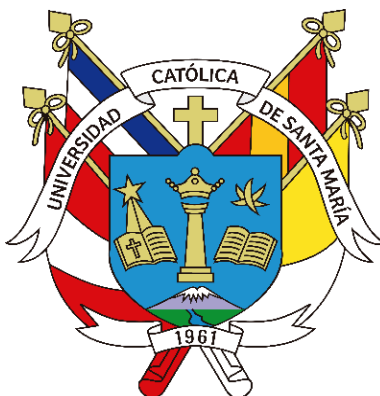


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**Técnicas de terapia cognitivo-conductual en pacientes con sintomatología
postraumática y concomitante de un Centro de Salud Mental Comunitario**

Tesis presentada por el Bachiller:

Del Carpio Suca, Anderson David

ORCID: 0009-0006-0866-7354

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Asesor:

Mg. Cartagena López, Jorge Brayan

ORCID: 0009-0004-8625-6361

Arequipa- Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 21 de Enero del 2026

Dictamen: 012817-C-EPSIC-2026

Visto el borrador del expediente 012817, presentado por:

2017243241 - DEL CARPIO SUCA ANDERSON DAVID

Titulado:

**TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA
POSTRAUMÁTICA Y CONCOMITANTE DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

**29457820 - MARTINEZ CARPIO HECTOR EMILIO
DICTAMINADOR**



**29606304 - PUMA HUACAC ROGER FREDDY
DICTAMINADOR**



**42957579 - RAMOS VARGAS LUIS FERNANDO
DICTAMINADOR**



TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA Y CONCOMITANTE DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1 diagnosticospsicologicosunad403024111.blogspot.com 3%
Fuente de Internet

2 Submitted to Universidad Católica de Santa María 2%
Trabajo del estudiante

3 core.ac.uk 1%
Fuente de Internet

4 hdl.handle.net 1%
Fuente de Internet

5 www.journalprosciences.com 1%
Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo de investigación en primer lugar a Dios por la esperanza, fortaleza y perseverancia que me otorgó para alcanzar cada objetivo propuesto.

A mi madre, Gina Suca, quien me formó con valores y principios que ayudaron a alcanzar este logro, por el apoyo incondicional y su confianza en mí que estuvo presente en todo el proceso y por su compañía en los momentos más difíciles.

A mi padre, Milton Del Carpio, por enseñarme a ser optimista en las adversidades y por sus palabras que cargadas de emoción hacen más liviana la carga.

A mi abuela, Isolina Chávez, quien en vida fue ejemplo de amor y unión, por su gentileza, y confianza hacia mi persona. Aunque ya no se encuentre físicamente, sus palabras siguen alumbrando mi camino.

A todos los profesionales que con su experiencia y conocimientos me guiaron, enseñaron y corrigieron, por ayudarme a recordar que, aunque se domine todas las técnicas o se conozca todas las teorías cuando se toque un alma humana debemos ser apenas otra alma humana.



Agradecimientos

Expreso mi más sincero agradecimiento a las personas e instituciones que fueron parte de este proyecto de investigación por el apoyo, facilidad, tiempo y disposición que me brindaron para poder llevar a cabo este trabajo, a mis docentes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, por brindarme sus conocimientos en mi trayectoria universitaria.

Así mismo expreso mi gratitud al Mg. Jorge Cartagena por su orientación profesional, laboral y educativa, y a todas las personas que me apoyaron y guiaron durante el desarrollo de esta investigación para poder culminar con esta etapa tan importante en la vida profesional, ayudándome a cumplir un gran sueño, obtener el título profesional compartiendo este recuerdo y alegría de inicio a fin.



Resumen

El estudio tuvo el objetivo de evaluar el efecto de la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática en la gravedad de la sintomatología postraumática y los niveles de sintomatología concomitante en pacientes con TEPT. La investigación se planteó desde el enfoque cuantitativo siguiendo una línea experimental con alcance explicativo, cuya muestra estuvo conformada por 16 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizaron como instrumentos psicométricos la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-Revisada (EGS-R), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); asimismo, se aplicó el Programa de Evaluación e Intervención que incluye el Protocolo de Reestructuración Cognitiva y el Protocolo de Desensibilización Sistemática. Los resultados demostraron que hubo una reducción de la gravedad en los núcleos sintomáticos del TEPT y en los niveles de depresión y ansiedad, además de una disminución de la puntuación media en sintomatología postraumática de 38.6 a 23.6 y en sintomatología concomitante, para depresión de 31.3 a 20.1 y para ansiedad de 20.6 a 12.0, cuyas diferencias son estadísticamente significativas ($p < .05$).

Palabras clave: Reestructuración cognitiva, Desensibilización sistemática, Sintomatología postraumática.

Abstract

The study aimed to evaluate the effect of cognitive restructuring and systematic desensitization on posttraumatic symptom severity and levels of concomitant symptoms in patients with PTSD. The research was conducted using a quantitative approach following an experimental approach with explanatory scope. The sample consisted of 16 patients who met the inclusion criteria. The psychometric instruments used were the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale-Revised (PSS-R), the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and the Beck Anxiety Inventory (BAI). The Assessment and Intervention Program, which includes the Cognitive Restructuring Protocol and the Systematic Desensitization Protocol, was also applied. The results showed a reduction in the severity of PTSD symptom cores and in levels of depression and anxiety, as well as a decrease in the mean score for post-traumatic symptoms from 38.6 to 23.6, and in concomitant symptoms, for depression from 31.3 to 20.1, and for anxiety from 20.6 to 12.0, the differences being statistically significant ($p < .05$).

Key words: Cognitive restructuring, Systematic desensitization, Post-traumatic symptoms.

Índice General

Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
Abstract	
Introducción.....	1
Capítulo I. Marco Teórico-Investigativo	4
Pregunta de Investigación	4
Variables y Definición Operacional.....	4
Objetivos	5
Antecedentes Teórico-Investigativos	6
Hipótesis	27
Capítulo II. Método	28
Método	28
Instrumentos.....	28
Participantes.....	33
Procedimiento	38
Consideraciones Éticas	45
Análisis de datos	46
Capítulo III. Resultados.....	48
Resultados	48
Discusión	58

Conclusiones.....	62
Sugerencias.....	63
Limitaciones.....	64
Referencias.....	65



Índice de Tablas

Tabla 1 Descripción de Participantes por Sexo	34
Tabla 2 Descripción de Participantes por Nivel Educativo	35
Tabla 3 Descripción de Participantes por Edad.....	36
Tabla 4 Descripción de Participantes por Estado Civil	36
Tabla 5 Descripción de Pruebas de Normalidad	48
Tabla 6 Gravedad de Sintomatología Postraumática Pretest y Postest del Grupo Experimental	49
Tabla 7 Gravedad de Sintomatología Postraumática Pretest y Postest del Grupo Control.....	50
Tabla 8 Niveles de Sintomatología Concomitante (Depresión) Pretest y Postest del Grupo Experimental	51
Tabla 9 Niveles de Sintomatología Concomitante (Depresión) Pretest y Postest del Grupo Control.....	52
Tabla 10 Niveles de Sintomatología Concomitante (Ansiedad) Pretest y Postest del Grupo Experimental	53
Tabla 11 Niveles de Sintomatología Concomitante (Ansiedad) Pretest y Postest del Grupo Control.....	54
Tabla 12 Análisis Descriptivo e Inferencial de las Diferencias de la Variable Sintomatología Postraumática en el Pretest y Postest	55
Tabla 13 Análisis Descriptivo e Inferencial de las Diferencias de la Variable Sintomatología Concomitante (Depresión) en el Pretest y Postest	56
Tabla 14 Análisis Descriptivo e Inferencial de las Diferencias de la Variable Sintomatología Concomitante (Ansiedad) en el Pretest y Postest	57

Índice de Anexos

Anexo 1 Análisis Funcional de la Conducta Detallado.....	79
Anexo 2 Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático- Revisada (EGS-R)	84
Anexo 3 Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	87
Anexo 4 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	89
Anexo 5 Ficha Sociodemográfica	90
Anexo 6 Programa de Evaluación e Intervención.....	91
Anexo 7 Consentimiento Informado	96
Anexo 8 Registro de Asistencia	97
Anexo 9 Dictamen de Aprobación de Comité de Ética.....	98
Anexo 10 Carta de Presentación	100
Anexo 11 Autorización Microred de Salud Ciudad de Dios.....	101
Anexo 12 Autorización CSMC Allin Kay-Yura.....	102
Anexo 13 Registro de Sesiones Aplicadas.....	103

Introducción

Vivir en un mundo globalizado, ajetreado, intrincado e incierto, como en el que habita el ser humano, provoca la experiencia de situaciones estresantes a lo largo de la vida que, influenciadas por la susceptibilidad, resultan algunas más intensas que otras (Orlandini, 2012; Polo Martinez, 2017). Cuando el evento es percibido de manera directa o indirecta como altamente estresante, por ser amenazante y/o perjudicial para la salud, se produce el trauma (Cervera et al., 2020; Zegarra-Valdivia & Chino-Vilca, 2019). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (1948) entiende a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En algunas ocasiones inmediatamente luego del suceso traumático puede presentarse sintomatología postraumática, incluso cumplir con los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) si se le suma una duración superior a un mes, malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento y la no atribución a efectos de una sustancia u otra afección médica. (American Psychiatric Association [APA], 2014).

El cuadro clínico del TEPT demostró ser bastante influyente debido a los grandes costes en la economía y los elevados niveles de deficiencia social, laboral y física, lo que llevó a varios años de investigación, desarrollo y pruebas de tratamiento. Así, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se consideró entre las más efectivas, con investigación más severa para tratar la sintomatología postraumática (APA, 2014; Cloitre, 2020).

En un artículo científico se constató la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma para 73 mujeres víctimas de violencia física, psicológica y/o sexual de pareja, cumpliendo con los criterios diagnósticos de TEPT según el DSM-IV-TR. Los resultados mostraron una disminución en síntomas postraumáticos de 25.26 a 9.38 y en concomitante de 26.95 a 11.9 para ansiedad, de 18.77 a 7.96 para depresión, de 19.97 a

11.34 para inadaptación y de 10.91 a 7.45 para cogniciones postraumáticas (Cáceres-Ortiz et al., 2011). En otro estudio, con una muestra de 20 mujeres víctimas de violencia doméstica y diagnosticadas de TEPT crónico según los criterios del DSM-IV-TR, se aplicó un programa de intervención cognitivo-conductual. Al finalizar los niveles de sintomatología postraumática y concomitante asociada disminuyeron significativamente y el 100% de quienes completaron el tratamiento no alcanzaron los puntos de corte mínimos para el diagnóstico del TEPT (Labrador et al., 2006).

Por otro lado, se realizó una investigación en España con 120 participantes víctimas del terrorismo, con diagnóstico de TEPT según los criterios diagnósticos del DSM-IV y elevada sintomatología postraumática. Después de 16 sesiones de TCC - centrada en el trauma la prevalencia del TEPT disminuyó significativamente del pretratamiento (48%) al postratamiento (0%), así como su sintomatología de 42.6 a 25.5 en puntuación media a diferencia del grupo control (Gesteira et al., 2018).

En un estudio realizado con una muestra de 3 881 personas adultas, mayores de 18 años, en tres regiones de la sierra del Perú se encontró que la prevalencia del TEPT varía según los eventos traumáticos experimentados. Se mostró que el 65.47% de las personas que experimentaron violación desarrollaron TEPT, en personas afectadas por la violencia política fue el 48.57% ; en cuanto a personas que presenciaron algún tipo de atentado, la prevalencia de vida del TEPT fue de 40.43% que no alcanzó significancia estadística; en damnificados por terremotos la prevalencia fue de 29.69%; asimismo, el 23.43% de las personas víctimas de agresión desarrolló TEPT y 15.69% en personas que sufrieron accidente de tránsito grave (Quintana-Cadillo et al., 2022).

Es necesario probar la efectividad de las técnicas terapéuticas de reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática en el contexto peruano específicamente en un CSMC por encontrarse ubicado en zonas con marcados índices de pobreza, desempleo y

criminalidad que, según Barrantes & Clausen (2022), estos procesos políticos y económicos afectan la salud mental y restringen el acceso a tiempo a consultas sobre malestar subjetivo. Si se demuestra que estas estrategias de intervención en TCC son efectivas con la disminución de sintomatología postraumática y concomitante, la propuesta de implementarlas ayudará a mejorar la adherencia al tratamiento de los usuarios y generar una mayor aprobación social en personas y familiares que pasaron por experiencias de ser institucionalizadas con poca o ninguna mejora, motivo por el cual expresan su desconfianza en el tratamiento de salud mental en general y optan por mantener en casa a familiares con problemas severos de salud mental a pesar de no tener tiempo, dinero y/o energía para poder realizar todas las actividades que implica y con el riesgo de practicar coerción, cautiverio y confinamiento en el hogar (Villa-Palomino et al., 2024).

Sin embargo, pese a que los estudios mencionados anteriormente y otros más contrastan la efectividad de la TCC en la disminución o eliminación de los síntomas postraumáticos, se han publicado escasos trabajos en nuestro contexto y la mayoría de ellos utiliza instrumentos basados en los criterios del DSM-IV obstaculizando al clínico hacer una evaluación precisa del TEPT (Echeburúa et al., 2016). Debido a ello, la presente investigación de carácter preliminar pretende comprobar la efectividad de dos técnicas de TCC en la gravedad de síntomas postraumáticos y los niveles de síntomas concomitantes vinculados a estados ansiosos y depresivos para una población joven y adulta de ambos sexos con diagnóstico de TEPT, evaluados con instrumentos ajustados a los criterios de la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) y referidos por profesionales del Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC), esperando conseguir mejorías clínicas y generar evidencia inicial como base para estudios posteriores.

Capítulo I. Marco Teórico-Investigativo

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el efecto de la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática en la gravedad de la sintomatología postraumática y los niveles de sintomatología concomitante en pacientes de un CSMC?

Variables y Definición Operacional

Variables Independientes

Reestructuración Cognitiva. Es una técnica utilizada en terapia para identificar, evaluar y cambiar los pensamientos y creencias inexactos que conducen a sentimientos negativos y que debido a las experiencias de la vida, especialmente las traumáticas, resultan en síntomas postraumáticos (Mueser et al., 2009).

Desensibilización Sistemática. Es un método que consiste en presentar a la imaginación del paciente profundamente relajado una lista de estímulos que le provocan ansiedad, del elemento más débil al más fuerte, repetidamente hasta que no evoquen ningún movimiento de ansiedad en el paciente (Wolpe, 1961).

Variables Dependientes

Sintomatología Postraumática. Los síntomas desarrollados tras la exposición a uno o más eventos traumáticos están formados por cuatro núcleos sintomáticos, reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, y adicionalmente un subtipo en contestación al estrés con el nombre de disociación (Echeburúa et al., 2016).

Sintomatología Concomitante. El malestar psicológico luego de la exposición al acontecimiento traumático del sujeto está asociado a los síntomas de miedo y ansiedad o anhedonia y disforia, relacionado a estados ansiosos y depresivos, dependiendo de su característica clínica más importante expresada por su fenotipo (APA, 2014).

Objetivos

Objetivo General

Evaluar el efecto de la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática en la gravedad de la sintomatología postraumática y los niveles de sintomatología concomitante en pacientes de un CSMC.

Objetivos Específicos

Analizar la eficacia de la reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática en la gravedad de los núcleos sintomáticos.

Analizar la eficacia de la reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática en los niveles de Depresión.

Analizar la eficacia de la reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática en los niveles de Ansiedad.

Antecedentes Teórico-Investigativos

Trastorno Mental

Según la APA (2014) “es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (p. 20).

Es importante enfatizar que los trastornos mentales describen procesos mas no personas, rechazando así la idea de que los clínicos al utilizar los criterios como guía para el diagnóstico pretenden etiquetar a las personas y tampoco debe de asumirse que hay límites bien definidos entre los trastornos o entre algún trastorno y lo que se considera normal para la cultura. Asimismo, es relevante aclarar que por el momento se desconoce la etiología de los trastornos mentales a pesar de que en el DSM-V excepcionalmente se hacen conjeturas de algunos trastornos como en el grupo de los relacionados con traumas y factores de estrés (Morrison, 2015).

Estrés

Los estímulos provocadores de respuestas biológicas y psicológicas de estrés evaluados como excepcionalmente intensos son indispensables para determinar la forma clínica de la enfermedad psíquica por estrés denominada estrés postraumático, cuyos síntomas están presentes, aunque el agente traumático haya desaparecido tiempo atrás. Así mismo, los procesos de mediación cognitiva como la evaluación permiten la interpretación de los acontecimientos, la valoración de los propios recursos y posibilidades de enfrentarlos para determinar la magnitud de la experiencia del estrés con la probabilidad de aumentar la intensidad del impacto de un suceso insustancial o realmente peligroso; además dichas evaluaciones de estrés incluyen daño/ pérdida, amenaza o desafío. (R. S. Lazarus & Folkman, 1984; Orlandini, 2012).

Psicotrauma

Recientemente la idea de psicotrauma se adoptó como similar a la de estresor negativo o distrés; a diferencia de los estresores físicos, químicos y fisiológicos, es intervenido por las cogniciones que necesita su naturaleza psíquica. Así mismo, los conflictos impredecibles, incontrolables o de los que no se puede escapar producen percepciones de desamparo, originando circunstancias provocadoras de estados psicotraumáticos, estos últimos consisten en el perjuicio de la autoestima con su efecto en el área social, el sometimiento a la vejación, la violencia psicológica y física o el riesgo de padecerlas, la exposición de que en alguna labor importante o difícil fracase, así como la amenaza de sanción por realizar una tarea de manera equivocada. Por otro lado, el grado de fuerza de efecto del psicotrauma depende del estresor y que tan vulnerable es el sujeto, así como su variedad corresponde al tipo de estresor (Orlandini, 2012).

Trastorno de Estrés Postraumático

Tiempo más tarde en el DSM-IV se denominó a los tres grupos de síntomas; reexperimentación, evitación/embotamiento y activación/arousal a diferencia del DSM-V que suprimió el criterio A2 de reacción subjetiva y que posee cuatro grupos sintomáticos debido al producto de subdividir el grupo evitación/embotamiento en evitación persistente y en alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo; por otro lado, el grupo de las alteraciones de la alerta y reactividad incorpora un comportamiento iracundo, imprudente o autodestructivo. Actualmente en el DSM-V el criterio A se expresa de forma más clara y detallada en referencia a los eventos tildados de experiencias traumáticas (APA, 2014).

Criterios Diagnósticos. APA (2014) detalla en el DSM-V los criterios para el diagnóstico del TEPT en niños mayores de 6 años, adolescentes y adultos de la siguiente forma:

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza,

en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). ...
- 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):
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). ...
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). ...
 3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente. ...
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej., “estoy mal”, “no puedo confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso”, “tengo los nervios destrozados”).
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica. (pp. 271-272)

Es relevante mencionar que de los criterios anteriormente mencionados; la exposición a la televisión, los filmes, los medios electrónicos o fotografías no aplican a la sección A4. Los niños con edad superior a los 6 años pueden elaborar juegos reiterativos donde se manifiesten asuntos o cuestiones en relación a los sucesos traumáticos o representaciones específicas del trauma; asimismo, evocar sueños terroríficos exentos de

tema identificable (APA, 2014).

Características Diagnósticas. Según la APA (2014) el trastorno de estrés postraumático tiene como característica principal el desarrollo de síntomas específicos luego de haber sido expuesto a uno o varios eventos traumáticos; así mismo, en su presentación clínica a algunos sujetos los caracteriza la reexperimentación de miedo con predominio de sintomatología emocional y comportamental, a otros los estados de ánimo desagradables o la incapacidad de experimentar placer y las cogniciones negativas, en ciertos individuos puede resaltar la excitación y externalización de síntomas reactivos, mientras que en otros los síntomas disociativos y finalmente están los que presentan la combinación de todos ellos.

Prevalencia. Se calcula que el porcentaje de TEPT a lo largo de la vida se da aproximadamente en el 8 por ciento de la población general, no obstante, un 5 a 15 por ciento más puede experimentar estilos subclínicos. Aunque el TEPT puede aparecer a cualquier edad, inclusive en menores de 6 años, es más habitual en jóvenes debido a su mayor exposición a situaciones precipitantes (Sadock et al., 2015).

Las tasas más elevadas de TEPT se presentan entre los sobrevivientes de combate; sin embargo, puede reconocerse también en quienes enfrentaron catástrofes de origen natural o instigados como las violaciones, terremotos, accidentes aéreos, amenazas como los secuestros o toma de rehenes e incluso en quienes se enteraron de algún trauma intenso o su amenaza sufrida por alguien cercano. Excepcionalmente ciertos pacientes que fueron sometidos previamente a anestesia general y despertaron durante algún procedimiento, como cirugía, podrían desarrollar sintomatología postraumática. Asimismo, los veteranos de guerra, policías, personal de salud de emergencia, bomberos y otras personas con mayor riesgo a la exposición traumática tienen los índices más elevados de TEPT, por ejemplo, el 30 por ciento de los hombres veteranos de Vietnam y el 13 por ciento de Irak y Afganistán

recibieron diagnóstico de TEPT (APA, 2014; Morrison, 2015; Sadock et al., 2015).

Desarrollo y Curso. Los síntomas generalmente comienzan dentro de los primeros 3 meses después del trauma, en algunos casos con retraso de meses o años antes de cumplir todos los criterios diagnósticos. Aunque la duración de los síntomas es transitoria para la mitad de los adultos aproximadamente, con una remisión durante los 3 meses siguientes, otras personas que desarrollan de forma crónica el trastorno permanecen sintomáticas durante más de 12 meses llegando a persistir durante muchos años (APA, 2014; Clark & Beck, 2010).

Factores de Riesgo y Pronóstico. Los antecedentes de trastornos psiquiátricos personales y familiares, así como en historial de trauma en la infancia son factores pretrauma de riesgo asociados con el diagnóstico. Sin embargo, estas variables anteriores al trauma no predicen mejor que la gravedad, la duración y la proximidad de la exposición de una persona al trauma real o las variables posteriores como la asistencia social y el incremento del estrés vital que le sigue inmediatamente. El trastorno es más probable que ocurra en personas solteras, divorciadas, viudas, socialmente retraídas o de bajo nivel socioeconómico, pero cualquiera puede verse afectado, nadie es inmune (Clark & Beck, 2010; Sadock et al., 2015).

Sintomatología Postraumática. En el DSM-V la APA (2014) menciona 4 núcleos sintomáticos de TEPT y adicionalmente un subtipo en contestación al factor de estrés.

Reexperimentación. Mayormente el evento traumático se expresa a través de recuerdos angustiantes e intrusivos de manera involuntaria y frecuente. Por ejemplo, en los sueños se reitera el evento, su temática se relaciona a los peligros que lo acompañaban o son representativos de él. La relevancia radica en la memoria reiterativa del acontecimiento, la cual posee elementos sensoriales, fisiológicos o emocionales. Algunas

personas experimentan estos elementos relacionados a una angustia prolongada y gran activación que va desde segundos hasta días, actuando como si el suceso se estuviera produciendo en ese instante y sin perder la orientación de la realidad o con la pérdida completa de conciencia del entorno real. El juego o los estados disociativos son el medio para la reconstrucción de los eventos relacionados al trauma en los niños. Los eventos de activación producen malestar psicológico intenso o reactividad fisiológica, en las personas que sufren presentaciones somáticas la sensación física es una señal de activación.

Evitación Conductual y Cognitiva. Constantemente los estímulos relacionados al trauma son evitados con esfuerzos intencionados para no pensar, recordar, sentir o hablar sobre el evento y evitar tareas, cosas, circunstancias o sujetos que lo evoquen.

Alteraciones Cognitivas Negativas y Estado de Ánimo Negativo. Pueden presentarse las alteraciones a través de la incapacidad para recordar un aspecto importante del evento por amnesia disociativa o con frecuentes expectativas negativas en referencia a temas importantes de la vida para uno mismo, los demás y el futuro con manifestaciones de cambios en la identidad de forma negativa. Aparecen cogniciones erróneas recurrentes sobre los motivos del evento, haciendo que uno mismo se culpe o culpe a los demás. Se presenta de forma recurrente un estado de ánimo negativo mediante ira, culpa, vergüenza, entre otros o incapacidad de sentir emociones positivas o las relacionadas a intimidad, ternura y sexualidad. Es posible que se experimente una disminución del interés y participación en actividades que antes disfrutaba, sensación de asilamiento o de estar alejado de las personas.

Aumento de la Activación y Reactividad Psicofisiológica. Se denota un estado iracundo con conductas agresivas de tipo verbal y/o física con escasa o nada de provocación, manifestado al quebrar cosas, gritar a otras personas, iniciar peleas y demás. También se resalta la participación en actos autodestructivos y temerarios, como hacer

maniobras peligrosas durante la conducción de un automóvil, consumir en exceso sustancias psicoactivas, infligirse autoagresiones o tener conducta suicida. Además, existe una alta sensibilidad a las amenazas relacionadas al evento y la experiencia traumática, por ejemplo, a los aviones o temor a sufrir un infarto. Es probable que la reactividad a los estímulos inesperados sea elevada, mostrando sobresaltos o nervios a los ruidos fuertes o movimientos inesperados; asimismo tener dificultad en la concentración, como olvidar el número de teléfono personal por tener problemas en recordar hechos cotidianos o como mantener un coloquio durante un tiempo considerado con entorpecimiento por ser dificultoso atender a las tareas específicas y también es común tener complicaciones para conciliar el sueño y mantenerlo ocasionado por pesadillas, preocupaciones o por sobreexcitación a nivel general.

Disociación. Revela una experimentación de síntomas duraderos o frecuentes en el sentimiento de desapego y como si se fuera un observador separado del proceso corporal o mental, también llamado cuadro de despersonalización; del mismo modo en la experiencia de irrealidad del mundo como un sueño, lejos en espacio o tiempo o distorsionado, llamado también cuadro de desrealización. (pp. 275-276)

Sintomatología Concomitante. Luego de la exposición al acontecimiento traumático el sujeto presenta malestar psicológico en forma de síntomas de miedo y ansiedad o anhedonia y disforia, relacionado a estados ansiosos y depresivos, dependiendo de su característica clínica más importante expresada por su fenotipo (APA, 2014).

Ansiedad. La experiencia de la ansiedad se caracteriza por una sensación imprecisa, incómoda y vaga de aprensión, en la mayoría de veces lo acompañan síntomas propios del componente fisiológico, como dolor de cabeza, mareos, midriasis pupilar, transpiración, palpitaciones, opresión en el pecho, hormigueo en las extremidades, temblores, síncope, malestar estomacal leve, dificultad para estar quieto o sentado por largo tiempo y

frecuencia urinaria. Así mismo, para el componente psicológico se ve afectado el pensamiento, por la incapacidad de su claridad y rapidez normal; la percepción, por su distorsión del tiempo, el espacio, las personas y los significados de los acontecimientos y ello aminora la concentración, acorta el recuerdo y produce un efecto negativo en la capacidad de asociación obstaculizando el aprendizaje (Sadock et al., 2015).

Depresión. Widlöcher (1995) indica que la depresión produce un síndrome, es decir un conjunto de síntomas, caracterizado fundamentalmente por la tristeza vital, utilizando cuadros conceptuales y otros términos que dependen de la cultura o de las particularidades de la lengua empleada y por la desaceleración motora observada en la marcha, postura y expresión facial, así como en el enlentecimiento ideacional examinado en la secuencia del curso de los pensamientos. Por supuesto ciertos comportamientos aparecerán como consecuencia de la interacción entre este estado y la situación personal del paciente que podrían calificarse como signos de depresión.

Asimismo, el paciente en consulta expresa sus angustias particulares, sus sentimientos de fracaso, desesperación y fatiga, además de sus dificultades para realizar procesos cognitivos y el médico observa su comportamiento abatido, su expresión facial congelada, sus palabras lentas intercaladas con silencio. Todos estos rasgos, subjetivos y objetivos, encajan evidentemente en una condición concreta para llegar a reconocer, detrás de las particularidades individuales, los signos de una enfermedad universal (Widlöcher, 1995).

Terapia Cognitivo-Conductual

El movimiento integrador en psicoterapia pretende fomentar una actitud de apertura y exploración en un contexto cooperativo sin las limitaciones impuestas por la adhesión a un enfoque o teoría particular y para alcanzar este propósito emergió el área de la

integración técnica, más conocida como eclecticismo técnico, cuyo objetivo es la selección y predicción de las mejores técnicas y procedimientos terapéuticos, independientes de la teoría en la que se originaron, para individuos y trastornos particulares (Arkowitz, 1991; Feixas & Miró, 1993).

Según Feixas & Miró (1993) el enfoque integrador de carácter técnico selecciona las técnicas del enfoque cognitivo y conductual en base al criterio pragmático, esencial y exclusivo del nivel de eficacia demostrado en la contrastación empírica, para incrementar la efectividad de la psicoterapia y lograr el cambio terapéutico. Así ubican al enfoque terapéutico cognitivo-conductual y a sus mejores ejemplos, conocidos como la terapia racional emotiva-conductual (TREC) de Ellis y la terapia cognitiva (TC) de Beck.

La TREC es una terapia que utiliza métodos directivos altamente activos, donde las personas perturbadas responden sorprendentemente al análisis lógico de sus problemas y la reeducación filosófica, además de controlar sus emociones cambiando las percepciones, actitudes, frases y oraciones internalizadas sobre cosas y acontecimientos externos con las que se crearon. En conclusión, los trastornos psicológicos pueden erradicarse si las personas aprenden a reordenar sus percepciones, reorganizar sus ideas por unas más racionales y actuar con eficacia (Ellis, 1962). También se utiliza diversas técnicas para que los clientes aumenten su nivel de tolerancia a la frustración mediante la exposición intensiva al estímulo real hasta que ya no puedan sentirlo, es decir usando la desensibilización in vivo (Ellis & Dryden, 2007; Wolpe, 1968).

Las investigaciones de Aaron Beck, aunque iniciaron con los trastornos depresivos, también abordaron a los trastornos de ansiedad como en la TC para el TEPT, que tiene por objetivo disminuir los síntomas de reexperimentación luego del trauma, lograr una disminución significativa de ansiedad y depresión y optimizar el nivel de funcionamiento social y ocupacional. Así mismo, el plan de tratamiento para el TEPT requiere que la TC

incluya diversos componentes, como la fase de formación que ofrece al cliente una explicación cognitiva de la perpetuación de la sintomatología postraumática, justificación del tratamiento y esclarecimiento de los objetivos de la terapia a fin de corregir cualquier malentendido sobre el trastorno y establecer una relación terapéutica colaboradora (A. T. Beck et al., 1979; Clark & Beck, 2010).

La siguiente etapa del tratamiento es la identificación y reestructuración de las creencias y valoraciones negativas del cliente relacionadas con el trauma, sus causas y efectos mediante el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado. Las estrategias de intervención cognitiva que utiliza son la elaboración de declaración de impacto para comprender como ha distorsionado la causa del evento o sobregeneralizado su significado, la recolección de evidencias favorables y desfavorables, el análisis coste-beneficio de una creencia particular para mantenerla o reemplazarla por una diferente examinando sus consecuencias tanto positivas como negativas, la identificación de sesgos cognitivos referidos a los diferentes aspectos de la sobrestimación de amenaza y subestimación de seguridad al recordar el trauma, la comprobación de hipótesis empíricas relacionadas a la evidencia que respalda las distorsiones cognitivas y la elaboración de interpretaciones alternativas que ofrecen una perspectiva adaptada mejor a la situación y basada en evidencias para reducir las valoraciones exageradas de la amenaza (A. T. Beck et al., 1979; A. T. Beck & Emery, 1985; Clark & Beck, 2010; Leahy, 2017; Resick et al., 2008).

Otro de los componentes es la exposición imaginaria, repetida y prolongada, al recuerdo del trauma que promueve la extinción de las reacciones de miedo condicionadas, reduce la ansiedad asociada al recuerdo, bloquea el refuerzo negativo de la evitación de pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma, añade información de seguridad en los recuerdos del trauma, ayuda al cliente a diferenciar el evento traumático de otros no traumáticos, contribuye al cambio de significado de los síntomas y brinda la oportunidad

de centrarse en detalles centrales de las autoevaluaciones negativas para modificarlas (Foa et al., 2019).

Como último componente del tratamiento Ehlers & Clark (2000) sugieren que para recuperarse de una experiencia traumática es necesario abandonar las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales que impiden la elaboración de la memoria del trauma, exacerbando los síntomas y/o dificultan la reevaluación de valoraciones negativas; así pues, el experimento de la supresión del pensamiento que consiste en discutir las consecuencias de intentar eliminar los pensamientos intrusivos, como un aumento en la frecuencia de los pensamientos objetivo, y en animar a que transcurran las intrusiones sin tratar de controlarlas, disminuye la frecuencia de las intrusiones y las creencias erróneas relacionadas.

Técnicas Cognitivo-Conductuales

Se desarrolló un modo capaz de eliminar gradualmente la fuerza del hábito de respuesta a la ansiedad neurótica de tipo fóbico o similar a una fobia llamado desensibilización sistemática; esta técnica de inhibición recíproca utiliza la construcción de jerarquías estímulos evocadores de ansiedad, el entrenamiento en relajación progresiva que controla el exceso de actividad y reduce la reacción nerviosa al eliminar la contracción del músculo junto con ligeros movimientos o reflejos y la contraposición de estímulos de las jerarquías que evocan relajación y ansiedad (Jacobson, 1980; Wolpe, 1961, 1968).

Desensibilización Sistemática. Wolpe (1998) desarrolló una técnica de modificación conductual denominada Desensibilización Sistemática Basada en la Relajación. Además, en base a los principios de esta técnica Vallejo-Slocker & Vallejo (2016) reconocen en su trabajo que la relajación tiene una función importante en la disminución de la ansiedad y la generación de un contexto más favorable para formar un nuevo aprendizaje, siendo el procedimiento más utilizado el Entrenamiento en Relajación

Progresiva de Jacobson, que ayuda a identificar los músculos en tensión para conseguir llevarlos hasta el estado de relajación, aunque también se puede hacer uso de otras respuestas que resulten incompatibles con la ansiedad (Soto Zentella et al. 2022). Asimismo, la construcción de una jerarquía de exposición al estímulo evocador de ansiedad ayuda en el proceso de habituación a las emociones, controlando el nivel de ansiedad en cada etapa de exposición para que las respuestas emocionales no incrementen la probabilidad de que se evite la situación (Vallejo-Slocker & Vallejo, 2016).

Barahona Hidalgo & Orozco Barreno (2015) en su investigación evaluaron la influencia de la desensibilización sistemática en el TEPT que presentaban 12 de las 36 personas del Cuerpo de Bomberos de la compañía “26 de Junio” en Riobamba, concluyendo que la aplicación de esta técnica es 38.98% eficaz en la Escala Global y en las tres subescalas de Reexperimentación (55.12%), Evitación (46.87%) y Aumento de la Activación (42.90%), disminuyendo así los síntomas postraumáticos. También se demostró la eficacia de este método en un estudio de caso para un paciente con fobia a los ascensores, donde se realizó una intervención psicológica basada en desensibilización sistemática y con resultados que indican disminución de conductas disfuncionales y la utilización del ascensor en diferentes lugares con niveles menores o igual a 6 en una escala del 1 al 10 de ansiedad (Obregón López, 2021).

En otro caso clínico, una joven de 19 años de edad diagnosticada con TEPT por violencia sexual y maltrato psicológico recibió intervención en TCC aplicando desensibilización sistemática junto a técnicas de relajación y respiración, reestructuración cognitiva y psicoeducación. Los resultados indicaron que la sintomatología postraumática disminuyó considerablemente en frecuencia e intensidad y que con ayuda de la desensibilización sistemática la paciente aprendió a reducir la ansiedad que generaban los recuerdos intrusivos y a evitar sentir miedo la mayor parte del tiempo y de sus

pensamientos (Gil-Iñiguez, 2016). Asimismo, cuando Berengüí & Castejón (2021) aplicaron la técnica de desensibilización sistemática con entrenamiento en relajación a un atleta de velocidad con altos niveles de ansiedad competitiva, obtuvieron resultados positivos, debido a que el paciente conservó su ansiedad en un nivel moderado en competición sin perjudicar su rendimiento.

Beck (1963) avanzó la tesis que considera a las distorsiones cognitivas de los trastornos psicopatológicos como resultado del predominio progresivo de los procesos involucrados en el cambio de contenido del pensamiento, por activación y dominio de ciertos esquemas cognitivos idiosincrásicos. Algunos años después, Beck et al. (1979) desarrollaron un enfoque estructurado, activo, directivo y de duración limitada, llamado psicoterapia cognitiva, aplicado a distintas condiciones psiquiátricas y de la personalidad con técnicas terapéuticas orientadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas disfuncionales que subyacen a las cogniciones.

Reestructuración Cognitiva. Es una de las técnicas de la terapia cognitiva que puede abarcar diversas formas como la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) de Patricia Resick. La TCP es una terapia protocolizada que consiste en un subtipo de TCC centrada en los pensamientos y cogniciones como resultado del trauma, así como en el papel que las creencias irracionales o distorsiones cognitivas juegan en las respuestas emocionales y la conducta; asimismo, se mostró efectiva para el TEPT y otros síntomas procedentes de sucesos traumáticos. La TPC ha sido investigada mediante pruebas controladas aleatorizadas utilizando un manual junto con capacitación y supervisión, para demostrar que funciona mejor que la solo atención del terapeuta centrado en los síntomas del cliente y el paso del tiempo. Además, se realizaron estas investigaciones en una variedad de eventos traumáticos, con adultos y adolescentes de diferentes géneros (Resick et al., 2024).

Existen datos contundentes que respaldan la eficacia y efectividad de la TPC en sus diferentes modalidades y con diversas poblaciones. De hecho, tres metaanálisis de tratamiento para el TEPT (Haagen et al., 2015; Watts et al., 2013; Yunitri et al., 2023), que compararon diversas terapias TCC y medicamentos basados en la evidencia, hallaron que la TPC tuvo el mayor tamaño del efecto promedio de todas las intervenciones examinadas. Asmundson et al. (2019) analizaron estudios de TCC en comparación con condiciones de control inactivas y activas, y llegaron a la conclusión que la TPC es un tratamiento eficaz con beneficios duraderos en una variedad de poblaciones. Aunque los traumas interpersonales tienen más probabilidades de causar TEPT que los desastres naturales o los accidentes, la investigación sobre el TPC ha demostrado que los pacientes responden igual de bien a la terapia independientemente de su historial de trauma, incluyendo el abuso infantil y la agresión sexual (Christ et al., 2022; LoSavio, Hale, et al., 2021; Walter, Buckley, et al., 2014).

LoSavio, Murphy, et al. (2021) encontraron en una colaboración estatal de aprendizaje sobre capacitación en TPC a proveedores de centros de salud mental que más adolescentes (72%) completaron el tratamiento en comparación con los adultos (47%), sin embargo, ambos grupos mostraron mejoras en sus síntomas de TEPT y depresión, además que el 44% de adolescentes y 17% de adultos eran hispanos y no hubo diferencias en los resultados entre ambas etnias.

Estructura Terapéutica

El contenido de las sesiones varía según los problemas, las metas y objetivos terapéuticos del cliente. Resulta útil conceptualizar en términos cognitivos durante el primer contacto con el cliente a través de una evaluación de admisión y datos recopilados en la sesión; asimismo, es necesario estructurar la sesión y utilizar la conceptualización del cliente y su sentido común, considerando sus valores, aspiraciones y metas para determinar el curso

de tratamiento más eficaz y eficiente. En las sesiones posteriores se comprueba la percepción y comprensión del cliente sobre la sesión anterior y se hace una revisión de tareas para reforzar este comportamiento y comunicar el valor del trabajo entre ellas (J. S. Beck, 2021).

En la primera sesión se debe establecer confianza y simpatía, instruir al cliente sobre el modelo cognitivo, su trastorno y el proceso de terapia, indagar sobre sus expectativas respecto a la terapia, revisar brevemente el problema presentado y obtener evaluaciones del estado de ánimo, incluidas las puntuaciones objetivas; utilizar procedimientos técnicos para proporcionar algún alivio, identificar más problemas y fijar metas, incluir el establecimiento de una agenda con la justificación de su uso en donde el cliente registrará diariamente sus pensamientos y conductas, proporcionar un resumen y solicitar retroalimentación para fortalecer la alianza terapéutica (J. S. Beck, 1995).

En la segunda sesión se ayuda al cliente a seleccionar un problema u objetivo en el que centrarse para comenzar a resolverlo, así mismo, se refuerza el modelo cognitivo, la identificación de pensamientos automáticos y finalmente se hace una revisión breve del estado de ánimo combinada con una actualización de la semana. En algunas ocasiones se brinda al cliente la oportunidad de ser más activo, asertivo y de asumir más responsabilidades preguntando sobre el punto de la agenda que desea iniciar, en otras el terapeuta es quien sugiere con qué punto comenzar, según convenga con los objetivos de la terapia (A. T. Beck et al., 1979; J. S. Beck, 1995).

A partir de la tercera sesión el formato se mantiene, sin embargo, habrá un cambio gradual de responsabilidad, siendo el cliente quien nombre la mayoría de los temas de la agenda, quien utilice herramientas para evaluar su pensamiento, diseñe sus propias tareas y resuma la sesión de terapia. Otro cambio gradual es el enfoque en los pensamientos automáticos y las creencias subyacentes, así como también el énfasis relativo a los cambios de comportamiento, aunque menos predecible (J. S. Beck, 1995).

Durante la terapia se realiza un resumen luego de completar una sección de cada sesión para comprender con el cliente que acaban de lograr y saber lo que harán a continuación; así mismo, se hace otro resumen con el contenido de las declaraciones del paciente para presentarlo de manera más clara y transmitir una comprensión precisa. Y en el resumen final, a diferencia del previamente mencionado, se abstiene de activar pensamientos negativos que angustien al paciente con el objetivo de dejar claro los puntos tratados durante la sesión de forma optimista (A. T. Beck et al., 1979; J. S. Beck, 1995).

El terapeuta debe poner énfasis en el cambio de conducta para que el paciente pruebe ciertos pensamientos, creencias o practique nuevas habilidades; así como también anotar los problemas discutidos, pensamientos y creencias disfuncionales y el grado en que el cliente inicialmente los creyó, las intervenciones realizadas en la sesión junto con su éxito obtenido, los nuevos pensamientos y creencias reestructurados con el grado de creencia en ellos, las tareas asignadas y los temas para las agendas (J. S. Beck, 1995).

La terapia generalmente es de 15 a 20 sesiones una vez por semana, en casos más graves se realizan dos veces semanales de 4 a 5 semanas y después una semanal de 10 a 15 semanas. Debido a que el objetivo de la terapia es facilitar la remisión del trastorno del cliente y enseñarle a ser su propio terapeuta, las sesiones se reducen gradualmente de una vez por semana a una vez cada dos semanas y luego una vez cada tres o cuatro semanas. A medida que la terapia avanza a su fase final se prepara al cliente para la terminación y prevención de recaídas, para ello es útil identificar las expectativas de progreso del cliente. Si el terapeuta prepara al cliente para las fluctuaciones y contratiempos desde el principio, es menos probable que sufra una catástrofe cuando ocurran (A. T. Beck et al., 1979; J. S. Beck, 1995).

Sintomatología Postraumática y Terapia Cognitivo-Conductual

La bibliografía sobre TCC aplicada a distintos trastornos es extensa, según el nivel de

complejidad; sin embargo, no se han encontrado investigaciones similares a nivel regional ni nacional en relación al TEPT. Es así como a nivel internacional tenemos que:

Leiva-Bianchi et al. (2018) evaluaron la eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual para el malestar post-desastre en personas con síntomas de estrés postraumático después de un desastre natural en Chile. El diseño cuasiexperimental inicialmente fue conformado por 34 participantes del centro médico de salud, 51 empleados del departamento público y 6 de la escuela primaria que cumplieron con el criterio principal de presentar al menos tres síntomas graves de TEPT y ser mayores de 18 años; sin embargo, se redujo a 29 personas que completaron el tratamiento debido a su carácter de participación voluntaria, que luego se dividieron en tres grupos cuyas medias de síntomas graves TEPT antes de aplicar la terapia fueron 0.6, 7.1 y 5.8 y después de aplicar el tratamiento fueron 1.1, 1.1 y 4.5. En conclusión, los resultados sobre el efecto de la terapia completa muestran una reducción significativa del TEPT en el grupo con síntomas graves, existiendo evidencia de su eficacia.

También Soto Zentella et al. (2022) midieron la eficacia de una intervención cognitivo-conductual mediante el entrenamiento en inoculación de estrés a 10 mujeres víctimas de violación sexual del municipio de Tula de Allende, México. La Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) evidenció diferencias significativas en la sintomatología TEPT, siendo mayores las medias antes de aplicar el tratamiento y menores después de aplicarlo para los síntomas de reexperimentación (10.60 vs 5.90), evitación conductual/cognitiva (6.90 vs 2.80), alteraciones cognitivas y estado de ánimo depresivo (14.40 vs 5.50), aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (10.60 vs 3.0), síntomas disociativos (0.80 vs 0.40) y de disfuncionalidad en la vida cotidiana (14.10 vs 3.50). En definitiva, los resultados indicaron que las mujeres con TEPT disminuyeron la frecuencia e intensidad de su sintomatología y mejoraron su funcionabilidad en la vida

cotidiana luego de la intervención cognitiva-conductual.

En otro estudio se administró TCC centrada en el trauma a 50 miembros de la Asociación de Víctimas del Terrorismo en España que presentaban TEPT (74%), trastorno depresivo mayor (54%), de angustia (38%) u otros trastornos de ansiedad (38%). En los pacientes que completaron el tratamiento (n=31) la prevalencia del TEPT, el trastorno depresivo mayor y el trastorno de pánico disminuyeron significativamente (entre 26 y 80 puntos porcentuales) en la evaluación postratamiento y los seguimientos. Asimismo, no se observó diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas que tomaban medicación psicotrópica y aquellas que no en los síntomas postraumáticos, depresivos o ansiosos en términos de reducción en el postratamiento o en los seguimientos. Así pues, el estudio indica que la TCC centrada en el trauma es clínicamente útil por reducir significativamente la prevalencia (67.5%) y sintomatología (100%) del TEPT en víctimas de terrorismo (Moreno et al., 2019).

Habigzang, et al., (2019) evaluaron la efectividad del protocolo de intervención basado en TCC para un grupo de 4 mujeres víctimas de violencia conyugal de Brasil. En la evaluación psicológica se recolectaron datos sociodemográficos, históricos de situaciones de violencia y síntomas psicológicos para verificar los niveles de ansiedad, depresión, estrés y los criterios diagnósticos para el TEPT. Los resultados indican que las participantes 1 (IMC = - 3.1), 2 (IMC = - 3.9) y 4 (IMC = - 3.7) obtuvieron mejoras clínicamente significativas y la participante 3 (IMC = - 1.9) mantuvo sus niveles estables luego de la psicoterapia individual en los índices de ansiedad; asimismo, para los niveles de depresión la participante 2 (IMC = - 2.6) mostró cambios positivos clínicamente significativos mientras que las participantes 1 (IMC = -0.9), 3 (IMC = 0.1) y 4 (IMC = - 0.8) mantuvieron sus niveles estables y los criterios diagnósticos de TEPT observados en la evaluación inicial para los casos 2 y 4 no fueron identificados en la evaluación final. En

conclusión, las técnicas de TCC utilizadas se mostraron adecuadas para disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT.

Los 5 estudios presentados por Granda Gonzaga & Hernández Rodríguez (2021) en una revisión sistemática incluyeron artículos con énfasis en la salud mental de víctimas de violencia sexual, investigaciones relacionadas a la eficacia de la TCC en personas violentadas sexualmente y que sean en idioma inglés o español. En el primero participaron 4 mujeres con historia de violencia conyugal y síntomas de depresión, ansiedad, estrés y TEPT del municipio de Porto Alegre, Brasil, cuyos resultados indican reducción de los síntomas de estrés en los casos 2, 3 y 4, mejoras clínicamente significativas en niveles de depresión en la participante 2 (IMC - -2.6) y criterios diagnósticos TEPT observados en el pretest de los casos 2 y 4 no identificados en el postest. En el segundo se aplicó TCC a una de las víctimas de abuso sexual que acudió al Ministerio de Defensa Pública de la Ciudad de Encarnación, Paraguay, cuyos resultados arrojaron una disminución en niveles de estrés postraumático por debajo del punto de corte y en depresión a niveles mínimos. En el tercero se realizó una intervención de TCC a una mujer con TEPT víctima de abusos sexuales en su infancia, donde se observó que el abordaje cognitivo potenció su autoestima, la sensación de autoeficacia y control por medio del estilo atribucional. En el cuarto, el tratamiento en TCC aplicado a 129 mujeres víctimas de violencia de género redujo las puntuaciones en estrés postraumático y depresión de 35.09 a 12.68 según la prueba Z de Wilcoxon, además se produjo una remisión de la sintomatología postraumática en el 85% de la muestra luego de tres meses finalizado el tratamiento. Finalmente, en el quinto se evidenció que, de 128 mujeres maltratadas por su pareja asistentes a los servicios públicos especializados de la Comunidad Canaria en España, la mitad de ellas tenía TEPT antes del programa de intervención psicológica y sólo 5.7% de ellas tenía el trastorno en el seguimiento, además de experimentar una reducción estadísticamente significativa de

síntomas depresivos, ansiosos y de tipo postraumático.

Hipótesis

La reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática disminuyen la gravedad de la sintomatología postraumática y los niveles de sintomatología concomitante en pacientes de un CSMC.



Capítulo II. Método

Método

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, debido a que se midieron los niveles de sintomatología postraumática y concomitante para probar los supuestos ya fundamentados en investigaciones previas. El estudio siguió una línea experimental con preprueba-posprueba y grupo control debido a que se manipuló la variable independiente para medir el cambio en las variables dependientes; así mismo, el nivel de manipulación de la variable independiente fue de presencia-ausencia con asignación al azar de los participantes a los grupos. Además, su alcance es explicativo porque su interés se centró en analizar los efectos causales entre variables. (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Instrumentos

En el presente estudio se utilizarán una ficha sociodemográfica y 3 instrumentos psicométricos: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-Revisada (EGS-R) adaptada en España por Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado- Tello y Muñoz (Echeburúa et al., 1997, 2016), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) adaptado en Argentina por Brenlla y Rodríguez (A. T. Beck et al., 1961, 2006) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) adaptado en Argentina por Vizioli y Pagano (A. T. Beck et al., 1988; Vizioli & Pagano, 2020).

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-Revisada

El instrumento ha sido adaptado y mejorado en España por Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz a los criterios diagnósticos del DSM-V en 2016 y tiempo después Mendiola en 2023 realizó un análisis de confiabilidad y determinó su validez en una muestra conformada por 83 trabajadores que laboraban en un Centro de Salud Nivel I- 4 de Lima en Perú. La primera vez que se publicó esta entrevista

estructurada fue en 1997 por Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua en España como Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático; asimismo, se desarrolló en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV con el objetivo de diagnosticar el TEPT y cuantificar sus síntomas en víctimas de diversos sucesos traumáticos. En 2016 se validó la nueva escala heteroaplicada en la población española, ajustada a los nuevos criterios diagnósticos, con el fin de evaluar la gravedad de los síntomas del TEPT en formato Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad, correspondiendo 0 a “nada”, 1 a “una vez por semana o menos/poco”, 2 a “de 2 a 4 veces por semana/bastante” y 3 a “5 o más veces por semana/mucho”. Se constituye de 21 ítems que forman los 4 núcleos sintomáticos del TEPT, 5 referidos a los síntomas de reexperimentación (0 a 15 puntos), 3 a evitación conductual/cognitiva (0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (0 a 21 puntos) y 6 a aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (0 a 18 puntos) obteniendo un rango de la escala global que fluctúa de 0 a 63 puntos; además se agregó información complementaria para el tipo, momento y frecuencia del suceso traumático, así como 2 subescalas, una de 4 ítems destinados a evaluar la presencia de síntomas disociativos y otra de 6 para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad en la vida cotidiana relacionada con el suceso. Se considera un síntoma como presente cuando se puntúa con dos o más puntos en el ítem correspondiente, teniendo en cuenta un punto de corte global de 20 y unos puntos de corte parciales de 4, 4, 6 y 6 en las subescalas de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de la activación/reactividad psicofisiológica, respectivamente para establecer el diagnóstico del cuadro clínico. Se recomienda administrar a jóvenes y adultos mayores de 18 años pertenecientes a la población clínica o normativa.

Confiabilidad. En la validación original realizado por Echeburúa et al. (2016), la

escala total obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89, y valores entre 0.66 y 0.77 para las cuatro subescalas, lo que indica una adecuada consistencia interna. En Perú, Mendiola (2023) realizó un análisis a través del método de consistencia interna, cuyo resultado fue .896 por coeficiente de alfa de Cronbach, confirmándose una alta fiabilidad. También se utilizó el Coeficiente de Omega de McDonald y su valor tuvo como resultado .836, interpretado como un valor bueno para la consistencia interna del instrumento.

Validez. En la validez de constructo el índice Kaiser Meyer Olkin ($KMO = .657$), demuestra que los datos son adecuados para el análisis factorial, aunque su valor sea aceptable pero débil y la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2 = 1328.627, p < .001$) demuestra que la matriz de correlaciones es apropiada para el análisis factorial, el cual confirmó una estructura de cuatro dimensiones que explicaron en conjunto el 61.19 % de la varianza total, correspondiendo el 35.9 % a alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, el 10.9 % a reexperimentación, el 8.29 % a aumento de activación y el 6.0 % a evitación. Luego del proceso de depuración, el modelo final quedó constituido por 15 ítems, distribuidos en las cuatro dimensiones señaladas (7 ítems en alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, 3 en reexperimentación, 2 en aumento de activación y 3 en evitación), con cargas factoriales superiores a .30 (Mendiola, 2023).

Inventario de Depresión de Beck-II

El instrumento ha sido traducido al español y adaptado en Argentina por María Brenlla y Carolina Rodríguez en el año 2006 y posteriormente Barreda en 2019 desarrolló su validez y confiabilidad en una muestra clínica de Perú. La primera versión original del inventario de depresión fue publicada en 1961 con el nombre de Depression Inventory por Aaron. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock y J. Erbaugh en Philadelphia y se basó en descripciones verbales de pacientes con depresión. Un tiempo después Aaron Beck, con sus colaboradores Rush, Shaw y Emery, actualizaron el instrumento en el año

1979 denominado BDI-IA. En 1994 se inició el estudio piloto para el diseño de la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck para adecuar el contenido de los ítems en base al DSM – IV. El propósito del instrumento es valorar la presencia de síntomas depresivos y evaluar su gravedad, si bien posee una estructura bidimensional (Somático-motivacional y Cognitivo-afectivo) los resultados de investigaciones peruanas reportan un mejor ajuste unidimensional. Está compuesto de 21 ítems cada uno formado por cuatro fases en la escala de 0 a 3, la persona deberá elegir la alternativa que mejor describa su estado promedio durante las últimas dos semanas, incluso del mismo día que resuelve el inventario. La puntuación total varía de 0 a 63 teniendo en cuenta como puntos de corte del grado de depresión: Mínimo (0 a 13 puntos), leve (14 a 19 puntos), moderado (20 a 28 puntos), severo (29 a 63 puntos), en el caso de elegirse más de una opción en algún ítem, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Se recomienda aplicar a adolescentes y adultos a partir de los 13 años pertenecientes a la población tanto clínica como no clínica. El tiempo de administración estimado es de 5 a 10 minutos.

Confiability. En Perú, Barreda (2019) encontró que el instrumento posee una alta consistencia interna, con un valor de .93 por coeficiente de alfa de Cronbach. Este resultado evidencia que los ítems del instrumento presentan una adecuada homogeneidad y precisión para la medición de la depresión en población clínica peruana.

Validez. Respecto a la validez de contenido se obtuvo un valor V de Aiken de .99 a partir de la evaluación de jueces expertos, esto confirmó la relevancia y representatividad de los ítems con respecto al instrumento completo y así alcanzando el porcentaje total de ítems válidos. Para la validez de constructo se aplicó el test de adecuación maestra (KMO = .95) y la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2 = 3603.2, p < .001$) que demuestra la pertinencia del análisis factorial, mismo que indicó una estructura unidimensional, en la cual los 21 ítems saturaron en un solo factor general de depresión, explicando el 48.46 %

de la varianza total, lo que respalda la validez de constructo del instrumento (Barreda, 2019).

Inventario de Ansiedad de Beck

El instrumento ha sido traducido al español y adaptado a una población adulta de Buenos Aires en Argentina por Vizioli y Pagano en 2020 y el mismo año Palomino desarrollo su validez y confiabilidad en una muestra de 150 pacientes asistentes a una clínica de Huancayo en Perú. En 1988 Beck, Brown, Epstein y Steer desarrollaron en Philadelphia el inventario con la finalidad de medir la gravedad de la ansiedad clínica, valorar la presencia de síntomas ansiosos y discriminar de manera confiable la ansiedad de la depresión. La versión final del BAI es unidimensional y está conformada por 21 ítems con la estructura de dos factores, el primer factor comprende síntomas somáticos y el segundo una sintomatología asociada a la ansiedad subjetiva y pánico. Se le pide al encuestado que califique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la semana pasada en una escala de 4 puntos que va 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”. Los ítems se suman para obtener una puntuación total que puede oscilar de 0 a 63 teniendo en cuenta como puntos de corte del nivel de ansiedad: Mínimo o ausencia (0 a 7), leve (8 a 15), moderado (16 a 25), 26 a 63 (grave o severo). Se recomienda administrar a adolescentes y adultos de 13 años a más pertenecientes a la población clínica o general. El tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos aproximadamente.

Confiabilidad. En Perú, Palomino (2020) demostró que el instrumento posee una elevada consistencia interna, entre .90 y .94 por coeficiente de alfa de Cronbach, confirmándose una alta fiabilidad. Así mismo, según el método de la correlación de los ítems la puntuación total oscila entre los .30 y .71, mientras que con la técnica fiabilidad

test-retest tras una semana se obtuvo un puntaje entre .67 y .93.

Validez. Se determinó el índice para la validez de contenido mediante la evaluación de jueces expertos con la aplicación del coeficiente de Aiken, así se obtuvo un valor V de Aiken de 1.00 confirmando que el instrumento posee una excelente validez (Palomino, 2020).

Ficha Sociodemográfica

La ficha recoge información básica de tipo descriptiva sobre cada participante con la finalidad de obtener datos como la edad, género, estado civil y grado de instrucción. Asimismo, está formado por 4 ítems de opción múltiple.

Participantes

Población

El universo está conformado por la población, joven y adulta de ambos sexos, diagnosticada con TEPT en un CSMC, perteneciente a la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Muestra

Es así que la muestra de la presente investigación cuenta con la participación de 16 personas, asignadas de manera equitativa y aleatoria a un grupo experimental y a un grupo control, con ocho participantes en cada uno.

Criterios de Inclusión. Fueron incluidas las personas atendidas en el CSMC y diagnosticadas con TEPT según los criterios del DSM-V; asimismo, si aceptaron participar voluntariamente por medio del consentimiento informado, si completaron los instrumentos en su totalidad y si sus edades oscilaron en un rango de 18 a 59 años.

Criterios de Exclusión. Se excluyeron a las personas que se encontraban fuera del rango de edad determinado al momento de la evaluación, que no llenaron en su totalidad los instrumentos o los llenaron erróneamente y que no se tuvo el consentimiento de su

participación.

Tabla 1

Descripción de Participantes por Sexo

	Grupo Experimental		Grupo Control		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	3	37.5%	3	37.5%	6	37.5%
Femenino	5	62.5%	5	62.5%	10	62.5%
Total	8	100.0%	8	100.0%	16	100.0%

La Tabla 1 proporciona una segregación y reparto por sexo de los participantes en un análisis dividido en grupo experimental y control. Dentro del grupo experimental, se puede observar que la mayoría de los participantes son del sexo femenino, representando el 62.5% del grupo con cinco sujetos, en contraste con solo tres participantes del sexo masculino, que constituyen el 37.5% del grupo. Esta propensión prevalece en el grupo control con la asignación de cinco sujetos femeninos y tres masculinos, constituyendo el 62.5% y 37.5% respectivamente.

Al unificar la información de ambos grupos, se obtuvo que la composición general de la muestra de estudio incluyó un 37.5% de participantes masculinos representado por seis sujetos y un 62.5% de participantes femeninos representado por diez sujetos, lo que evidencia una amplia mayoría femenina en la población estudiada.

Tabla 2*Descripción de Participantes por Nivel Educativo*

	Grupo Experimental		Grupo Control		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria Completa	-	-	1	12.5%	1	6.25%
Primaria Incompleta	-	-	-	-	-	-
Secundaria Completa	3	37.5%	4	50.0%	7	43.75%
Secundaria Incompleta	1	12.5%	-	-	1	6.25%
Estudios Técnicos Completos	1	12.5%	-	-	1	6.25%
Estudios Técnicos Incompletos	2	25.0%	1	12.5%	3	18.75%
Estudios Universitarios Completos	-	-	2	25.0%	2	12.50%
Estudios Universitarios Incompletos	1	12.5%	-	-	1	6.25%
Total	8	100.0%	8	100.0%	16	100.0%

En la Tabla 2 se puede apreciar que para el nivel Primaria Incompleta el grupo experimental y el grupo control no tienen participantes. En Primaria Completa, el grupo control tiene un participante (1, 12.5%) y el experimental no tiene participantes, sumando un total de un participante (1, 6.25%). En el nivel Secundaria Completa, el grupo control tiene cuatro participantes (4, 50.0%), mientras que el grupo experimental tiene tres participantes (3, 37.5%), sumando un total de siete participantes (7, 43.75%).

En Secundaria Incompleta y Estudios Técnicos Completos se revela paridad entre los grupos experimentales de ambos niveles, con un participante cada uno (1, 12.5%), sumando un total de uno (1, 6.25%) en cada nivel. En el nivel Estudios Técnicos Incompletos, el grupo experimental cuenta con dos participantes (2, 25.0%), mientras que el grupo control tiene un participante (1, 12.5%), sumando un total de tres (3, 18.75%). Asimismo, en el nivel Estudios Universitarios Completos el grupo control tiene dos

participantes (2, 25.0%) y el experimental no tiene participantes, sumando un total de dos participantes (2, 12.5%) y en Estudios Universitarios Incompletos el grupo experimental tiene solo un participante (1, 12.5%) y ninguno en el grupo control, sumando en total un participante (1, 6.25%).

Tabla 3

Descripción de Participantes por Edad

Grupo	Media	DE	Mínimo	Máximo
Experimental	32.3	5.87	21	41
Control	34.9	11.89	20	54
Total	33.6	9.16	20	54

En la Tabla 3 se observa que en el grupo experimental el promedio de edad es de 32.3 años con una desviación estándar de 5.87 años, además se ha registrado que la edad mínima es de 21 años y la máxima de 41 años. En el grupo control el promedio es más alto, siendo 34.9 años, con una desviación estándar de 11.89 años; asimismo, la edad mínima en este grupo es 20 años, pero la máxima es de 54 años.

El total combinado para ambos grupos muestra un promedio de edad de 33.6 años, con una desviación estándar de 9.16 años. La edad mínima global es de 20 años, mientras que la edad máxima alcanza los 54 años.

Tabla 4

Descripción de Participantes por Estado Civil

	Grupo Experimental		Grupo Control		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	4	50.0%	7	87.5%	11	68.75%
Casado(a)	1	12.5%	-	-	1	6.25%
Viudo(a)	-	-	-	-	-	-
Divorciado(a)	1	12.5%	1	12.5%	2	12.50%
Conviviente	2	25.0%	-	-	2	12.50%
Total	8	100.0%	8	100.0%	16	100.0%

La Tabla 4 describe que, en el grupo experimental, hay ocho personas asignadas de la siguiente forma: cuatro solteras (50.0%), una casada (12.5%), una divorciada (12.5%) y dos convivientes (25.0%), sumando un total de 8 (100.0%). En el grupo control, de los ocho participantes siete son solteros (87.5%) y uno es divorciado (12.5%), sumando un total de 8 (100.0%).

En la suma total de ambos grupos, que asciende a 16 personas, la distribución es: 11 solteros (68.75%), 1 casado (6.25%), 2 divorciados (12.50%) y 2 convivientes (12.50%), alcanzando el 100%. Esta tabla permite el análisis descriptivo de la distribución del estado civil entre el grupo experimental y el grupo control.

Acceso a la Muestra para la Aplicación del Programa

En el marco del proyecto, el acceso a la muestra se realizó mediante la colaboración de un CSMC previamente identificado. Se tomaron los siguientes pasos para garantizar que los participantes cumplieran con los criterios diagnósticos y fueran representativos de la población objetivo:

1. Selección Inicial:

- La selección se efectuó a partir del registro de pacientes atendidos en el CSMC.
- Se revisaron los historiales clínicos para identificar aquellos casos que presentaron indicios de sintomatología postraumática, según los criterios del DSM-5, y que fueron potencialmente elegibles para el estudio.

2. Criterios Demográficos:

- La muestra estuvo constituida por pacientes mayores de 18 años, sin distinción de sexo, para garantizar la representatividad.

3. Motivo de Derivación:

- Los participantes fueron referidos por profesionales de salud mental de la unidad especializada del Plan de Atención Individualizado (PAI), quienes

identificaron casos compatibles con el propósito del estudio, como personas con experiencias traumáticas previas y sintomatología asociada.

4. **Confirmación de Diagnósticos:**

- Todos los pacientes seleccionados fueron sometidos a un proceso de evaluación diagnóstica estructurada.
- Se utilizaron herramientas validadas y ajustadas al DSM-5, como entrevistas diagnósticas semiestructuradas y escalas específicas de TEPT, para corroborar que cumplieran con los criterios necesarios.

5. **Consentimiento Informado:**

- Los participantes debieron otorgar su consentimiento informado, asegurándose de que comprendieron el propósito, los beneficios, los riesgos y la metodología del programa.

Procedimiento

Una vez aprobado el proyecto de tesis se solicitó su correcta evaluación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santa María, en consecuencia al dictamen favorable N.º 145 – 2025 (Anexo 9) el decano de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades realizó una carta de presentación (Anexo 10) de mi persona al director ejecutivo de la Red de Salud Arequipa-Caylloma solicitando que se me permitiera la aplicación de los instrumentos y recolección de datos en pacientes de la institución que dirige.

La solicitud institucional (Anexo 11) evaluada y aprobada se envió a la Microred Ciudad de Dios, donde la jefatura autorizó el desarrollo del trabajo de investigación y de ahí el documento (Anexo 12) fue derivado al CSMC Allin Kay de Yura, donde se coordinó con el responsable del establecimiento la presentación con los profesionales encargados de cada unidad y la metodología para implementar el Programa de Evaluación e Intervención

(Anexo 6) priorizando la salud y bienestar del paciente.

Luego se procedió a invitar a los sujetos de la muestra por vía telefónica y/o virtual a una reunión en el CSMC, donde se les explicó el propósito general de la investigación y se les brindó un documento de consentimiento informado (Anexo 7). Aquellos que aceptaron participar voluntariamente, según su respuesta al documento mencionado, fueron registrados con un código numérico único y distribuidos a los grupos experimental y control mediante el generador de grupos aleatorios de la herramienta web ÉchaloASuerte.

En los días posteriores se coordinó con cada participante de ambos grupos la fecha y hora para realizar la preprueba y aplicar una ficha de datos personales (Anexo 5) en el CSMC de forma individual por el mismo medio que se les contactó para la primera reunión. Asimismo, con el apoyo del psicólogo especialista en el área clínica se realizó el diagnóstico del trastorno según los criterios del DSM-V.

A continuación, los integrantes del grupo experimental recibieron el Programa de Evaluación e Intervención de 6 sesiones, una vez a la semana, durante el periodo de 2 meses aproximadamente y los profesionales de la salud que supervisaron la atención de cada paciente firmaron un registro de asistencia (Anexo 8) al finalizar la última sesión. Una vez culminadas las sesiones de terapia, se procedió a realizar la posprueba en la misma modalidad que se aplicó la preprueba con los participantes tanto del grupo control como experimental. Finalmente se implementó el Programa de Evaluación e Intervención al grupo control que permaneció en lista de espera.

Protocolo de Evaluación Previa a la Intervención con TCC

Antes de utilizar las técnicas de TCC, se siguió el protocolo realizado por Zanón et al. (2016) basado en el Análisis Funcional de la Conducta (AFC) y la evaluación cognitivo-conductual, abordando las contingencias, pensamientos distorsionados y esquemas disfuncionales.

Análisis Funcional de la Conducta. El AFC es esencial para entender los comportamientos problemáticos, antecedentes y consecuencias dentro del contexto del individuo. Aquí se desglosan los seis pasos clave:

1. Identificación de áreas problema

- Descripción: se identifican las áreas generales de malestar o disfunción, como la ansiedad, depresión o problemas de comportamiento específicos.
- Respuestas observables:
 - Fisiológicas: taquicardia, sudoración.
 - Emocionales: miedo, tristeza.
 - Cognitivas: pensamientos distorsionados.
 - Conductuales: evitación, confrontación agresiva.

2. Identificación de variables moduladoras

- Descripción: se identifican las variables personales y del entorno que influyen en la aparición y el mantenimiento de los comportamientos desadaptativos.
- Variables:
 - Disposicionales: creencias disfuncionales, perfeccionismo.
 - Ambientales: problemas familiares, entorno laboral adverso.

3. Formulación de hipótesis de mantenimiento

- Descripción: se elabora una hipótesis sobre cómo el comportamiento problemático se mantiene a través del condicionamiento clásico u operante. La hipótesis debe vincular los pensamientos distorsionados y los esquemas disfuncionales que refuerzan el comportamiento.

4. Evaluación de contingencias y pensamientos distorsionados

- Descripción: se evalúa la función de los refuerzos y castigos, así como los pensamientos automáticos que perpetúan la conducta problemática.
5. Establecimiento de objetivos terapéuticos
- Descripción: se definen objetivos terapéuticos específicos, medibles y realistas, basados en el análisis funcional. Estos deben centrarse en modificar tanto las respuestas problemáticas como las variables moduladoras.
6. Selección de técnicas de intervención
- Descripción: se seleccionan técnicas de intervención adecuadas basadas en el análisis funcional y la evaluación cognitiva (como la reestructuración cognitiva, la exposición y la modificación de esquemas disfuncionales).

Variable Independiente

La variable independiente en este estudio corresponde a la aplicación de dos técnicas clave dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Reestructuración Cognitiva y Desensibilización Sistemática. Ambas se emplearon con el objetivo de reducir los síntomas postraumáticos y sus efectos en pacientes que sufren Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Reestructuración Cognitiva. En esta técnica se utilizó la Terapia de Procesamiento Cognitivo adaptada a partir de técnicas cognitivas básicas planteadas por Beck & Emery (1985) y basada en el modelo original desarrollado por Patricia A. Resick, quien junto a Monica Schnicke formuló esta intervención en 1992 específicamente para el tratamiento del TEPT en sobrevivientes de agresión sexual que posteriormente fue ampliado para abordar distintos tipos de trauma. La estructura del protocolo aquí expuesto, con sus sesiones organizadas en torno a objetivos, actividades específicas y resultados

esperados, sigue las directrices establecidas por la autora en los manuales clínicos correspondientes, garantizando así su validez teórica y aplicabilidad terapéutica (Resick et al., 2024).

Desensibilización Sistemática. En esta técnica utilizaron los procedimientos pertenecientes a la Desensibilización Sistemática Basada en la Relajación, cuyas bases fueron planteadas por Wolpe (1961) para tratar problemas de miedo y fobias principalmente y que posteriormente en su libro Psicoterapia por inhibición recíproca, traducido al idioma español por Ana Ibáñez en 1981 y modificada hasta su quinta edición por el profesor Fausto Ezcurra Rollin de la Universidad de Deusto-Bilbao en 1998, recomienda el uso del protocolo para tratar síntomas de diversos trastornos ansiosos (Wolpe, 1998).

Protocolo de Reestructuración Cognitiva

Objetivo: Identificar y modificar pensamientos disfuncionales que contribuyen al malestar emocional, sustituyéndolos por cogniciones más adaptativas.

Pasos:

1. **Identificación de Pensamientos Automáticos Negativos:**
 - Utilizar registros diarios donde los pacientes anoten situaciones que generen malestar, los pensamientos asociados y las emociones resultantes.
 - Ejemplo: Ante una situación social, el paciente podría pensar "Soy aburrido y nadie quiere hablar conmigo", generando sentimientos de tristeza y ansiedad.
2. **Cuestionamiento Socrático:**
 - Aplicar preguntas que desafíen la veracidad y utilidad de los pensamientos negativos.
 - Ejemplo: Preguntar "¿Qué evidencia tienes de que eres aburrido?" o "¿Ha

habido ocasiones en las que las personas han disfrutado de tu compañía?".

3. Reemplazo por Pensamientos Alternativos:

- Ayudar al paciente a formular pensamientos más realistas y positivos.
- Ejemplo: Sustituir "Soy aburrido" por "En ocasiones, las personas disfrutan de mis historias y compañía".

4. Ensayo Conductual:

- Poner en práctica los nuevos pensamientos en situaciones reales para evaluar su efectividad.
- Ejemplo: Participar activamente en una reunión social y observar las reacciones de los demás.

Protocolo de Desensibilización Sistemática

Objetivo: Reducir respuestas de ansiedad ante estímulos específicos mediante la exposición gradual y controlada, combinada con técnicas de relajación.

Pasos:

1. Entrenamiento en Relajación:

- Enseñar técnicas como la relajación muscular progresiva o la respiración profunda para inducir un estado de calma.
- Ejemplo: Practicar la relajación muscular progresiva diariamente para dominar la técnica.

2. Construcción de una Jerarquía de Ansiedad:

- Elaborar una lista de situaciones que provocan ansiedad, ordenadas de menor a mayor intensidad.
- Ejemplo:
 - Pensar en una araña (nivel de ansiedad bajo).
 - Ver una imagen de una araña (nivel de ansiedad moderado).

- Estar en la misma habitación que una araña (nivel de ansiedad alto).

3. **Exposición Gradual en Imaginación o en Vivo:**

- Exponer al paciente, mientras está en un estado de relajación, a los ítems de la jerarquía, comenzando por los de menor ansiedad.
- Ejemplo: Mientras practica la relajación, imaginar una araña pequeña y, una vez que la ansiedad disminuya, avanzar al siguiente ítem.

4. **Evaluación y Refuerzo:**

- Monitorear las respuestas del paciente y reforzar los progresos realizados.
- Ejemplo: Felicitar al paciente por manejar su ansiedad al ver una imagen de una araña y animarlo a continuar avanzando en la jerarquía.

Adaptación a la Población en Estudio. Al adaptar estos protocolos, fue esencial considerar las características culturales, sociales y demográficas de la población objetivo. Debido a que, en una comunidad específica, ciertos estímulos pueden tener connotaciones particulares que influyen la respuesta emocional.

La implementación de estos protocolos fue flexible, permitiendo ajustes basados en las necesidades individuales de cada paciente y las particularidades de la población en general. La supervisión continua y la evaluación de la efectividad de las intervenciones fueron fundamentales para asegurar resultados positivos.

Estos protocolos, fundamentados en las técnicas de reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática, ofrecieron un marco estructurado para abordar trastornos de ansiedad y otros problemas psicológicos, adaptándose a las necesidades específicas de la población en estudio.

Modalidad del Proceso de Intervención

En base al contexto del proyecto, el proceso de intervención se desarrolló en

modalidad individual. Esta elección respondió a la necesidad de personalizar las estrategias terapéuticas, dado que el enfoque se centra en la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática, técnicas que requieren una atención adaptada a las características específicas de cada paciente.

La modalidad individual permitió:

1. Realizar una evaluación diagnóstica precisa y detallada.
2. Adaptar los protocolos de intervención según las particularidades del trauma y la sintomatología de cada participante.
3. Facilitar un espacio seguro para explorar pensamientos y emociones que podrían no expresarse en un entorno grupal.
4. Ajustar el ritmo de las sesiones a las necesidades individuales, asegurando un avance progresivo y adecuado en el tratamiento.

Esta modalidad garantizó la profundidad y efectividad del programa, asegurando que cada paciente recibiera el soporte más adecuado para su proceso terapéutico.

Consideraciones Éticas

Este estudio sigue las pautas éticas propuestas por la American Psychological Association (2017). Estas pautas sugieren la aprobación institucional, el consentimiento informado que incluye el propósito de la investigación, la duración aproximada, la exclusividad y confidencialidad de su identidad y datos proporcionados, el anonimato de sus respuestas cuya información es usada sólo con fines académicos, su derecho a negarse a participar y retirarse luego de haber iniciado la participación y a quien contactar si tiene preguntas sobre la investigación y el informe de los resultados de la investigación que incluye datos auténticos y medidas para corregir errores significativos en datos publicados.

La presente investigación fue evaluada y aprobada por el Comité Institucional de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santa María, mismo que emitió el

dictamen favorable N.º 145–2025, que se encuentra consignado en el Anexo 9. Esta evaluación garantizó que el estudio cumpliera con los estándares éticos para la investigación en seres humanos.

Además, se toman en cuenta los criterios del Código de Ética y Deontología (2017). En la investigación proponen respetar la Declaración de Helsinki, APA y los criterios del código que estamos mencionando, predominar la salud psicológica sobre el interés de la ciencia y la sociedad, así mismo aplicar pruebas psicológicas validadas científicamente sin incurrir en faltas que van en contra de la conducta responsable en investigación.

En los instrumentos psicológicos se incita a utilizar los manuales siendo estrictos en su aplicación e interpretación. Se sugiere considerar a las pruebas psicológicas como instrumentos auxiliares y no como definiciones psicológicas o de diagnóstico y explicar a los evaluados la naturaleza y el propósito de las pruebas para dar a conocer los resultados e interpretaciones de manera comprensible en base al conocimiento teórico-metodológico.

Finalmente, se respetó el principio de equidad, asegurando que los participantes del grupo control recibieran la intervención al concluir la fase experimental, bajo la modalidad de lista de espera, evitando así la privación de un posible beneficio terapéutico.

Análisis de datos

Los datos recolectados se procesaron de forma manual a través de su codificación y tabulación en el software de hojas de cálculo Microsoft Excel con la elaboración de tablas de código y matriz. Para analizar los datos se hizo uso de la estadística descriptiva, donde se incluyeron frecuencias, porcentajes, promedios, desviaciones estándar, además de valores mínimos y máximos.

Posteriormente la información fue importada en el software estadístico Jamovi en su versión 2.5.6. y se procedió a hacer un análisis de normalidad inferencial para definir el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Al

precisar que los datos seguían una distribución normal se ameritó el uso de pruebas paramétricas, así se seleccionó y aplicó la prueba t de Student para muestras dependientes, logrando examinar las diferencias antes y después de la implementación del programa de intervención.



Capítulo III. Resultados

Resultados

Tabla 5

Descripción de Pruebas de Normalidad

Variable	Grupo	Evaluación	Valor p de Shapiro-Wilk	Distribución
Sintomatología Postraumática	Experimental	Pretest	0.709	Normal
		Postest	0.186	Normal
	Control	Pretest	0.404	Normal
		Postest	0.634	Normal
Sintomatología Concomitante (Depresión)	Experimental	Pretest	0.492	Normal
		Postest	0.324	Normal
	Control	Pretest	0.522	Normal
		Postest	0.514	Normal
Sintomatología Concomitante (Ansiedad)	Experimental	Pretest	0.759	Normal
		Postest	0.100	Normal
	Control	Pretest	0.464	Normal
		Postest	0.392	Normal

Como se puede observar en la Tabla 5, el análisis de la distribución de las variables indica que todas presentaron una distribución normal ($p > .05$), lo cual significa que la mayoría de los valores obtenidos en cada variable se concentran alrededor de su valor promedio y muestran una dispersión equilibrada a ambos lados de este. Esta información inspira a analizar los datos con el empleo de pruebas paramétricas.

Resultados Asociados al Objetivo Específico 1

Tabla 6

Gravedad de Sintomatología Postraumática Pretest y Postest del Grupo Experimental

Núcleos Sintomáticos TEPT	Evaluación	Media	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>	<i>d</i>
Reexperimentación	Pretest	8.38	1.77	4.34	.002	7.0	1.53
	Postest	5.00	2.00				
Evitación conductual/cognitiva	Pretest	6.50	2.20	4.20	.002	7.0	1.48
	Postest	3.88	1.64				
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	Pretest	13.60	3.58	6.87	< .001	7.0	2.43
	Postest	9.13	3.76				
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	Pretest	10.10	4.85	3.97	.003	7.0	1.40
	Postest	5.63	3.42				

La Tabla 6 refleja la comparación de los puntajes de cada núcleo sintomático del grupo experimental, antes y después de la aplicación del programa de intervención. En reexperimentación se aprecia que las puntuaciones promedio bajaron de 8.38 ($DE = 1.77$) a 5.00 ($DE = 2.00$) y que esta diferencia era significativa: ($t(7) = 4.34, p < .05$) con tamaño de efecto grande ($d = 1.53, IC 95\%$). También evitación conductual/cognitiva presentó una reducción de la media de 6.50 ($DE = 2.20$) a 3.88 ($DE = 1.64$), diferencia significativa: ($t(7) = 4.20, p < .05$) y tamaño de efecto grande ($d = 1.48, IC 95\%$), así como alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo que registró una media de 13.60 ($DE = 3.58$) antes y 9.13 ($DE = 3.76$) después, cuya diferencia fue altamente significativa: ($t(7) = 6.87, p < .05$), con un tamaño del efecto muy grande ($d = 2.43, IC 95\%$). Finalmente, en aumento de la activación y reactividad psicofisiológica se obtuvo una media de 10.10 ($DE = 4.85$) en pretest y 5.63 ($DE = 3.42$) en postest, correspondiente a una diferencia significativa: ($t(7) = 3.97, p < .05$) y gran tamaño de efecto ($d = 1.40, IC 95\%$). Estos resultados indican que hubo una disminución estadísticamente significativa en la gravedad de todos los núcleos sintomáticos postraumáticos de los participantes del grupo experimental.

Tabla 7*Gravedad de Sintomatología Postraumática Pretest y Postest del Grupo Control*

Núcleos Sintomáticos TEPT	Evaluación	Media	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>	<i>d</i>
Reexperimentación	Pretest	6.88	3.76	-1.000	.825	7.0	-.354
	Postest	7.00	3.59				
Evitación conductual/cognitiva	Pretest	5.00	2.56	-.798	.774	7.0	-.282
	Postest	5.25	1.83				
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	Pretest	14.00	3.25	1.528	.085	7.0	.540
	Postest	13.80	3.33				
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	Pretest	9.63	3.62	.000	.500	7.0	.000
	Postest	9.63	3.58				

La Tabla 7 refleja la comparación de los puntajes de cada núcleo sintomático del grupo control, antes y después de la aplicación del programa de intervención. En reexperimentación, las puntuaciones promedio se mantuvieron similares entre el pretest ($M = 6.88$, $DE = 3.76$) y postest ($M = 7.00$, $DE = 3.59$), sin cumplir diferencias significativas: ($t(7) = -1.000$, $p > .05$), con un tamaño del efecto trivial ($d = -.35$). De manera similar, la evitación conductual/cognitiva mostró medias comparables entre el pretest ($M = 5.00$, $DE = 2.56$) y el postest ($M = 5.25$, $DE = 1.83$), sin diferencias significativas: ($t(7) = -.798$, $p > .05$), y un tamaño del efecto pequeño ($d = -.28$). En alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativo, se observó una ligera disminución de la media de 14.00 ($DE = 3.25$) a 13.80 ($DE = 3.33$); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa: ($t(7) = 1.528$, $p > .05$), con un tamaño del efecto mediano ($d = .54$). Finalmente, en aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, las medias permanecieron idénticas entre el pretest y el postest ($M = 9.63$), sin evidenciarse diferencias significativas: ($t(7) = .000$, $p > .05$), con un tamaño del efecto nulo ($d = .00$). En conjunto, los resultados indican que no se registraron cambios estadísticamente significativos en la gravedad de los núcleos sintomáticos postraumáticos en el grupo control.

Resultados Asociados al Objetivo Específico 2

Tabla 8

Niveles de Sintomatología Concomitante (Depresión) Pretest y Postest del Grupo Experimental

		<i>Pretest</i>		<i>Postest</i>	
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Nivel	Mínimo	-	-	-	-
	Leve	-	-	5	62.5%
	Moderado	4	50.0%	2	25.0%
	Severo	4	50.0%	1	12.5%
	Total	8	100.0%	8	100.0%

La Tabla 8 refleja los niveles de depresión del grupo experimental antes y después de la aplicación del programa de intervención. Se puede apreciar una reducción en el nivel severo de 50.0% a 12.5%, así como en el nivel moderado de 50.0% a 25.0%. Esto concuerda con un aumento del nivel leve del .0% al 62.5%, lo que significa que hay una clara tendencia a que los niveles de depresión de los participantes del grupo experimental se redujeran.

Tabla 9*Niveles de Sintomatología Concomitante (Depresión) Pretest y Postest del Grupo Control*

		<i>Pretest</i>		<i>Postest</i>	
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Nivel	Mínimo	2	25.0%	2	25.0%
	Leve	1	12.5%	1	12.5%
	Moderado	1	12.5%	1	12.5%
	Severo	4	50.0%	4	50.0%
	Total	8	100.0%	8	100.0%

La Tabla 9 refleja los niveles de depresión del grupo control antes y después de la aplicación del programa de intervención. Se puede apreciar que los niveles mínimo, leve, moderado y severo se mantuvieron en un 25.0%, 12.5%, 12.5% y 50.0% respectivamente, lo que significa que hay una clara tendencia a que los niveles de depresión de los participantes del grupo control no sufrieran cambios.

Resultados Asociados al Objetivo Específico 3

Tabla 10

Niveles de Sintomatología Concomitante (Ansiedad) Pretest y Postest del Grupo Experimental

		<i>Pretest</i>		<i>Postest</i>	
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Nivel	Mínimo o Ausencia	-	-	1	12.5%
	Leve	1	12.5%	6	75.0%
	Moderado	5	62.5%	1	12.5%
	Grave o Severo	2	25.0%	-	-
	Total	8	100.0%	8	100.0%

La Tabla 10 refleja los niveles de ansiedad del grupo experimental antes y después de la aplicación del programa de intervención. Se puede apreciar una reducción total del nivel grave y una disminución en el nivel moderado de 62.5% a 12.5%. Esto concuerda con un aumento en el nivel leve de 12.5% a 75.0% y en el nivel mínimo de .0% a 12.5% lo que significa que hay una clara tendencia a que los niveles de ansiedad de los participantes del grupo experimental se redujeran.

Tabla 11*Niveles de Sintomatología Concomitante (Ansiedad) Pretest y Postest del Grupo Control*

		<i>Pretest</i>		<i>Postest</i>	
		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Nivel	Mínimo o Ausencia	1	12.5%	-	-
	Leve	2	25.0%	3	37.5%
	Moderado	2	25.0%	2	25.0%
	Grave o Severo	3	37.5%	3	37.5%
	Total	8	100.0%	8	100.0%

La Tabla 11 refleja los niveles de ansiedad del grupo control antes y después de la aplicación del programa de intervención. Se puede apreciar que los niveles severo y moderado se mantienen en un 37.5% y 25.0% respectivamente, lo que significa que hay una clara tendencia a que los niveles de ansiedad de los participantes del grupo control no sufrieran cambios a excepción del nivel leve que aumentó de 25.0% a 37.5% y el nivel mínimo que disminuyó de 12.5% a .0%.

Resultados Asociados al Objetivo General

Tabla 12

Análisis Descriptivo e Inferencial de las Diferencias de la Variable Sintomatología Postraumática en el Pretest y Postest

Grupo	Evaluación	Media	DE	t	p	gl	d
Experimental	Pretest	38.6	10.03	8.19	< .001	7.0	2.89
	Postest	23.6	9.16				
Control	Pretest	35.5	8.47	-.26	0.599	7.0	-.09
	Postest	35.6	7.63				

Como se puede apreciar en la Tabla 12, los puntajes de sintomatología postraumática de los participantes se compararon antes y después de la aplicación del programa de intervención y por tener una razón teórica de que el tratamiento reduciría los síntomas se esperó el cambio en una dirección específica, es decir se usó una cola. En el grupo experimental los participantes obtuvieron en promedio peores resultados antes ($M = 38.6$) que después de la intervención ($M = 23.6$), así como una desviación estándar (DE) de 10.03 y 9.16 respectivamente. Una prueba de los rangos con signo t de Student indicó que esta diferencia era estadísticamente significativa: ($t(7) = 8.19, p < .05$). En el grupo control los participantes obtuvieron en promedio resultados similares antes ($M = 35.5$) y después de la intervención ($M = 35.6$), así como una DE de 8.47 y 7.63 respectivamente. Una prueba de los rangos con signo t de Student indicó que esta diferencia no era estadísticamente significativa: ($t(7) = -.26, p > .05$). Con un tamaño de efecto grande ($d = 2.89$) y el 95 % de confianza, el grupo experimental mostró una mejora significativa en la sintomatología postraumática al culminar la intervención, mientras que el grupo control no presentó cambios importantes ($d = -.09, IC 95\%$), lo que explica que la intervención fue efectiva.

Tabla 13

Análisis Descriptivo e Inferencial de las Diferencias de la Variable Sintomatología Concomitante (Depresión) en el Pretest y Postest

Grupo	Evaluación	Media	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>	<i>d</i>
Experimental	Pretest	31.3	7.42	9.140	< .001	7.0	3.230
	Postest	20.1	5.79				
Control	Pretest	27.5	18.50	.814	.221	7.0	.288
	Postest	27.1	17.40				

Como se puede apreciar en la Tabla 13, los puntajes de depresión de los participantes se compararon antes y después de la aplicación del programa de intervención y por tener una razón teórica de que el tratamiento reduciría los síntomas se esperó el cambio en una dirección específica, es decir se usó una cola. En el grupo experimental los participantes obtuvieron en promedio peores resultados antes ($M = 31.3$) que después de la intervención ($M = 20.1$), así como una *DE* de 7.42 y 5.79 respectivamente. Una prueba de los rangos con signo *t* de Student indicó que esta diferencia era estadísticamente significativa: ($t(7) = 9.14, p < .05$). En el grupo control los participantes obtuvieron en promedio casi los mismos resultados antes ($M = 27.5$) y después de la intervención ($M = 27.1$), así como una *DE* de 18.50 y 17.40 respectivamente. Una prueba de los rangos con signo *t* de Student indicó que esta diferencia no era estadísticamente significativa: ($t(7) = .814, p > .05$). Con un tamaño de efecto grande ($d = 3.23$) y el 95 % de confianza, el grupo experimental mostró una mejora significativa en depresión al culminar la intervención, mientras que el grupo control no presentó cambios importantes ($d = .288, IC 95\%$), lo que explica que la intervención fue efectiva.

Tabla 14

Análisis Descriptivo e Inferencial de las Diferencias de la Variable Sintomatología Concomitante (Ansiedad) en el Pretest y Postest

Grupo	Evaluación	Media	DE	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>	<i>d</i>
Experimental	Pretest	20.6	6.63	4.290	.002	7.0	1.520
	Postest	12.0	4.66				
Control	Pretest	22.3	11.90	.607	.282	7.0	.215
	Postest	22.0	11.00				

Como se puede apreciar en la Tabla 14, los puntajes de ansiedad de los participantes se compararon antes y después de la aplicación del programa de intervención y por tener una razón teórica de que el tratamiento reduciría los síntomas se esperó el cambio en una dirección específica, es decir se usó una cola. En el grupo experimental los participantes obtuvieron en promedio peores resultados antes ($M = 20.6$) que después de la intervención ($M = 12.0$), así como una *DE* de 6.63 y 4.66 respectivamente. Una prueba de los rangos con signo t de Student indicó que esta diferencia era estadísticamente significativa: ($t(7) = 4.29, p < .05$). En el grupo control los participantes obtuvieron en promedio casi los mismos resultados antes ($M = 22.3$) y después de la intervención ($M = 22.0$), así como una *DE* de 11.9 y 11.0 respectivamente. Una prueba de los rangos con signo t de Student indicó que esta diferencia no era estadísticamente significativa: ($t(7) = .607, p > .05$). Con un tamaño de efecto grande ($d = 1.52$) y el 95 % de confianza, el grupo experimental mostró una mejora significativa en ansiedad al culminar la intervención, mientras que el grupo control no presentó cambios importantes ($d = .215, IC 95\%$), lo que explica que la intervención fue efectiva.

Discusión

La presente investigación de carácter preliminar tuvo como objetivo general evaluar el efecto de la reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática en la gravedad de síntomas postraumáticos y niveles de síntomas concomitantes vinculados a estados ansiosos y depresivos en pacientes atendidos en un CSMC. Los hallazgos del estudio evidencian que la aplicación del Programa de Evaluación e Intervención basado en TCC produjo una reducción significativa tanto de los síntomas TEPT como de los asociados a la ansiedad y depresión. Estos resultados respaldan los postulados del modelo cognitivo-conductual, el cual sostiene que la modificación de los pensamientos disfuncionales y la exposición gradual a los estímulos traumáticos permiten disminuir la activación emocional, la evitación y el malestar psicológico (Beck & Emery, 1985; Resick et al., 2024).

Así se encontró que estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que han demostrado la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento del TEPT. Estudios como los de Gesteira et al. (2018) y Cáceres-Ortiz et al. (2011) han reportado reducciones clínicamente significativas en la sintomatología postraumática de 42.6 a 25.5 y de 25.26 a 9.38 respectivamente tras la aplicación de protocolos estructurados de TCC, lo que sugiere que los resultados obtenidos en la presente investigación se encuentran en consonancia con la evidencia empírica internacional, aun cuando el presente estudio se desarrolló en un contexto comunitario y con una muestra reducida.

Para el primer objetivo específico, referido a la eficacia de la intervención sobre la gravedad de los núcleos sintomáticos del TEPT, los resultados indican una disminución en los síntomas de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, así como en la hiperactivación fisiológica. Este patrón de cambio es

coherente con el modelo explicativo de la TCC, según el cual los recuerdos traumáticos y las creencias disfuncionales mantienen el malestar psicológico mediante procesos de evitación, hipervigilancia y distorsiones cognitivas. La reestructuración cognitiva permite cuestionar y modificar interpretaciones negativas sobre el trauma, mientras que la desensibilización sistemática favorece la reducción progresiva de la ansiedad asociada a los estímulos traumáticos, lo que contribuye a una integración más adaptativa de la experiencia traumática. Estos resultados coinciden con la investigación de Soto Zentella et al. (2022), quienes encontraron diferencias significativas en la sintomatología TEPT tras la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales, siendo mayores las medias antes de aplicar el tratamiento y menores después de aplicarlo para los síntomas de reexperimentación (10.60 vs 5.90), evitación conductual/cognitiva (6.90 vs 2.80), alteraciones cognitivas y estado de ánimo depresivo (14.40 vs 5.50) y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (10.60 vs 3.0).

Para el segundo objetivo específico, orientado a evaluar la eficacia del programa en los niveles de depresión, los hallazgos evidencian una reducción clínicamente relevante de los síntomas depresivos tras la intervención. Este efecto puede explicarse por el impacto de la reestructuración cognitiva sobre los esquemas negativos de sí mismo, el mundo y el futuro, los cuales constituyen el núcleo cognitivo de la depresión según el modelo de Beck. Al modificar estos patrones de pensamiento, los pacientes pueden reinterpretar de manera más adaptativa sus experiencias traumáticas, reduciendo sentimientos de culpa, desesperanza y desvalorización personal. En consonancia a estos resultados, Cáceres-Ortiz et al (2011) también observaron mejoras sustanciales en los siguientes niveles de depresión terminado el tratamiento, para grave de 21.9% a 2.7%, moderado de 24.7% a 9.6%, leve de 31.5% a 19.9% y mínimo de 21.9% a 68.5%.

Para el tercer objetivo específico, referido a los niveles de ansiedad, los resultados

muestran que la intervención fue eficaz para disminuir la activación ansiosa asociada al trauma. La desensibilización sistemática, al combinar la exposición gradual mediante imaginación con técnicas de relajación, permite que los estímulos previamente asociados al peligro pierdan su capacidad de generar respuestas intensas de ansiedad. Este proceso de inhibición recíproca contribuye a la reducción de la hipervigilancia y la evitación, dos componentes centrales del TEPT y de los trastornos de ansiedad. Estos hallazgos concuerdan con la investigación de Cáceres-Ortiz et al (2011) quienes documentaron la eficacia de los procedimientos de exposición y relajación para reducir los niveles de ansiedad en poblaciones con trauma psicológico, para grave de 41.1% a 6.8%, moderado de 28.8% a 15.1%, leve de 24.7% a 28.8% y mínimo de 5.48% a 49.3%.

Sin embargo, a diferencia de la metodología usada en este estudio, Granda Gonzaga & Hernández Rodríguez (2021) en su revisión sistemática mencionan investigaciones similares con un seguimiento a los 3 y 6 meses para evidenciar la sostenibilidad a través del tiempo de las mejoras en la sintomatología postraumática y sintomatología concomitante. Otro punto a contrastar es el número de sesiones que recibieron los participantes según su protocolo TCC, siendo este no menor a 12 sesiones, favoreciendo así la adherencia al tratamiento. Por lo que, si bien existe evidencia que respalda la utilidad de estas técnicas terapéuticas en condiciones controladas, es necesaria la continuidad de investigaciones en contextos culturales diversos y en tamaños muestrales más grandes, debido a que la prevalencia de estos síntomas repercute en la sociedad generando costos sociales y económicos.

Un aspecto relevante del presente estudio es que la intervención se desarrolló en el contexto de un Centro de Salud Mental Comunitario, lo que confiere un valor aplicado significativo a los resultados. Los CSMC atienden a poblaciones en situación de vulnerabilidad social, caracterizadas por experiencias de abuso, trauma, violencia y

pobreza estructural, factores que incrementan el riesgo de desarrollar TEPT y otros trastornos emocionales. En este contexto, la implementación de un programa estructurado de TCC no solo contribuye a la reducción de la sintomatología, sino también al fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales de los usuarios, en concordancia con el enfoque comunitario e integral que ofrecen los servicios de este tipo de establecimiento.

En síntesis, los resultados del estudio indican que las técnicas de reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática constituyen intervenciones eficaces para reducir la sintomatología postraumática y sintomatología concomitantes de ansiedad y depresión en pacientes atendidos en un CSMC. Haber desarrollado esta investigación permitió aportar evidencia empírica local sobre la utilidad de la TCC en contextos de salud mental comunitaria, contribuyendo al fortalecimiento de prácticas clínicas basadas en evidencia y a la mejora de la atención psicológica en poblaciones vulnerables. Este trabajo pone de relieve la importancia de continuar implementando y evaluando intervenciones estructuradas en el sistema público de salud mental, con el fin de ofrecer tratamientos eficaces y culturalmente pertinentes a quienes más lo necesitan.

Conclusiones

Primera. Las técnicas de reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática utilizadas en el Programa de Evaluación e Intervención han demostrado efectos positivos al disminuir la sintomatología postraumática y la sintomatología concomitante en los usuarios del CSMC, evidenciándose mejoras estadísticamente significativas entre el pretest y el postest.

Segunda. Se observaron cambios en la gravedad de los núcleos sintomáticos postraumáticos del grupo experimental, evidenciado por una disminución en la puntuación media después de la intervención, lo que indica una mejora en los principales componentes clínicos del trastorno.

Tercera. La aplicación de técnicas TCC permitió efectos beneficiosos al obtener un decremento significativo de los niveles de depresión, evidenciada tanto por la disminución de la puntuación promedio como por el desplazamiento de los participantes desde niveles severos y moderados hacia niveles leves después de la intervención.

Cuarta. La aplicación del programa de intervención produjo una disminución significativa de los niveles de ansiedad, reflejada tanto en la reducción de la puntuación promedio como en el cambio de los participantes desde niveles graves y moderados hacia niveles leves y mínimos, lo que muestra un efecto potencialmente favorable de las técnicas aplicadas.

Sugerencias

Primera. Se sugiere que los CSMC y hospitales que brindan atención en salud mental de la Red Arequipa–Caylloma implementen programas de evaluación e intervención con protocolos de reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática para la remisión del TEPT en casos moderados y graves, con el propósito de generar evidencia local que permita contrastar y ampliar los resultados obtenidos en la presente investigación.

Segunda. Se recomienda que los equipos de psicología clínica de los CSMC implementen protocolos estandarizados de evaluación y seguimiento para medir el impacto de las intervenciones de ambas técnicas TCC en la evolución de sujetos diagnosticados con TEPT a mediano y largo plazo, con el propósito de evaluar la sostenibilidad a través del tiempo de las mejoras en sintomatología postraumática y sintomatología concomitante asociada a estados ansiosos y depresivos.

Tercera. Se sugiere que los investigadores de universidades y centros de investigación en Psicología desarrollen estudios que abarquen un tamaño muestral mayor, que incluyan una población representativa de usuarios pertenecientes a distintos Centros de Salud Mental Comunitario de la Red de Salud Arequipa- Caylloma, para mejorar la validez externa y la generalización de los resultados obtenidos.

Cuarta. Se recomienda que los investigadores que desarrollen estudios de intervención en contextos de salud mental comunitaria evalúen previamente las condiciones del entorno institucional (recursos, ambientes, carga laboral del personal) para adaptar la investigación a la realidad local, asegurar la recolección de datos válidos y representativos y garantizar la protección de los participantes.

Limitaciones

Primera. El proceso para la obtención de autorizaciones éticas e institucionales, necesarias para la implementación del programa de intervención en el establecimiento de salud, requirió tiempo adicional y generó retraso en el inicio de las sesiones programadas.

Segunda. Ajustar el ritmo de las sesiones a las necesidades individuales de los participantes aseguró su avance progresivo y adecuado en el tratamiento, sin embargo, ocasionó irregularidades en el cumplimiento del cronograma establecido y prolongó la duración de la investigación.

Tercera. La muestra del estudio reflejó una predominancia femenina (62.5%) en comparación con la masculina (37.5%). Si bien esto refleja la población de donde se extrajo la muestra, limita la generalización de los resultados a poblaciones con una distribución de género más equitativa.

Cuarta. La integración de las técnicas TCC en el estudio dificultó separar los efectos específicos de la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática, ya que estas se aplicaron de forma combinada.

Quinta. El reducido tamaño de la muestra ($n = 16$), aun cuando se incrementó en comparación al diseño inicial, restringe la generalización de los resultados, por lo que los hallazgos deben considerarse como evidencia preliminar y confirmarse en investigaciones futuras con muestras de mayor magnitud.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Principios éticos de los psicólogos y código de conducta]. In *American Psychologist*. <https://apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.57.12.1060>
- Arkowitz, H. (1991). Introductory Statement: Psychotherapy Integration Comes of Age [Declaración introductoria: La integración de la psicoterapia alcanza la mayoría de edad]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(1), 1–3.
<https://doi.org/10.1037/h0101205>
- Asmundson, G. J. G., Thorisdottir, A. S., Roden-Foreman, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder [Una revisión metaanalítica de la terapia de procesamiento cognitivo para adultos con trastorno de estrés postraumático]. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371>
- Barahona Hidalgo, L. M., & Orozco Barreno, C. V. (2015). *Desensibilización Sistemática en el Trastorno De Estrés Postraumático de los miembros del Cuerpo de Bomberos de la compañía 26 De Junio de Riobamba, periodo Enero –Junio 2015*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo].
- Barrantes, N. & Clausen, J. (2022). Does Multidimensional Poverty Affect Depression? Evidence from Peru [¿Influye la pobreza multidimensional en la depresión? Evidencia de Perú]. *Progress in Development Studies*, 22(2), 107-29.
<https://doi.org/10.1177/14649934211059402>
- Barreda Sánchez-Pachas, D. V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de

Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39–52.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580>

- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions [Pensamiento y depresión. I. Contenidos idiosincrásicos y distorsiones cognitivas]. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324–333.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression* [Terapia cognitiva de la depresión]. Guilford Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias* [Trastornos de ansiedad y fobias]. Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties [Un inventario para medir la ansiedad clínica: propiedades psicométricas]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression* [Terapia cognitiva de la depresión]. The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (2ª). Paidós.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Inventory for Measuring Depression [Inventario para medir la depresión]. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond* [Terapia cognitiva: conceptos básicos y más allá]. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1037/000344>
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* [Terapia cognitivo-conductual: conceptos básicos y más allá] (3ª). The Guilford Press.

Bernard, M. E., & Wolfe, J. L. (Eds.). (1993). *The REBT Resource Book for Practitioners: Innovative REBT Techniques for Practitioners with Reproducible Self-help Articles and Handouts for Clients* [El libro de recursos TREC para profesionales: técnicas TREC innovadoras para profesionales con artículos de autoayuda reproducibles y folletos para clientes] (2ª). Albert Ellis Institute.

Berengüí, R., & Castejón, M. Á. (2021). Desensibilización Sistemática para el control de la ansiedad: Un caso en atletismo. *Revista de Psicología Aplicada Al Deporte y El Ejercicio Físico*, 6(12), 1–9. <https://doi.org/10.5093/rpade2021a13>

Bijou, S. W. (1955). A systematic approach to an experimental analysis of young children [Un enfoque sistemático para un análisis experimental de niños pequeños]. *Child Development*, 26(3), 161–168.

Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie* [Estudios sobre la histeria] (1ª). Franz Deuticke.

Cáceres-Ortiz, E., Labrador-Encinas, F., Ardila-Mantilla, P., & Parada-Ortiz, D. (2011). Tratamiento Cognitivo Conductual Centrado en el Trauma De Mujeres Víctima de Violencia de Pareja. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 5(2), 13–31.

Caro Gabalda, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.

Cervera, I. M., López, C., Alcántara, M., Castro, M., Fernández, V., & Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 41(2), 1–12. <https://www.redalyc.org/journal/778/77865632009/77865632009.pdf>

Christ, N. M., Blain, R. C., Pukay-Martin, N. D., Petri, J. M., & Chard, K. M. (2022).

Comparing Veterans with Posttraumatic Stress Disorder Related to Military Sexual

Trauma or Other Trauma Types: Baseline Characteristics and Residential Cognitive Processing Therapy Outcomes [Comparación de veteranos con trastorno de estrés postraumático relacionado con trauma sexual militar u otros tipos de trauma: características iniciales y resultados de la terapia de procesamiento cognitivo residencial]. *Journal of interpersonal violence*, 37(21-22).

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders* [Terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad]. The Guilford Press.

Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: Simplifying diagnosis in trauma populations [Trastorno de estrés postraumático complejo CIE-11: simplificación del diagnóstico en poblaciones traumatizadas]. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>

Código de Ética y Deontología, (2017).

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111–128. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

Echeburúa, E., Corral, P. de, Amor, P. J., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503–526.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder [Un modelo cognitivo del trastorno de estrés postraumático]. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion* [Razón y emoción]. Lyle Stuart.

<https://doi.org/10.5840/thought193813295>

- Ellis, A. (1969). A weekend of rational encounter [Un fin de semana de encuentro racional]. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 21(3/4), 155–168.
- Ellis, A. (1974). *Techniques for Disputing Irrational Beliefs (DIBS)* [Técnicas para refutar creencias irracionales (DIBS)]. <http://albertellis.org/rebt-pamphlets/Techniques-for-Disputing-Irrational-Beliefs.pdf>
- Ellis, A. (1979). The Issue of Force and Energy In Behavioral Change [La cuestión de la fuerza y la energía en el cambio de comportamiento]. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 10(2), 83–97. <https://doi.org/10.1007/BF01667409>
- Ellis, A. (1999). *How to Make Yourself Happy and Remarkably Less Disturbable* [Cómo hacerte feliz y notablemente menos molesto]. Impact Publishers.
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy* [La práctica de la terapia racional emotiva conductual] (2ª). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.4324/9780203929681-6>
- Erichsen, J. E. (1882). *On concussion of the spine nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects* [Sobre la conmoción cerebral, el shock nervioso de la columna y otras lesiones oscuras del sistema nervioso en sus aspectos clínicos y médico-legales] (2ª Edición). Longmans, Green, and Co.
- Eulenburg, A. (1878). *Lehrbuch der Nervenkrankheiten* [Libro de texto de enfermedades nerviosas] (A. Hirschwald (Ed.); 2ª). Hirschwald Verlag.
- Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behaviour therapy [Teoría del aprendizaje y terapia conductual]. *The Journal of Mental Science*, 105, 61–75. <https://doi.org/10.1192/bjp.105.438.61>
- Eysenck, H. J. (1968). A theory of the incubation of anxiety/fear responses [Una teoría de

- la incubación de respuestas de ansiedad/miedo]. *Behaviour Research and Therapy*, 6(3), 309–321. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(68\)90064-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(68)90064-8)
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos* (15ª). Paidós.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences* [Terapia de exposición prolongada para el trastorno de estrés postraumático: procesamiento emocional de experiencias traumáticas] (D. H. Barlow (Ed.); 2ª). Oxford University Press.
- Gesteira, C., García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2018). Porque el Tiempo no lo Cura Todo: Eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual Centrada en el Trauma para el Estrés postraumático a muy Largo Plazo en Víctimas de Terrorismo. *Clínica y Salud*, 29(1), 9–13.
- Gil-Iñiguez, 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://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5288644%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5288644.pdf>
- Granda Gonzaga, M. F., & Hernández Rodríguez, Y. de la C. (2021). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la salud mental de mujeres víctimas de violencia sexual. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 91–102.
<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp91-102>
- Grieger, R. (2017). *Developing unrelenting drive, dedication, and determination: a cognitive behavior workbook* [Desarrollar un impulso, dedicación y determinación implacables: un libro de trabajo cognitivo-conductual]. Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781315644219>

Haagen, J. F. G., Smid, G. E., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A meta-regression analysis [La eficacia de los tratamientos recomendados para veteranos con TEPT: un análisis de metarregresión]. *Clinical Psychology Review*, *40*, 184–194.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.008>

Habigzang, L. F., Gomes Ferreira Petersen, M., & Maciel, L. Z. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, *13*(2), 249–264.

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

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1ª). McGraw-Hill.

Holdorff, B. (2011). The fight for “traumatic neurosis”, 1889-1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin [La lucha por la “neurosis traumática”, 1889-1916: Hermann Oppenheim y sus oponentes en Berlín]. *History of Psychiatry*, *22*(4), 465–476. <https://doi.org/10.1177/0957154X10390495>

Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation* [Relajación progresiva]. University of Chicago Press.

Jacobson, E. (1980). *You Must Relax* [Debes relajarte] (5ª). Unwin Paperbacks.

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine* [Automatismo psicológico: ensayo de psicología experimental sobre las formas inferiores de actividad humana]. Paris.

Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs* [La psicología de los constructos personales] (Vol. 1). Routledge.

- Labrador, F. J., Fernández Velasco, M. del R., & Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 527–547.
- <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2110218&orden=83841&info=link>
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2110218>
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-190.pdf
- Lazarus, A. A. (1958). New methods in psychotherapy: a case study [Nuevos métodos en psicoterapia: un estudio de caso]. *South African Medical Journal*, 32(26), 660–663.
- Lazarus, A. A. (2006). *Brief but comprehensive psychotherapy: the multimodal way* [Psicoterapia breve pero integral: el camino multimodal] (1ª). Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* [Estrés, evaluación y afrontamiento]. Springer Publishing. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide* [Técnicas de terapia cognitiva: una guía para el profesional] (2ª). The Guilford Press.
- Leiva-Bianchi, M., Cornejo, F., Fresno, A., Rojas, C., & Serrano, C. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for post-disaster distress in post-traumatic stress symptoms after Chilean earthquake and tsunami [Efectividad de la terapia cognitivo- conductual para el malestar posdesastre en síntomas de estrés postraumático tras el terremoto y tsunami de Chile]. *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 291–296. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.018>
- Lindsley, O. R. (1956). Operant conditioning methods applied to research in chronic

schizophrenia [Métodos de condicionamiento operante aplicados a la investigación en esquizofrenia crónica]. *Psychiatric Research Reports*, 5, 118–139.

LoSavio, S. T., Hale, W. J., Moring, J. C., Blankenship, A. E., Dondanville, K. A., Wachen, J. S., Mintz, J., Peterson, A. L., Litz, B. T., Young-McCaughan, S., Yarvis, J. S., & Resick, P. A. (2021). Efficacy of individual and group cognitive processing therapy for military personnel with and without child abuse histories [Eficacia de la terapia de procesamiento cognitivo individual y grupal para personal militar con y sin antecedentes de abuso infantil]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 476–482

LoSavio, S. T., Murphy, R. A., & Resick, P. A. (2021). Treatment Outcomes for Adolescents Versus Adults Receiving Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder During Community Training. *Journal of Traumatic Stress*, 34(4), 757–763. <https://doi.org/10.1002/jts.22668>

Mendiola Vasquez, M. del P. (2023). *Efectos del estrés post traumático del COVID-19 en trabajadores del Centro de Salud Buenos Aires de Villa, Chorrillos, Lima, Perú 2021* [Tesis de Grado, Universidad Ricardo Palma].

Moreno, N., Sanz, J., García-Vera, M. P., Gesteira, C., Gutiérrez, S., Zapardiel, A., Cobos, B., & Marotta-Walters, S. (2019). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for terrorism victims with very long-term emotional disorders [Eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas del terrorismo con trastornos emocionales de muy larga duración]. *Psicothema*, 31(4), 400–406. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.165>

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent [Un análisis estímulo-respuesta de la ansiedad y su papel como agente

reforzador]. *Psychological Review*, 46(6), 553–565.

Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., & Rosenberg, H. J. (2009). *Treatment of posttraumatic stress disorder in special populations : a cognitive restructuring program* [Tratamiento del trastorno de estrés postraumático en poblaciones especiales: un programa de reestructuración cognitiva] (1ª). American Psychological Association.

Neisser, U. (2014). *Cognitive psychology* [Psicología cognitiva] (I. Hyman (ed.); Clásica). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315736174>

Obregón López, G. M. (2021). Desensibilización sistemática para la fobia a los ascensores. *Avances En Psicología*, 29(2), 253–266.

<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n2.2412>

Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo* (1ª). Fondo de Cultura Económica.

Palomino Martínez, M. (2020). *Niveles de ansiedad en pacientes adolescentes y adultos que acuden a una clínica dental de la ciudad de Huancayo, 2019* [Tesis de Grado, Universidad Peruana los Andes].

<http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/733/TESISFINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pavlov, I. P. (1973). *Dvadtsatiletniy Opyt Ob"yektivnogo Izucheniya Vysshey Nervnoy Deyatel'nosti (Povedeniya) Zhivotnykh* [Veinte años de experiencia en el estudio objetivo de la actividad (comportamiento) nerviosa superior de los animales] (6ª). Hayka.

Polo Martinez, R. (2017). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad Y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios de Chimbote* [Tesis de Grado, Universidad César Vallejo].

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/10290>

Quintana-Cadillo, A., Yacchi-Sarmiento, A., Saavedra-Castillo, J., & Contreras-Rodríguez,

- J. (2022). Aspectos clínicos y factores asociados al estrés postraumático en pacientes adultos de tres ciudades de la sierra peruana. *Rev Neuropsiquiatr*, 85(3), 206–223. <https://doi.org/10.20453/rmp.v85i3.4330>
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2024). *Cognitive processing therapy for PTSD: a comprehensive therapist manual* [Terapia de procesamiento cognitivo para el TEPT: un manual completo para el terapeuta] (J. Nageotte, J. Keislar, & A. Brackett (eds.); 2ª). The Guilford Press.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Rizvi, S. L. (2008). Posttraumatic Stress Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (4ª, pp. 65–122). The Guilford Press.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* [Sinopsis de la psiquiatría de Kaplan y Sadock: ciencias del comportamiento/psiquiatría clínica] (C. S. Pataki & N. Sussman (eds.); 11ª). Lippincott Williams & Wilkins.
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents [Un síndrome producido por diversos agentes nocivos]. *Nature*, 138, 32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis* [El comportamiento de los organismos: un análisis experimental]. Appleton-Century-Crofts, Inc. <https://doi.org/10.1007/BF03395248>
- Soto Zentella, W. G., Zarco Cárdenas, D. I., López Martínez, S. M., Guzmán Díaz, G., & Cisneros Herrera, J. (2022). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual de inoculación al estrés para la disminución de TEPT en mujeres víctimas de abuso sexual en Hidalgo. *Boletín Científico de La Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(17), 1–10. <https://doi.org/10.29057/esat.v9i17.8145>

Stampfl, T. G., & Levis, D. J. (1967). Essentials of Implosive Therapy: A Learning-Theory- Based Psychodynamic Behavioral Therapy [Conceptos básicos de la terapia implosiva: una terapia psicodinámica conductual basada en la teoría del aprendizaje]. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(6), 496–503.

<https://doi.org/10.1037/h0025238>

Tolman, E. C. (1948). Cognitive maps in rats and men [Mapas cognitivos en ratas y hombres]. *Psychological Review*, 55(4), 189–208. <https://doi.org/10.1037/h0061626>

Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157–168.

<https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v13n2/1578-908X-acp-13-02-00157.pdf>

Vassilis Kapsambelis. (2016). Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. Fondo de Cultura Económica.

Villa-Palomino, J., Shimabukuro Higa, A. H., & Cornejo Rossello, G. P. (2024). Después del manicomio: La transición hacia la salud mental comunitaria en el Perú (1980-2022).

Anthropologica, 42(52), 114–142.

<https://doi.org/10.18800/anthropologica.202401.005>

Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones: Revista de Avances En Psicología*, 6(3), 1–9.

Walter, K. H., Buckley, A., Simpson, J. M., & Chard, K. M. (2014). Residential PTSD Treatment for Female Veterans With Military Sexual Trauma: Does a History of Childhood Sexual Abuse Influence Outcome? [Tratamiento residencial del TEPT para mujeres veteranas con trauma sexual militar: ¿Influye el historial de abuso sexual infantil en el resultado?] *Journal of Interpersonal Violence*, 29(6), 971–986.

<https://doi.org/10.1177/0886260513506055>

Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviourist views it [La psicología tal como la ve el conductista]. *Psychological Review*, 20(2), 158–177.

<https://doi.org/10.1037/h0074428>

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions [Reacciones emocionales condicionadas]. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1–14.

<https://doi.org/10.1136/bcr-2013-202948>

Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 541–550.

<https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>

Wessler, R., Hankin, S., & Stern, J. (2001). *Succeeding with Difficult Clients: Applications of Cognitive Appraisal Therapy* [Tener éxito con clientes difíciles: aplicaciones de la terapia de evaluación cognitiva]. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-744470-3.x5000-3>

World Health Organization (1948). Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference. *International Health Conference*, 2, 143. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf

Widlöcher, D. (1995). *Les logiques de la dépression* [Las lógicas de la depresión]. Fayard.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* [Psicoterapia por inhibición recíproca]. Stanford University Press.

Wolpe, J. (1961). The Systematic Desensitization Treatment of Neuroses [El tratamiento sistemático de desensibilización de las neurosis]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 132(3), 189–203.

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition [Psicoterapia por inhibición recíproca]. *Conditional Reflex: A Pavlovian Journal of Research & Therapy*, 3(4), 234–240. <https://doi.org/10.1007/BF03000093>

Wolpe, J. (1998). *Psicoterapia por inhibición recíproca* (F. Ezcurra Rollin (ed.); 5ª). Desclée de Brouwer. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=200977>

Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Wiratama, B. S., Lee, T. Y., Chang, L. F., Liu, D., Kustanti, C. Y., Chiang, K. J., Chen, R., Tseng, P., & Chou, K. R. (2023). Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials [Eficacia comparativa de las psicoterapias en adultos con trastorno de estrés postraumático: un metanálisis en red de ensayos controlados aleatorios]. *Psychological Medicine*, 11, 1–13. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003737>

Zanón Orgaz, I., Matías Lago, T., Luque González, A., Moreno-Agostino, D., Aranda Rubio, E., Morales Pillado, C., García Tabuyo, M., & Márquez-González, M. (2016). Guía para la elaboración de un análisis funcional del comportamiento humano. Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid. <https://psicologia-cpa.blogspot.com/2016/06/guia-para-la-elaboracion-de-un-analisis.html>

Zegarra-Valdivia, J. A., & Chino-Vilca, B. N. (2019). Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 20(1), 21–28. <https://doi.org/10.24875/rmn.m19000023>

Anexos

Anexo 1

Análisis Funcional de la Conducta Detallado. Estas seis fichas están diseñadas para ser utilizadas durante las distintas etapas del tratamiento, facilitando una intervención estructurada.

Ficha 1: Identificación de Áreas Problema

Objetivo: Identificar y desglosar las áreas problema en respuestas observables concretas.

Instrucciones:

1. Describir las áreas globales de malestar (ej. ansiedad, depresión, fobias).
2. Desglosar en respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales.
3. Especificar la frecuencia, duración e intensidad de cada respuesta.

Campos a llenar:

- Área problema global: _____
- Respuesta fisiológica: _____
- Respuesta emocional: _____
- Respuesta cognitiva: _____
- Respuesta conductual: _____
- Frecuencia: _____
- Intensidad: _____
- Duración: _____

Ficha 2: Identificación de Variables Moduladoras

Objetivo: Identificar las variables internas y externas que influyen en la aparición y mantenimiento de los comportamientos desadaptativos.

Instrucciones:

1. Evaluar variables personales (creencias disfuncionales, habilidades sociales, tolerancia a la frustración).
2. Evaluar variables ambientales (familiares, laborales, sociales).
3. Relacionar cómo estas variables impactan en las áreas problema.

Campos a llenar:

- Variable disposicional 1: _____
- Variable disposicional 2: _____
- Variable ambiental 1: _____
- Variable ambiental 2: _____
- Impacto en la conducta problema: _____

Ficha 3: Formulación de Hipótesis de Mantenimiento

Objetivo: Formular una hipótesis clara que vincule antecedentes, comportamientos y consecuencias.

Instrucciones:

1. Analizar la secuencia de estímulo-respuesta-consecuencia que mantiene el comportamiento.

2. Relacionar los pensamientos distorsionados y los esquemas disfuncionales con la conducta problemática.

Campos a llenar:

- Comportamiento problema: _____
- Estímulo: _____
- Respuesta: _____
- Consecuencia: _____
- Hipótesis de mantenimiento: _____

Ficha 4: Evaluación de Contingencias y Pensamientos Distorsionados

Objetivo: Evaluar el papel de los refuerzos, castigos y pensamientos distorsionados que perpetúan la conducta.

Instrucciones:

1. Identificar refuerzos (positivos y negativos) y castigos (positivos y negativos) relacionados con la conducta.
2. Identificar los pensamientos automáticos relacionados.

Campos a llenar:

- Comportamiento problema: _____
- Refuerzo positivo (R+): _____
- Refuerzo negativo (R-): _____
- Castigo positivo (C+): _____

- Castigo negativo (C-): _____
- Pensamiento distorsionado: _____
- Impacto en la conducta: _____

Ficha 5: Establecimiento de Objetivos Terapéuticos

Objetivo: Definir objetivos claros y medibles basados en el análisis funcional.

Instrucciones:

1. Definir los objetivos terapéuticos de acuerdo con los comportamientos problema identificados.
2. Establecer métodos de medición y tiempos estimados.

Campos a llenar:

- Objetivo terapéutico: _____
- Método de medición: _____
- Tiempo estimado: _____

Ficha 6: Selección de Técnicas de Intervención

Objetivo: Seleccionar las técnicas adecuadas para cada objetivo terapéutico.

Instrucciones:

1. Seleccionar la técnica de intervención más adecuada (ej. reestructuración cognitiva, exposición).
2. Relacionar la técnica con los objetivos terapéuticos.

Campos a llenar:

- Técnica de intervención: _____
- Relación con el objetivo: _____



Anexo 2

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R) (Versión clínica)

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático	
<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

BDI-II¹

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

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

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
--	---

Título original: *Beck Depression Inventory (Second edition)*
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

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 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 mí 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 más 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 en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

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 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

Anexo 4

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En este inventario existe una lista de preguntas relacionadas a su forma de comportarse durante todos los días de su vida. Se le solicita que marque una sola alternativa por cada ítem, “En absoluto” quiere decir “nunca”. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique con una “X” en el casillero, dependiendo el grado en el que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana incluyendo hoy.

Ítems		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Sensación de hormigueo en el cuerpo.				
2	Sensación de calor.				
3	Debilidad, temblor en las piernas.				
4	Incapacidad para relajarse.				
5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	Mareos, vértigo.				
7	Palpitaciones, aumento del ritmo cardíaco.				
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad.				
9	Sensación de estar aterrorizado.				
10	Sensación de nerviosismo.				
11	Sensación de ahogo.				
12	Temblor de manos.				
13	Temblor generalizado o estremecimiento.				
14	Miedo a perder el control.				
15	Dificultad para respirar.				
16	Miedo a morir.				
17	Sobresaltos, con miedo, asustadizo.				
18	Indigestión o molestias abdominales.				
19	Palidez, sensación de desmayo.				
20	Rubor facial.				
21	Sudoración, fría o caliente (no debido al calor).				

Anexo 5

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Indicaciones: a continuación, hay algunos datos que necesitamos para nuestra investigación y, solicitamos su colaboración.

EDAD: _____	GÉNERO: F () M ()
ESTADO CIVIL: Soltero/a () Casado/a () Viudo/a () Divorciado/a () Conviviente ()	
NIVEL EDUCATIVO:	
Primaria Incompleta ()	Primaria Completa ()
Secundaria Completa ()	Secundaria Incompleta ()
Estudios Técnicos Completos ()	Estudios Técnicos Incompletos ()
Estudios Universitarios Completos ()	Estudios Universitarios Incompletos ()



Anexo 6

Programa de Evaluación e Intervención

A continuación, se desarrollan las seis sesiones terapéuticas según el enfoque cognitivo-conductual, con una descripción detallada de los objetivos, actividades y resultados esperados en cada etapa del tratamiento para asegurar un proceso terapéutico efectivo y bien estructurado. Cada sesión está diseñada para guiar al paciente a través de un proceso de aprendizaje, cambio y adaptación, promoviendo su bienestar integral.

Sesión 1: Introducción y Evaluación Inicial

- **Objetivo:** Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y recopilar información detallada para realizar una evaluación exhaustiva del estado del paciente, identificando problemas clave y estableciendo metas terapéuticas claras.
- **Actividades:**
 - Presentación formal y creación de un clima de confianza mediante escucha activa y validación emocional mientras se explora la historia del trauma y los síntomas actuales.
 - Explicación exhaustiva del proceso terapéutico, incluyendo normas, expectativas, duración y metodología.
 - Entrevista clínica inicial para recoger antecedentes personales, familiares y médicos relevantes.
 - Identificación conjunta de problemas prioritarios y establecimiento de metas específicas.

- Explicación detallada sobre la confidencialidad y firma del consentimiento informado.

- **Resultados Esperados:**

- Paciente motivado y comprometido con el proceso terapéutico.
- Metas claras y acordadas para guiar el tratamiento.
- Información completa para realizar una intervención precisa.

Sesión 2: Psicoeducación y Modelo Cognitivo

- **Objetivo:** Brindar una comprensión profunda sobre el TEPT y el modelo cognitivo-conductual para fortalecer la autoeficacia del paciente.

- **Actividades:**

- Presentación del modelo cognitivo-conductual mediante ejemplos cotidianos y simulaciones prácticas.
- Descripción ampliada de los síntomas del TEPT, factores desencadenantes y efectos a largo plazo.
- Introducción a técnicas básicas de regulación emocional como respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.
- Asignación de tareas: Registro detallado de situaciones diarias y emociones asociadas para análisis.

- **Resultados Esperados:**

- Comprensión clara del modelo cognitivo-conductual.
- Aumento en la conciencia de síntomas y factores desencadenantes.

- Mayor disposición para aplicar técnicas de regulación emocional.

Sesión 3: Identificación de Pensamientos Automáticos

- **Objetivo:** Desarrollar habilidades para identificar pensamientos automáticos disfuncionales relacionados con experiencias traumáticas y aprender a cuestionarlos.
- **Actividades:**
 - Explicación y ejemplos ilustrativos de pensamientos automáticos comunes en el TEPT.
 - Registro y análisis guiado de pensamientos utilizando hojas de trabajo estructuradas.
 - Identificación de distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, la personalización y la visión dicotómica.
 - Asignación de tareas: Registro continuo de pensamientos y respuestas emocionales en diversas situaciones cotidianas.
- **Resultados Esperados:**
 - Identificación precisa de pensamientos automáticos disfuncionales.
 - Mayor autoconciencia sobre los patrones de pensamiento negativos.
 - Motivación para realizar cambios cognitivos positivos.

Sesión 4: Reestructuración Cognitiva

- **Objetivo:** Modificar creencias irracionales mediante técnicas avanzadas de reestructuración cognitiva para generar interpretaciones más adaptativas y funcionales.
- **Actividades:**

- Aplicación del cuestionamiento socrático para evaluar la validez de los pensamientos automáticos.
- Análisis coste-beneficio de creencias disfuncionales y generación de alternativas realistas.
- Simulaciones y juegos de roles para practicar nuevas respuestas.
- Asignación de tareas: Aplicación de técnicas aprendidas en la vida cotidiana, con registros detallados de resultados.
- **Resultados Esperados:**
 - Reducción en la frecuencia de pensamientos negativos.
 - Desarrollo de interpretaciones más realistas y funcionales.
 - Mayor confianza en habilidades de afrontamiento.

Sesión 5: Desensibilización Sistemática

- **Objetivo:** Disminuir la ansiedad asociada con estímulos traumáticos mediante exposición gradual y controlada.
- **Actividades:**
 - Creación de una jerarquía personalizada de situaciones generadoras de ansiedad, desde las menos hasta las más intensas.
 - Entrenamiento en técnicas de relajación profunda y respiración controlada como preparación para la exposición.
 - Exposición progresiva a estímulos seleccionados bajo supervisión terapéutica.

- Evaluación continua de respuestas emocionales y ajuste del plan terapéutico según los avances observados.

- **Resultados Esperados:**

- Reducción significativa de la ansiedad ante estímulos específicos.
- Mayor tolerancia a situaciones generadoras de ansiedad.
- Incremento en la percepción de control sobre sus respuestas emocionales.

Sesión 6: Consolidación y Cierre

- **Objetivo:** Evaluar logros, consolidar estrategias y preparar al paciente para afrontar futuros desafíos con autonomía.

- **Actividades:**

- Revisión integral del proceso terapéutico y análisis de progresos significativos.
- Refuerzo de estrategias efectivas aplicadas durante la terapia, adaptándolas a situaciones futuras.
- Simulaciones y juegos de roles para practicar habilidades de afrontamiento y mejorar la capacidad de respuesta.
- Cierre formal del proceso con orientación a recursos de apoyo disponibles.

- **Resultados Esperados:**

- Mayor autoconfianza y habilidades de afrontamiento consolidadas.
- Reducción sostenida de síntomas emocionales y comportamentales.
- Capacidad para aplicar estrategias aprendidas de manera autónoma.

Anexo 7

Consentimiento Informado

Por medio de la presente se le invita a usted a participar en un estudio de investigación, que tiene como objetivo evaluar el efecto de técnicas de la terapia cognitivo-conductual en la gravedad de la sintomatología postraumática y los niveles de sintomatología concomitante en pacientes con TEPT.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y doy mi autorización para que se procese la información referida. Comprendo que los datos proporcionados serán de forma anónima y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.






Estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

Arequipa, _____ de _____ del 2025

Nombre del investigador principal	Del Carpio Suca, Anderson David
Correo electrónico	andersondelcarpio98@gmail.com

Anexo 8

Pacientes / Sesiones	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Sesión 1	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió
Sesión 2	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió
Sesión 3	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió
Sesión 4	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió
Sesión 5	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió
Sesión 6	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió
Profesional de Salud supervisor	 Psic. Romulo E. Bedregal Heredia CPP. 28674	 Karen M. Rojo Choque PSICÓLOGA C.Ps.P. 39340	 Psic. Romulo E. Bedregal Heredia CPP. 28674	 Karen M. Rojo Choque PSICÓLOGA C.Ps.P. 39340	 GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLLOMA C.S.M.C. ALLINKAY YURA María P. Vilca Choque PSICÓLOGA CPsP: 32313	 GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLLOMA C.S.M.C. ALLINKAY YURA María P. Vilca Choque PSICÓLOGA CPsP: 32313

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Población, joven y adulta de ambos sexos, diagnosticada con TEPT del CSMC, perteneciente a la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
145 - 2025



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

Anexo 10



**Universidad Católica
de Santa María**

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”

(En la Ciencia y en la Fe está nuestra fortaleza)

Arequipa, 13 de mayo del 2025

OFICIO No 212- EPPsic-2025

Señor Dr.:

CHRISTIAN GAMERO RENDÓN

Director Ejecutivo de la Red de Salud Arequipa – Caylloma

Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, en nombre de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, para presentar al Bachiller **DEL CARPIO SUCA ANDERSON DAVID**, quien se encuentra desarrollando su tesis titulada: “**TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA Y CONCOMITANTE DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO**”, con la cual pretenden optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

En tal sentido, solicito permita al mencionado bachiller la aplicación de los instrumentos y recolección de datos en pacientes de la institución que usted dignamente dirige, lo que le permitirá lograr su objetivo académico. Al respecto, se informa que el proyecto de tesis ha sido aprobado por sus jurados, además se encuentran bajo la asesoría del señor Mg. Jorge Brayan Cartagena López y cuentan con la opinión favorable de esta Dirección.

Agradezco el apoyo a nuestros jóvenes valores y la atención al presente. Hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. ROMULO ELÍAS PARRIDO FLORES
Decano de la Facultad de Ciencias
Sociales y Humanidades
Universidad Católica de Santa María

RPF/cuv



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"



GERENCIA REGIONAL DE SALUD

MEMORANDUM N° 358 -2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-J-PERS-CAP y SERUMS.

**A : LIC. ROSA MARIA TERESA JAYMEZ ZEGARRA
JEFE DE LA MICRORED DE SALUD CIUDAD DE DIOS**

ASUNTO : TRABAJO DE INVESTIGACION

REFERENCIA : DOC. N° 8347516, EXP. N° 5112077

FECHA : AREQUIPA, 16 DE JUNIO DEL 2025

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en mérito al documento de la referencia me permito presentar a **ANDERSON DAVID DEL CARPIO SUCA**, egresado de la carrera de Psicología de la *Universidad Católica de Santa María*, quien realizara su trabajo de investigación titulado " **TECNICAS DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGIA POSTRAUMATICA Y CONCOMITANTE DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO**" en el Centro de Salud Mental Comunitario Allin Kay de la Microrred de Salud Ciudad de Dios, durante el mes de junio 2025, debiendo coordinar con el responsable de Personal, sobre los horarios para la realización de las misma.

Sin otro particular, agradeceré brindarle las facilidades del caso.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA

Christian J. Gamero Rendón
CMP 34868
Director Ejecutivo

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA MICRO RED DE SALUD CIUDAD DE DIOS TRABAJE DOCUMENTARIO
Fecha: 17-06-25
Hora: 5:00 Pm. Folio: 1
Firma: <i>Jay</i>

CIGR/MJGM/JACV/EWLR/abc.

Se adjunta Doc. N° 8383435

SISGEDO Reg. Doc: Reg. Expediente: 5112077

Fólio : (01)

AREQUIPA SOMOS TODOS

Av. Independencia con Paucarpata, Edificio
Héroes Anónimos, Bloque E N° 600 Interior N° 424
T. 054-200823 - 206777 - 202279



MEMORANDUM N° 003 - 2025- GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.CD-J.

DE : DRA. C.D. ROSA MARIA TERESA JAYMAZ ZEGARRA
JEFE DE MICRORED CIUDAD DE DIOS

PARA : PS. CESAR GARCIA CCORIMANYA
RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ALLIN KAY

ASUNTO : Autorización Para Aplicar trabajo de Investigación

REFERENCIA: MEMORANDUM N° 358-2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-J-PERS-CAP Y
SERUMS
DOC.N°8347516, EXP.5112077

FECHA : Arequipa 19 de Junio del 2025

Por medio del presente y en atención al documento de referencia, se autoriza al profesional bachiller de la carrera de psicología de la Universidad Católica Santa María:

ANDERSON DAVID DEL CARPIO SUCA

Para que realice la aplicación de trabajo de investigación en el Centro de Salud mental Comunitario Allinkay en la Ejecución del trabajo de Investigación Titulado, "TECNICAS DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGIA POST-TRAUMATICA Y CON COMITANTE DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL". Por tal motivo brindarle las facilidades para la aplicación del mismo.

sin otro particular, agradeciendo la atención que le brinde al presente le expreso los sentimientos de estima y consideración.

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 MICRORED DE SALUD CIUDAD DE DIOS
 ROSA MARIA TERESA JAYMAZ ZEGARRA
 CIRUJANO DENTISTA JEFE
 COP. 7688

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
 MICRORED REGIONAL DE SALUD
 CENTRO DE SALUD CIUDAD AREQUIPA CAYLLOMA
 ALLIN KAY - YURA
 DE PARTES

FECHA: 19/06/25 FOLIO: 01
 HORA: 12:29 FIRMA: [Signature]


www.redperiferica.gob.pe


AREQUIPA SOMOS TODOS


MICRO RED DE SALUD CIUDAD DE DIOS
 Km. 14 Ote. 10 Mz F. Lt. 1 Ciudad de Dios - Yura
 Teléfono 297494 - Celular 924398825





Anexo 13


SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL	
OBJETIVO: Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y recopilar información detallada para realizar una evaluación exhaustiva del estado del paciente, identificando problemas clave y estableciendo metas terapéuticas claras.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Presentación formal y creación de un clima de confianza mediante escucha activa y validación emocional mientras se explora la historia del trauma y los síntomas actuales. Explicación exhaustiva del proceso terapéutico, incluyendo normas, expectativas, duración y metodología. Entrevista clínica inicial para recoger antecedentes personales, familiares y médicos relevantes. Identificación conjunta de problemas prioritarios y establecimiento de metas específicas. Explicación detallada sobre la confidencialidad y firma del consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente motivado y comprometido con el proceso terapéutico. Metas claras y acordadas para guiar el tratamiento. Información completa para realizar una intervención precisa.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>R. Ernesto Bedregal Heredia</i>	
Profesión: <i>Psicólogo CSME YUM</i>	C.Ps.P. <i>28474</i>
Lugar de trabajo: <i>CSME YUM</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicólogo Adulto-Adulto Mayor</i>	
Firma: 	



SESIÓN 2: PSICOEDUCACIÓN Y MODELO COGNITIVO	
OBJETIVO: Brindar una comprensión profunda sobre el TEPT y el modelo cognitivo-conductual para fortalecer la autoeficacia del paciente.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Presentación del modelo cognitivo-conductual mediante ejemplos cotidianos y simulaciones prácticas. Descripción ampliada de los síntomas del TEPT, factores desencadenantes y efectos a largo plazo. Introducción a técnicas básicas de regulación emocional como respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. Asignación de tareas: Registro detallado de situaciones diarias y emociones asociadas para análisis. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprensión clara del modelo cognitivo-conductual. Aumento en la conciencia de síntomas y factores desencadenantes. Mayor disposición para aplicar técnicas de regulación emocional.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>R. Ernesto Bedregal Heredia</i>	
Profesión: <i>Psicólogo</i>	C.Ps.P. <i>28474</i>
Lugar de trabajo: <i>CSME YUM</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicólogo Adultos</i>	
Firma: 	
<i>Psic. Ramulo E. Bedregal Heredia</i> C.P.P. 28474	



SESIÓN 3: IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
OBJETIVO: Desarrollar habilidades para identificar pensamientos automáticos disfuncionales relacionados con experiencias traumáticas y aprender a cuestionarlos.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Explicación y ejemplos ilustrativos de pensamientos automáticos comunes en el TEPT. Registro y análisis guiado de pensamientos utilizando hojas de trabajo estructuradas. Identificación de distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, la personalización y la visión dicotómica. Asignación de tareas: Registro continuo de pensamientos y respuestas emocionales en diversas situaciones cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación precisa de pensamientos automáticos disfuncionales. Mayor autoconciencia sobre los patrones de pensamiento negativos. Motivación para realizar cambios cognitivos positivos.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>R. Ernesto Bedregal Heredia</i>	
Profesión: <i>Psicólogo</i>	C.Ps.P. <i>28474</i>
Lugar de trabajo: <i>CSME YUM</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicólogo</i>	
Firma: 	
<i>Psic. Ramulo E. Bedregal Heredia</i> C.P.P. 28474	


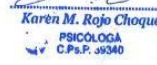
SESIÓN 4: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	
OBJETIVO: Modificar creencias irracionales mediante técnicas avanzadas de reestructuración cognitiva para generar interpretaciones más adaptativas y funcionales.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del cuestionamiento socrático para evaluar la validez de los pensamientos automáticos. • Análisis coste-beneficio de creencias disfuncionales y generación de alternativas realistas. • Simulaciones y juegos de roles para practicar nuevas respuestas. • Asignación de tareas: Aplicación de técnicas aprendidas en la vida cotidiana, con registros detallados de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en la frecuencia de pensamientos negativos. • Desarrollo de interpretaciones más realistas y funcionales. • Mayor confianza en habilidades de afrontamiento.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>Ernesto Bedregal Heredia</i>	
Profesión: <i>Psicólogo</i>	C.Ps.P. <i>28474</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Yum</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicólogo Adultos</i>	
Firma:  <i>Psic. Ernesto E. Bedregal Heredia</i> C.P.P. 28474	


SESIÓN 5: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	
OBJETIVO: Disminuir la ansiedad asociada con estímulos traumáticos mediante exposición gradual y controlada.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Creación de una jerarquía personalizada de situaciones generadoras de ansiedad, desde las menos hasta las más intensas. • Entrenamiento en técnicas de relajación profunda y respiración controlada como preparación para la exposición. • Exposición progresiva a estímulos seleccionados bajo supervisión terapéutica. • Evaluación continua de respuestas emocionales y ajuste del plan terapéutico según los avances observados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción significativa de la ansiedad ante estímulos específicos. • Mayor tolerancia a situaciones generadoras de ansiedad. • Incremento en la percepción de control sobre sus respuestas emocionales.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>R. Ernesto Bedregal Heredia</i>	
Profesión: <i>Psicólogo</i>	C.Ps.P. <i>28474</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Yum</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicólogo Adultos</i>	
Firma:  <i>Psic. Ernesto E. Bedregal Heredia</i> C.P.P. 28474	


SESIÓN 6: CONSOLIDACIÓN Y CIERRE	
OBJETIVO: Evaluar logros, consolidar estrategias y preparar al paciente para afrontar futuros desafíos con autonomía.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión integral del proceso terapéutico y análisis de progresos significativos. • Refuerzo de estrategias efectivas aplicadas durante la terapia, adaptándolas a situaciones futuras. • Simulaciones y juegos de roles para practicar habilidades de afrontamiento y mejorar la capacidad de respuesta. • Cierre formal del proceso con orientación a recursos de apoyo disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor autoconfianza y habilidades de afrontamiento consolidadas. • Reducción sostenida de síntomas emocionales y comportamentales. • Capacidad para aplicar estrategias aprendidas de manera autónoma.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>R. Ernesto Bedregal Heredia</i>	
Profesión: <i>Psicólogo</i>	C.Ps.P. <i>28474</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Yum</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicólogo Adultos</i>	
Firma:  <i>Psic. Ernesto E. Bedregal Heredia</i> C.P.P. 28474	


SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL	
OBJETIVO: Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y recopilar información detallada para realizar una evaluación exhaustiva del estado del paciente, identificando problemas clave y estableciendo metas terapéuticas claras.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Presentación formal y creación de un clima de confianza mediante escucha activa y validación emocional mientras se explora la historia del trauma y los síntomas actuales. Explicación exhaustiva del proceso terapéutico, incluyendo normas, expectativas, duración y metodología. Entrevista clínica inicial para recoger antecedentes personales, familiares y médicos relevantes. Identificación conjunta de problemas prioritarios y establecimiento de metas específicas. Explicación detallada sobre la confidencialidad y firma del consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente motivado y comprometido con el proceso terapéutico. Metas claras y acordadas para guiar el tratamiento. Información completa para realizar una intervención precisa.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>Karen Michelle Rojo Choque</i>	
Profesión: <i>Psicología</i>	C.Ps.P. <i>39340</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay Yura</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad de Adulto</i>	
Firma:	 


SESIÓN 2: PSICOEDUCACIÓN Y MODELO COGNITIVO	
OBJETIVO: Brindar una comprensión profunda sobre el TEPT y el modelo cognitivo-conductual para fortalecer la autoeficacia del paciente.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Presentación del modelo cognitivo-conductual mediante ejemplos cotidianos y simulaciones prácticas. Descripción ampliada de los síntomas del TEPT, factores desencadenantes y efectos a largo plazo. Introducción a técnicas básicas de regulación emocional como respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. Asignación de tareas: Registro detallado de situaciones diarias y emociones asociadas para análisis. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprensión clara del modelo cognitivo-conductual. Aumento en la conciencia de síntomas y factores desencadenantes. Mayor disposición para aplicar técnicas de regulación emocional.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>Karen Rojo Choque</i>	
Profesión: <i>Psicóloga</i>	C.Ps.P. <i>39340</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay -YURA</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad de Adulto</i>	
Firma:	 


SESIÓN 3: IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
OBJETIVO: Desarrollar habilidades para identificar pensamientos automáticos disfuncionales relacionados con experiencias traumáticas y aprender a cuestionarlos.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Explicación y ejemplos ilustrativos de pensamientos automáticos comunes en el TEPT. Registro y análisis guiado de pensamientos utilizando hojas de trabajo estructuradas. Identificación de distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, la personalización y la visión dicotómica. Asignación de tareas: Registro continuo de pensamientos y respuestas emocionales en diversas situaciones cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación precisa de pensamientos automáticos disfuncionales. Mayor autoconciencia sobre los patrones de pensamiento negativos. Motivación para realizar cambios cognitivos positivos.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>Karen Michelle Rojo Choque</i>	
Profesión: <i>Psicóloga</i>	C.Ps.P. <i>39340</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay Yura</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad Adulto y Adulto Mayor</i>	
Firma:	 


SESIÓN 4: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	
OBJETIVO: Modificar creencias irracionales mediante técnicas avanzadas de reestructuración cognitiva para generar interpretaciones más adaptativas y funcionales.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del cuestionamiento socrático para evaluar la validez de los pensamientos automáticos. • Análisis coste-beneficio de creencias disfuncionales y generación de alternativas realistas. • Simulaciones y juegos de roles para practicar nuevas respuestas. • Asignación de tareas: Aplicación de técnicas aprendidas en la vida cotidiana, con registros detallados de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en la frecuencia de pensamientos negativos. • Desarrollo de interpretaciones más realistas y funcionales. • Mayor confianza en habilidades de afrontamiento.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>Karen Michelle Rojo Choque</i>	
Profesión: <i>Psicóloga</i>	C.Ps.P. <i>39340</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allen Kay Yuru</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de lo Univel de Adulto</i>	
Firma:  <i>Karen M. Rojo Choque</i> PSICÓLOGA C.Ps.P. 39340	

SESIÓN 5: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	
OBJETIVO: Disminuir la ansiedad asociada con estímulos traumáticos mediante exposición gradual y controlada.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Creación de una jerarquía personalizada de situaciones generadoras de ansiedad, desde las menos hasta las más intensas. • Entrenamiento en técnicas de relajación profunda y respiración controlada como preparación para la exposición. • Exposición progresiva a estímulos seleccionados bajo supervisión terapéutica. • Evaluación continua de respuestas emocionales y ajuste del plan terapéutico según los avances observados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción significativa de la ansiedad ante estímulos específicos. • Mayor tolerancia a situaciones generadoras de ansiedad. • Incremento en la percepción de control sobre sus respuestas emocionales.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>Karen Michelle Rojo Choque</i>	
Profesión: <i>Psicóloga</i>	C.Ps.P. <i>39340</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allen Kay Yuru</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de lo Univel de Adulto</i>	
Firma:  <i>Karen M. Rojo Choque</i> PSICÓLOGA C.Ps.P. 39340	



SESIÓN 6: CONSOLIDACIÓN Y CIERRE	
OBJETIVO: Evaluar logros, consolidar estrategias y preparar al paciente para afrontar futuros desafíos con autonomía.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión integral del proceso terapéutico y análisis de progresos significativos. • Refuerzo de estrategias efectivas aplicadas durante la terapia, adaptándolas a situaciones futuras. • Simulaciones y juegos de roles para practicar habilidades de afrontamiento y mejorar la capacidad de respuesta. • Cierre formal del proceso con orientación a recursos de apoyo disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor autoconfianza y habilidades de afrontamiento consolidadas. • Reducción sostenida de síntomas emocionales y comportamentales. • Capacidad para aplicar estrategias aprendidas de manera autónoma.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>Karen Michelle Rojo Choque</i>	
Profesión: <i>Psicóloga</i>	C.Ps.P. <i>39340</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allen Kay Yuru</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de lo Univel de Adulto</i>	
Firma:  <i>Karen M. Rojo Choque</i> PSICÓLOGA C.Ps.P. 39340	



SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL	
OBJETIVO: Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y recopilar información detallada para realizar una evaluación exhaustiva del estado del paciente, identificando problemas clave y estableciendo metas terapéuticas claras.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Presentación formal y creación de un clima de confianza mediante escucha activa y validación emocional mientras se explora la historia del trauma y los síntomas actuales. Explicación exhaustiva del proceso terapéutico, incluyendo normas, expectativas, duración y metodología. Entrevista clínica inicial para recoger antecedentes personales, familiares y médicos relevantes. Identificación conjunta de problemas prioritarios y establecimiento de metas específicas. Explicación detallada sobre la confidencialidad y firma del consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente motivado y comprometido con el proceso terapéutico. Metas claras y acordadas para guiar el tratamiento. Información completa para realizar una intervención precisa.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>María Vilca Choque</i>	
Profesión: <i>Psicología</i>	C.Ps.P. <i>32313</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay - Yura</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad de Violencia</i>	
Firma:  GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA G.B.M.C. ALLINKAY YURA <i>María Vilca Choque</i> PSICOLOGA C.Ps.P. 32313	



SESIÓN 2: PSICOEDUCACIÓN Y MODELO COGNITIVO	
OBJETIVO: Brindar una comprensión profunda sobre el TEPT y el modelo cognitivo-conductual para fortalecer la autoeficacia del paciente.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Presentación del modelo cognitivo-conductual mediante ejemplos cotidianos y simulaciones prácticas. Descripción ampliada de los síntomas del TEPT, factores desencadenantes y efectos a largo plazo. Introducción a técnicas básicas de regulación emocional como respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. Asignación de tareas: Registro detallado de situaciones diarias y emociones asociadas para análisis. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprensión clara del modelo cognitivo-conductual. Aumento en la conciencia de síntomas y factores desencadenantes. Mayor disposición para aplicar técnicas de regulación emocional.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>María Vilca Choque</i>	
Profesión: <i>Psicología</i>	C.Ps.P. <i>32313</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay - Yura</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad de Violencia</i>	
Firma:  GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA G.B.M.C. ALLINKAY YURA <i>María Vilca Choque</i> PSICOLOGA C.Ps.P. 32313	

SESIÓN 3: IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	
OBJETIVO: Desarrollar habilidades para identificar pensamientos automáticos disfuncionales relacionados con experiencias traumáticas y aprender a cuestionarlos.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> Explicación y ejemplos ilustrativos de pensamientos automáticos comunes en el TEPT. Registro y análisis guiado de pensamientos utilizando hojas de trabajo estructuradas. Identificación de distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, la personalización y la visión dicotómica. Asignación de tareas: Registro continuo de pensamientos y respuestas emocionales en diversas situaciones cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación precisa de pensamientos automáticos disfuncionales. Mayor autoconciencia sobre los patrones de pensamiento negativos. Motivación para realizar cambios cognitivos positivos.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>María Vilca Choque</i>	
Profesión: <i>Psicología</i>	C.Ps.P. <i>32313</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay - Yura</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad de Violencia</i>	
Firma:  GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA G.B.M.C. ALLINKAY YURA <i>María Vilca Choque</i> PSICOLOGA C.Ps.P. 32313	



SESIÓN 4: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	
OBJETIVO: Modificar creencias irracionales mediante técnicas avanzadas de reestructuración cognitiva para generar interpretaciones más adaptativas y funcionales.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del cuestionamiento socrático para evaluar la validez de los pensamientos automáticos. • Análisis coste-beneficio de creencias disfuncionales y generación de alternativas realistas. • Simulaciones y juegos de roles para practicar nuevas respuestas. • Asignación de tareas: Aplicación de técnicas aprendidas en la vida cotidiana, con registros detallados de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción en la frecuencia de pensamientos negativos. • Desarrollo de interpretaciones más realistas y funcionales. • Mayor confianza en habilidades de afrontamiento.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>María Vilca Choque</i>	
Profesión: <i>Psicología</i>	C.Ps.P. <i>32313</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay - Yura</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad de Violencia</i>	
Firma:  <small>GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA C.S.M.C. ALLINKAY YURA</small>  <small>María Vilca Choque PSICOLOGA C.P.P. 32313</small>	

SESIÓN 5: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA	
OBJETIVO: Disminuir la ansiedad asociada con estímulos traumáticos mediante exposición gradual y controlada.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Creación de una jerarquía personalizada de situaciones generadoras de ansiedad, desde las menos hasta las más intensas. • Entrenamiento en técnicas de relajación profunda y respiración controlada como preparación para la exposición. • Exposición progresiva a estímulos seleccionados bajo supervisión terapéutica. • Evaluación continua de respuestas emocionales y ajuste del plan terapéutico según los avances observados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción significativa de la ansiedad ante estímulos específicos. • Mayor tolerancia a situaciones generadoras de ansiedad. • Incremento en la percepción de control sobre sus respuestas emocionales.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>María Vilca Choque</i>	
Profesión: <i>Psicología</i>	C.Ps.P. <i>32313</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay - Yura</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad de Violencia</i>	
Firma:  <small>GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA C.S.M.C. ALLINKAY YURA</small>  <small>María Vilca Choque PSICOLOGA C.P.P. 32313</small>	

SESIÓN 6: CONSOLIDACIÓN Y CIERRE	
OBJETIVO: Evaluar logros, consolidar estrategias y preparar al paciente para afrontar futuros desafíos con autonomía.	
ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión integral del proceso terapéutico y análisis de progresos significativos. • Refuerzo de estrategias efectivas aplicadas durante la terapia, adaptándolas a situaciones futuras. • Simulaciones y juegos de roles para practicar habilidades de afrontamiento y mejorar la capacidad de respuesta. • Cierre formal del proceso con orientación a recursos de apoyo disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor autoconfianza y habilidades de afrontamiento consolidadas. • Reducción sostenida de síntomas emocionales y comportamentales. • Capacidad para aplicar estrategias aprendidas de manera autónoma.
SUPERVISOR RESPONSABLE	
Nombres y Apellidos: <i>María Vilca Choque</i>	
Profesión: <i>Psicología</i>	C.Ps.P. <i>32313</i>
Lugar de trabajo: <i>CSMC Allin Kay - Yura</i>	
Cargo que desempeña: <i>Psicóloga de la Unidad de Violencia</i>	
Firma:  <small>GERENCIA REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA C.S.M.C. ALLINKAY YURA</small>  <small>María Vilca Choque PSICOLOGA C.P.P. 32313</small>	