

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Estudio de caso paciente con Trastorno de Estrés Postraumático

María Emilia Jiménez Monroy

Psicología Clínica

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica

Quito, 11 de Mayo de 2025

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA

**Nombre del Trabajo: Estudio de caso paciente con Trastorno de Estrés
Postraumático**

María Emilia Jiménez Monroy

Nombre del profesor, Título académico

Gabriela Romo, Ph.D

Quito, 11 de Mayo de 2025

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador.

Nombres y apellidos: María Emilia Jiménez Monroy

Código: 00339757

Cédula de identidad: 1721488060

Lugar y fecha: Quito, 11 de mayo de 2025

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETheses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETheses>.

RESUMEN

En el presente trabajo se expone el caso clínico de una paciente con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) derivado por sus abogados velando por su salud mental durante un proceso penal en curso tras ser víctima de un abuso sexual, con el objetivo de proporcionarle acompañamiento y contención durante su proceso legal. El enfoque seleccionado para la intervención fue Cognitivo-conductual. Se utilizó herramientas como: psicoeducación sobre el trauma, exposición gradual a estímulos evitados, reestructuración cognitiva, técnicas de regulación emocional (mindfulness), valoración de duelo no procesado. A lo largo del proceso, se evidenció un avance en la construcción de alianza terapéutica, verbalización del evento traumático y reducción progresiva a la evitación. Sin embargo, el proceso terapéutico fue interrumpido de forma abrupta debido a la privación de libertad de la paciente por asuntos legales, lo cual presentó una limitación significativa para la continuidad del tratamiento. A pesar de las limitaciones se evidenció mejoría en la regulación emocional, verbalización y abordaje del trauma, y disposición de la paciente para continuar con el proceso terapéutico a futuro.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático (TEPT), abuso, terapia cognitivo conductual.

ABSTRACT

This paper presents the clinical case of a patient diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) referred by her lawyers to ensure her mental health during an ongoing criminal proceeding after being a victim of sexual abuse. The goal was to provide support and assistance throughout her legal process. The approach selected for the intervention was cognitive-behavioral. Tools such as trauma psychoeducation, gradual exposure to avoided stimuli, cognitive restructuring, emotional regulation techniques (mindfulness), and assessment of unprocessed grief were used. Throughout the process, progress was evident in building a therapeutic alliance, verbalizing the traumatic event, and gradually reducing avoidance. However, the therapeutic process was abruptly interrupted due to the patient's deprivation of liberty for legal reasons, which significantly limited the continuity of treatment. Despite these limitations, improvement was evident in emotional regulation, verbalization, and addressing of the trauma, and the patient's willingness to continue the therapeutic process in the future.

Key words: Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), abuse, cognitive-behavioral therapy.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Marco teórico del caso clínico	11
Introducción al Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT).....	11
Prevalencia y Factores de Riesgo.....	13
Etiología del PTSD.....	14
Comorbilidades.	15
Abuso sexual y su diagnóstico	15
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	17
Fundamentos de la TCC.....	17
Modelo Cognitivo-Conductual para tratar TEPT y síntomas ansiosos y depresivos.....	17
2.1 Presentación de datos antes de la intervención	19
2.1.1 Datos del paciente.	19
2.1.2 Motivo de consulta.	19
2.1.3 Historia familiar.	20
2.1.4 Antecedentes psicopatológicos familiares.	21
2.1.5 Conceptualización caso.	21
2.2 Explicación y justificación de las técnicas de Evaluación Aplicadas.....	23
2.3 Objetivos	24
2.4 Explicación y justificación de las técnicas de Intervención.....	24
2.5 Intervención y resultado de cada sesión.....	26
2.6 Discusión de los resultados obtenidos	31
2.7 Limitaciones de los resultados obtenidos	32
CONCLUSIONES.....	33
3.1 Posibles cambios	33
ANEXOS	37
ANEXO 1: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II.....	37
ANEXO 2: Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Resultados prueba de cribado para Depresión	23
Tabla 2. Resultados prueba de cribado para Ansiedad.....	24

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Genograma familiar	21
------------------------------------	----

INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico del caso clínico

Introducción al Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT).

El TEPT fue definido como trastorno mental a partir de 1980 en la tercera revisión de la Asociación Americana de Psiquiátrica y en el Manual Estadístico y Diagnóstico Mental (Jiménez et al., 2022). EL DSM-5 distingue la categoría “Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés”, en la que el principal diagnóstico es el trastorno de estrés post traumático. Además, plantea la definición del TEPT como una respuesta a una situación traumática. Los criterios para este trastorno incluyen:

- A. Exposición a un evento traumático:
 - 1. Exposición directa a la muerte, lesiones graves o violencia sexual.
 - 2. Presenciar el suceso traumático
 - 3. Conocer a un ser querido que haya sido expuesto a un trauma o haya muerto debido a un evento traumático
 - 4. Exposición repetida o extrema a detalle repulsivos del suceso traumático.
- B. Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático:
 - 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
 - 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático
 - 3. Reacciones disociativas (por ejemplo: escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático que comienzan tras el suceso traumático manifestado por una o dos de las siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
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 traumático.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a suceso traumático, que empiezan o empeoran después del suceso traumático, manifestadas por dos o más de las siguientes características:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás el mundo.
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. estado emocional negativo persistente (miedo, terror, enfado)
5. Disminución importante del interés o participación en actividades significativas
6. sentimientos de desapego o extrañamiento a los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

E. Alteraciones en la alerta y reactividad, asociadas al suceso que empiezan o empeoran después del suceso, se manifiestan por dos o más de las siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación), se expresan como agresión verbal o física contra una persona u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo
3. Hipervigilancia
4. Respuesta de sobresalto exagerada
5. Problemas de concentración
6. Alteraciones del sueño (problemas para conciliar el sueño, sueño inquieto)

F. La duración de la alteración de los 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 (medicamentos o alcohol) o a otra afección médica.

Prevalencia y Factores de Riesgo.

6 de cada 100 personas de la población mundial han presentado TEPT en algún momento de su vida (National Institute of Mental Health, 2023). Por lo general, se manifiesta en la veintena y es más común en población femenina que masculina (Almerge & Gutiérrez, 2015). Sin embargo, el trastorno se puede manifestar en todas las edades. En la mujer vivir constantemente diversos tipos de violencia como: física, sexual y/o psicológica por parte de su pareja es un factor de riesgo asociado al TEPT.

Por ello, en víctimas de agresiones sexuales, violencia intrafamiliar, violencia de género se han encontrado altas tasas de prevalencia para el TEPT, generando en las

victimias alteraciones en su salud mental lo cual se puede derivar en comorbilidades con trastornos como ansiosos y depresivos (Guerrero Dario, 2021). Otros factores, como haber vivido experiencias traumáticas intensas o prolongadas, sufrir lesiones físicas durante el evento traumático, haber atravesado situaciones adversas previas como maltrato infantil, desempeñar profesiones con alta exposición a eventos traumáticos (por ejemplo: policía, militar o personal de primeros auxilios), presentar trastornos mentales como ansiedad o depresión, el uso de sustancias como drogas o alcohol, ausencia de redes de apoyo sólidas (familiares o amistosas), así como antecedentes familiares de TEPT o depresión, pueden incrementar el riesgo de desarrollar TEPT u otros trastornos comorbidos (Mayo Clinic, 2024)

Eventos traumáticos también pueden incrementar el riesgo, los más comunes que se pueden derivar de un trastorno por estrés postraumático incluyen: maltrato físico durante la infancia, violencia sexual, agresión física, accidentes, amenazas con armas, u otras situaciones extremas que coloquen en riesgo la vida de la persona (Mayo Clinic, 2024)

Es importante tomar en cuenta que la relevancia del TEPT radica no solo en su prevalencia, sino en el profundo impacto en el bienestar y funcionalidad de quienes lo padecen. Debido a que las personas que padecen este trastorno experimentan un deterioro significativo en su calidad de vida.

Etiología del PTSD.

Se han propuesto diversas teorías que explican el origen y evolución del TEPT en la persona. Algunos investigadores señalan la influencia de factores genéticos, particularmente alteraciones en genes relacionados con la regulación emocional y el estado de ánimo, lo cual incluiría la inhibición o el exceso en la producción de neurotransmisores vinculados a emociones intensas. En esta misma línea, se considera que la heredabilidad podría tener relación con la predisposición al trastorno. Además, se

ha identificado la implicación de disfunciones neurobiológicas, como el mal funcionamiento de la amígdala cerebral en el desarrollo del TEPT (Guerrero, et al., 2021). El TEPT se entiende como el resultado de una compleja interacción de variables contextuales e individuales. Lejos de existir un único factor responsable, son diversos los factores de riesgo que influyen en su aparición y evolución. Entre ellos destacan la intensidad del evento traumático vivido, así como características personales como la capacidad de resiliencia, experiencias anteriores, el género del individuo, antecedentes de eventos traumáticos previos o una infancia marcada por situaciones adversas (Guerrero, et al., 2021).

Comorbilidades.

Las comorbilidades más comunes para este trastorno son: trastornos depresivos, presencia de otro trastorno afectivo o ansioso, dependencia de sustancias especialmente alcohol. Investigaciones han arrojado que en población femenina la comorbilidad más frecuente es depresión mayor, abuso de alcohol, fobia social, y agorafobia (Hicks et al., 2024). Adicionalmente, en personas que han sufrido situaciones traumáticas severas se ha encontrado una comorbilidad de 95% entre diagnósticos de TEPT y suicidio cuando existe comorbilidad con trastorno depresivo mayor a pesar de que el diagnóstico de TEPT constituye en sí mismo un alto riesgo de intentos suicidas (Carvajal, 2002).

Abuso sexual y su diagnóstico

El abuso sexual es una experiencia traumática que genera complicaciones mentales, físicas, sexuales, interpersonales y conductuales, afectando gravemente la salud de la víctima. Se ha identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos, incluido el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Moreno Jesús et al., 2022). Una revisión sistemática de 2010 encontró una relación significativa entre el abuso sexual y trastornos como ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, trastornos del sueño e intentos suicidas, sin importar el sexo o la edad de la víctima (Chen et al., 2010).

Un metaanálisis de 39 estudios destacó que el trastorno depresivo y el TEPT son los más prevalentes en víctimas de abuso sexual (Dworkin, 2020). Los síntomas del TEPT, que incluyen recuerdos intrusivos, evasión, hipervigilancia y alteraciones cognitivas, pueden manifestarse dentro de los tres meses posteriores al evento traumático, pero en algunos casos pueden aparecer más tarde. Para un diagnóstico de TEPT según el DSM-5, los síntomas deben durar más de un mes y causar un deterioro significativo en áreas como lo social, laboral, o personal (National Institute of Mental Health, 2023).

El tratamiento psicológico del TEPT es fundamental, ya que el trastorno puede volverse crónico e incapacitante. Entre las psicoterapias más efectivas se encuentran la EMDR y la Terapia Cognitivo-Conductual enfocada en trauma (TCC-TF), que han demostrado ser eficaces en la reducción de síntomas y en la mejora de las tasas de remisión (Mavranouzouli et al., 2020). Además, el National Center for PTSD (2015) resalta la TCC como el tratamiento más efectivo para el TEPT. Según Clark y Beck (2011), el modelo cognitivo de la TCC se centra en las distorsiones cognitivas y las creencias disfuncionales sobre el peligro, la vulnerabilidad personal y el mundo, factores clave en el desarrollo y mantenimiento del TEPT. La TCC aborda estas cogniciones disfuncionales mediante técnicas como la exposición gradual y la reestructuración cognitiva, mostrando una gran eficacia en la reducción de los síntomas del TEPT y en la mejora del bienestar psicológico a largo plazo.

Dado que el abuso sexual y el TEPT están estrechamente relacionados, es fundamental abordar estos trastornos con tratamientos efectivos. Como se ha mencionado, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser el enfoque más eficaz para tratar el TEPT, especialmente en víctimas de abuso sexual. A continuación, se explorará cómo la TCC puede ser aplicada de manera efectiva en el tratamiento de víctimas de abuso sexual

Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Fundamentos de la TCC.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), basada en el modelo de Aaron Beck, es un enfoque psicoterapéutico que se centra en la relación entre las emociones, los pensamientos y comportamientos de una persona. Según Beck, estos tres componentes están profundamente interconectados y tienen un impacto constante sobre el bienestar emocional de los individuos. El modelo de TCC se fundamenta en una serie de principios esenciales cuyo objetivo es ayudar a los pacientes a identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales, lo que, a su vez, influye positivamente en sus comportamientos y emociones.

Beck destaca la importancia de la triada cognitiva, que implica la relación dinámica entre los pensamientos, las emociones y las conductas. El objetivo central de este enfoque terapéutico es permitir que el paciente reconozca y cuestione los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas que alteran su percepción de la realidad, para poder cambiarlos. Al modificar estos pensamientos, se espera que tanto las emociones como los comportamientos del paciente mejoren. De esta manera, la TCC busca proporcionar a los pacientes herramientas efectivas para afrontar y manejar las dificultades emocionales y conductuales que enfrentan en su vida diaria. A través de la reestructuración cognitiva, la modificación de esquemas y la intervención conductual se busca ayudar a los pacientes a identificar, desafiar y modificar sus pensamientos disfuncionales para que puedan cambiar sus emociones y conductas de manera efectiva.

Modelo Cognitivo-Conductual para tratar TEPT y síntomas ansiosos y depresivos.

De acuerdo con la APA, en la “Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD” adoptada como una política de la organización en 2017, el enfoque cognitivo conductual se encuentra fuertemente recomendada.

El TEPT puede ser comprendido y tratado eficazmente utilizando enfoques basados en TCC, que se fundamentan en teorías de condicionamiento y procesamiento emocional. Uno de los modelos más relevantes es el propuesto por Mowrer (1960), el cual sostiene que el TEPT se desarrolla a través del condicionamiento clásico, en el que los estímulos asociados al trauma (lugares, personas o situaciones) se vinculan a respuesta de miedo. Esta conexión, da lugar a recuerdos traumáticos que, al ser activados, provocan una respuesta emocional de miedo.

Por otro lado, el mantenimiento de estas reacciones de miedo se explica mediante el condicionamiento operante, en el cual la evitación de estos estímulos genera una reducción temporal de miedo, reforzando así la conducta de evitación. Este ciclo refuerza las respuestas disfuncionales que perpetúan el TEPT (Monson., Shnaider, 2014).

La TCC interviene directamente en estos procesos al modificar estos vínculos desadaptativos o asociaciones disfuncionales. El tratamiento de este enfoque se centra en activar estas estructuras de miedo y exponer a la persona de manera controlada a los estímulos traumáticos, mientras que se le enseña a reinterpretar o reevaluar estos recuerdos o pensamientos de forma más adaptativa. El proceso de procesamiento emocional permite corregir las respuestas de miedo, ayudando a que la persona modifique su estructura cognitiva y emocional relacionada con el trauma. De este modo, la TCC no solo se enfoca en aliviar los síntomas del TEPT, sino que también aborda las causas cognitivas y conductuales subyacentes al trastorno, proporcionando a las pacientes herramientas para gestionar y disminuir la ansiedad asociado al trauma (Monson., Shnaider, 2014).

- Objetivos de la TCC en el tratamiento de TEPT

1. Modificar estructuras de miedo desadaptativas: el objetivo es cambiar asociaciones disfuncionales entre los estímulos relacionados con el trauma, respuestas emocionales de miedo y significados negativos.
2. Reducir la evitación: Ayudar al paciente a enfrentarse a situaciones y recuerdos relacionados con el trauma de manera progresiva y controlada. El objetivo es reducir la evitación que refuerza el miedo y ansiedad.
3. Fomentar la exposición: a través de exposiciones imaginarias como narraciones del trauma con el objetivo de modificar la estructura del miedo.
4. Disminuir la respuesta fisiológica y emocional al trauma: Implica utilizar habituación, realizando exposición controlada a los estímulos traumáticos. El objetivo es disminuir la respuesta de miedo con el tiempo, psico educando al paciente sobre el miedo, su temporalidad y control.
5. Reevaluar las creencias negativas sobre el trauma: ayudar al paciente a modificar sus creencias disfuncionales, a través de regulación de los resultados temidos y trabajo cognitivo.
6. Desarrollar Habilidades de afrontamiento: Enseñar al paciente herramientas para gestionar emociones y pensamientos. El objetivo es promover la autoeficacia y el control sobre sus respuestas emocionales.

DESARROLLO

2.1 Presentación de datos antes de la intervención

2.1.1 Datos del paciente.

Nombre: RT

Edad: 26

Género: Femenino

Ocupación: Estudiante de contabilidad y auditoría.

2.1.2 Motivo de consulta.

La paciente es referida por los Consultorios Jurídicos debido tras haber sido víctima de violación sexual, abogados solicitan acompañamiento psicológico para proceso legal. El motivo de consulta en palabras de la paciente es: "Quiero regular mis emociones y poder vivir con lo que me pasó".

2.1.3 Historia familiar.

Sistema familiar:

Padre:

Paciente refiere ausencia de figura paterna desde sus 2 años de edad. Manifiesta que su padre se mudó a España y lo volvió a ver a sus 23 años. Refiere mantener contacto constante con su padre mediante llamadas telefónicas y manifiesta tener una buena relación cercana con él.

Madre:

Paciente refiere tener una buena relación, pero a veces puede ser complicada. Refiere que tras su abuso se hizo cargo de muchas decisiones de su hogar, lo que ha generado conflictos constantes con su madre debido a desacuerdos. Reporta que su madre es de gran ayuda cuidando a sus hijos cuando ella no está en casa, y refiere sentir temor de dejarlos solos en casa si ella no está presente.

Hermana:

Paciente refiere a su relación con su hermana como normal, no mantienen diálogos constantemente, pero manifiesta que cuando se necesitan, están la una para la otra.

Tío materno (V):

Paciente refiere a este tío como su figura paterna. Manifiesta haber tenido una relación muy cercana con este integrante de su familia. Refiere que él le ayudaba a tomar decisiones y manifiesta sentirse indefensa tras su muerte. Paciente refiere estar pérdida como un luto no procesado.

Datos de la historia familiar importantes para el caso:

Tras el viaje de su padre, paciente refiere distancia con su familia paterna. Con su familia materna, manifiesta conflictos constantes con sus tíos hermanos de su madre por temas como: dinero, deudas, terrenos. Adicional, el conflicto entre su madre y su tía materna (R) fue el detonante del incumplimiento de su boleta de alejamiento y el mismo día de este confrontamiento en el que la paciente interviene para defender a su madre, es abusada sexualmente. Sus agresores corresponden a su tío político y primo.

- **Genograma Familiar:**

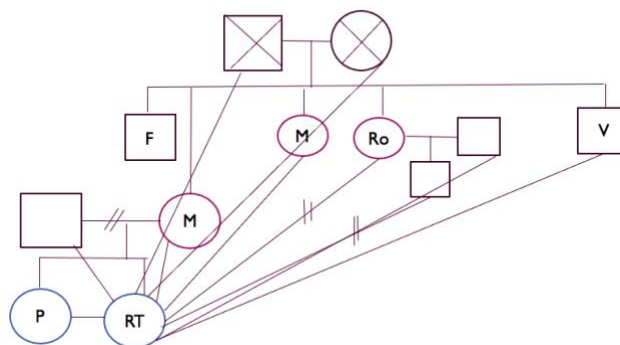


Figura 1. Genograma familiar

2.1.4 Antecedentes psicopatológicos familiares.

La paciente reporta abuso de sustancias específicamente alcohol por parte de su abuela materna. No refiere enfermedades psiquiátricas o diagnósticos previos de enfermedades psiquiátricas en la familia.

2.1.5 Conceptualización caso.

Cogniciones automáticas:

- “Temo salir de mi casa porque algo les puede pasar a mis hijos y mi madre”, si algo les pasa porque salí va a ser mi culpa”.
- “Yo debo estar a cargo de todo mi hogar”
 - Paciente refiere ser la cabeza de su hogar, sobre todo tras su abuso ha estado más presente.

- “Debería poder con esto”
 - Paciente refiere que este pensamiento se presenta cuando habla de su abuso y manifiesta “excesivo malestar que no logro controlarlo”.
- “Nadie va a defenderme”
 - Paciente refiere que el pensamiento llega constantemente al sentir falta de apoyo por parte de su familia.
- “Estoy perdiendo el control”
 - Paciente refiere que el pensamiento viene cuando siente necesidad de llorar y no poder parar. Al igual que en situaciones en las que en conversaciones mencionan a sus agresores o se habla de su abuso, al sentir ira este pensamiento viene inmediatamente. Particularmente, cuando afronta situaciones estresantes.

Esquemas cognitivos:

- “Estoy indefensa”
 - Paciente refiere incapacidad de realizar cosas como: tomar decisiones, afrontar conflictos, ya que perdió a su figura paterna.
- “Siempre he podido con todo, debo poder con esto”
 - Paciente refiere que esto viene desde que era pequeña debido a que sus padres la veían como alguien fuerte y con la capacidad de siempre salir adelante.

Emociones:

- Tristeza, impotencia, miedo, ira, ansiedad.

Comportamientos

- Evita salir de casa cuando sus hijos o madre se encuentran ahí.

- Evitación por espacios donde sus agresores (familiares) frecuentan como parada de bus.
- Aislamiento social, evitación a salidas con amigos, refiere sentirse incomoda en espacios con muchas personas.
- Enuresis nocturna
 - Tras interacción con abogados y recordar el suceso traumático.
- Estrés
 - No puedo controlarlo, me nubla el juicio.

Contexto y antecedentes:

2.2 Explicación y justificación de las técnicas de Evaluación Aplicadas

Se aplicaron dos pruebas de cribado a la paciente el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) con el objetivo de realizar una evaluación integral y proporcionar un abordaje adecuado. El BDI permite medir e identificar la depresión comórbida, la cuál es frecuente en pacientes con TEPT, de esta manera ayuda a ajustar el enfoque terapéutico y mejorar los resultados del tratamiento. Por otro lado, el STAI, evalúa ansiedad situacional relacionada con el trauma y ansiedad generalizada, lo cual permite diferenciar entre la ansiedad derivada del trauma y la subyacente para así poder ajustar el tratamiento de acuerdo a la severidad y tipo de ansiedad presentada por la paciente. Estas dos pruebas permiten monitorear la evolución de los síntomas, guiar intervenciones terapéuticas para proporcionar un enfoque dirigido a las necesidades específicas de la paciente. Anexo 1.

Resultados BDI-II

Puntuación Total	Nivel de Depresión
38	Depresión Grave

Tabla 1. Resultados prueba de cribado para Depresión

Resultados STAI

Puntuación Total	Nivel de Ansiedad
Subescala A-E: 38	Moderada
Subescala A-R: 45	Moderada

Tabla 2. Resultados prueba de cribado para Ansiedad

2.3 Objetivos

- Modificar estructuras de miedo desadaptativas
- Reducir la evitación, el objetivo es reducir la evitación que actúa como reforzador.
- Fomentar la exposición
- Disminuir la respuesta emocional y fisiológica al trauma
- Reevaluar las creencias negativas sobre el trauma
- Desarrollar Habilidades de afrontamiento, promover la autoeficacia y control de respuestas emocionales.

2.4 Explicación y justificación de las técnicas de Intervención

- Modificar estructuras de miedo desadaptativas: Cambiar las asociaciones disfuncionales entre los estímulos relacionados con el trauma, respuestas emocionales de miedo y significados negativos. Ejemplo: paciente refiere miedo y evitación por salir de su casa y dejar a sus hijos y madre solos en ella, sueños vividos y angustiantes relacionados con el trauma.
- Reducir la evitación: Ayudar a la paciente a enfrentarse a situaciones y recuerdos relacionados con el trauma de manera progresiva y controlada.

Ejemplo:

1. Paciente evita pensar en detalles de su violación y constantemente intenta suprimir estos recuerdos traumáticos lo cual refuerza su ansiedad.
 - Objetivo Fomentar la exposición: ayudar a la paciente a enfrentarse gradualmente a estos recuerdos y disminuir el miedo asociado a ellos.

Lograr que la paciente verbalice la palabra “violación” en lugar de usar la palabra “eso”.

2. Paciente evita ciertos lugares como parada de bus frente a su casa y revivir el trauma, evita salir de casa por temor a que les ocurra algo a su familia en su ausencia.

- Objetivo de fomentar la exposición: ayudar a la paciente a salir de su casa y poder ir a la parada de bus de manera controlada para que pueda aprender que no son inherentemente peligrosos.

3. Paciente evita situaciones sociales y refiere miedo por tener relaciones sexuales con su pareja actual.

- Ayudar a la paciente a trabajar en su miedo a las interacciones sociales empezando por pequeñas reuniones con amigos cercanos o familiares, incrementando gradualmente la exposición.
- Comenzar con exposición a la proximidad física no sexual con su pareja, como abrazarse sin presión de que esto deba llevar a una relación sexual. Practicar comunicación abierta con su pareja sobre el miedo que experimenta, crear un entorno de apoyo emocional y físico.

- Disminuir la respuesta emocional y fisiológica al trauma: Implica utilizar habituación, realizando exposición controlada a los estímulos traumáticos. El objetivo es disminuir la respuesta de miedo con el tiempo, psico educando al paciente sobre el miedo, su temporalidad y control. Ejemplo: la paciente evita recordar detalles de la violación o pensar en la misma, experimenta fuerte ansiedad cuando se enfrenta a situaciones que le recuerdan al trauma como conversaciones sobre sus agresores, audiencias legales.

- **Reevaluar las creencias negativas sobre el trauma:** ayudar al paciente a modificar sus creencias disfuncionales, a través de regulación de los resultados temidos y trabajo cognitivo. Ejemplo: paciente muestra creencia de “debo poder con esto”, “nadie va a defenderme, no tengo a nadie”.
- **Desarrollar Habilidades de afrontamiento:** Enseñar al paciente herramientas para gestionar emociones y pensamientos. El objetivo es promover la autoeficacia y el control sobre sus respuestas emocionales. Ejemplo: la paciente experimenta respuestas emocionales intensas de ansiedad, miedo, tristeza las cuales se manifiestan con arrebatos de ira, cuando se enfrenta recuerdos o situaciones que recuerdan su trauma, no logra manejar sus emociones de manera efectiva.

2.5 Intervención y resultado de cada sesión

Sesión 1: Evaluación inicial y expresión de motivo de consulta

Intervención:

Objetivo: Realizar una evaluación exhaustiva para comprender el contexto, antecedentes personales y familiares de la paciente. Establecer una relación terapéutica sólida, fomentando un ambiente seguro y confidencial para la paciente.

Técnicas utilizadas: Entrevista clínica estructurada.

Proceso: Paciente habla sobre sus antecedentes familiares, además de su motivo de consulta y el impacto que ha tenido en su vida cotidiana, miedos y respuestas ante el malestar que experimenta tras el trauma. La terapeuta exploró sobre el impacto que tienen estos síntomas. Se introdujo la explicación básica sobre la TCC y cómo la terapia se enfocaría en la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos.

- **Objetivo establecido:** Regulación emocional, fortalecer alianza terapéutica previo a abordar el trauma.

Resultado:

La paciente se mostró comprometida con el proceso, ha tenido que revivir su trauma por alegatos y procesos penales lo que refiere genera malestar emocional, sin embargo, se muestra dispuesta a trabajar en estrategias de regulación emocional. Paciente es cooperativa durante la intervención.

Sesión 2: Historia familiar de la paciente

Objetivos: Comprender relaciones y sistema familiar de la paciente.

Técnicas utilizadas: Entrevista clínica estructurada y preguntas abiertas.

Proceso: En la primera sesión la paciente habla de manera superficial sobre sus relaciones familiares, menciona a su tío materno (V) como una figura importante en su vida, lo refiere como su figura paterna. Dentro de esta sesión, se exploró a profundidad las relaciones con los miembros de su núcleo familiar: padre, madre, hermana y tío materno. Adicional, la paciente habló sobre los conflictos familiares particularmente con su tía materna (Ro). Paciente habla sobre su trauma, y expresa las conductas de evitación y miedos que ha desarrollado tras el abuso.

Objetivos establecidos: establecer una línea de tiempo de sucesos y hechos relevantes en la contextualización

Resultados:

La paciente mostró apertura al hablar sobre sus relaciones familiares, manifiesta como cercana la relación con su padre. Con su madre refiere cercanía, pero menciona conflictos sobre decisiones del hogar “no sé en qué momento me hice cargo de las responsabilidades de la casa”. Adicional manifiesta llanto al hablar sobre su tío, se muestra cooperativa al hablar sobre el vínculo y visualización de su tío como su figura “paterna”. Manifiesta llanto al hablar sobre el fallecimiento de su tío materno debido a una enfermedad cardio-respiratoria, paciente refiere a este luto “aún no lo supero”.

Paciente refiere un proceso depresivo tras la muerte de su tío, adicional después de experimentar abuso por parte de su tío político y primo refiere “quién me iba a defender si mi tío ya no está aquí”.

Sesión 3: Planteamiento de objetivos y aplicación de pruebas de cribado: STAI y BDI

Objetivos: Aplicar pruebas de cribados para tener una referencia cuantitativa inicial de los índices de Depresión y Ansiedad.

Técnicas utilizadas: Pruebas de cribado estructuradas y Planteamiento de objetivos en base al enfoque TCC.

Proceso: Se hizo un breve resumen de lo dialogado con la paciente en su historia clínica y en su historia familiar. Se planteó objetivos del tratamiento con la paciente, para los cuales se realizó Psicoeducación sobre el proceso terapéutico. Posterior al planteamiento de objetivos, se aplicó los dos cuestionarios BDI y STAI a la paciente. Al finalizar la sesión, la paciente presentó síntomas fisiológicos de ansiedad, aplicaron técnicas de mindfulness para regulación emocional. Adicional, durante la sesión se psico educó a la paciente sobre el método SMART para plantear sus objetivos en su tratamiento terapéutico.

Objetivos establecidos:

1. Mecanismos de afrontamiento y regulación emocional
2. Valoración de sintomatología Ansiedad y Depresión (aplicación de pruebas de cribaje BDI y STAI)
3. Conceptualización del caso, línea de tiempo de antecedentes.
4. Valoración de duelo tío materno referido por la paciente como “no procesado”

Resultados:

La paciente mostró apertura para la valoración de sintomatología de Ansiedad y Depresión. Se logró establecer una cronología en base a los antecedentes y la historia familiar de la paciente para comprender el contexto del abuso. Se realizó una valoración del duelo manifestado por la paciente, paciente refirió “calma al poder hablar de su tío sin llorar”.

Adicional, se abordó el malestar que refirió la paciente al haber experimentado un episodio de orinarse en la cama, tras haber tenido una pesadilla sobre su abuso sexual.

Sesión 4: Intervención en crisis contención emocional tras privación de libertad

Objetivos: Realizar una intervención en crisis, apoyo ante desregulación emocional al ser privada de su libertad

Técnicas utilizadas: Intervención en crisis, escucha activa, empatía, validación emocional.

Proceso: La paciente fue detenida por fiscalía ya que al haber incumplido una boleta de alejamiento y no asistido a la audiencia de formulación de cargos, se le impuso una boleta de captura. Paciente se encontraba en la patrulla, manifestaba malestar emocional significativo, afecto plano, retroceso evidente en el proceso terapéutico.

Objetivos establecidos:

Contención emocional

Resultados:

La intervención ayudó a que la paciente disminuyera su activación emocional y lograra canalizar su malestar. También dio perspectiva a la paciente de que se está cumpliendo un proceso legal debido a la boleta de captura que tiene, lo cual ayudó a poner en perspectiva lo que estaba ocurriendo y ayudar a la paciente a salir de este pensamiento “el sistema y el mundo están en mi contra”

Debido a que la paciente de momento no puede ser atendida para este trabajo continuaré detallando lo que se pensaba realizar como tratamiento psicológico si se hubiera tenido la oportunidad de continuar con el proceso.

Sesión 5 Gestión de ansiedad y regulación emocional

Objetivos:

- Regulación emocional utilizando técnicas de mindfulness enfocadas, por ejemplo: respiración profunda, relajación muscular progresiva, meditación.
- Autocuidado y estrategias de afrontamiento diario
- Introducción a la exposición gradual a recuerdos o situaciones asociadas con el trauma.

Técnicas: Mindfulness y autocuidado para el manejo de estrés, técnicas de relajación y respiración, introducción de la exposición gradual a recuerdos o situaciones relacionadas con el trauma.

Resultados esperados: Ayudarle a la paciente a bajar su activación fisiológica asociada a la ansiedad y activación emocional en momentos de crisis. Creación de hábitos saludables como establecer rutinas. Mejorar estrategias de afrontamiento de ansiedad y aumentar tolerancia a las emociones relacionadas con el trauma.

Sesión 6 y 7: Reevaluación de creencias negativas sobre el trauma

Objetivo: Identificar y cuestionar creencias disfuncionales sobre el trauma, seguridad y autoeficacia. Trabajar reestructuración cognitiva para modificar creencias negativas sobre sí misma, su entorno y futuro.

Técnicas: Registro de pensamiento hacerlo en sesión, identificación y evaluación de creencias disfuncionales y distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva.

Resultados esperados: Modificar creencias disfuncionales sobre la seguridad personal y capacidad de afrontamiento.

Sesión 8: Afrontamiento del duelo no procesado

Objetivo: Ayudar a la paciente a procesar el duelo referido de su tío materno. Aceptar el dolor y emociones asociadas al luto con la finalidad de reducir el impacto en su bienestar emocional.

Técnicas: Integración del duelo, validación emocional, uso de habilidades clínicas para facilitar expresión emocional y proporcionar contención.

Resultados esperados: Facilitar el procesamiento del duelo y la aceptación de la pérdida.

Sesión 9: Revisión de progreso monitoreando síntomas adaptación de estrategias de afrontamiento

En esta sesión se pretende reevaluar los síntomas de ansiedad y depresión aplicando nuevamente las herramientas de cribado BDI y STAI.

2.6 Discusión de los resultados obtenidos

A pesar del limitado número de sesiones, se pudo observar una evolución en la paciente. Los aprendizajes obtenidos en el proceso en primer lugar, la importancia de la relación terapéutica se pudo observar con la paciente que establecer una relación de seguridad y confianza desde el inicio fue fundamental para que se sintiera cómoda explorando factores asociados al trauma y participara activamente en el proceso. Adicional, la alianza terapéutica permitió abordar otras áreas importantes para la paciente como su duelo no procesado, el cual es un tema relevante para abordar en el tratamiento a futuro. En cuanto a su regulación emocional, la paciente reportó que las técnicas de mindfulness ayudaron a gestionar sus impulsos en situaciones intensas. La psicoeducación sobre la sintomatología del TEPT que experimentaba la paciente fue una herramienta útil para reducir ansiedad relacionada a los mismos.

La intervención en crisis realizada durante la sesión 4, resaltó la influencia significativa del contexto legal en la dinámica terapéutica. Esta intervención ayudó a

contener el malestar emocional de la paciente, mostrando la importancia de la adaptación del tratamiento y flexibilidad ante situaciones externas estresantes. Además, la aplicación de las pruebas de cribado BDI y STAI proporcionan una evaluación cuantitativa precisa de los niveles de depresión y ansiedad respectivamente, lo que permite establecer una línea base para el tratamiento.

Se considera que, para el tratamiento, el fortalecer la alianza fue fundamental para obtener los avances antes mencionados precautelando el bienestar de la paciente.

2.7 Limitaciones de los resultados obtenidos

La principal limitación fue la interrupción del tratamiento debido a que la paciente fue privada de su libertad como parte de uno de los procesos penales que mantenía en los Consultorios Jurídicos USFQ. Por otro lado, el objetivo de los abogados en el proceso en parte era que este prepare a la paciente emocionalmente para que pueda rendir su testimonio en audiencia, el tiempo era una limitación ya que la fecha de audiencia podía variar entre días, semanas o meses. Al ser los procesos legales hasta cierto punto, re victimizante, al tomar el caso, la paciente mostraba resistencia para hablar del abuso, alta activación emocional y motora por lo que el abordaje fue distinto y esto contribuía como limitación para el objetivo de prepararla para su audiencia.

Además, otra limitación fue la falta de apoyo por parte de su familia y carencia de sistema de apoyo. La paciente refiere amigos en la universidad, no refiere amistades en su niñez o adolescencia. Con lo cual no contaba con una red de apoyo que en muchos casos puede ser de beneficio para el bienestar emocional de la persona.

CONCLUSIONES

El caso clínico abordado a lo largo de este trabajo permitió evidenciar la complejidad cognitiva, conductual y emocional atravesada por una paciente con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) a raíz de una experiencia de abuso sexual. Mediante la intervención con el enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual, se logró establecer una base sólida para el tratamiento, centrada en la alianza terapéutica, regulación emocional y comprensión de la sintomatología que manifestaba la paciente. Pese a que el proceso tuvo limitaciones, especialmente la interrupción abrupta del tratamiento debido a razones legales, se observaron avances significativos dentro de las primeras fases del tratamiento. Como, por ejemplo, la disposición de la paciente a trabajar sobre su experiencia traumática, verbalizar el evento, identificación de esquemas desadaptativos e implementación de estrategias de regulación emocional.

En base a los aprendizajes obtenidos con el manejo del caso, se pone en evidencia la importancia de una atención psicológica integral, oportuna, adaptativa y flexible, particularmente si el trauma se encuentra dentro de un proceso legal que puede agravar el malestar emocional y revictimizar. Adicionalmente, se resalta la importancia y necesidad de tomar en consideración el contexto psicosocial de la paciente, existencial o ausencia de red de apoyo e historia familiar como factores claves para la conceptualización del caso y la estructura y diseño del tratamiento.

Este caso refleja una que un proceso psicoterapéutico a pesar de tener un tiempo limitado puede representar un espacio seguro y contención para quien lo necesite.

3.1 Posibles cambios

Seguimiento post detención: continuar con el proceso psicoterapéutico adaptándose a las condiciones de privación de libertad de la paciente, para garantizar la continuidad y evitar que la paciente se sienta abandonada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almerge, J. C., & Gutiérrez, L. C. (2015). Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 4999-5007.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.009>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272002000600003>
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Clark, D., & Beck, A. (2011). *Cognitive therapy of Anxiety Disorders Science and Practice*. Guilford Publications, Inc.
- Dworkin, E. R. (2018). Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma Violence & Abuse*, 21(5), 1011-1028.
<https://doi.org/10.1177/1524838018813198>
- Hicks, E. M., Niarchou, M., Goleva, S., Kabir, D., Johnson, J., Johnston, K. J., Ciarcia, J., Pathak, G. A., Smoller, J. W., Davis, L. K., Nievergelt, C. M., Koenen, K. C., Huckins, L. M., & Choi, K. W. (2024). Comorbidity Profiles of Posttraumatic Stress Disorder Across the Medical Phenome. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 4(5), 100337. <https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2024.100337>

- Jiménez, V. M., Labari, E. P., Company, P. L., & Juan, J. L. (2022). Trastorno por estrés postraumático. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 29(8), 416-421. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.05.007>
- Mavranetzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., Bhutani, G., Grey, N., Leach, J., Greenberg, N., Katona, C., El-Leithy, S., & Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(4), 542-555. <https://doi.org/10.1017/s0033291720000070>
- Monson, C. M., & Shnaider, P. (2014). Treating PTSD with cognitive-behavioral therapies: Interventions that work. En *American Psychological Association eBooks*. <https://doi.org/10.1037/14372-000>
- Moreno, J., Meriño, Y., Llumbet-Sánchez, Y., & Cedeño-Torres, M. (2021). PRESENTACIÓN DE CASO Trastorno de depresión mayor e intento suicida en una paciente pediátrica víctima de abuso sexual. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000300022
- Trastorno por estrés postraumático. (s. f.). National Institute Of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico>
- Trastorno por estrés postraumático - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (s. f.). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>
- Tratamientos eficaces para el TEPT: Considerar la terapia conductual cognitiva (TCC) como el tratamiento de primera elección. (2015, enero). National Center For PTSD.

https://www.ptsd.va.gov/spanish/docs/EffectiveTreatmentPTSD_Physicians_SP.pdf

Vaca, D. J. G., Ramos, D. C. G., De los Ángeles Peñafiel Salazar, D., Del Carmen Villavicencio Narváez, L., & Fernández, V. F. F. (2021). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revision*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229667>

ANEXOS

ANEXO 1: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

Spanish Translation		Fecha: _____
Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Educación: _____		
Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy . Encierre en un círculo el número al lado de cada frase que usted escoja. Si hay varias frases dentro de un grupo que parecen aplicarse a su situación con la misma relevancia, encierre en un círculo el número más alto de ese grupo. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, incluyendo el número 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) o el número 18 (Cambios de Apetito).		
1. Tristeza 0 No me siento triste. ☒ 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo. 2. Pesimismo ☒ 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro. 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre. 2 No espero que las cosas me salgan bien. 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar. 3. Fracaso 0 No me siento como un fracaso. 1 He fracasado más de lo que debería. ☒ 2 Mirando a mi pasado, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona, soy un fracaso total. 4. Falta de Placer 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. ☒ 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba. 5. Sentimientos de Culpa 0 No me siento particularmente culpable. ☒ 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho y no las hice. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	6. Sentimientos de Castigo 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida. ☒ 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida. 2 Espero ser castigado(a) por la vida. 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida. 7. Auto-Desprecio 0 Me siento igual que siempre acerca de mí persona. ☒ 1 He perdido la confianza en mí mismo(a). 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a). 3 No me gusta quien soy. 8. Auto-Critica 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre. 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo. ☒ 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos. 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que sucede. 9. Pensamientos o Deseos Suicidas 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. ☒ 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Quisiera matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad. 10. Llanto 0 No lloro más de lo que solía llorar. 1 Lloro más de lo que solía llorar. ☒ 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.	
PEARSON		Subtotal Page 1 Continúa al Reverso
015401849X		

11. Agitación 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre. 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto. 3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo. 12. Falta de Interés 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades. 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes. 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades. 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa. 13. Indecisión 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre. 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre. 2 Ahora tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo dificultad en tomar cualquier decisión. 14. Falta de Valor Personal 0 No siento que soy inservible. 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes. 2 Me siento inservible en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inservible. 15. Falta de Energía 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada. 16. Cambios en el Patrón de Sueño 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1a Duermo algo más que de costumbre. 1b Duermo algo menos que de costumbre. 2a Duermo mucho más que de costumbre. 2b Duermo mucho menos que de costumbre. 3a Duermo todo el día. 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.	17. Irritabilidad 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre. 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre. 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre. 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo. 18. Cambios de Apetito 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre. 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre. 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre. 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre. 3a No tengo nada de apetito. 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo. 19. Dificultades de Concentración 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre. 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba. 2 Es difícil mantener mi mente en algo por mucho tiempo. 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada. 20. Cansancio o Fatiga 0 No me canso o fatigo más que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer muchas de las cosas que antes hacía. 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía. 21. Falta de Interés en el Sexo 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual. 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes. 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes. 3 He perdido el interés en el sexo por completo.
---	--

Copyright © 1996 by Aaron T. Beck. Spanish translation copyright © 1996 by NCS Pearson, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the copyright owner. Pearson, PsychCorp, the PSC logo, and BSC are trademarks, in the U.S. and/or other countries, of Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). Spanish translation by Marisa G. Rueda. Printed in the United States of America.

Subtotal Page 2

Subtotal Page 1

Total Score

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopada en violación de los derechos reservados.

ANEXO 2: Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo

Nº 124

A / E

A / R

PD= 30 +

=

PD= 21 +

=

STAI

AUTOEVALUCION A (E/R)

Apellidos y Nombre

Edad

Sexo

Centro

Curso/Puesto

Estado civil

Otros datos

Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

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

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

		0	1	2	3
	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	
21. Me siento bien	0	☒	2	3	
22. Me canso rápidamente	0	1	2	☒	
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	☒	
24. Me gustaría ser feliz como otros	0	1	2	☒	
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	☒	2	3	
26. Me siento descansado	0	☒	2	3	
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	☒	3	
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	☒	
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	☒	
30. Soy feliz	0	☒	2	3	
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	☒	
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	☒	
33. Me siento seguro	0	☒	2	3	
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	☒	
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	☒	
36. Estoy satisfecho	0	☒	2	3	
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	☒	
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	☒	
39. Soy una persona estable	0	☒	2	3	
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	☒	

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA