran ejemplos de ABC, en los cuales la joven debe escribir la D y la E.
 - Se le proporciona un modelo de llenado de ABCDE.
-

Nota: Elaboración propia

Tabla 18*Sesión 8: Habilidades sociales*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Incrementar las habilidades sociales (asertividad).	<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza una entrevista a la joven para informar sobre su experiencia con la actividad del ABCDE. - Posteriormente, se detallan los tres estilos de comunicación (agresivo, pasivo y asertivo), junto con sus respectivas ventajas y desventajas en su implementación. - Se proporcionan ejemplos de diversas circunstancias, requiriendo que la joven identifique el estilo comunicativo. 	<p>Psicoeducación</p> <p>Entrenamiento asertivo</p>	<p>Se le indicó que elaborara una descripción de ocho circunstancias de su vida diaria y que identifique los estilos de comunicación que haya empleado otras personas.</p> <p>Posteriormente, las transforman en un estilo de comunicación asertivo.</p>

-
- Posteriormente, se le pidió que transformara aquellos ejemplos que no eran asertivos en asertivos.
-

Nota: Elaboración propia

Tabla 19*Sesión 9: Solución de problemas*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> - Se consulta a la joven sobre su estado de ánimo durante las semanas. - Se le proporciona una demostración teórica de la técnica de resolución de problemas de Zurilla y Goldfried, acompañada de un ejemplo de la vida diaria. - Después, se le presenta un ejemplo y se le instruye para que lo ejecute conforme a lo instruido. 	<p>Psicoeducación</p> <p>Entrenamiento en resolución de problemas de Zurilla y Goldfried</p>	<p>Se le asignó a la joven la tarea de redactar en su cuaderno 2 o más dificultades que experimente en su cotidianidad, y posteriormente proponer una solución viable.</p>

-
- Posteriormente, se llevará a cabo la retroalimentación en relación con los ejemplos que la joven presentó, o en caso de que exista alguna dificultad.
-

Nota: Elaboración propia

Tabla 20*Sesión 10: Solución de problemas*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Se le consulta a la joven sobre su estado de ánimo durante los distintos días. - Se instruye a la joven en la técnica de la balanza de decisiones, que resultará esencial para su desarrollo en la toma de decisiones cotidianas. - Se le presenta una variedad de ejemplos correspondientes. - Posteriormente, se le proporcionó diversas circunstancias para que ella misma pueda determinar qué decisión 	<p>Psicoeducación</p> <p>Balanza decisional</p>	<p>Llevar a cabo una evaluación de las opciones disponibles (balanza decisional) antes de tomar una decisión en su rutina diaria.</p>

adoptaría y explicar las
razones por las cuales.

Nota: Elaboración propia

Tabla 21*Sesión 11, 12 y 13: Seguimiento*

Objetivo	Desarrollo de la sesión	Técnicas utilizadas	Actividades asignadas
Prevenir recaídas a través del entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas.	- A lo largo de cada sesión, se entrevistó inicialmente con la madre y los hermanos para informar sobre el estado de la joven. Posteriormente, se realizó una entrevista con la joven para que brindara su punto de vista.	Consejería Reforzamiento	Continuar implementando las estrategias que contribuyen a la conservación de comportamientos adaptativos en el contexto de la joven.

Nota: Elaboración propia**2.7 Consideraciones éticas**

El consentimiento informado y voluntario para la intervención se obtuvo antes de la publicación de la propuesta de investigación, respetando la información proporcionada por la participante y protegiendo su privacidad, ya que se mencionó que la información obtenida de esta intervención terapéutica sería utilizada con fines de investigación que proporcionará datos científicos y evidencia a la comunidad académica. (*ver anexo A*)

III. RESULTADOS

En el presente punto se muestran los resultados obtenidos después de llevar a cabo el programa de intervención terapéutica para el TEPT. Se tomará los criterios de la paciente, familiar, psicométrico y clínico.

Criterio de la paciente

La paciente menciona: “Antes de iniciar con la terapia sentía que no valía nada, yo misma me discriminaba por ser una persona, y en ese momento pensaba que era fea interiormente y físicamente, me costaba aceptarme, me sentía manchada, inservible y por mi descuido físico que empecé a tener, como las manchas que tengo en la cara, un cuerpo poco atractivo y sobre todo manchado. Cada vez que me veía al espejo buscaba imperfecciones físicas en mi y me fijaba en todo mi cuerpo. Yo misma me daba asco de cómo era, ahora sé que fue por el abuso, no aceptaba mi cuerpo y en un momento llegue a creer que mi cuerpo era un objeto sexual. Interiormente, me costaba ser una persona buena, por así decirlo. Tenía el temor de pensar en el futuro y temor a todo por lo que pueda suceder. Sentía que actuaba por impulso y sin pensar antes. También, tenía unos sueños raros y poco comunes, y unos pensamientos muy depresivos. Cuando comencé a ir a psicología, empecé a cambiar poco a poco, me ayudó en darme un impulso a continuar y me hizo creer que yo puedo lograr grandes cosas. Con el tiempo, me di cuenta de que las cosas vienen de poco en poco, como decía mi psicóloga un paso a la vez. Que no debo pensar en el futuro sin primero intentarlo. Me ayudó a aceptarme y que todo es como yo lo veo porque si me siento bien conmigo en todos los aspectos los demás lo harán, si me respeto los demás lo harán, ahora me centro en cómo me estoy comportando yo para que los demás me traten como me tratan y que el amor y la aceptación es por cómo somos, no simplemente la belleza exterior. Me ayudó a tener metas, a creer en lo que me propongo, a aceptarme y valorarme tal como soy y las cosas buenas que hago y las malas también.

Aprendí a tenerme más paciencia y no estresarme, me ha ayudado mucho las técnicas de respiración, aunque al comienzo no fue nada fácil. Con respecto a los pensamientos equivocados que tenía pude mejorar porque ya no los tengo con la ayuda de escribir mis pensamientos, a decir verdad, escribir lo que sentía me ayudó muchísimo porque me di cuenta de muchas cosas que hasta yo misma no sabía sobre mi persona. Siento que pude lograr superar, en su mayoría, el abuso sexual, aunque, fue muy costoso hablar sobre el tema, claro las cartas que realizamos me ayudaron a dejar todo, despejar mi mente y empezar algo nuevo.”

Criterio familiar

La madre de la paciente refiere: “Los cambios de mi hija son notables, comparte más con nosotros y se muestra con más confianza. También, he podido notar que no se exalta con facilidad y tiene mayor interés por estudiar y se preocupa por conseguir dinero para sus estudios al vender los postres. Me he dado cuenta de que tiene más confianza en su persona y ya no la escucho decir comentarios negativos sobre su imagen o por cosas que pueda hacer.”

Criterio psicométrico

En relación, a la evaluación cuantitativa de los cambios en el área afectiva y emocional, se realizaron a través del uso de los mismos instrumentos administrados en la evaluación inicial, siendo el Inventario de depresión de Beck (IDB-II) y el Test de Ansiedad de Beck I.

Tabla 22

Puntajes de los resultados del Inventario de depresión y ansiedad para niños y adolescentes de Beck – II y el Test de Ansiedad de Beck II del pre y post test

Evaluación	Pre Test	Post Test
Depresión (IDB-II)	28	5
Test de Ansiedad de Beck II	36	8

Nota: Elaboración propia

En la tabla 25 se observa la diferencia entre los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de depresión de Beck II antes y después del tratamiento, el puntaje pretest de 28 y post test de 5 evidencian una considerable reducción de los síntomas depresivos posterior a la implementación del programa de intervención. Asimismo, se observa que en el test de Ansiedad de Beck II, el puntaje pretest de 36 y post test de 8 evidencian una considerable reducción de los síntomas ansiosos posterior a la implementación del programa de intervención.

Tabla 23

Puntajes de los resultados del inventario de ASC Escala de afrontamiento adolescente del pre y post test

Prueba Psicométrica	Pre - Test	Post Test
Escala de Afrontamiento adolescente - ASC de Frydenberg y Lewis	Buscar apoyo social Puntaje: 60 Categoría: Se utiliza algunas veces	Buscar apoyo social Puntaje: 70 Categoría: Se utiliza a menudo
Adaptativas	Concentrarse en resolver el problema Puntaje: 70 Categoría: Se utiliza a menudo	Concentrarse en resolver el problema Puntaje: 60 Categoría: Se utiliza algunas veces
	Esforzarse en tener éxito Puntaje: 60 Categoría: Se utiliza algunas veces	Esforzarse en tener éxito Puntaje: 70 Categoría: Se utiliza a menudo
	Invertir en amigos Puntaje: 40 Categoría: Se utiliza rara veces.	Invertir en amigos Puntaje: 55 Categoría: Se utiliza algunas veces
	Buscar pertenencia Puntaje: 25 Categoría: Estrategia no utilizada	Buscar pertenencia Puntaje: 20 Categoría: Estrategia no utilizada

Acción Social	Acción Social
Puntaje: 25	Puntaje: 35
Categoría: Estrategia no utilizada	Categoría: Se utiliza algunas veces
Buscar apoyo espiritual	Buscar apoyo espiritual
Puntaje: 16	Puntaje: 50
Categoría: Estrategia no utilizada	Categoría: Se utiliza algunas veces
Fijarse en lo positivo	Fijarse en lo positivo
Puntaje: 28	Puntaje: 50
Categoría: Estrategia no utilizada	Categoría: Se utiliza algunas veces
Buscar apoyo profesional	Buscar apoyo profesional
Puntaje: 20	Puntaje: 80
Categoría: Estrategia no utilizada	Categoría: Se utiliza a menudo
Buscar diversión relajante	Buscar diversión relajante
Puntaje: 15	Puntaje: 50
Categoría: Estrategia no utilizada	Categoría: Se utiliza algunas veces
Distracción física	Distracción física
Puntaje: 9	Puntaje: 30
Categoría: Estrategia no utilizada	Categoría: Se utiliza rara vez
Preocuparse	Preocuparse
Puntaje: 100	Puntaje: 50

Escala de Afrontamiento adolescente - ASC de Frydenberg y Lewis	Categoría: Se utiliza con mucha frecuencia Hacerse ilusiones Puntaje: 75	Categoría: Se utiliza algunas veces Hacerse ilusiones Puntaje: 55
Desadaptativas	Categoría: Se utiliza a menudo No afrontamiento Puntaje: 80	Categoría: Se utiliza algunas veces No afrontamiento Puntaje: 65
	Categoría: Se utiliza a menudo Reducción de la tensión Puntaje: 90	Categoría: Se utiliza algunas veces Reducción de la tensión Puntaje: 55
	Categoría: Se utiliza con mucha frecuencia Autoinculparse Puntaje: 60	Categoría: Se utiliza algunas veces Autoinculparse Puntaje: 35
	Categoría: Se utiliza algunas veces Reservarlo para sí Puntaje: 68	Categoría: Se utiliza rara vez Reservarlo para sí Puntaje: 40
	Categoría: Se utiliza algunas veces	Categoría: Se utiliza rara vez

Nota: Elaboración propia

En la tabla 26 se observa datos diferenciales en cada fase. En la fase de pretratamiento, la paciente utiliza con menor frecuencia estrategias adaptativas las cuales van a tener el propósito de generar una menor resolución activa ante una problemática. Mientras que en la fase de post tratamiento utiliza con mayor frecuencias estrategias adaptativas para la resolución de problemas.

Tabla 24

Puntajes de los resultados del inventario del Inventario clínico multiaxial de Millon – II del pre y post evaluación

Cuestionario de Multiaxial Millon	Pre Test	Post Test
Dependiente	89	71
Ansiedad	83	49

Nota: Elaboración propia

En la tabla 27 del Inventario Multiaxial de Millon, se observa en Pre Test, un puntaje Dependiente (89) que está dentro de los patrones clínicos y se ubica en un indicador elevado; Ansiedad (83) que está dentro de síndromes clínicos y se ubica dentro del indicador moderado. En Post Test obtuvo un puntaje: Dependiente (71) que se ubica dentro de un indicador sugestivo, y en Ansiedad (49) que se ubica dentro de un indicador bajo o leve.

Tabla 25

Puntajes de los resultados del Test de autoestima de Coopersmith del pre y post test

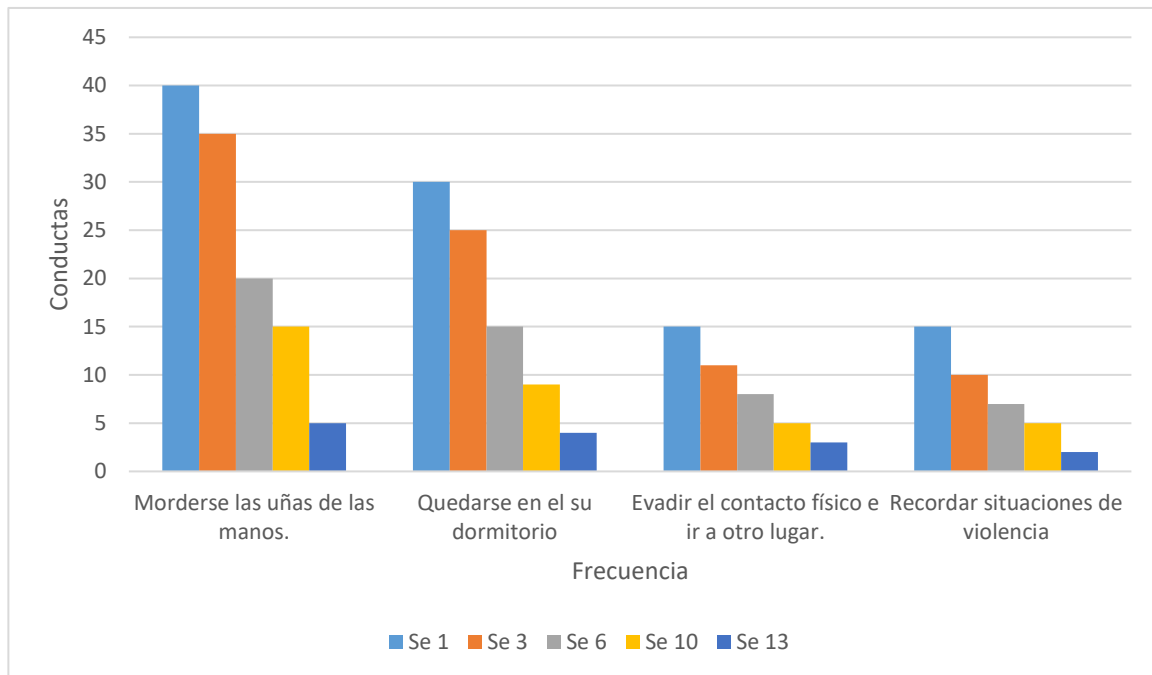
AREAS	Pre - Test	Post Test
1. Familia	4	15
2. Identidad Personal	0	10
3. Autonomía	0	15
4. Emociones	3	7
5. Motivación	1	5
6. Socialización	1	3
Puntaje Total	9	55
Nivel	Baja autoestima	Normal

Nota: Elaboración propia

En la tabla 28 se obtuvo un puntaje total de 9 en el pretest y un puntaje de 55 en el post test, lo que indica un aumento de 46 puntos en su autoestima después de recibir la intervención.

Figura 1

Registro de frecuencias de conductas motoras

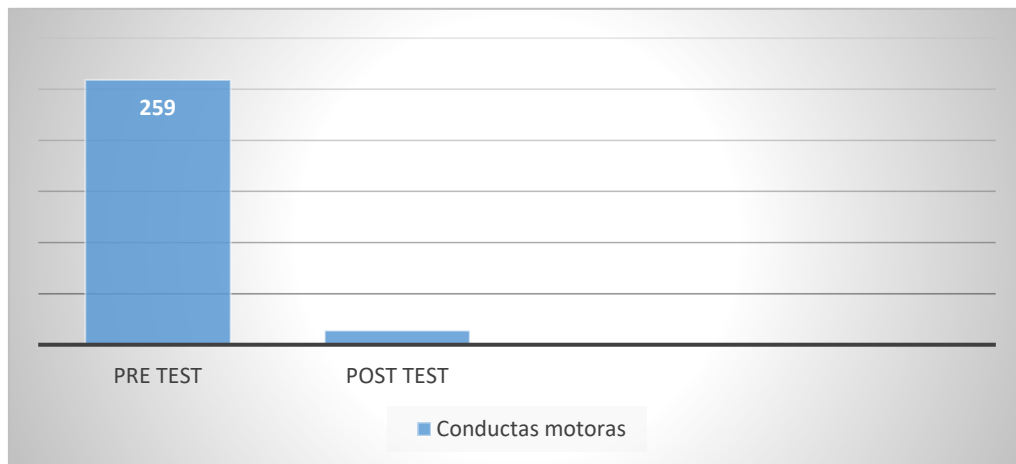


Nota: Elaboración propia

En la figura 1, se muestra la evidencia de una disminución significativa de la frecuencia de las conductas motoras que identifica TEPT durante las 13 sesiones de intervención. Siendo la mayor disminución la conducta de morderse las uñas, de unas 30 veces a la semana bajó a solo 3 veces a la semana.

Figura 2

Consolidado de resultado de frecuencias de conductas motoras (Pre test – Post test)

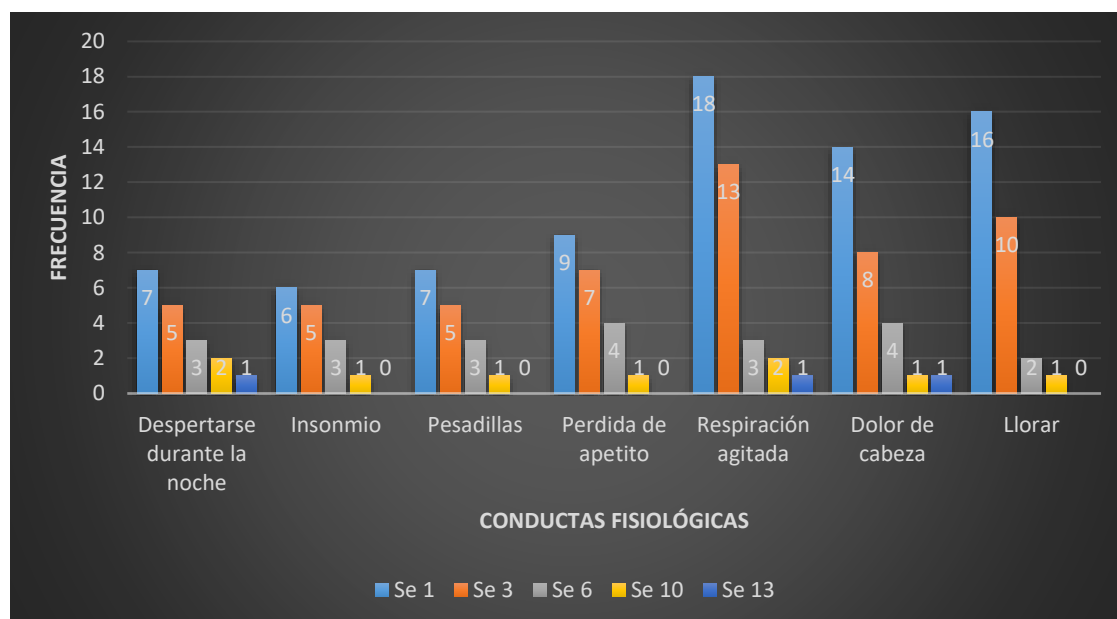


Nota: Elaboración propia

En la figura 2, se evidencia que al inicio de la intervención cognitiva conductual del estudio de caso se utilizó una línea base, registrando la frecuencia de ocurrencia de conductas motoras, siendo registradas durante la primera semana un total de 259 ocasiones en que se activaron conductas motoras, al culminar el tratamiento se refleja una disminución significativa de conductas motoras en un total de 14 ocasiones durante este proceso.

Figura 3

Registro de frecuencias de conductas fisiológicas

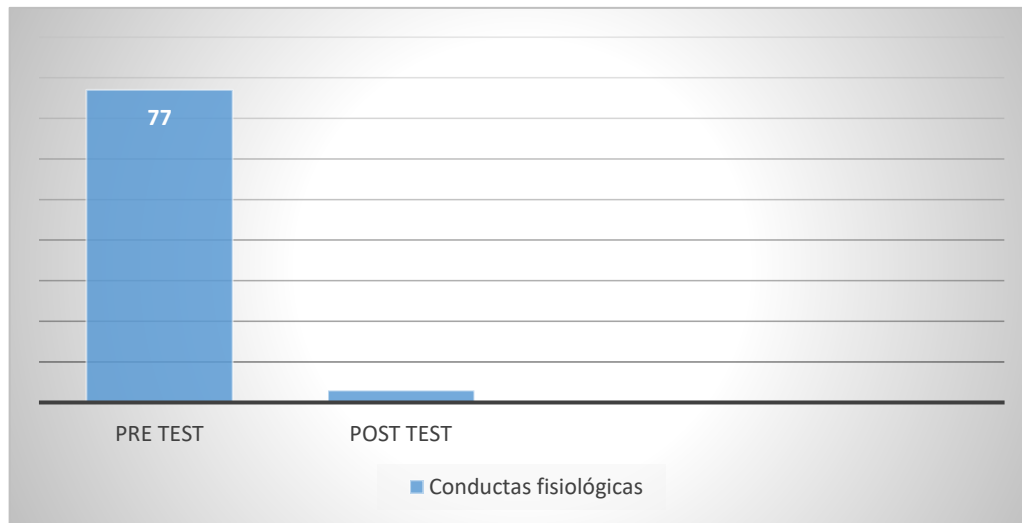


Nota: Elaboración propia

En la figura 3, se muestra que se produjo una baja significativa de la frecuencia de las conductas fisiológicas que evidencian TEPT durante las 13 sesiones de intervención. Siendo la mayor disminución la respiración agitada y el llorar, de unas 18 y 16 veces respectivamente se eliminó la conducta a 0 veces a la semana.

Figura 4

Consolidado de resultado de frecuencias de conductas fisiológicas (Pre test – Post test)

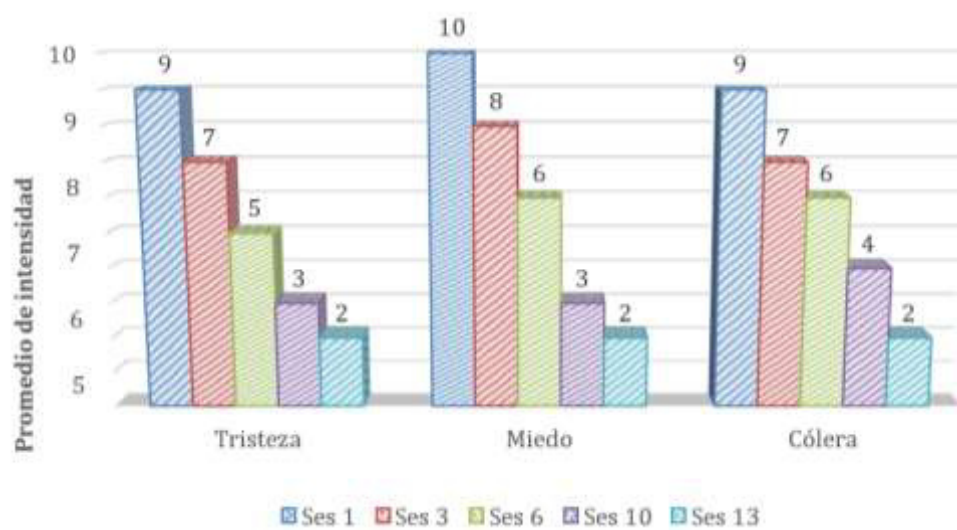


Nota: Elaboración propia

En la figura 4, se muestra que se produjo una baja significativa de la frecuencia de las conductas fisiológicas que evidencian TEPT durante las 13 sesiones de intervención, siendo registradas durante la primera semana un total de 77 ocasiones en que se activaron conductas fisiológicas, al culminar el tratamiento se refleja una disminución significativa de conductas fisiológicas en un total de 3 ocasiones durante este proceso

Figura 5

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

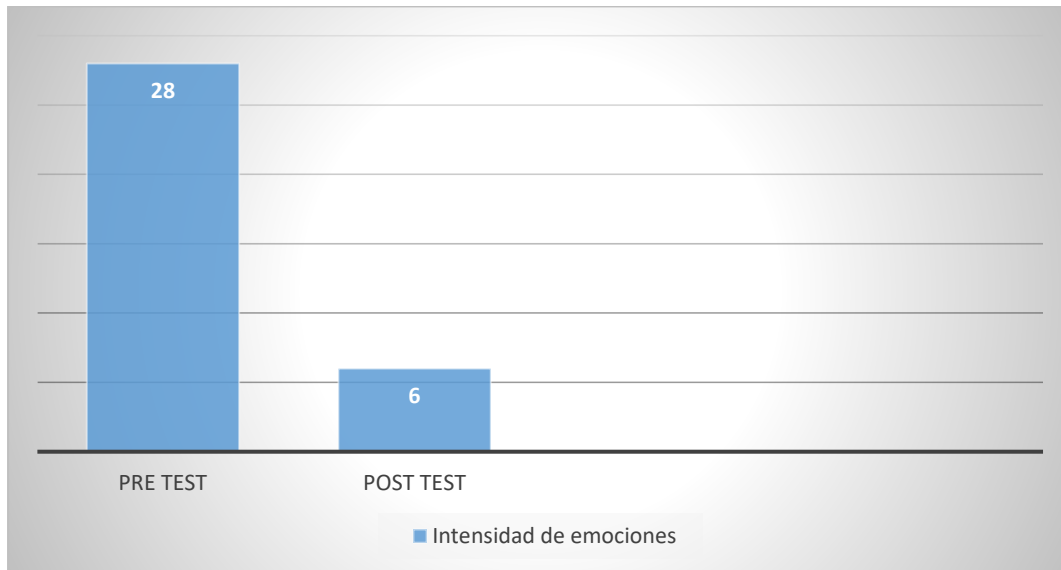


Nota: Elaboración propia

En la figura 5, se puede identificar que las emociones más frecuentes fueron tristeza, miedo y cólera, siendo el miedo el de mayor intensidad (10/10) reduciéndose luego a 2/10, después de la aplicación de las diversas técnicas según el modelo cognitivo conductual.

Figura 6

Consolidado de resultado de intensidad de emociones (Pre test – Post test)

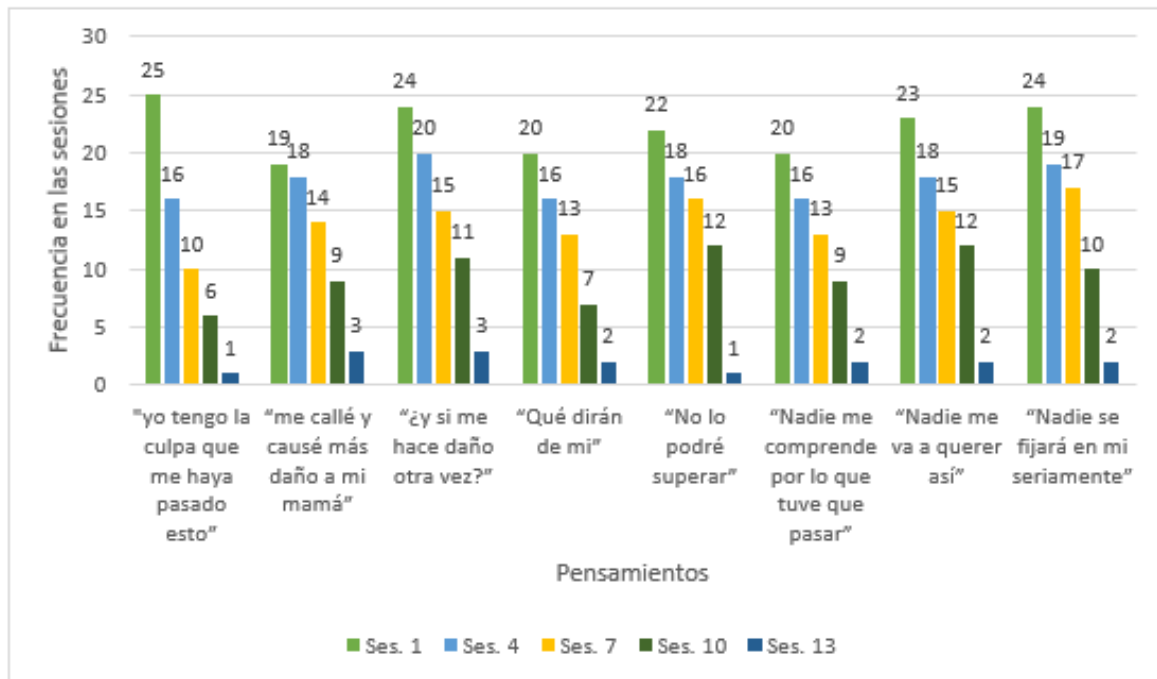


Nota: Elaboración propia

En la figura 6, se evidencia que al inicio de la intervención cognitiva conductual del estudio de caso se utilizó una línea base, registrando el nivel de intensidad de las emociones más frecuentes, mostrándose durante la primera semana un total de 28 en nivel de intensidad en qué se activaron mencionadas emociones, al culminar el tratamiento se refleja una disminución significativa de un nivel de intensidad emocional en un total de 6 durante este proceso.

Figura 7

Registro de frecuencia de pensamientos

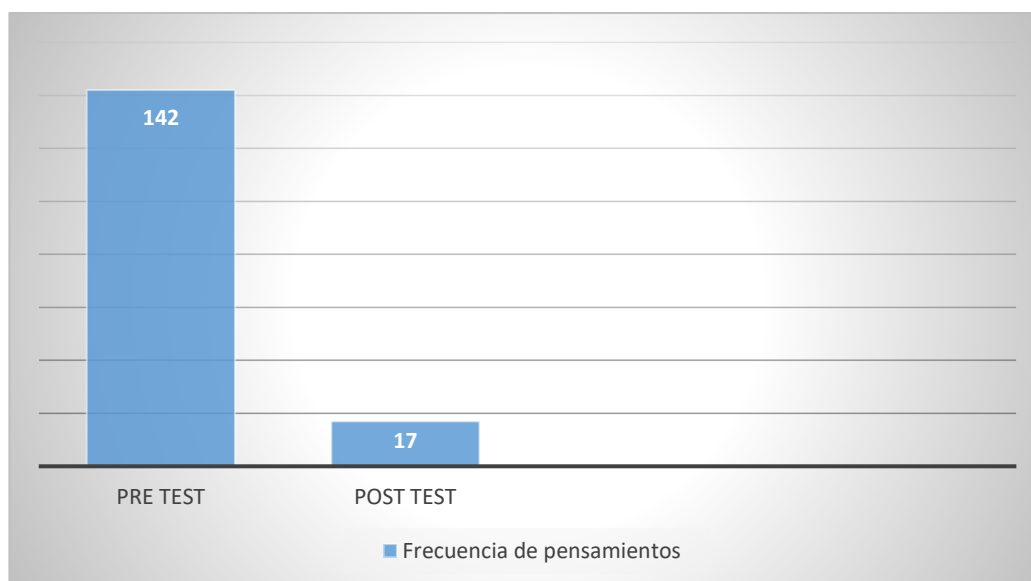


Nota: Elaboración propia

En la figura 7, se puede observar la disminución de los pensamientos distorsionados según las sesiones establecidas, conforme se fueron trabajando durante este proceso de 13 sesiones fue disminuyendo la frecuencia, por ejemplo, del pensamiento distorsionado: "yo tengo la culpa que me haya pasado esto", la frecuencia evaluada en la sesión 1 fue 25 ocasiones y terminando en la sesión 13 fue 1 ocasión.

Figura 8

Consolidado de resultado de frecuencia de pensamientos (Pre test – Post test)



Nota: Elaboración propia

En la figura 8, se evidencia que al inicio de la intervención cognitiva conductual del estudio de caso se utilizó una línea base, registrando la frecuencia de pensamientos distorsionados más frecuentes, mostrándose durante la primera semana un total de 142 que se activaron, al culminar el tratamiento se refleja una disminución significativa de la frecuencia de los pensamientos distorsionados en un total de 17 durante este proceso.

2.4. Discusión de Resultados

El objetivo del presente programa fue reducir la sintomatología del estrés postraumático de una adolescente, en los niveles cognitivo, conductual y emocional, además fortalecer las habilidades de afrontamiento. En consecuencia, los síntomas del trastorno de estrés postraumático de la joven disminuyeron significativamente después de las 13 sesiones de intervención, lo que demuestra que las técnicas cognitivo conductuales utilizadas para su tratamiento fueron efectivas. Estos resultados guardan similitud con los obtenidos por Curioso, A. (2021), quien también implementó un programa a una adolescente tras haber experimentado un abuso sexual. Esta similitud se debe a que ambos casos fueron de adolescentes, 17 en mi

caso y 16 en el caso de Curioso. El tratamiento cognitivo conductual resultó ser eficaz al realizar una intervención en casos de TEPT por abuso sexual durante la adolescencia. Este tratamiento permitió que la joven pueda llevar a cabo sus actividades cotidianas de manera funcional, sin presentar síntomas fisiológicos ni de reexperimentación. Esto se corrobora con lo afirmado por Piaget (1947). En su teoría del desarrollo cognitivo, caracteriza la adolescencia como una fase de "pensamiento formal", durante la cual los jóvenes empiezan a razonar de forma abstracta y lógica. De igual manera, Papalia (2004) postula que la adolescencia representa una fase de notable plasticidad y receptividad al cambio. Los individuos se encuentran más inclinados a experimentar, explorar y adaptarse a nuevas circunstancias, lo que le otorga una mayor receptividad al cambio.

En lo que respecta al primer objetivo específico, que implicó proporcionar conocimientos sobre la metodología de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y del estrés postraumático, como en sus repercusiones en la salud integral, se logró proporcionar la información esencial sobre el TEPT. Esta información es fundamental y esencial para la joven, permitiéndole comprender las causas subyacentes de determinadas conductas y manifestaciones clínicas. Esta tarea implicó la implementación de estrategias de psicoeducación, complementadas con una infografía pedagógica realizada para la joven, un proceso similar al llevado a cabo por Escudero et al. (2017) y Gil (2016). Estas coincidencias se atribuyen a la importancia crucial de la psicoeducación en todo proceso de intervención cognitivo conductual, con el objetivo de que el individuo que acuda a terapia comprenda su dificultad y características particulares. Posteriormente, se puede determinar cómo intervenir. Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (2019), "La psicoeducación es fundamental para promover la salud mental y prevenir trastornos mentales, ya que ayuda a las personas a desarrollar habilidades de afrontamiento y resiliencia".

En relación con el segundo propósito, se logró disminuir los síntomas de ansiedad a través de la técnica de relajación muscular y respiración diafragmática. Estas técnicas fueron también empleadas por Escudero et al. (2017) y Gil (2016), quienes consiguieron reducir los síntomas fisiológicos tales como cefaleas, vértigo, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia e insomnio. Estos hallazgos podrían atribuirse a la efectividad de la técnica de relajación muscular que se empleó en todas las investigaciones, en la cual se aprendió a relajar diversos sectores musculares. Además, se examina la efectividad de las técnicas de respiración, a pesar de que en nuestro caso empleamos la respiración diafragmática, mientras que otras investigaciones emplearon modalidades distintas como el incremento de la frecuencia respiratoria.

En el tercer objetivo, se lograron reducir las distorsiones cognitivas mediante la reestructuración cognitiva. Esta técnica es fundamental al llevar a cabo un tratamiento bajo el enfoque cognitivo conductual, tal como lo hicieron Escudero et al. (2017) y Gil (2016), donde resultó en una reducción de los síntomas observados en sus respectivas situaciones. El tratamiento capacita al paciente para identificar, analizar y modificar los pensamientos distorsionados que frecuentemente experimenta al recordar situaciones que han desencadenado un trauma emocional, como el abuso sexual y la culpa que experimentan las víctimas. A través de la reestructuración cognitiva, estos pensamientos pueden ser reemplazados por pensamientos más racionales, contribuyendo así a la preservación de un estado psicológico de bienestar emocional. En consecuencia, en este caso específico, la joven logró mitigar su sentimiento de culpabilidad, temor, enojo y tristeza al recordar incidentes de abuso, mientras interactuaba de manera más eficaz con su entorno académico y familiar. Alterando sus pensamientos "yo tengo la culpa que me haya pasado esto", "me callé y causé más daño a mi mamá" "¿y si me hace daño otra vez?", por otros más racionales como: "yo no tengo la culpa hay otros responsables que crearon esta situación", "ahora sé que lo mejor no es guardar

silencio y este no genera mi culpabilidad ni daño a mi mamá”. “No estoy sola, ni desprotegida, ahora sé que me puedo defender por mí y cuento con el apoyo de los que me aman”.

En el cuarto objetivo, se logró un incremento en el desarrollo de las habilidades sociales, en particular la asertividad, fundamentándose en la concientización mediante la reestructuración cognitiva y en el entrenamiento en comunicación asertiva. Este proceso se evidenció en la investigación de Valencia y López (2014), donde se subrayó la importancia y efectividad de promover la asertividad para prevenir futuras situaciones de violencia, subrayando así la relevancia de alcanzar el desarrollo de la asertividad como un componente esencial en la mejora del estrés postraumático. Por lo tanto, la joven manifiesta su insatisfacción cuando percibe que alguien está infringiendo alguno de sus derechos, reconociendo que la asertividad es fundamental para su evolución y desarrollo personal, dado que posibilitó el fortalecimiento de sus habilidades sociales para manejar diversas situaciones cotidianas, ya sean con sus pares o con adultos con quienes pueda interactuar.

El quinto propósito se alcanzó mediante la capacitación en técnicas de afrontamiento y resolución de problemas. Estos objetivos fueron establecidos con el fin de que la joven pueda aprender a resolver posibles problemas futuros y prevenir cualquier dificultad, evitando que experimente emociones que mermen su desempeño en cualquiera de sus áreas de relación. La prevención de recaídas es esencial, dado que es esencial para que la joven, ya sea en compañía de sus familiares próximos, pueda enfrentar situaciones adversas en un futuro próximo o lejano, tal como lo indica Habigzang et al. (2016).

De acuerdo a los resultados anteriormente mencionados, se concluye que la aplicación de la TCC produce resultados eficaces y efectivos en los casos de pacientes con TEPT.

En el presente estudio, se llevaron a cabo tres sesiones de seguimiento: la primera después de un mes, la segunda tras tres meses y finalmente la última sesión de psicoterapia tras un periodo de seis meses. En las mismas, se realizó una entrevista a la madre y hermanos, seguida de una entrevista a la paciente, proporcionándole estrategias para potenciar la resolución de problemas y entrenamiento en técnicas de afrontamiento. Adicionalmente, se proporcionaron estrategias a la madre para continuar con la implementación de estilos de crianza apropiados y se la capacitó para proporcionarle el apoyo emocional requerido.

IV. CONCLUSIONES

4.1 El programa ejerció un efecto considerable en la disminución de los síntomas del estrés postraumático, disminuyendo las respuestas fisiológicas, motoras, intensidad emocional y cognitivas. Dado que, se asistió a la paciente en la comprensión y control de sus respuestas desadaptativas vinculadas al trauma, procurando la adopción de nuevos estilos de pensamiento que le facilitaran un mejor desarrollo personal, familiar y social.

4.2 La psicoeducación pudo suministrar datos relativos al estrés postraumático y sus repercusiones en la salud integral, lo que pudo consolidar los efectos positivos en el grado de concienciación de la joven sobre este problema.

4.3 La disminución de los síntomas fisiológicos de la ansiedad, tales como cefaleas, pesadillas que evocan situaciones de violencia sexual, la reducción del apetito y la respiración agitada, con una frecuencia de 12 a 2, se observó a través del empleo de técnicas de relajación muscular progresiva y relajación diafragmática.

4.4 La reconfiguración cognitiva logró disminuir las distorsiones cognitivas en un 95%, lo cual facilitó que la joven llevara a cabo sus actividades cotidianas de la forma más eficiente posible.

4.5 Además, se lograron mejoras en las habilidades sociales (asertividad) de la joven a través de la implementación de la técnica de entrenamiento asertivo, en la cual se le instruyó en la expresión de sus puntos de vista, respetando sus propios derechos y los de los demás.

4.6 La instrucción en las técnicas de resolución de problemas de Zurilla y Goldfried, junto con la utilización de la balanza de decisiones, permitió a la joven adquirir habilidades para abordar problemas, desde los más frecuentes hasta los complejos vinculados al abuso.

4.7 Adicionalmente, se instruyó a la familia acerca del trastorno de estrés postraumático y sus consecuencias, además de proporcionarles asistencia durante el desarrollo completo de la terapia.

V. RECOMENDACIONES

5.1 Tomar como referencia el presente programa para futuros casos de intervención cognitiva conductual, dados los buenos resultados.

5.2 Emplear la psicoeducación como un instrumento positivo de fortalecimiento para la concienciación durante el proceso de intervención.

5.3 Es recomendable emplear las técnicas de relajación muscular progresiva y de respiración diafragmática debido a los resultados favorables en la reducción de la sintomatología fisiológica.

5.4 Utilizar de manera efectiva la reestructuración cognitiva, ya que ha contribuido significativamente a la reducción de la ansiedad y el estrés mediante pensamientos más realistas, el estado anímico, el fortalecimiento de su autoestima, la mejora de sus relaciones interpersonales, el incremento de la resiliencia, la reducción de comportamientos disfuncionales y la mejora en su toma de decisiones y su confianza.

5.5 Emplear el fortalecimiento de las habilidades sociales, específicamente la asertividad, para alcanzar un mayor equilibrio y satisfacción en diversos ámbitos de la vida, lo cual potenciará su crecimiento personal.

5.6 Instruir y fortalecer las técnicas de resolución de problemas, ya que son fundamentales para fomentar competencias y enfrentar diversas adversidades de la vida en diferentes circunstancias y contextos, promoviendo así el éxito y el bienestar personal.

5.7 Instruir a la familia acerca de la definición del estrés postraumático, sus repercusiones y la implementación de estrategias apropiadas para su gestión.

VI. REFERENCIAS

- Aguilar, Y. (2021). *Enfoque cognitivo conductual para disminuir el estrés postraumático en adolescentes: una revisión sistemática*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72934>
- American Psychological Association. (2017, July 31). *Cognitive behavioral therapy (CBT)*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy>
- Arévalo, A., & Cabrera, D. (2018). Impacto de la violencia en la salud: Una realidad aún negada en el Perú. *Revista Peruana de Psiquiatría*, 8(1), 4–13. <https://revista.app.org.pe/index.php/rev/article/view/33>
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (5.^a ed.). Editorial Episteme. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/4170>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Scott, K., Jin, H., Huang, Y., & Kessler, R. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10211), 1848–1859. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32111-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32111-4)
- Curioso, A. (2021). *Estudio de caso clínico: Intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno estrés post traumático*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/9278>
- Díaz, D. (2019). *Intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en una mujer adulta* [Trabajo de especialización, Universidad Pontificia Bolivariana]. <https://hdl.handle.net/20.500.11912/6112>
- Dongil, E. (2008). Reestructuración cognitiva: Un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14(2–3), 265–288. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2008/anyes2008a20.pdf>

- Escudero, S., Martín, L., & González, H. (2017). Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 5(1). <https://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/index.php/RCCSM/article/view/30>
- Fernández, A. (2022). *Intervención cognitivo conductual en caso de trastorno de estrés postraumático en una niña* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/7126>
- Fernández, M., Oropeza, D., & Roldán, L. (2020). Síntomas del trastorno de estrés postraumático en adultos y su influencia en el ámbito familiar. *Revista de Psicología*, 18(2), 120–135. <https://revistas.ulima.edu.pe/>
- Gil, A. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 75–80. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477152548010.pdf>
- Gómez, M., Chaparro, G., Martín, C., & Crespo, M. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de estrés postraumático. *Clínica y Salud*, 29(2), 101–104. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a15>
- Guzmán, M., Padrós, F., Laca, F., & García, T. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en evidencia para el trastorno por estrés postraumático. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3), 1177–1193. <https://revistas.unam.mx/>
- Habigzang, L., Pinto, C., van de Bongardt, D., & Koller, S. (2016). Terapia de grupo cognitivo-conductual para niñas víctimas de violencia sexual en Brasil. *Anales de Psicología*, 32(2), 433–440. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.213041>
- Haynes, S., & O'Brien, W. (1990). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. In A. E. Kazdin (Ed.), *Innovations in clinical*

practice: A sourcebook (Vol. 9, pp. 653–672). Professional Resource Press.

https://www.researchgate.net/publication/229024774_Functional_analysis_in_behavior_therapy_Behavioral_foundations_and_clinical_application

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.).

McGraw-Hill Education. <https://www.mheducation.com.mx/metodologia-de-la-investigacion-9786071502919-latam>

McLean, C., & Foa, E. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder:

A review of evidence and dissemination. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11, 1151–1163. <https://doi.org/10.1586/ern.11.94>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2020). *Cifras de violencia durante el*

aislamiento social (Boletín 06-2020). <https://portalestadistico.pe/>

Montes, S., & Ledesma, R. (2021). Estrés postraumático luego de siniestros viales: Una

revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082021000100103

Mueser, K., Deavers, F., Penn, D., Clark, R., Torrey, W., & Risi, S. (2015). Evaluation of

cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 493–500. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.155799>

Navarro, J., Pulido, R., Berger, C., Arteaga, M., Osofsky, J., Martínez, M., & Cross, T. (2016).

Children's disaster experiences and psychological symptoms. *International Social Work*, 59(4), 545–558. <https://doi.org/10.1177/0020872814537850>

Orezzoli, F., & Villavicencio, J. (2024). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma* [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad de Lima].

Repositorio Institucional ULIMA. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/20482>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Mental health: Strengthening our response*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Global status report on road safety 2023*.

<https://iris.who.int/handle/10665/375016>

Papalia, D., Wendkos, S., & Feldman, R. (2004). *Desarrollo humano*. (9.^a ed.). McGraw-Hill

Interamericana.

<https://cdn.website-editor.net/50c6037605bc4d1e9286f706427108e6/files/uploaded/Desarrollo%2520Humano%2520-%2520Diane%2520Papalia%2520Duskin%252011%25C2%25AA%2520Edicion.pdf>

Piaget, J. (1947). *La psychologie de l'intelligence*. Armand Colin.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232235>

Terrones, M. (2018). *Características Clínico Epidemiológicas del Trastorno de Estrés*

Postraumático en población expuesta al fenómeno El Niño. El Porvenir – Trujillo, 2017

[Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/25361>

Urbano, D. (2019). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual para disminuir los síntomas*

del trastorno de estrés postraumático en los pacientes niños y adolescentes. [Tesis de

segunda especialidad, Universidad Norbert Wiener].

<https://hdl.handle.net/20.500.13053/3350>

Ursano, R., Kao, T., & Fullerton, C. (1992). Posttraumatic stress disorder and meaning. *Journal*

of Nervous and Mental Disease, 180(12), 756–759. [https://doi.org/10.1097/00005053-](https://doi.org/10.1097/00005053-199212000-00003)

[199212000-00003](https://doi.org/10.1097/00005053-199212000-00003)

Valencia, A., & López, M. (2014). Formulación de caso cognitivo-conductual y tratamiento de estrés postraumático por abuso sexual infantil. *Eurythmie*, 1(1), 23–39.

<https://www.academia.edu/11839783/>

VII. ANEXOS

ANEXO A. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo [Redacted], identificado con DNI N° [Redacted], manifiesto que he recibido información adecuada sobre todos los aspectos relacionados al tratamiento, así como acerca de las condiciones para mí y mi familia, por lo cual he otorgado mi consentimiento voluntario, conforme a las siguientes condiciones:

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

- 1.- Se llevará a cabo una intervención psicológica enfocada en atender el motivo de consulta expuesto.
- 2.- La intervención terapéutica será la apropiada para la situación clínica y se ubicará dentro del marco de la psicoterapia cognitivo conductual.
- 3.- Por lo tanto, dejo constancia que he sido informado sobre las características, técnicas del enfoque a implementar y que todas las interrogantes que pueda tener han sido respondidas.

DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

- 1.- El tratamiento se realizará con una periodicidad específica establecida por el profesional encargado del tratamiento. Las consultas tienen una duración media de 45 a 60 minutos, siendo su duración susceptible de fluctuaciones en función de los eventos que se presenten durante el proceso.
- 2.- El periodo de tratamiento será de aproximadamente 13 sesiones, pudiendo ser extendido si se considera necesario.
- 3.- La ausencia a dos entrevistas sucesivas sin aviso previo por parte del paciente será considerada como abandono del tratamiento, considerándose como concluido.

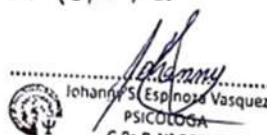
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

- 1.- El tratamiento podrá ser suspendido de manera unilateral por el paciente en el momento en que lo estime pertinente, informando de esta decisión al profesional de atención al paciente, quien llevará a cabo una evaluación del paciente. En caso de que dicha interrupción resulte perjudicial para la parte involucrada o para terceros. Siendo responsable de notificar a quien considere responsable.
- 2.- Se garantiza la confidencialidad en relación con la información recibida por la paciente, cuyo límite únicamente podrá ser transgredido por motivos justos, conforme a lo estipulado en el código de ética del ejercicio profesional.
- 3.- La paciente asume la responsabilidad de acatar las instrucciones terapéuticas proporcionadas por el profesional de la salud.

Lugar: Lima

Fecha: 15/02/23


Firma de la Paciente


.....
Iohanna S. Espinoza Vasquez
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 36342
Firma del Psicólogo

ANEXO B. Inventario de depresión de Beck (IDB-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 gusto 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 C. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO D. ASC Escala de Afrontamiento Adolescente.

Instrucciones

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar con una "X" sobre la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

- Nunca lo hago A
- Lo hago raras veces B
- Lo hago algunas veces C
- Lo hago a menudo D
- Lo hago con mucha frecuencia E

Por ejemplo, si *algunas veces* te enfrentas a tus problemas mediante la acción de "Hablo con otros-para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema", deberías marcar la C como se indica a continuación:

1	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	A	B	C	D	E
2	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	A	B	C	D	E
3	Sigo con mis tareas como es debido	A	B	C	D	E

4	Me preocupo por mi futuro	A	B	C	D	E
5	Me reúno con mis amigos más cercanos	A	B	C	D	E
6	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan	A	B	C	D	E
7	Espero que me ocurra lo mejor	A	B	C	D	E
8	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	A	B	C	D	E
9	Me pongo a llorar y/o gritar	A	B	C	D	E
10	Organiza una acción en relación con mi problema	A	B	C	D	E
11	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema	A	B	C	D	E
12	Ignoro el problema	A	B	C	D	E
13	Ante los problemas, tiendo a criticarme	A	B	C	D	E
14	Guardo mis sentimientos para mí solo(a)	A	B	C	D	E
15	Dejo que Dios me ayude con mis problemas	A	B	C	D	E
16	Pienso en aquéllos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves	A	B	C	D	E
17	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo	A	B	C	D	E
18	Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.	A	B	C	D	E
19	Practico un deporte	A	B	C	D	E
20	Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	A	B	C	D	E
21	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades	A	B	C	D	E
22	Sigo asistiendo a clases	A	B	C	D	E
23	Me preocupo por buscar mi felicidad	A	B	C	D	E
24	Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a)	A	B	C	D	E

25	Me preocupo por mis relaciones con los demás	A	B	C	D	E
26	Espero que un milagro resuelva mis problemas	A	B	C	D	E
27	Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)	A	B	C	D	E
28	Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas	A	B	C	D	E
29	Organizo un grupo que se ocupe del problema	A	B	C	D	E
30	Decido ignorar conscientemente el problema	A	B	C	D	E
31	Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas	A	B	C	D	E
32	Evito estar con la gente	A	B	C	D	E
33	Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas	A	B	C	D	E
34	Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas	A	B	C	D	E
35	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas	A	B	C	D	E
36	Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades	A	B	C	D	E
37	Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud	A	B	C	D	E
38	Busco ánimo en otras personas	A	B	C	D	E
39	Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	A	B	C	D	E
40	Trabajo intensamente (Trabajo duro)	A	B	C	D	E
41	Me preocupo por lo que está pasando	A	B	C	D	E
42	Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)	A	B	C	D	E
43	Trato de adaptarme a mis amigos	A	B	C	D	E
44	Espero que el problema se resuelva por si sólo	A	B	C	D	E
45	Me pongo mal (Me enfermo)	A	B	C	D	E
46	Culpo a los demás de mis problemas	A	B	C	D	E

47	Me reúno con otras personas para analizar el problema	A	B	C	D	E
48	Saco el problema de mi mente	A	B	C	D	E
49	Me siento culpable por los problemas que me ocurren	A	B	C	D	E
50	Evito que otros se enteren de lo que me preocupa	A	B	C	D	E
51	Leo la Biblia o un libro sagrado	A	B	C	D	E
52	Trato de tener una visión positiva de la vida	A	B	C	D	E
53	Pido ayuda a un profesional	A	B	C	D	E
54	Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	A	B	C	D	E
55	Hago ejercicios físicos para distraerme	A	B	C	D	E
56	Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A	B	C	D	E
57	Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago	A	B	C	D	E
58	Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo	A	B	C	D	E
59	Me preocupo por las cosas que me puedan pasar	A	B	C	D	E
60	Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica	A	B	C	D	E
61	Trato de mejorar mi relación personal con los demás	A	B	C	D	E
62	Sueño despierto que las cosas van a mejorar	A	B	C	D	E
63	Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos	A	B	C	D	E
64	Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo	A	B	C	D	E
65	Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo	A	B	C	D	E
66	Cuando tengo problemas, me aísto para poder evitados	A	B	C	D	E
67	Me considero culpable de los problemas que me afectan	A	B	C	D	E
68	Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento	A	B	C	D	E

69	Pido a Dios que cuide de mí	A	B	C	D	E
70	Me siento contento(a) de cómo van las cosas	A	B	C	D	E
71	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo	A	B	C	D	E
72	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	A	B	C	D	E
73	Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema	A	B	C	D	E
74	Me dedico a mis tareas en vez de salir	A	B	C	D	E
75	Me preocupo por el futuro del mundo	A	B	C	D	E
76	Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir	A	B	C	D	E
77	Hago lo que quieren mis amigos	A	B	C	D	E
78	Me imagino que las cosas van a ir mejor	A	B	C	D	E
79	Sufro dolores de cabeza o de estómago	A	B	C	D	E
80	Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas	A	B	C	D	E

ANEXO E. Inventario De Autoestima De Coopersmith Forma Escolar

Nombre..... Edad: Sexo:

Nivel Educativo:

INSTRUCCIONES

Marque con un Aspa (X) debajo de V ó F, de acuerdo a los siguientes criterios:

V cuando la frase SI coincide con su forma de ser o pensar

F si la frase NO coincide con su forma de ser o pensar

ITEMS V F

1. Las cosas generales no me preocupan.
2. Me resulta muy difícil hablar frente a la clase.
3. Hay muchas cosas sobre mí mismo (a) que cambiaría si pudiera.

4. Puedo tomar decisiones sin muchas dificultades.
5. Soy una persona divertida.
6. En casa me fastidio fácilmente.
7. Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo.
8. Soy popular entre los chicos (as) de mi edad.
9. Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.
10. Me rindo fácilmente.
11. Mis padres esperan demasiado de mí
12. Es bastante difícil ser yo mismo (a).
13. Mi vida es complicada.
14. Los (as) chicos (as) generalmente aceptan mis ideas.
15. Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo (a).
16. Muchas veces me gustaría irme de casa.

17. Generalmente me siento aburrido (a) en la escuela.
18. Físicamente no soy tan simpático (a) como la mayoría de personas.
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.
20. Mis padres me comprenden.
21. La mayoría de personas caen mejor de lo que yo caigo.
22. Generalmente siento que mis padres me estuvieran presionando.
23. Generalmente me siento desmoralizado (a) en la escuela.
24. Generalmente desearía ser otra persona.
25. No se puede confiar en mí.
26. Nunca me preocupo de nada.
27. Estoy seguro (a) de mí mismo (a).
28. Caigo bien fácilmente.

29. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
30. Paso bastante tiempo soñando despierto (a).
31. Desearía tener menos edad.
32. Siempre hago lo correcto.
33. Estoy orgulloso (a) de mi rendimiento en la escuela.
34. Alguien siempre debe decirme lo que debo hacer.
35. Generalmente me arrepiento de las cosas que hago.
36. Nunca estoy contento (a).
37. Estoy haciendo lo mejor que puedo.
38. Generalmente puedo cuidarme solo (a).
39. Soy bastante feliz.
40. Preferiría jugar con niños (as) más pequeños (as) que yo.
41. Me gustan todas las personas que conozco.

42. Me gusta cuando me llaman a la pizarra.
43. Me comprendo a mí mismo (a).
44. Nadie me presta mucha atención en casa.
45. Nunca me llaman la atención.
46. No me está yendo tan bien en la escuela como quisiera.
47. Puedo tomar una decisión y mantenerla.
48. Realmente no me gusta ser un (a) adolescente.
49. No me gusta estar con otras personas.
50. Nunca soy tímido (a).
51. Generalmente me avergüenzo de mí mismo (a).
52. Los (as) chicos (as) generalmente se la agarran conmigo.
53. Siempre digo la verdad.

54. Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz.
55. No me importa lo que me pase.
56. Soy un fracaso.
57. Me fastidio fácilmente cuando me regañan.
58. Siempre sé lo que debo decir a las personas.

ANEXO F. Inventario clínico multiaxial de Millon – Millon II.

Pregunta	
1	Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2	He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.
3	Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4	Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5	Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6	Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7	Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8	Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9	Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10	Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11	Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12	Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13	Tengo poco interés en hacer amigos.
14	Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15	Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16	La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17	Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18	Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19	Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.

20	A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21	Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22	Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23	Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24	La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25	Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26	Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27	Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.
28	Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.
29	Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30	Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31	Cuando entro en crisis busco en seguida alguien que me ayude.
32	Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33	Casi siempre me siento débil y cansado.
34	Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35	A menudo mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36	Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37	Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38	Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39	Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.

40	En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.
41	Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42	Soy una persona muy agradable y dócil.
43	La principal causa de mis problemas ha sido mi “mal carácter”.
44	No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45	En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46	Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.
47	Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48	Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49	Soy una persona tranquila y temerosa.
50	Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51	Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52	Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo
53	Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54	Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55	No soporto a las personas “sabihondas” que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56	He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57	Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.
58	Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59	Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

60	Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61	Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62	El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63	Le gusto a muy poca gente.
64	Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65	Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66	Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67	Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68	Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69	Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70	Tomar las llamadas drogas “ilegales” puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
71	Me siento continuamente muy cansado.
72	No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73	He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74	Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75	Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76	Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77	Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.

78	Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.
79	Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80	Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81	Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82	No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83	Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84	Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85	Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86	Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87	Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88	Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89	Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90	No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91	No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92	El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93	Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.
94	Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95	Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96	En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97	Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98	Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99	En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100	Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.

101	No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102	Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103	Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104	Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal.
105	En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106	Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107	Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108	Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109	Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110	Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111	Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.
112	Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113	Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia dónde voy en la vida.
114	Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115	A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116	La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117	Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118	Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119	Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120	Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

121	Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122	Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123	Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.
124	Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125	Me resulta fácil hacer nuevos amigos.
126	Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127	Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
128	Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129	No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.
130	He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131	Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132	Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133	Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134	Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135	Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136	En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137	Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138	La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.
139	Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.
140	El problema de usar drogas “ilegales” me ha causado discusiones con mi familia.
141	Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.

142	Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143	No me importa que la gente no se interese por mí.
144	Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145	La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146	Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147	Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148	A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149	Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150	No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151	En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152	En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153	Estoy de acuerdo con el refrán “Al que madruga Dios le ayuda”.
154	Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155	Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156	Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157	En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158	Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
159	Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160	Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

161	Rara vez me emociono mucho con algo.
162	Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
163	No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164	Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165	Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166	Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167	Últimamente me siento completamente destrozado.
168	A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169	Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170	Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171	Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172	Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173	Prefiero estar con gente que me protegerá.
174	He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175	En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

ANEXO I. Registro semanal de las SUD mediante la relajación progresiva de Jacobson

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Nivel de SUD	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10

ANEXO J. Registro de reestructuración de pensamientos automáticos negativos

(A)		(B)	(C)	(D)	(E)	
Fecha y hora	Situación Vivenciada	Pensamiento Automático	Reacción/ Emoción	Proceso de Reestructuración (Cuestionamiento de B)	Respuesta racional (Pensamiento transformado/emoción)	Resultado Me beneficia / no me beneficia