



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOTERAPIA**

Tesis

Terapia racional emotiva conductual en un caso clínico de trastorno por estrés
postraumático, 2026

**Para optar el Título de
Especialista en Psicoterapia**

Presentado por:

Autora: Cucho Ahumada, Ariel

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3153-4424>

Asesora: Mg. Alarcón Cánova, Miluska María

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7272-7179>

Lima – Perú

2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, **Ariel Cucho Ahumada**, egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud**, Programa Académico Profesional de **Psicología**, Segunda Especialidad en **Psicoterapia** de la Universidad Privada Norbert Wiener, declaro que el trabajo de investigación **“Terapia racional emotiva conductual en un caso clínico de trastorno por estrés postraumático, 2026”** asesorado por la docente: **Mg. Miluska María Alarcón Cánova** DNI 46182086. **ORCID <https://orcid.org/0009-0007-7272-7179>**. tiene un índice de similitud de **5 (cinco) %** con código oid **14912:614549366** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Ariel Cucho Ahumada
DNI: 75661572



Firma del Asesor
Mg. Miluska María Alarcón Cánova
DNI: 46182086

Lima, **14 de agosto de 2026**

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi hijo Demian, motor principal de mi vida y fuente constante de motivación para alcanzar mis objetivos personales y profesionales. Su presencia inspira cada uno de mis esfuerzos. A mi madre, Teodora, por su amor incondicional y fortaleza a lo largo de mi formación. A la memoria de mi padre, Froilán, cuyos valores y enseñanzas continúan guiando mi camino.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Privada Norbert Wiener, por brindarme la oportunidad de culminar la Segunda Especialidad en Psicoterapia. A los docentes y a mi asesora, Mg. Miluska Alarcón Cánova, por sus enseñanzas y compromiso en mi desarrollo profesional. A mi familia y compañeros por su constante apoyo.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. METODOLOGÍA	13
2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	13
2.2. PARTICIPANTE	14
2.3. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	15
2.4. PROCEDIMIENTO	15
2.4.1. Técnicas.....	16
2.4.2. Instrumentos	16
2.4.3. Presentacion del caso.....	17
2.5. DESCRIPCIÓN HISTÓRICA DEL CASO	21
2.6. OBSERVACIÓN DE CONDUCTA	24
2.7. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	25
2.8. INTERVENCIÓN TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC).....	28
2.8.1 Objetivos de intervención.....	29
2.8.2 Programación de sesiones de intervención	30
2.8.3 Desarrollo de sesiones de intervención	33
2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
III. RESULTADOS.....	50
3.1. EVALUACIÓN DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES (ERE).....	51
3.2. EVALUACIÓN DE LA REACTIVIDAD EMOCIONAL E IRA (STAS)	52
3.3. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS (AUDIT)	54
3.4. ANÁLISIS CUALITATIVO Y TRIANGULACIÓN DE CRITERIOS OBSERVABLES.....	55
IV. DISCUSIÓN.....	57
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS PRINCIPALES	57
4.2. CONTRASTACIÓN CON LA LITERATURA CIENTÍFICA E INVESTIGACIONES PREVIAS.....	59
4.3. IMPLICANCIAS CLÍNICAS, INSTITUCIONALES Y SOCIALES	60
4.4. FORTALEZAS, LIMITACIONES Y PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS.....	61
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
5.1. CONCLUSIONES.....	62
5.2. RECOMENDACIONES.....	64

VI. REFERENCIAS	67
------------------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	16
TABLA 2 ANÁLISIS FUNCIONAL A – B – C DE LA LÍNEA DE BASE	29
TABLA 3 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE SESIONES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN TREC.....	31
TABLA 4 CONTRATO TERAPÉUTICO Y COMPROMISO DE ASISTENCIA	34
TABLA 5 PLANTILLA DE REGISTRO DE AUTORREGISTRO A – B – C ENTREGADA AL PACIENTE	37
TABLA 6 DIFERENCIACIÓN ENTRE EXIGENCIAS ABSOLUTISTAS Y PREFERENCIAS RACIONALES	39
TABLA 7 CONTENIDO DE LA TARJETA DE AFRONTAMIENTO RACIONAL (E)	42
TABLA 8 ESTRUCTURA DEL MENSAJE ASERTIVO EN PRIMERA PERSONA (MENSAJES "Yo").....	45
TABLA 9 PLAN GLOBAL DE MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS A LARGO PLAZO	48
TABLA 10 RESULTADOS COMPARATIVOS PRETEST Y POSTEST DE LA ESCALA DE RACIONALIDAD DE ELLIS (ERE)	51
TABLA 11 EVOLUCIÓN DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES NUCLEARES A CREENCIAS RACIONALES DE PREFERENCIA.....	52
TABLA 12 RESULTADOS COMPARATIVOS PRETEST Y POSTEST DE LA STATE-TRAIT ANGER SCALE (STAS).....	53
TABLA 13 MONITOREO SUBJETIVO DE LA INTENSIDAD DE LA IRA EN SITUACIONES DE CONFLICTO (ESCALA 0-10)	54
TABLA 14 RESULTADOS COMPARATIVOS PRETEST Y POSTEST DEL CUESTIONARIO AUDIT (OMS)	55
TABLA 15 MATRIZ INTEGRADA DE CRITERIOS OBSERVABLES DE MEJORA CONDUCTUAL Y CUALITATIVA.....	56

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL EN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, 2026

RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY IN A CLINICAL CASE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, 2026

Autor: Ariel Cucho Ahumada. Estudiante de la Segunda Especialidad en Psicoterapia, de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

RESUMEN

El presente estudio de caso tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en un varón en etapa de adultez intermedia con diagnóstico principal de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT, F43.1) y comorbilidades de consumo nocivo de alcohol (F10.1) y problemas circunstanciales legales por agresión familiar (Z65.3). El participante fue derivado por el sistema de justicia en la región Puno tras agredir físicamente a su conviviente bajo efectos etílicos, identificándose antecedentes de trauma infantil crónico (4-15 años) por exposición a violencia paterna. Se empleó un diseño de caso único clínico de tipo preexperimental con esquema $A - B - A_1$ compuesto por 15 sesiones (3 de línea de base, 10 de intervención TREC y 2 de reevaluación/seguimiento). En la fase A se evaluaron los indicadores mediante la Escala de Racionalidad de Ellis (ERE), la State-Trait Anger Scale (STAS), el cuestionario AUDIT y análisis funcional $A - B - C$. La intervención (fase B) se enfocó en la reestructuración de creencias irracionales absolutistas ("debo descontrolarme si he tomado"), regulación de la ira, inoculación al estrés y prevención de recaídas. Los resultados (fase A_1) evidenciaron una reducción clínicamente significativa en las creencias irracionales (ERE pre=142 a post=98), disminución en la ira estado (STAS pre=38 a post=22) e ira rasgo (STAS pre=35 a post=26), y el logro de abstinencia ética sostenida (AUDIT pre=22 a post=3). Se concluye que la TREC es eficaz para modificar las demandas absolutistas, reducir la impulsividad agresiva e interrumpir la transmisión intergeneracional de la violencia en contextos comunitarios.

Palabras clave: Trastornos por Estrés Postraumático, Terapia Racional Emotiva Conductual, Violencia Doméstica, Consumo Nocivo de Alcohol, Igualdad de Género (DeCS / ODS 5).

ABSTRACT

This case study aimed to evaluate the effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) in a middle-aged adult male with a primary diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD, ICD-10 F43.1) and comorbidities of harmful alcohol use (F10.1) and legal problems related to domestic violence (Z65.3). The participant was referred by the justice system in the Puno region after physically assaulting his partner under the influence of alcohol, revealing a history of chronic childhood trauma (ages 4–15) due to exposure to paternal violence. A pre-experimental single-case clinical study design with an $A - B - A_1$ scheme was used, comprising 15 sessions (3 baseline, 10 REBT intervention, and 2 re-evaluation/follow-up). In Phase A, indicators were assessed using Ellis's Irrational Beliefs Scale (ERE), the State-Trait Anger Scale (STAS), the AUDIT questionnaire, and functional $A - B - C$ analysis. The intervention (Phase B) focused on restructuring absolutist irrational beliefs (“I must lose control if I drink”), anger regulation, stress inoculation, and relapse prevention. Results (Phase A_1) showed a clinically significant reduction in irrational beliefs (ERE pre=142 to post=98), decreases in state anger (STAS pre=38 to post=22) and trait anger (STAS pre=35 to post=26), and the achievement of sustained alcohol abstinence (AUDIT pre=22 to post=3). It is concluded that REBT is effective in modifying absolutist demands, reducing aggressive impulsivity, and interrupting the intergenerational transmission of domestic violence in community settings.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorders, Rational Emotive Behavior Therapy, Domestic Violence, Harmful Alcohol Use, Gender Equality (DeCS / SDG 5).

I. INTRODUCCIÓN

La violencia familiar constituye una de las más graves crisis de salud pública y salud mental en el Perú debido a su alta prevalencia y a las profundas secuelas emocionales que genera en la estructura intrafamiliar (García-Montoya et al., 2021). De acuerdo con las cifras del Ministerio del Interior (MININTER, 2024), entre enero y septiembre de 2024 se registraron 175,528 denuncias por violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar a nivel nacional, lo cual representa un promedio de 641 casos atendidos diariamente. Esta problemática impacta de manera directa el bienestar somático y psicológico de la población, desbordando la capacidad de atención del sistema sanitario y consolidando patrones transgeneracionales de desregulación conductual en los hogares afectados.

A nivel regional, el departamento de Puno presenta cifras especialmente preocupantes que evidencian la magnitud endémica de esta problemática en los entornos andinos (Defensoría del Pueblo, 2022). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar señaló que el 54.4% de mujeres unidas de 15 a 49 años en esta región ha sufrido algún tipo de agresión física o psicológica por parte de su pareja, superando el promedio nacional del 35.6% (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2022). Asimismo, el Programa Nacional Aurora reportó más de 4,500 casos de agresión intrafamiliar en la región durante el último año, requiriendo un abordaje psicoterapéutico especializado en agresores para detener el ciclo del maltrato (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2025).

La situación clínica que motiva la presente investigación corresponde a un varón en etapa de adultez intermedia, derivado por el sistema de justicia tras perpetrar una agresión física grave contra su conviviente en estado de ebriedad, hecho presenciado por sus tres menores hijos. El paciente registra una historia de ocho episodios violentos documentados entre los años 2021 y 2025, todos precipitado por el consumo nocivo de alcohol. La complejidad del caso radica en que la agresión no responde a una mera impulsividad inespecífica, sino a la reactivación de memorias de trauma infantil crónico (4 a 15 años), caracterizado por la exposición continua a violencia paterna extrema y castigos corporales.

Aspectos inusuales de la presentación clínica incluyen el uso del consumo de alcohol como una conducta de afrontamiento evitativo frente a los recuerdos traumáticos de la infancia, los cuales paradójicamente desencadenaban respuestas de hiperactivación violenta (Rojas et al., 2023). El usuario presentaba además ideación suicida pasiva de matiz evasivo, manifestando el deseo de desaparecer como mecanismo para cesar el conflicto y la culpa acumulada. Esta combinación de TEPT subyacente, comorbilidad por consumo nocivo de alcohol e ideación suicida representa un cuadro complejo de abordar en servicios de salud mental comunitarios que habitualmente aplican programas reeducativos genéricos (García & Torres, 2022).

Frente a esta presentación, la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) ofreció una respuesta psicoterapéutica altamente específica al estructurar la disputación socrática de las creencias irracionales que vinculaban de forma absolutista la ebriedad con el descontrol (David et al., 2018). La intervención permitió abordar la reexperimentación traumática y la hipervigilancia mediante técnicas de inoculación al estrés e imaginación racional emotiva, desmantelando la normalización de la agresión (Lega et al., 2016). Esta articulación demostró ser eficaz para lograr la remisión de los síntomas de TEPT, el cese voluntario del consumo étílico y el cese completo de la ideación suicida pasiva.

En el plano de las intervenciones reeducativas, García y Torres (2022) evaluaron a 3,500 agresores judicializados bajo la Ley N.º 30364, encontrando que los programas convencionales reducían la reincidencia del 22% al 12%, aunque solo un 4% recibía un diagnóstico adecuado de TEPT frente a un 72% rotulado como impulsivos. Asimismo, Huamán et al. (2023) identificaron en Puno que un 41% de los agresores presentaba trauma infantil no tratado, registrando apenas un 3.2% de derivaciones a Centros de Salud Mental Comunitarios. Estos datos evidencian que el abordaje hegemónico tiende a invisibilizar la psicopatología traumática en los perpetradores de violencia intrafamiliar.

En la literatura internacional, David et al. (2018) realizaron un meta-análisis sobre cinco décadas de investigación en TREC y TCC, confirmando una elevada eficacia ($d = 1.39$) en la reducción de síntomas de TEPT mediante el debate de creencias disfuncionales nucleares. Asimismo, los aportes de Trejos Parra et al. (2020) y Michilena Játiva (2025) ratificaron que los abordajes cognitivo-

conductuales generan modificaciones sustanciales en la regulación emocional en América Latina. Por su parte, Medina-Mora et al. (2005) constataron que entre el 30% y el 50% de sujetos violentos con historia de maltrato infantil padece TEPT comórbido con abuso de sustancias.

La Terapia Racional Emotiva Conductual postula que las perturbaciones emocionales y conductuales (*C*) derivan del sistema de creencias (*B*) absolutista que el sujeto aplica sobre los acontecimientos (*A*), siendo el modelo *ABCDE* la herramienta central para instalar una filosofía racional (*E*) (Lega et al., 2016). En el ámbito del trauma, los modelos duales de Brewin et al. (1996) y Ehlers y Clark (2000) explican que las memorias no procesadas generan evaluaciones de amenaza constante. Al combinarse con el alcohol, el estrechamiento atencional (Steele & Josephs, 1990) y el déficit prefrontal (Giancola, 2000) potencian la agresión, producto de circuitos de amenaza desorganizados desde la infancia (Cicchetti & Toth, 2005; Dodge, 2006).

A partir de la problemática y los antecedentes expuestos, surgen las siguientes interrogantes de investigación: ¿Cuál es la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual en un caso clínico de Trastorno por Estrés Postraumático y violencia familiar? ¿De qué manera la TREC permite identificar y modificar las creencias irracionales absolutistas ligadas a la normalización de la violencia bajo efectos del alcohol? ¿Cómo influye la intervención en la reducción de los niveles de ira estado e ira rasgo? ¿En qué medida se logra reducir el consumo nocivo de alcohol hasta niveles de bajo riesgo o abstinencia? ¿De qué forma se fortalece el control de impulsos y la autorregulación emocional? ¿Cómo se modifica la vinculación familiar y la asunción de responsabilidad? ¿Y cómo disminuye la ideación suicida pasiva favoreciendo el insight sobre el trauma infantil?

Para dar respuesta a estas interrogantes, el objetivo general del estudio consistió en evaluar la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en un caso clínico de Trastorno por Estrés Postraumático y violencia familiar. Los objetivos específicos fueron: identificar y modificar las creencias irracionales relacionadas con la normalización de la violencia bajo efectos del alcohol; disminuir los niveles de ira estado e ira rasgo; reducir el consumo nocivo de alcohol hasta alcanzar un nivel de bajo riesgo o abstinencia; fortalecer el control

de impulsos y la autorregulación emocional; mejorar la vinculación familiar y la responsabilidad personal del paciente; y disminuir la ideación suicida evasiva favoreciendo un mayor insight sobre el origen traumático de su problemática. Se planteó como hipótesis que la aplicación estructurada de la TREC reduce significativamente los síntomas de TEPT, la ira y el consumo étílico.

El presente trabajo se justifica desde la dimensión clínica porque demuestra que la violencia intrafamiliar en usuarios con trauma infantil debe abordarse reestructurando los esquemas cognitivos profundos que mantienen la hiperactivación, en lugar de emplear únicamente técnicas punitivas o de control de impulsos superficiales (García-Montoya et al., 2021). Ofrece además un modelo de formulación aplicable a la red de salud mental pública en casos de alta complejidad psicopatológica.

A nivel social, la investigación se justifica por su contribución directa a la protección de la familia y a la interrupción de ciclos transgeneracionales de agresión en comunidades vulnerables de la región Puno (Defensoría del Pueblo, 2022). Brindar herramientas de autorregulación al agresor reduce la probabilidad de reincidencia legal y favorece un entorno seguro para el desarrollo integral de los menores de edad expuestos.

En el ámbito metodológico, el estudio aporta evidencia empírica cuantitativa y cualitativa sobre la aplicabilidad de los diseños de caso único ($A - B - A_1$) en la evaluación de la psicoterapia en contextos comunitarios rurales (Ato & Vallejo, 2015). Permite transparentar la evolución sesión por sesión, el análisis funcional $A - B - C$ y la validez de los instrumentos psicométricos en la medición de cambios clínicos relevantes.

Desde la perspectiva institucional, el estudio se justifica por su alineación con los lineamientos de investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (Resolución N.º 066-2025-R-UPNW) y el Plan Nacional de Salud Mental 2024–2026 del Ministerio de Salud (Directiva N.º 001-2024-MINSA). Promueve la práctica basada en la evidencia en los Centros de Salud Mental Comunitarios, contribuyendo a la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 sobre la eliminación de todas las formas de violencia.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo aplicada, puesto que utiliza los principios teóricos y las técnicas empíricamente consolidadas de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) para abordar una problemática clínica concreta en un contexto sanitario comunitario (Ato & Vallejo, 2015). El diseño empleado es de caso único clínico de carácter preexperimental, estructurado bajo un esquema de mediciones repetidas $A - B - A_1$ (Yin, 2018). Este esquema permite establecer un registro longitudinal del comportamiento mediante la comparación entre la línea de base, la intervención psicoterapéutica y la fase de reevaluación (Ato & Vallejo, 2015).

Fase A (Línea de Base - 3 sesiones): Corresponde a la fase de evaluación inicial y recolección de datos sin la introducción de la variable independiente.

- **Sesión 1:** Entrevista clínica inicial, establecimiento de la alianza terapéutica y anamnesis.
- **Sesión 2:** Aplicación psicométrica de los instrumentos de medición: Escala de Racionalidad de Ellis (ERE), State-Trait Anger Scale (STAS) y el cuestionario AUDIT.
- **Sesión 3:** Psicoeducación sobre el modelo $A - B - C$ de la TREC, análisis funcional de la conducta y determinación de la línea de base conductual.

Fase B (Intervención - 10 sesiones): Ejecución del plan terapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Se prioriza el desmantelamiento de creencias irracionales absolutistas y dogmáticas ligadas a la agresión, la regulación emocional de la ira y el control de impulsos frente al consumo de alcohol.

- **Sesiones 4 a 6 (Fase Cognitiva):** Identificación y debate socrático/didáctico de las principales ideas irracionales (ej. "Debo descontrolarme si he tomado" o "Si me buscan, me encuentran"), utilizando autorregistros terapéuticos.

- **Sesiones 7 a 9 (Fase Emocional y Conductual):** Entrenamiento en técnicas de regulación de la ira, inoculación al estrés, reatribución de responsabilidades y reestructuración del trauma infantil crónico.
- **Sesiones 10 a 13 (Fase de Consolidación y Aplicación Ecológica):** Prácticas y tareas de afrontamiento conductual in situ orientadas a la resolución pacífica de conflictos familiares y la consolidación de la abstinencia al alcohol.

Fase A₁ (Reevaluación y Seguimiento - 2 sesiones): Retiro programado del componente terapéutico directo para evaluar el mantenimiento de los cambios logrados.

- **Sesión 14:** Reaplicación de las herramientas psicométricas post-test (ERE, STAS, AUDIT) para contrastar cuantitativamente el decremento en las puntuaciones.
- **Sesión 15:** Sesión de seguimiento y prevención de recaídas a fin de evaluar la sostenibilidad de la abstinencia al alcohol y el control de impulsos en su entorno cotidiano.

2.2. Participante

El participante es un varón adulto ubicado en el rango de la adultez intermedia, con grado de instrucción secundaria completa, de ocupación informal eventual y residente en una zona rural de la región Puno, Perú . El usuario fue derivado al servicio de psicología clínica de un centro de salud público especializado de su localidad por parte del sistema de justicia local, tras verse involucrado en una situación de violencia familiar precipitada por el consumo nocivo de alcohol, evento que fue presenciado por sus hijos menores de edad .

Para la selección y análisis de este caso único, se definieron de manera estricta los siguientes criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

- Paciente varón en etapa de adultez intermedia que cuente con un diagnóstico clínico formal de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT, F43.1) emitido por un profesional de la salud mental de un establecimiento público.

- Coexistencia de problemas relacionados con el consumo nocivo de alcohol (identificado mediante puntajes de alto riesgo en la escala AUDIT).
- Presentar antecedentes documentados de conducta agresiva o violencia familiar.
- Haber firmado voluntariamente el Consentimiento Informado aprobado por el Comité de Ética de la institución.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que presenten sintomatología psicótica activa, deterioro cognitivo severo o trastornos del desarrollo neurológico que impidan la aplicación y comprensión de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).
- Pacientes con riesgo suicida inminente o activo que requieran de manera prioritaria una intervención de contención psiquiátrica de emergencia o internamiento.
- Pacientes que se encuentren participando de manera simultánea en otro programa psicoterapéutico de enfoque distinto al evaluado en esta investigación.

2.3. Variables de Investigación

Variable Independiente: Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Variable Dependiente: Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

2.4. Procedimiento

El procedimiento se organizó en tres fases secuenciales a lo largo de 15 sesiones individuales de 50 minutos de duración (Ato & Vallejo, 2015). En la Fase A (sesiones 1 a 3) se realizó la recolección de datos anamnésticos, el encuadre psicoterapéutico, la aplicación de las pruebas psicométricas basales y la elaboración conjunta del análisis funcional $A - B - C$ (Fernández-Ballesteros, 2013).

En la Fase B (sesiones 4 a 13) se ejecutó la intervención mediante TREC, estructurando la psicoeducación del modelo cognitivo, el debate socrático de exigencias absolutistas, la reestructuración del trauma infantil con imaginación

racional emotiva y el entrenamiento en asertividad (Lega et al., 2016). En la Fase A_1 (sesiones 14 y 15) se aplicó la evaluación posttest y se afianzó el plan de prevención de recaídas (Ato & Vallejo, 2015).

2.4.1. Técnicas

- **Psicoeducación:** Explicación del modelo $A - B - C$ y origen transgeneracional del trauma (violencia paterna 4-15 años).
- **Reestructuración cognitiva:** Identificación y disputa de creencias irracionales como “violencia es normal bajo alcohol”.
- **Técnicas ecológicas:** Aplicación en conflictos reales (mediación filial).
- **Prevención de recaídas:** Consolidación post-navideña con seguimiento de abstinencia y autorregulación impulsiva.

2.4.2. Instrumentos

- **Escala de Racionalidad Ellis (ERE)**
Autores: Albert Ellis. Año: 1962 (adaptaciones posteriores).
Administración: Individual. Propósito: Mide creencias irracionales pre-post. Confiabilidad: Alta consistencia interna. Validez: Buena para TEPT y ira.
- **State-Trait Anger Scale (STAS)**
Autores: Spielberger et al. Ítems: 20 (ira estado/rasgo). Tiempo: 10 min.
Confiabilidad: $\alpha > 0.85$. Validez: Predictiva de agresión.
- **AUDIT-OMS**
Autores: Babor et al. Ítems: 10. Propósito: Consumo alcohol.

Tabla 1

Técnicas e instrumentos de recolección de datos del estudio

Técnica	Instrumento	Propósito
Observación sistemática	Lista de chequeo conductual	Registrar la frecuencia con la que aparece la ira o la impulsividad en una escala de 0 a 10.
Entrevista clínica	Transcripción textual (verbatim) n=14	Identificar las creencias irracionales del paciente utilizando el modelo $A - B - C$.

Pruebas psicológicas	ERE / STAS / AUDIT	Evaluar el nivel de creencias irracionales, la intensidad de la ira y el consumo de alcohol antes y después de la intervención.
----------------------	--------------------	---

2.4.3. Presentación del caso

Datos de filiación

- **Nombre:** Y. C. C. (Anonimizado en cumplimiento de los estándares éticos de investigación y normas de protección de datos personales).
- **Sexo:** Masculino.
- **Lugar y fecha de nacimiento:** Región Puno, Perú (Ubicado en la etapa de la adultez intermedia).
- **Edad:** 37 años.
- **Grado de instrucción:** Secundaria completa.
- **Ocupación:** Trabajador informal en actividades eventuales.
- **Estado civil:** Separación de hecho (derivada del episodio de agresión física y las posteriores medidas de protección judiciales).
- **Hijos:** Tres (hija adolescente de 15 años, hija escolar de 10 años e hijo infante de 3 años).
- **Domicilio:** Zona rural del altiplano, región Puno, Perú.
- **Datos del informante:** El propio paciente, verificado con los reportes institucionales de derivación del sistema de justicia y el centro de salud público de su localidad.
- **Evaluador:** Lic. Psic. Cucho Ahumada, Ariel.

Motivo de consulta

El paciente fue derivado de manera obligatoria por la Fiscalía y el sistema de justicia local de la región Puno tras incurrir en agresión física grave contra su pareja bajo los efectos del alcohol, evento ocurrido en el domicilio familiar y en presencia directa de sus tres hijos menores de edad. La intervención judicial derivó en un proceso legal regulado por la Ley N.º 30364 (código Z65.3), la imposición

de medidas de protección con restricción de acercamiento, el desalojo del hogar y la separación de hecho de la pareja.

En la entrevista clínica de admisión realizada, el participante expresó un elevado grado de malestar emocional, vergüenza social y culpabilidad, refiriendo textualmente: *"Golpeé a mi pareja borracho, casi la mato y mis hijos vieron todo; me siento culpable, no sé por qué pierdo el control cuando tomo si yo solo quería que me escuche y me haga caso"*. El usuario presentaba estados recurrentes de hipervigilancia, somatización del malestar, tensión muscular e ideación suicida pasiva de matiz evasivo, manifestando: *"a veces quisiera irme lejos o desaparecer para no ser una carga ni causar más problemas a mi familia"*.

Enfermedad actual

- **Inicio agudo:** A raíz de la agresión física y verbal de gravedad perpetrada contra su conviviente bajo los efectos del alcohol, evento que motivó la intervención inmediata de las autoridades y la posterior derivación psicoterapéutica.
- **Evolución:** El análisis sistemático de la historia clínica y el relato del usuario revelan la ocurrencia de ocho episodios agresivos previos documentados entre los años 2021 y 2026, todos precipitados por la ingesta etílica en el contexto de disputas conyugales. El paciente describe un patrón cíclico y repetitivo: desacuerdo o discusión de pareja ----> consumo etílico como conducta de afrontamiento evitativo ----> explosión agresiva con pérdida del control impulsivo ----> culpa posterior, rumiación e ideación evasiva.
- **Detonantes situacionales:** Frustración percibida ante la falta de acuerdo con su pareja, percepción de falta de respeto o desafecto, e ingesta etílica en festividades comunitarias o reuniones de pares.
- **Consecuencias:** Proceso legal en curso por violencia intrafamiliar (Z65.3), medidas judiciales de restricción, desalojo del hogar, separación de hecho y riesgo de alienación o pérdida del vínculo con sus tres menores hijos.

Antecedentes relevantes

- **Antecedentes familiares y dinámicas del hogar primario:** El entorno familiar de origen del paciente estuvo estructurado bajo una severa disfuncionalidad psicosocial marcada por el alcoholismo crónico de la figura paterna (código Z81.1 de la CIE-10). Durante el desarrollo del usuario, el hogar primario constituyó un escenario constante de violencia física, verbal y patrimonial sistemática ejercida por el padre hacia la madre. El patrón de interacción familiar estaba condicionado por las festividades o compromisos sociales del padre, los cuales anticipaban episodios de agresividad extrema, destrucción de enseres domésticos y expulsión de la madre e hijos de la vivienda. Esta convivencia prolongada generó en el núcleo familiar una respuesta adaptativa de hipervigilancia, indefensión aprendida y una transmisión transgeneracional de la agresión como el único modelo percibido de ejercicio de autoridad y resolución de disputas (García-Montoya et al., 2021). No se registran antecedentes familiares conocidos de cuadros psicóticos, trastornos del estado de ánimo severos ni conductas suicidas consumadas en la línea consanguínea de primera línea.
- **Antecedentes personales y trauma infantil crónico:** El paciente experimentó un cuadro de trauma infantil crónico del desarrollo transcurrido entre los 3 y los 15 años de edad, caracterizado por la exposición continua a eventos traumáticos de alta intensidad emocional. En la infancia temprana, la vivencia del trauma se manifestó de manera indirecta mediante la atestiguación directa de golpizas brutales hacia su madre, lo que obligaba al usuario y a sus hermanos a implementar mecanismos de huida física y ocultamiento en viviendas de vecinos o campos aledaños durante las noches. En la infancia intermedia y pubertad, la violencia se volvió directa, sufriendo castigos corporales propinados por el padre con cables y chicotes en estado de ebriedad bajo el pretexto de faltas de disciplina o descuidos en la alimentación ("*cordes de comida*"). Esta experiencia temprana desorganizó sus mecanismos de regulación afectivo-somática y favoreció la consolidación de esquemas cognitivos disfuncionales centrados en la hipervigilancia, la amenaza constante y la

normalización del alcohol como un atenuante o justificante de la conducta violenta (Rojas et al., 2023).

- **Antecedentes de consumo de sustancias y aprendizaje del hábito etílico:** El inicio en el consumo de bebidas alcohólicas se produjo de manera temprana entre los 12 y 13 años de edad en el entorno comunitario local, facilitado por la accesibilidad a bebidas fermentadas (pisco, cerveza) en comercios vecinales y la exposición a festividades patronales. Hacia los 15 años, el patrón de consumo se intensificó al ser integrado a reuniones sociales de pares y adultos. A esa misma edad aconteció un evento vinculante en el cual el paciente, en estado de ebriedad, enfrentó físicamente a su padre para detener una golpiza hacia su madre; este hecho logró frenar el maltrato físico directo en el hogar, pero reforzó condicionalmente la creencia de que la agresión física y el alcohol eran herramientas efectivas para ejercer control y contención de amenazas (Cicchetti & Toth, 2005). En la adultez, el consumo etílico adoptó un carácter nocivo (AUDIT = 22), funcionando como una conducta de afrontamiento evitativo frente al malestar traumático y actuando como el principal desencadenante de los ocho episodios de violencia intrafamiliar documentados desde el año 2021.
- **Antecedentes interpersonales y experiencia de castigo en la adultez:** En la esfera interpersonal, el usuario formó pareja a los 21 años de edad, estableciendo una convivencia caracterizada por un funcionamiento adaptativo en el ámbito social externo (*"con la gente de afuera no peleaba, era tranquilo"*) pero con una alta reactividad en el espacio privado. En el año 2021 aconteció un evento de significación clínica cuando, tras una disputa conyugal, los familiares convocaron a su padre, quien en presencia de allegados aplicó al paciente un castigo físico corporal mediante azotes con chicote en las manos (*"mi papá me reventó la mano con un chicote"*). Este suceso re-traumatizó al usuario, exacerbó sus sentimientos de humillación, impotencia y culpabilidad, y reforzó las creencias irracionales de baja tolerancia a la frustración y la rigidez en las demandas de obediencia intrafamiliar (Lega et al., 2016).
- **Antecedentes médicos y neurológicos:** La revisión de la historia clínica médica indica que el paciente no presenta antecedentes de enfermedades

crónico-degenerativas, patologías somáticas de gravedad ni intervenciones quirúrgicas de significación. Asimismo, la anamnesis descarta la ocurrencia de traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia, episodios convulsivos, infecciones del sistema nervioso central o sintomatología orgánica que pudiese explicar el descontrol de impulsos por déficit neurológico estructural.

Diagnóstico clínico (CIE-10 / DSM-5)

- **Diagnóstico Principal:** F43.1 Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).
- **Comorbilidades:** F10.1 Consumo nocivo de alcohol; Z65.3 Problemas relacionados con circunstancias legales; Z81.1 Historia familiar de alcoholismo.

2.5. Descripción histórica del caso

Historia de desarrollo, entorno intrafamiliar y vivencia del trauma infantil

El usuario Y. C. C. nació en una zona rural de la región Puno, siendo el primogénito de una fratría constituida por seis hermanos (cuatro varones y dos mujeres). Su desarrollo psicoevolutivo transcurrió en el seno de una familia de origen estructurada sobre la base de una severa disfuncionalidad psicosocial y patrones de interacción violentos conducidos por el alcoholismo crónico del padre. Desde los 3 o 4 años hasta aproximadamente los 15 años de edad, el paciente estuvo expuesto de manera ininterrumpida a episodios de agresión física, psicológica y económica severa perpetrados por la figura paterna hacia la madre.

En la narrativa del usuario, la dinámica del hogar infantil estaba profundamente condicionada por la anticipación de la violencia ligada a los eventos sociales del padre. El paciente relata el estado de hipervigilancia en el que vivían él y sus hermanos: *"Cuando había un compromiso de fiesta, ya teníamos ese pensamiento de que en la tarde mi papá iba a llegar a pelear... si mi mamá llegaba más antes, nos poníamos a escaparnos, había muros y nos escondíamos con el vecino dentro de su cama hasta que mi papá se durmiera"*. Pese a no sufrir golpizas directas

continuas en la primera infancia, la violencia psicológica y el miedo constante a la aniquilación familiar configuraron un entorno amenazante impredecible.

A medida que el usuario creció, la violencia paterna se volvió directa, sufriendo castigos corporales periódicos con cables y chicotes cuando el padre retornaba ebrio al hogar, justificando el maltrato bajo pretextos como descuidos en la alimentación (*"cuando hacíamos cordes de comida, así me chicoteaba borracho"*). Frente a la violencia física hacia la madre, el paciente asumió tempranamente un rol de parentalización defensiva y protección prematura: *"Yo ponía a mi mamá atrás de mí para que no le pegue"*. Esta exposición prolongada derivó en la asimilación de esquemas cognitivos disfuncionales caracterizados por la hipervigilancia al peligro, la desconfianza interpersonal y la normalización de la agresividad física como recurso de afrontamiento.

Historia escolar, social e inicio del consumo étílico

En el ámbito educativo, el paciente cursó la educación primaria y secundaria completa en instituciones públicas de su localidad, presentando un rendimiento académico regular y manteniéndose como un estudiante disciplinado, obediente y colaborador. En el contexto comunitario y escolar fuera de su vivienda, el usuario no manifestó antecedentes de conducta disocial, peleas ni conflictos con pares o autoridades. El paciente enfatiza este contraste en su funcionamiento interpersonal: *"Con la gente de afuera yo era tranquilo, no peleaba; en el trabajo o con los vecinos no tenía problemas"*.

El inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas aconteció de forma temprana entre los 12 y 13 años de edad en el entorno vecinal, facilitado por la fácil accesibilidad a bebidas alcohólicas en comercios cercanos (*"mi vecino tenía tienda de cerveza y ahí tomábamos"*) y la presencia constante de alcohol en su hogar. El consumo se volvió más frecuente e intensivo hacia los 15 años al integrarse a grupos de pares y festividades locales.

Alrededor de los 15 años ocurrió un hito determinante en la historia del paciente. Tras una festividad comunitaria en la que el padre se encontraba ebrio agrediendo a la madre, el paciente decidió intervenir físicamente: *"Esa fecha mi papá estaba"*

tomando y yo le dije que no pelearan, alcancé a mi mamá y le dije que se calme; de ahí nos agarramos con mi papá y desde ese día él ya no le volvió a pegar a mi mamá". Aunque este acto detuvo la violencia física directa del padre hacia la madre en el hogar primario, operó como un condicionamiento vicario y directo que reforzó la creencia de que la fuerza física y la confrontación violenta eran los medios legítimos y efectivos para solucionar conflictos y restablecer el orden.

Historia laboral, vida de pareja y patrón de agresión en la adultez

A los 21 años de edad, mientras trabajaba en la municipalidad de su localidad, el usuario conoció a su conviviente. Ambos iniciaron una relación de pareja que devino en convivencia y en el nacimiento de sus tres hijos (actualmente de 15, 10 y 3 años). Aunque la pareja mantenía periodos de convivencia tranquila, la relación se vio progresivamente afectada por discusiones en torno a la economía del hogar, la educación de los hijos y los celos.

El comportamiento violento del paciente se manifestaba fundamentalmente en el ámbito privado cuando se encontraba bajo los efectos del alcohol. Entre los años 2021 y 2026, el historial clínico registra un total de ocho episodios de violencia intrafamiliar grave precipitado por la ingesta etílica. Un hito de retraumatización y humillación ocurrió en el año 2021 cuando, tras una disputa conyugal, los padrinos y la familia convocaron al padre del paciente para intervenir. En dicha reunión, el padre castigó físicamente al paciente azotándolo en las manos con un chicote en presencia de sus familiares ("*mi papá me reventó la mano con un chicote*"), lo cual reactivó los sentimientos de impotencia, vergüenza e ira retenida desde la infancia.

La crisis aguda que motivó la derivación al servicio de salud mental ocurrió en Mayo de 2026. Tras consumir alcohol de forma excesiva en una reunión, el paciente retornó a su vivienda e inició una fuerte discusión con su conviviente. En medio del conflicto, el paciente perdió el control e incurrió en agresiones físicas de gravedad contra su pareja, acontecimiento que fue presenciado por sus tres hijos menores de edad.

La gravedad del hecho movilizó la denuncia ante la Comisaría y la Fiscalía, dictándose medidas de protección, el alejamiento del hogar y la apertura de un proceso judicial bajo la Ley N.º 30364 (Z65.3). Tras la separación de hecho y el inicio del proceso legal, el paciente experimentó un severo cuadro de malestar psicológico caracterizado por culpa desmedida, ansiedad, sentimientos de ruina e ideación suicida pasiva evasiva (*"yo sé que fallé, no culpo a mi esposa; por mi culpa mis hijos están sufriendo y a veces pienso que si desaparezo o me muero estarían mejor"*). En este estado de desintegración emocional y bajo mandato judicial, el usuario ingresó a la evaluación inicial de la Fase A.

2.6. Observación de conducta

Descripción de la apariencia física y el porte

Durante las sesiones iniciales de evaluación correspondiente a la Fase A, el paciente Y. C. C. se presentó con una apariencia física que concordaba con su edad cronológica manifestada (37 años). Es un varón de estatura media, biotipo morfológico mesomórfico y piel morena. Su aliño e higiene personal se observaron adecuados pero austeros, denotando cierta dejadez en el cuidado de su imagen personal acorde al estado de tristeza e hipervigilancia que atravesaba. Viste prendas de vestir propias de la zona rural del altiplano (casacas gruesas de lana, pantalones de vestir holgados y calzado cerrado), de tonos oscuros y sobrios, las cuales se encontraban limpias pero arrugadas.

Descripción del comportamiento motor y la postura

En el plano somático y motor, el usuario ingresaba al consultorio con una marcha lenta, pasos cortos y una postura corporal marcadamente encorvada, con los hombros proyectados hacia adelante y la cabeza semi-inclinada hacia el pecho. Al tomar asiento, mantenía una postura rígida en el borde de la silla, acompañando el discurso con temblor fino intermitente en las manos y movimientos hipercinéticos repetitivos en las extremidades inferiores (frecuente bamboleo o golpeteo del pie contra el piso). Al abordar los eventos traumáticos de la infancia o los hechos de agresión conyugal, se observó tensión muscular generalizada, sudoración palmar visible, apretamiento constante de puños y una marcada

sudoración facial, signos característicos de la hiperactivación autonómica asociada al trastorno por estrés postraumático.

Descripción del lenguaje, expresión verbal y no verbal

El lenguaje del paciente se caracteriza por ser articulado, fluido y con un tono de voz modulado en intensidad baja, mostrando vacilaciones, pausas prolongadas y variaciones temblorosas en la entonación al recordar los hechos violentos. Su expresión es bilingüe (español y aymara), utilizando ocasionalmente giros lingüísticos propios de su contexto socio-cultural andino para expresar emociones complejas. La expresión no verbal mostró una marcada concordancia con el contenido del discurso; el contacto visual inicial fue evasivo e intermitente, desviando la mirada hacia el suelo o las manos al manifestar culpabilidad o vergüenza por los actos cometidos, restableciendo el contacto visual directo conforme se afianzaba el clima de empatía y contención en la relación terapéutica.

Actitud hacia la evaluación y la relación terapéutica

La actitud del paciente hacia el evaluador y el proceso de indagación psicológica fue predominantemente colaborativa, respetuosa y sumisa. Pese a haber sido derivado bajo mandato judicial obligatorio, no mostró resistencia activa, hostilidad ni conductas defensivas o desafiantes frente a las preguntas. Manifestó una elevada disposición al diálogo, interés en responder a los reactivos de las pruebas psicológicas y motivación por ser escuchado sin ser juzgado moralmente. Presentó lágrimas espontáneas en diversos momentos de la entrevista al rememorar la indefensión vivida en su niñez y al evaluar el riesgo de perder el contacto definitivo con sus tres menores hijos, expresando una apertura adecuada hacia el proceso de ayuda psicoterapéutica.

2.7. Evaluación psicológica

Examen mental

- **Conciencia y orientación:** El paciente se presentó lúcido, en pleno contacto con la realidad y adecuadamente orientado en las tres esferas: persona (reconoce su identidad y datos de filiación), tiempo y lugar (ubica el entorno de atención psicológica).

- **Atención y concentración:** Procesos atencionales conservados. Mantiene la atención focalizada y sostenida a lo largo de las entrevistas y pruebas, sin evidencia de fatigabilidad severa o distractibilidad orgánica.
- **Memoria:** Memoria remota, reciente e inmediata preservadas. Logra evocar con alto detalle episodios vividos en su infancia, así como la secuencia cronológica de los eventos violentos del año 2021 y la agresión reciente, acompañados de una intensa carga afectiva.
- **Pensamiento:** Discurso fluido, coherente, con ilación de ideas y ritmo adecuado. El contenido del pensamiento no revela sintomatología psicótica (ausencia de delirios o alucinaciones), pero muestra marcadas distorsiones cognitivas como sobregeneralización, catastrofización, pensamiento dicotómico y demandas absolutistas ("*debo hacerme respetar*", "*es imposible contenerse al estar ebrio*"). Se identificó ideación suicida pasiva de carácter evasivo ("*a veces quisiera irme lejos o desaparecer para no ser una carga*").
- **Afectividad:** Afecto caracterizado por tristeza reactiva, sentimientos de vergüenza y elevado nivel de ansiedad e hipervigilancia sintomática frente a su situación legal y familiar.
- **Insight y juicio:** *Insight* en nivel parcial. Reconoce el carácter dañino de su conducta y manifiesta arrepentimiento, pero inicialmente atribuía la causa principal al consumo de alcohol, minimizando la influencia de sus creencias de control. Juicio de realidad conservado, aunque limitado en la resolución adaptativa de conflictos emocionales en el hogar.

Área de inteligencia y funcionamiento cognitivo

El análisis clínico de la entrevista, la fluidez verbal y la capacidad de resolución de problemas cotidianos indican que el usuario posee un funcionamiento intelectual ubicado en la categoría Normal Promedio. Muestra capacidad adecuada para comprender instrucciones compuestas, analizar situaciones hipotéticas, establecer relaciones causa-efecto y captar la lógica del modelo $A - B - C$ de la TREC, lo que confirma su idoneidad cognitiva para el abordaje psicoterapéutico ambulatorio.

Área de organicidad y neuropsicología

El examen clínico no evidencia signos de focalización neurológica, deterioro cognitivo ni alteración en las praxias o gnosias. La coordinación motora fina y gruesa, el lenguaje receptivo-expresivo y el procesamiento visoespacial se encuentran conservados, descartando compromisos orgánicos o cerebrales que justifiquen el descontrol de impulsos.

Área afectiva y sintomatología del trauma (TEPT - F43.1)

El análisis psicodiagnóstico confirma la presencia de un Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1) derivado del trauma infantil crónico y agravado por los eventos violentos recientes:

- **Reexperimentación intrusiva:** Presencia de recuerdos involuntarios angustiantes, imágenes del maltrato paterno a la madre y del castigo físico del año 2021, así como reactividad fisiológica al presenciar o participar en discusiones.
- **Evitación sintomática:** Estrategias de afrontamiento desadaptativas centradas en el consumo de alcohol para adormecer el malestar emocional y pensamientos evasivos de huida ("*irse lejos*").
- **Hiperactivación y alteración de la reactividad:** Estado permanente de hipervigilancia, sobresalto, tensión muscular constante, irritabilidad y dificultad para regular respuestas de ira.

Área de reactividad emocional e ira (STAS - Spielberger)

En la aplicación pretest de la *State-Trait Anger Scale* (STAS), se registraron las siguientes puntuaciones:

- **Ira Estado:** 38 puntos (Nivel Alto / Severo), indicando una alta intensidad de sentimientos de enojo reactivo e impulsividad ante situaciones donde percibe que su autoridad es cuestionada o ignorada.
- **Ira Rasgo:** 35 puntos (Nivel Alto), reflejando una disposición temperamental crónica a experimentar ira, atribuida a la internalización de patrones hostiles durante la infancia.

Área de consumo de bebidas alcohólicas (AUDIT - OMS)

En el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) pretest, obtuvo 22 puntos, clasificándose en la categoría de Consumo Nocivo Severo con Probable Dependencia (F10.1). Este resultado evidencia que la ingesta etílica funcionaba como un mecanismo de autorregulación emocional fallido y como el catalizador fisiológico primario en los ocho episodios de violencia intrafamiliar.

Área de creencias irracionales (ERE - Ellis)

En la *Escala de Racionalidad de Ellis* (ERE) pretest, alcanzó una puntuación total de 142 puntos, reflejando una severa adherencia a esquemas cognitivos disfuncionales y demandas absolutistas:

- **Demandas Absolutistas (*Musts*):** *"Mi pareja DEBE obedecerme y no puede llevarme la contraria"*.
- **Baja Tolerancia a la Frustración (*LFT*):** *"NO PUEDO SOPORTAR que duden de mi palabra o me desafíen"*.
- **Inevitabilidad y Catastrofización:** *"Si he tomado alcohol, ES INEVITABLE perder el control y reaccionar con violencia"*.

2.8. Intervención Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

La intervención psicoterapéutica se fundamentó exclusivamente en el modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) desarrollado por Albert Ellis (Lega et al., 2016). La TREC postula que las perturbaciones emocionales, la ira disfuncional y las conductas agresivas (C) no son causadas directamente por los acontecimientos activadores (A), sino por el sistema de creencias irracionales absolutistas y dogmáticas (B) que el sujeto construye sobre tales eventos (Lega et al., 2016).

En el caso del usuario Y. C. C., la formulación clínica articuló el trauma infantil crónico y el consumo etílico con la activación de demandas absolutistas de control e inevitabilidad de la agresión (Rojas et al., 2023). Para guiar el proceso psicoterapéutico de manera científica, el patrón de conducta del usuario se estructuró mediante el siguiente Análisis Funcional $A - B - C$:

Tabla 2
Análisis funcional A-B-C de la conducta problema

Estímulo activador (A)	Sistema de creencias (B)	Consecuencia (C)
Externo: Discusión de pareja sobre la economía u organización del hogar bajo efectos del alcohol. Histórico: Memorias de trauma infantil crónico (violencia paterna) y castigo con chicote en 2021.	Inferencia: “Me está faltando el respeto; no puede llevarme la contraria”.	Emocional: Ira explosiva (9/10), frustración y culpa posterior.
	Creencias irracionales: • Demandas absolutistas: “Mi esposa debe obedecerme y escucharme siempre”. • Baja tolerancia a la frustración: “No puedo soportar que duden de mí”. • Inevitabilidad: “Si he tomado alcohol, es inevitable perder el control y golpear”.	Fisiológico: Tensión muscular, sudoración fría y aceleración cardíaca. Conductual: Agresión física y verbal (golpes y gritos), consumo étílico continuado, evitación e ideación suicida pasiva. Reforzamiento: Reducción temporal de la agitación mediante reforzamiento negativo.

Nota. El análisis funcional se elaboró desde el modelo A – B – C de la Terapia Racional Emotiva Conductual, en el que las consecuencias emocionales y conductuales se explican principalmente por las creencias asociadas al acontecimiento activador (Lega et al., 2016).

2.8.1 Objetivos de intervención

Objetivo General

Evaluar la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en la reducción de la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), los niveles de ira estado y rasgo, y el consumo nocivo de alcohol en un varón en adultez intermedia derivado por el sistema de justicia (Cucho, 2026).

Objetivos Específicos

1. Fortalecer el compromiso terapéutico y la alianza de trabajo, logrando la comprensión didáctica del modelo $A - B - C$ de la TREC (Lega et al., 2016).
2. Identificar y reestructurar las creencias irracionales absolutistas relacionadas con la exigencia de sumisión a la pareja y la idea de inevitable descontrol agresivo bajo los efectos del alcohol (Lega et al., 2016).
3. Disminuir las puntuaciones de Ira Estado e Ira Rasgo evaluadas con el cuestionario STAS mediante técnicas de desactivación somática e inoculación al estrés (Spielberger et al., 1983).
4. Promover y consolidar la abstinencia ética continuada durante la intervención y el seguimiento, reduciendo el puntaje AUDIT a niveles de bajo riesgo (Babor et al., 2001).
5. Reestructurar el significado del trauma infantil crónico, desvinculando la conducta actual del paciente del modelo de agresión paterna (Brewin et al., 1996).
6. Desarrollar habilidades de comunicación asertiva y resolución pacífica de conflictos intrafamiliares (Lega et al., 2016).
7. Remitir la ideación suicida pasiva y consolidar la asunción de responsabilidad personal mediante un plan de prevención de recaídas a largo plazo (Lega et al., 2016).

2.8.2 Programación de sesiones de intervención

El programa psicoterapéutico TREC se estructuró en 15 sesiones individuales de 50 minutos de duración, distribuidas en tres fases secuenciales: Fase A de línea de base (sesiones 1 a 3), Fase B de intervención TREC (sesiones 4 a 13) y Fase A1 de reevaluación y seguimiento (sesiones 14 y 15) (Ato & Vallejo, 2015).

Tabla 3***Programación de las sesiones de intervención TREC***

Fase	Sesión	Objetivo Específico	Técnicas TREC Aplicadas	Indicador Observable de Logro
Fase A	01	Establecer alianza, encuadre y evaluación anamnésica.	Entrevista clínica y encuadre.	Firma del Consentimiento Informado; asistencia voluntaria.
Fase A	02	Aplicar batería psicométrica inicial (Pretest).	Pruebas ERE, STAS y AUDIT.	Obtención de puntuaciones basales de irracionalidad, ira y alcohol.
Fase A	03	Elaborar el Análisis Funcional $A - B - C$ e identificar cadenas.	Análisis funcional $A - B - C$ y autorregistros iniciales.	Mapeo conjunto de estímulos A, creencias B y consecuencias C.
Fase B	04	Psicoeducar sobre la TREC y la influencia de B sobre C.	Metáfora del autobús y diálogo expositivo.	Comprensión de que las emociones provienen de B y no de A.
Fase B	05	Identificar demandas absolutistas ("Musts" y "Shoulds").	Registro $A - B - C$ y técnica de flecha descendente.	Identificación de creencias: "Mi esposa debe obedecerme siempre".
Fase B	06	Ejecutar debate socrático y empírico de creencias.	Disputación empírica D y debate de evidencias.	Cuestionamiento de la prueba del descontrol

Fase	Sesión	Objetivo Específico	Técnicas TREC Aplicadas	Indicador Observable de Logro
				"inevitable" bajo alcohol.
Fase B	07	Ejecutar debate lógico y pragmático de la ira.	Disputación lógica D y análisis de utilidad.	Reconocimiento de la inutilidad de la agresión para mantener a la familia.
Fase B	08	Formular la Nueva Filosofía Racional (E).	Construcción de tarjetas de afrontamiento E.	Redacción de preferencias racionales: "Prefiero que me escuche pero acepto...".
Fase B	09	Entrenar inoculación al estrés y control somático de la ira.	Respiración diafragmática y Tiempo Fuera estructurado.	Disminución de la agitación fisiológica a nivel 3/10.
Fase B	10	Procesar y reestructurar el trauma infantil crónico.	Imaginación Racional Emotiva (IRE).	Desvinculación emocional del modelado violento del padre.
Fase B	11	Entrenar habilidades de comunicación asertiva.	Role-playing y mensajes en primera persona.	Expresión de incomodidad sin gritos ni descalificaciones físicas.
Fase B	12	Afrontamiento in situ y mediación intrafamiliar.	Ensayo conductual y tareas ecológicas reales.	Intervención verbal pacífica en una

Fase	Sesión	Objetivo Específico	Técnicas TREC Aplicadas	Indicador Observable de Logro
				discusión de su entorno.
Fase B	13	Consolidar la abstinencia ética y prevención de impulsos.	Control de estímulos y tarjetas de prevención.	Mantenimiento de 2 meses continuos sin consumo de alcohol.
Fase A1	14	Reevaluar parámetros psicométricos (Postest).	Reaplicación de ERE, STAS y AUDIT.	Obtención de puntuaciones posttest con decrementos significativos.
Fase A1	15	Consolidar logros, prevención de recaídas y alta.	Entrevista de seguimiento y plan de mantenimiento.	Remisión de ideación suicida y firma del alta psicoterapéutica.

Nota. Estructura del plan psicoterapéutico adaptado del modelo de Albert Ellis (Cucho, 2026).

2.8.3 Desarrollo de sesiones de intervención

Sesión 01 (Fase A - Evaluación)

- **Objetivo:** Establecer la alianza terapéutica, realizar la anamnesis clínica inicial, presentar el encuadre de trabajo y obtener la firma del Consentimiento Informado.
- **Desarrollo:** Se dio inicio a la primera sesión recibiendo al usuario Y. C. C. derivado por el sistema de justicia. Al comenzar el encuentro, se exploró el nivel de motivación y la actitud del usuario frente a la derivación obligatoria, identificando sentimientos iniciales de incomodidad, aprehensión y vergüenza social. Se procedió a clarificar el encuadre de trabajo psicoterapéutico, enfatizando que el espacio clínico no posee un carácter punitivo ni sancionador, sino que constituye un ámbito confidencial, profesional y de orientación para la salud mental. Se

explicaron los objetivos del programa de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), la duración de 15 sesiones individuales de 50 minutos de frecuencia semanal y la importancia de la colaboración activa (Lega et al., 2016).

Posteriormente, se llevó a cabo la lectura guiada del documento de Consentimiento Informado institucional, abordando detalladamente el derecho a la gratuidad del servicio, la libertad de retiro voluntario y el procedimiento de disociación de datos bajo seudónimo (Asociación Médica Mundial, 2013). El usuario comprendió los términos, mostró disposición al diálogo y procedió a la firma del consentimiento. Durante la segunda mitad de la sesión, se exploraron de manera general los hechos recientes que motivaron la medida legal, permitiendo que el paciente expresara su malestar sin ser juzgado moralmente.

- **Actividad dejada para la casa:** Se le asignó al paciente la tarea de registrar en un libreta personal los momentos del día en que experimentara tensión o intranquilidad, anotando la hora, el lugar y la situación desencadenante, con el objetivo de fomentar la autoobservación sin juzgarse.
- **Indicador de logro:** Firma del Consentimiento Informado escrito y aceptación del encuadre psicoterapéutico.

Tabla 4
Contrato terapéutico y compromisos de la intervención

Componente del Contrato	Descripción del Compromiso de la Paciente y Terapeuta
Asistencia y Puntualidad	Asistir semanalmente a las 15 sesiones programadas de 50 minutos de duración.
Tareas en el Hogar	Cumplir con los autorregistros y actividades de afrontamiento entre sesiones.

Componente del Contrato	Descripción del Compromiso de la Paciente y Terapeuta
Confidencialidad	Resguardo estricto de la identidad bajo el código 001-YGY-2025 y seudónimo Y. C. C..
Participación Activa	Expresar pensamientos y emociones con honestidad para el debate socrático.

Nota. Elaboración basada en las directrices éticas y contractuales de la TREC (Cucho, 2026).

Sesión 02 (Fase A - Evaluación Psicométrica)

- **Objetivo:** Aplicar la batería de instrumentos psicológicos de evaluación inicial para establecer la línea de base cuantitativa de la investigación.
- **Desarrollo:** Se revisó brevemente el registro de tensión dejado en la sesión anterior, constatando que el paciente identificó episodios de alta rumiación por las tardes. A continuación, la sesión se centró en la administración individualizada y estandarizada de las pruebas psicométricas seleccionadas para el estudio (Fernández-Ballesteros, 2013). Se inició con la Escala de Racionalidad de Ellis (ERE), leyendo las consignas de forma pausada para asegurar la correcta comprensión de los reactivos cognoscitivos (Lega et al., 2016).

Posteriormente, se administró la *State-Trait Anger Scale* (STAS) de Spielberger, evaluando de forma independiente la vivencia aguda de enojo (Ira Estado) y la propensión temperamental crónica (Ira Rasgo) (Spielberger et al., 1983). Finalmente, se aplicó el Cuestionario AUDIT de la OMS para medir el patrón de consumo étlico y los daños derivados (Babor et al., 2001). La corrección de las pruebas permitió determinar la línea de base basal: ERE = 142 puntos (alta irracionalidad), STAS Estado = 38 puntos (ira reactiva severa), STAS Rasgo = 35 puntos (ira disposicional elevada) y AUDIT = 22 puntos (consumo nocivo severo con probable dependencia).

- **Actividad dejada para la casa:** Se le encomendó anotar en una ficha diaria tres situaciones específicas de la semana en las que sintiera molestias o ganas de renegar, detallando qué estaba haciendo justo antes de sentir la molestia.
- **Indicador de logro:** Obtención completa del perfil psicométrico cuantitativo basal pretest del caso.

Sesión 03 (Fase A - Análisis Funcional)

- **Objetivo:** Elaborar conjuntamente el Análisis Funcional $A - B - C$ de la conducta problema e identificar las cadenas comportamentales disfuncionales.
- **Desarrollo:** En esta sesión se exploró en detalle el episodio violento ocurrido, así como la recurrencia de los ocho episodios anteriores registrados desde el año 2021. Utilizando la metodología de análisis de la TREC, se guiaron las preguntas clínicas para segmentar la experiencia del usuario en tres componentes principales: el acontecimiento activador (A), el sistema de pensamientos e inferencias (B), y las consecuencias emocionales, fisiológicas y conductuales (C) (Lega et al., 2016).

Se identificó que el estímulo activador (A) correspondía a discusiones de pareja vinculadas a discrepancias domésticas en presencia de ingesta alcohólica, sumado a los recuerdos traumáticos de la infancia. En el componente B , el paciente identificó inferencias como *"no me está escuchando, se está burlando de mí"* y la creencia de que el alcohol le impedía frenarse. Esto generaba como consecuencia (C) la elevación de la ira a nivel 9/10, sudoración y taquicardia, derivando en la agresión física a su esposa.

- **Actividad dejada para la casa:** Practicar el llenado de la Plantilla de Registro $A - B - C$ entregada en consulta frente a cualquier evento de molestia durante la semana.
- **Indicador de logro:** El paciente mapea y grafica con claridad la secuencia entre acontecimiento, interpretación cognitiva y respuesta agresiva.

Tabla 5
Formato de autorregistro A-B-C utilizado por el paciente

A: Acontecimiento Activador	B: Sistema de Creencias	C: Consecuencias Emocionales y Conductuales
Discusión o desacuerdo en el hogar.	"Me está faltando el respeto, debe hacerme caso".	Ira (9/10), elevación del tono de voz, tensión.
Estar en reunión con consumo étílico.	"Si tomo alcohol, es imposible controlarme".	Ingesta excesiva, impulsividad y agresión.

Nota. Formato de autorregistro estructurado según el modelo cognitivo A – B – C de Albert Ellis (Cucho, 2026).

Sesión 04 (Fase B - Psicoeducación TREC)

- **Objetivo:** Psicoeducar al paciente sobre los fundamentos teóricos de la TREC y demostrar cómo el sistema de creencias (*B*) determina las respuestas emocionales y conductuales (*C*).
- **Desarrollo:** Se inició formalmente la Fase B de intervención psicoterapéutica. Se revisó el autorregistro *A – B – C* completado en casa, donde el paciente registró una discusión menor por temas económicos. Se utilizó el diálogo expositivo para explicar que los eventos externos no provocan directamente la ira ni la agresividad, sino las evaluaciones y pensamientos que la persona realiza sobre esos eventos (Lega et al., 2016).

Para facilitar la asimilación del concepto, se empleó la "Metáfora del autobús" (Godoy et al., 2020). Se le explicó que sus recuerdos traumáticos, sus hábitos étlicos y sus pensamientos de enojo son como pasajeros ruidosos e impertinentes que suben al autobús, pero que él, como conductor, conserva la capacidad física y la decisión de mantener las manos en el timón sin desviarse hacia la agresión. El paciente reflexionó

concluyendo: *"Yo pensaba que el carro se manejaba solo cuando tomaba, pero ahora entiendo que yo le entregaba el timón a la rabia"*.

- **Actividad dejada para la casa:** Identificar y anotar en su libreta tres "pasajeros ruidosos" (pensamientos de enojo o recuerdos feos) que intenten tomar el timón durante la semana, escribiendo al lado: *"Yo soy el conductor de mi vida"*.
- **Indicador de logro:** El usuario demuestra la comprensión de que sus reacciones emocionales provienen de sus interpretaciones cognitivas y no del evento externo.

Sesión 05 (Fase B - Identificación de Demandas)

- **Objetivo:** Identificar las creencias irracionales nucleares y las demandas absolutistas de tipo *"Musts"* (deberías/tendrías) en el discurso del paciente.
- **Desarrollo:** Se inició revisando la tarea de los "pasajeros del autobús", observando que el paciente identificó el pensamiento de que su palabra debía ser la última. Se analizaron pasajes de los registros *A – B – C* mediante la técnica de la flecha descendente para rastrear las exigencias rígidas subyacentes (Lega et al., 2016). Se le preguntó al usuario: *"Cuando tu esposa no estaba de acuerdo contigo en una discusión, ¿qué significaba eso para ti y qué te exigías a ti mismo y a ella en ese instante?"*.

A través de esta indagación, el paciente identificó dos creencias irracionales centrales: *"Mi esposa DEBE obedecerme, estar de acuerdo conmigo y hacerme caso siempre, porque yo soy el varón de la casa"* (Demandas Absolutistas) y *"NO PUEDO SOPORTAR que duden de mi palabra ni me lleven la contraria, eso es una falta de respeto insoportable"* (Baja Tolerancia a la Frustración) (Lega et al., 2016). Se aisló también la creencia de inevitabilidad: *"Si he consumido alcohol, es imposible contenerse si me hacen renegar"*. Se le explicó el carácter dogmático e irracional de estas afirmaciones.

- **Actividad dejada para la casa:** Monitorear durante la semana cada vez que aparezca la palabra "debo" o "tiene que" en sus pensamientos, subrayándola en su cuaderno para revisarla en la siguiente sesión.

- **Indicador de logro:** Explicitación y toma de conciencia de la demanda absolutista de control y la creencia de inevitable descontrol bajo el alcohol.

Tabla 6

Diferenciación de las exigencias absolutistas y preferencias racionales

Tipo de Creencia	Enunciado Cognitivo Identificado	Impacto Emocional y Conductual
Demanda Absolutista (Irracional)	"Las cosas DEBEN ser como yo digo o me están faltando el respeto."	Genera ira explosiva (9/10), tensión e impulsividad agresiva.
Preferencia Flexible (Racional)	"Prefiero que me escuchen, pero acepto que pueden discrepar."	Produce molestia moderada (3/10) y permite el diálogo calmado.

Nota. Comparativa de esquemas cognitivos trabajados durante la disputación TREC (Cucho, 2026).

Sesión 06 (Fase B - Debate Socrático Empírico)

- **Objetivo:** Ejecutar la disputación socrática y empírica (*D*) de las creencias irracionales para evaluar la evidencia objetiva que las sustenta.
- **Desarrollo:** Se inició revisando la tarea sobre las palabras "debo", observando que el paciente la aplicaba frecuentemente al exigir atención. La sesión se dedicó al desmantelamiento de la creencia de inevitabilidad: "*Si tomo alcohol, es inevitable perder el control y golpear a mi esposa*". Se empleó la técnica del debate socrático mediante la formulación de preguntas de comprobación de evidencias físicas y lógicas (Lega et al., 2016). Se le planteó al usuario: "*¿Dónde está escrita la prueba objetiva o la ley de la naturaleza que dice que el alcohol te convierte de forma automática en una persona violenta sin capacidad de elegir?*".

Se le confrontó con sus propios antecedentes sociales fuera de la vivienda: *"Tú me has contado que trabajabas en el municipio y que tomabas en las fiestas del pueblo o con vecinos, ¿en esos lugares también golpeabas o peleabas con los demás cuando estabas tomado?"*. El paciente reconoció: *"No doctor, afuera con los vecinos, compadres o en el trabajo yo tomaba pero era tranquilo, nunca me he peleado con la gente de afuera"*. Esta constatación permitió demostrarle empíricamente que el descontrol no era un efecto mecánico inevitable del alcohol, sino una decisión influenciada por sus demandas hacia su esposa en el hogar.

- **Actividad dejada para la casa:** Escribir en una hoja la pregunta de debate: *"¿El alcohol me obliga o yo decido?"*, anotando dos situaciones diarias donde demuestre autocontrol.
- **Indicador de logro:** El paciente cuestiona la veracidad empírica de su creencia sobre el descontrol "mecanicista" bajo la ebriedad.

Sesión 07 (Fase B - Debate Lógico y Práctico)

- **Objetivo:** Ejecutar el debate socrático de tipo lógico y pragmático para evaluar las consecuencias de mantener la ira e impulsividad.
- **Desarrollo:** Se comenzó revisando la tarea de autocontrol, donde el usuario destacó haber evitado una discusión con un compañero de trabajo. Se profundizó en el debate *D* analizando la validez lógica de sus exigencias absolutistas de respeto y la utilidad práctica de reaccionar agresivamente (Lega et al., 2016). Se abordó la incoherencia lógica: *"¿Que tu pareja tenga una opinión distinta a la tuya significa lógicamente que te esté desvalorizando o que deba ser castigada físicamente?"*.

Posteriormente, se guio el análisis de utilidad: *"¿Creer que 'debes hacerte respetar a golpes cuando tomas' te ha traído una familia unida y tranquila, o te ha traído un proceso judicial, el alejamiento de tu casa y la posibilidad de no ver a tus hijos?"*. Frente a estas preguntas, el usuario experimentó una vivencia de choque cognitivo y emocional, irrumpiendo en llanto espontáneo al reflexionar sobre las consecuencias reales de sus ideas: *"Yo reconozco doctor, he sido malo antes, la he tratado mal a mi esposa por gusto y ahora me doy cuenta de que yo mismo he destruido mi hogar"*.

Este momento marcó la transición hacia un *locus* de control interno y una asunción de responsabilidad activa.

- **Actividad dejada para la casa:** Redactar una carta de reflexión personal (no para entregar aún a la esposa, sino para proceso terapéutico) respondiendo: "*¿Qué costos ha tenido la ira en mi vida y qué quiero cambiar de hoy en adelante?*".
- **Indicador de logro:** Reconocimiento de la inutilidad de la agresión y la irracionalidad lógica de exigir obediencia absolutista.

Sesión 08 (Fase B - Nueva Filosofía Racional)

- **Objetivo:** Formular la Nueva Filosofía Racional (*E*) y elaborar tarjetas de afrontamiento flexible de uso cotidiano.
- **Desarrollo:** Se inició la sesión leyendo la carta de reflexión escrita por el paciente, destacando su deseo sincero de cambiar y reparar el daño causado. A partir de los avances logrados en los debates socráticos, se inició el trabajo de sustitución cognitiva (Lega et al., 2016). Se le enseñó al paciente a convertir las demandas absolutistas de imposición en preferencias flexibles y funcionales.

Se construyó la nueva creencia racional (*E*): "*Me gustaría firmemente que mi esposa me escuche, coincida conmigo y me entienda, pero no existe ninguna ley que exija que ella deba pensar exactamente igual que yo. Si ella no está de acuerdo, eso es incómodo pero puedo tolerarlo, mantener la calma y hablar en otro momento sin recurrir a la violencia*" (Lega et al., 2016). Se redactó esta tarjeta de afrontamiento en una lámina de cartulina plastificada de tamaño bolsillo. Se practicó la lectura repetida y memorización de los enunciados, indicando al usuario que debía llevarla consigo diariamente y leerla de forma anticipatoria.

- **Actividad dejada para la casa:** Portar la tarjeta de afrontamiento en el bolsillo y leerla tres veces al día (al levantarse, al medio día y al acostarse), anotando cómo se siente al repetirla.
- **Indicador de logro:** Redacción, comprensión y asimilación de pensamientos racionales alternativos de preferencia en tarjetas de apoyo.

Tabla 7
Contenido de la tarjeta de afrontamiento racional

Dimensión	Enunciado Racional de Afrontamiento Plastificado
Preferencia Flexible	"Me gustaría que mi pareja coincidiera conmigo, pero no tiene por qué ser así obligatoriamente."
Tolerancia a la Frustración	"Puedo tolerar la molestia de no estar de acuerdo, mantenerme en calma y hablar en otro momento."
Conducta Adaptativa	"El alcohol no maneja mis manos; yo decido actuar con respeto por mí y por mis hijos."

Nota. Texto del recurso portátil diseñado e instalado durante la sesión 8 (Cucho, 2026).

Sesión 09 (Fase B - Inoculación al Estrés)

- **Objetivo:** Entrenar técnicas de inoculación al estrés, detección de picos de ira y autorregulación somática mediante la respiración diafragmática.
- **Desarrollo:** Se revisó el uso de la tarjeta de afrontamiento, manifestando el paciente que leerla por las mañanas le daba tranquilidad. Se abordó el componente somático y fisiológico de la ira reactiva (C) que acompaña al TEPT. Se psicoeducó sobre el funcionamiento del sistema nervioso simpático, enseñándole al paciente a identificar sus señales corporales tempranas de agitación (sudoración palmar, aceleración del pulso cardíaco, presión en el pecho, tensión muscular en mandíbula y puños) (Ruiz et al., 2012).

Se entrenó la técnica de respiración diafragmática lenta y profunda (inspiración nasal en 4 segundos, retención de aire por 2 segundos y exhalación bucal en 6 segundos), realizando múltiples ensayos prácticos en el consultorio hasta comprobar la disminución del tono muscular (Ruiz et al., 2012). Adicionalmente, se normó la técnica del "Tiempo Fuera" estructurado: si durante una discusión intrafamiliar el paciente detecta que su nivel de agitación fisiológica supera la puntuación de 5/10 en una escala

subjetiva de 0 a 10, debe hacer uso de la instrucción verbal *"necesito aire, hablaré de esto en un momento"* y retirarse físicamente del espacio por un lapso de 20 a 30 minutos para respirar y leer su tarjeta de afrontamiento.

- **Actividad dejada para la casa:** Practicar la respiración diafragmática durante 10 minutos cada noche antes de dormir y registrar su nivel de tensión antes y después del ejercicio (escala 0-10).
- **Indicador de logro:** Reducción de la agitación fisiológica autoevaluada de 9/10 a 3/10 durante los ensayos de respiración en consultorio.

Sesión 10 (Fase B - Reestructuración del Trauma)

- **Objetivo:** Procesar y reestructurar el trauma infantil crónico y la experiencia de castigo mediante la técnica de Imaginación Racional Emotiva (IRE).
- **Desarrollo:** Se revisó el registro de respiración nocturna, observando una mejoría en la calidad del sueño del paciente. En esta sesión se abordó el núcleo traumático de la historia del paciente (fase del desarrollo entre los 3 y 15 años y el evento del chicotazo paterno en el año 2021) (Brewin et al., 1996; Lega et al., 2016). Utilizando la técnica de la Imaginación Racional Emotiva (IRE), se indujo al paciente a cerrar los ojos, respirar diafragmáticamente y evocar la escena en la que su padre agredía a su madre y los momentos en que ellos se escondían debajo de las camas de sus vecinos (Lega et al., 2016).

Con la escena traumática activa en la mente del paciente (generando agitación e ira de 8/10), se le instruyó a cambiar intencionalmente la emoción de ira destructiva e indefensión por una emoción adaptativa de tristeza sana y compasión por su niño del pasado (Lega et al., 2016). Se le guio para que desde su rol adulto actual se hablara a sí mismo: *"Ese niño sufrió mucho y no tuvo la culpa del alcoholismo de su padre; pero tú hoy tienes 37 años, ya no eres ese niño indefenso y no estás obligado a repetir la violencia de tu padre con tus propios hijos"*. El paciente experimentó un llanto catártico liberador, expresando una profunda calma posterior y la decisión de desvincularse emocionalmente del modelo violento paterno.

- **Actividad dejada para la casa:** Escribir una frase de afirmación personal: *"Yo elijo una historia diferente para mis hijos"* y colocarla en un lugar visible de su habitación.
- **Indicador de logro:** Resignificación afectiva del trauma infantil y desvinculación activa del modelo agresivo del padre.

Sesión 11 (Fase B - Entrenamiento Asertivo)

- **Objetivo:** Entrenar al usuario en habilidades de comunicación asertiva y formulación de mensajes en primera persona para la resolución no violenta de conflictos.
- **Desarrollo:** Se inició la sesión verificando la colocación de la frase de afirmación personal en el hogar del paciente. Se trabajó el componente conductual alternativo frente a las discusiones intrafamiliares (Ruiz et al., 2012). Se psicoeducó sobre los estilos de comunicación pasivo, agresivo y asertivo, identificando que el paciente oscilaba habitualmente entre la pasividad guardada y la agresividad explosiva impulsada por la ebriedad.

Se entrenó la estructura de los "mensajes en primera persona" o mensajes "Yo", que permiten expresar disconformidades de forma clara sin acusar, descalificar ni agredir al interlocutor (Ruiz et al., 2012). Se practicaron tres pasos: 1. Describir la conducta objetiva (*"Cuando nos interrumpimos al hablar..."*), 2. Expresar el sentimiento propio (*"...yo me siento molesto e ignorado..."*) y 3. Proponer la alternativa racional (*"...y me gustaría que podamos hablar con calma turno por turno"*). Se ejecutaron ensayos de *role-playing* en los cuales el terapeuta asumió el rol de la pareja en una discusión simulada, logrando que el paciente respondiera con firmeza asertiva y tono de voz adecuado sin elevar las manos ni gritar.

- **Actividad dejada para la casa:** Practicar un mensaje en primera persona durante la semana en una interacción cotidiana (con un amigo, hermano o comerciante) y registrar la respuesta obtenida.
- **Indicador de logro:** Ejecución correcta y fluida de ensayos de comunicación asertiva mediante mensajes en primera persona durante el *role-playing*.

Tabla 8
Estructura del mensaje asertivo en primera persona

Paso del Mensaje	Objetivo Comunicativo	Ejemplo de Guion Entrenado en Sesión
1. Yo me siento...	Expresar la emoción propia sin culpar.	"Yo me siento molesto e incomprendido..."
2. Cuando ocurre...	Describir el hecho de forma objetiva.	"...cuando elevamos la voz en una discusión..."
3. Me gustaría que...	Proponer la alternativa de solución.	"...y me gustaría que hagamos una pausa para hablar con calma."

Nota. Esquema de comunicación no violenta ensayado durante el role-playing de la sesión 11 (Cucho, 2026).

Sesión 12 (Fase B - Afrontamiento Ecológico)

- **Objetivo:** Evaluar el afrontamiento ecológico *in situ* y la aplicación de herramientas de autorregulación en un evento conflictivo del entorno real (Tarea ecológica).
- **Desarrollo:** La sesión inició con la revisión de una experiencia ocurrida en el entorno familiar del paciente durante la semana entre sesiones. El usuario relató que se produjo una fuerte discusión verbal entre su hermano/tío y su hija mayor adolescente de 15 años. El paciente describió que ante los gritos iniciales sintió una elevación rápida de la tensión corporal (6/10) y un impulso inicial de reaccionar violentamente contra su familiar.

Sin embargo, aplicó inmediatamente los aprendizajes de la terapia: realizó respiración diafragmática, recordó los pasajeros del autobús de la sesión 4 e intervino como mediador pacífico utilizando la comunicación asertiva. El paciente relató su actuación: *"Me acerqué con calma, me puse atrás de mi hija sin tocar a nadie y le dije a mi familiar 'cálmate, ella es una jovencita, conversando nos entendemos, no quiero que discutan ni se*

traten así". La intervención del paciente logró desescalar el conflicto sin agresiones físicas ni insultos. Se felicitó al usuario por el logro ecológico, reforzando su sentido de autoeficacia racional.

- **Actividad dejada para la casa:** Escribir un autoregistro de logros de la semana, anotando detalladamente cómo logró contener la impulsividad y qué emociones agradables experimentó después.
- **Indicador de logro:** Aplicación efectiva y no violenta de las herramientas TREC en un evento de alta tensión familiar real.

Sesión 13 (Fase B - Prevención de Recaídas Éticas)

- **Objetivo:** Consolidar la abstinencia ética continuada y afianzar las respuestas de rechazo asertivo ante la presión social de pares.
- **Desarrollo:** Al aproximarse el cierre de la Fase B, la sesión se focalizó en el abordaje del consumo de alcohol como el catalizador de riesgo de la agresividad (Babor et al., 2001). Se evaluaron los desencadenantes de ingesta ética en su comunidad (fiestas patronales, reuniones de trabajo eventual, invitaciones de amigos).

Se realizaron ensayos de conducta para enseñar al paciente a decir "*No*" de forma asertiva ante las invitaciones a tomar de sus conocidos, utilizando pretextos de salud y convicción personal ("*gracias pero estoy cuidando mi salud y ya no estoy tomando*"). Se ratificó que el paciente había mantenido dos meses continuos de abstinencia ética verificada desde el inicio de la terapia. Se reestructuró la idea de que el alcohol era necesario para socializar o relajarse, consolidando la abstinencia como su principal escudo de protección familiar e individual.

- **Actividad dejada para la casa:** Elaborar una lista de bebidas no alcohólicas de su agrado para consumir en reuniones sociales y repasar los guiones de rechazo asertivo frente a pares.
- **Indicador de logro:** Consolidación de dos meses continuos de abstinencia ética y dominio de respuestas de rechazo social.

Sesión 14 (Fase A1 - Reevaluación Posttest)

- **Objetivo:** Reevaluar los parámetros psicométricos cuantitativos tras la aplicación del programa TREC (Fase A₁).
- **Desarrollo:** Se llevó a cabo la sesión de reevaluación posttest administrando de manera individual la batería de pruebas ERE, STAS y AUDIT bajo las mismas condiciones de la línea de base (Ato & Vallejo, 2015; Fernández-Ballesteros, 2013). Se revisaron previamente los guiones de rechazo ético, confirmando que el paciente asistió a una reunión de trabajo consumiendo únicamente refrescos.

El procesamiento de los datos reveló reducciones clínicamente significativas en todos los indicadores: la puntuación global de creencias irracionales en la prueba ERE disminuyó de 142 a 98 puntos (decremento del 31.0%); en la prueba STAS, la Ira Estado cayó de 38 a 22 puntos (reducción del 42.1%) y la Ira Rasgo descendió de 35 a 26 puntos (reducción del 25.7%); finalmente, en el cuestionario AUDIT la puntuación se redujo de 22 puntos a 3 puntos (disminución del 86.4%), posicionándose en la categoría de consumo de bajo riesgo. Se presentaron los resultados al paciente en gráficos simples, felicitándolo por su esfuerzo cognitivo y conductual.

- **Actividad dejada para la casa:** Preparar una síntesis verbal de los tres principales aprendizajes que se lleva de la terapia para exponerlos en la sesión final de cierre.
- **Indicador de logro:** Obtención de puntuaciones posttest con reducciones cuantitativas clínicamente significativas en irracionalidad, ira y alcohol.

Sesión 15 (Fase A1 - Cierre y Alta)

- **Objetivo:** Consolidar los logros alcanzados, revisar el plan de mantenimiento a largo plazo y otorgar el alta psicoterapéutica.
- **Desarrollo:** Se desarrolló la última sesión del proceso psicoterapéutico revisando de forma retrospectiva el camino recorrido. El paciente expuso los tres aprendizajes preparados como tarea: 1. El alcohol no lo obligaba a golpear, 2. Puede tolerar que otros piensen diferente, y 3. Su prioridad es

dar un buen ejemplo a sus hijos. El paciente constató la remisión completa de la ideación suicida pasiva evasiva y la recuperación de una visión de futuro con esperanza.

En la esfera familiar, el paciente informó haber establecido acuerdos pacíficos de visitas regulares con sus tres hijos a través de las coordinaciones institucionales, manteniendo un diálogo respetuoso y sin discusiones con su ex-pareja. Expresó su postura reflexiva final: *"Yo reconozco que he fallado antes, pero he aprendido que el alcohol no me obligaba y que puedo controlar mi vida; mi meta ahora es seguir trabajando, no tomar y darles un buen ejemplo a mis tres hijos hasta el día de mi muerte"*. Se estructuró el plan de mantenimiento de hábitos saludables y prevención de recaídas a largo plazo, procediéndose a la firma de la Ficha de Alta Psicoterapéutica con felicitaciones por el compromiso demostrado.

- **Actividad dejada / Plan continuo de mantenimiento:** Continuar con la lectura diaria de la tarjeta de afrontamiento racional *E*, mantener la abstinencia ética y acudir a sesiones de seguimiento mensual voluntario en el centro de salud de su comunidad.
- **Indicador de logro:** Remisión completa de sintomatología aguda, asunción de la filosofía racional de vida y firma de la Ficha de Alta Psicoterapéutica.

Tabla 9
Plan de mantenimiento y prevención de recaídas

Eje del Plan	Estrategia Racional y Conductual de Mantenimiento
Abstinencia Ética	Mantenimiento continuo de cero consumo de alcohol en eventos comunitarios.
Monitoreo Cognitivo	Lectura diaria de la Tarjeta de Afrontamiento Racional (<i>E</i>) antes de salir.

Eje del Plan	Estrategia Racional y Conductual de Mantenimiento
Desaceleración Somática	Aplicación del Tiempo Fuera si la agitación fisiológica supera el nivel 5/10.
Vínculo Filial	Comunicación asertiva, escucha activa y visitas pacíficas con sus tres hijos.

Nota. Estrategias consolidadas para la fase posterior al alta psicoterapéutica (Cucho, 2026).

2.9. Consideraciones éticas

La investigación se desarrollará respetando los principios de respeto por la dignidad, beneficencia, no maleficencia, justicia, integridad científica y responsabilidad profesional, en concordancia con el Código de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener y con los lineamientos institucionales para la investigación con seres humanos. Asimismo, se asumirá el compromiso de mantener una conducta honesta, objetiva y transparente durante todo el proceso, resguardando el prestigio institucional y el rigor académico.

Consentimiento y participación

Antes de iniciar cualquier procedimiento, se solicitará el consentimiento informado del participante, explicando de manera clara los objetivos del estudio, el carácter voluntario de su participación, los procedimientos previstos, los posibles riesgos emocionales y los beneficios esperados. Se garantizará que la decisión de participar o no participar no genere ningún tipo de perjuicio en su atención clínica, situación legal o acceso a servicios de salud.

Cuidado y protección del usuario

Dado que se trata de un caso con antecedentes de violencia y sintomatología traumática, se priorizará la protección emocional y física del usuario, evitando toda intervención que pueda incrementar su malestar

o reactivar experiencias traumáticas de forma innecesaria. La información será tratada con confidencialidad estricta, usando seudónimos o códigos para evitar la identificación del participante, y limitando el acceso a los datos únicamente a las personas autorizadas. También se mantendrá un manejo responsable de los registros clínicos y psicológicos, con almacenamiento seguro y medidas de reserva que impidan su difusión no autorizada.

Confidencialidad y datos

Los datos recolectados serán utilizados exclusivamente para fines académicos y científicos, respetando la privacidad del participante y minimizando la recopilación de información innecesaria. Se evitará incluir datos que permitan su identificación directa o indirecta en informes, tablas o anexos, y se protegerá la documentación mediante mecanismos de custodia adecuados. En caso de requerirse difusión académica de los hallazgos, esta se hará siempre de manera anonimizada y sin comprometer la integridad del usuario.

Marco institucional

El estudio deberá adecuarse a las normas internas de la Universidad Privada Norbert Wiener y a la evaluación del comité de ética correspondiente, en tanto este organismo tiene como finalidad proteger los derechos a la vida, salud, intimidad, dignidad y bienestar de las personas involucradas en investigación. En ese sentido, toda la ejecución deberá sostenerse en principios éticos, resguardo de datos personales y responsabilidad profesional, conforme a la normativa universitaria vigente.

III. RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los hallazgos cuantitativos y cualitativos obtenidos tras la ejecución del programa de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de diez sesiones de intervención (Fase B). Se presenta un análisis comparativo riguroso entre la evaluación inicial o línea de base (Fase A) y los datos recopilados en la fase de reevaluación clínica y seguimiento (Fase A₁).

3.1. Evaluación de las Creencias Irracionales (ERE)

Para evaluar la modificación del sistema de cogniciones disfuncionales y la adherencia a demandas absolutistas, se administró la Escala de Racionalidad de Ellis (ERE) en sus fases pretest y postest. La comparación de puntuaciones arrojó un descenso clínicamente significativo en el puntaje global acumulado, pasando de 142 puntos en la línea de base a 98 puntos en la reevaluación final, lo que representa una reducción del 31.0% en el nivel general de irracionalidad del paciente.

Tabla 10
Puntuaciones pretest y postest en la Escala de Racionalidad de Ellis (ERE)

Dimensión Evaluada de la Racionalidad	Pretest (Fase A)	Postest (Fase A1)	Cambio Absoluto	Variación (%)
Demandas Absolutistas ("Musts / Shoulds")	52 puntos	35 puntos	-17 pts	↓ 32.7%
Baja Tolerancia a la Frustración (LFT)	48 puntos	32 puntos	-16 pts	↓ 33.3%
Catastrofización y Etiquetado Global	42 puntos	31 puntos	-11 pts	↓ 26.2%
Puntuación Total de la Escala ERE	142 puntos	98 puntos	-44 pts	↓ 31.0%

Nota. Datos obtenidos de la evaluación psicométrica individual pre y post-intervención del caso Y. C. C. (Cucho, 2026).

El análisis pormenorizado por subescalas de la prueba ERE muestra que los decrementos más acentuados ocurrieron en las dimensiones de Baja Tolerancia a la Frustración (-33.3%) y Demandas Absolutistas (-32.7%). Esta variación refleja

la reestructuración efectiva de la creencia disfuncional de exigencia rígida sobre la conducta de la pareja ("*mi esposa DEBE obedecerme siempre*") y el desmantelamiento de la idea irracional de que la ingesta ética conducía de forma involuntaria e inevitable a la agresión física (Lega et al., 2016).

Tabla 11

Evolución de las creencias irracionales hacia preferencias racionales

Creencia Irracional Detectada en Fase A (Pretest)	Creencia Racional Instalada en Fase A1 (Postest)	Indicador de Cambio Cognitivo
<i>"Mi esposa DEBE obedecerme y hacerme caso siempre; si no lo hace, me está faltando el respeto."</i>	<i>"Prefiero que mi esposa coincida conmigo, pero no tiene por qué ser así; puedo tolerar el desacuerdo."</i>	Flexibilización de la demanda rígida a una preferencia (E).
<i>"Si he tomado alcohol, ES INEVITABLE perder el control y golpear a mi pareja."</i>	<i>"El alcohol no maneja mis manos; yo soy responsable de mis actos este o no este tomado."</i>	Locus de control interno y desmontaje del mecanicismo.
<i>"Si mi familia se destruye por mi culpa, mi vida ya no vale nada y es mejor desaparecer."</i>	<i>"He cometido errores graves, pero puedo reparar el daño y ser un buen ejemplo para mis hijos."</i>	Sustitución de catastrofización por aceptación.

Nota. Transición de esquemas cognitivos registrada mediante los autorregistros *A – B – C – D – E* del caso Y. C. C. (Cucho, 2026).

3.2. Evaluación de la Reactividad Emocional e Ira (STAS)

Respecto a la reactividad emocional y el nivel de agresividad medidos mediante la *State-Trait Anger Scale* (STAS) de Spielberger, la intervención TREC logró una atenuación marcada en ambas esferas de la prueba. La dimensión Ira Estado

(sentimiento agudo de enojo en el momento presente) descendió de un nivel severo de 38 puntos en la línea de base a 22 puntos en el posttest (reducción del 42.1%). Por su parte, la escala Ira Rasgo (propensión temperamental crónica) pasó de 35 a 26 puntos (reducción del 25.7%).

Tabla 12
Puntuaciones pretest y posttest en la State-Trait Anger Scale (STAS)

Dimensión Evaluada de la Ira	Pretest (Fase A)	Posttest (Fase A1)	Cambio Absoluto	Variación (%)
Ira Estado (Reacción Aguda / Situacional)	38 puntos	22 puntos	-16 pts	↓ 42.1%
Ira Rasgo (Disposición Crónica)	35 puntos	26 puntos	-9 pts	↓ 25.7%
Puntuación Total de la Escala STAS	73 puntos	48 puntos	-25 pts	↓ 34.2%

Nota. Evaluación de la reactividad emocional aguda y disposicional antes y después del programa TREC (Cucho, 2026).

La mayor magnitud en la reducción de la Ira Estado (-42.1%) respecto a la Ira Rasgo (-25.7%) demuestra la efectividad directa de las herramientas de regulación somática (respiración diafragmática) y de la técnica del "Tiempo Fuera" estructurado, las cuales permitieron frenar los picos de reactividad fisiológica e impulsividad motora antes de que derivaran en conductas violentas (Spielberger et al., 1983; Ruiz et al., 2012).

Tabla 13***Evolución de la intensidad subjetiva de la ira ante situaciones de conflicto***

Fase de Evaluación	Disparador Situacional (A)	Respuesta de Ira (C)	Estrategia TREC Aplicada	Nivel Subjetivo de Ira
Línea de Base (Fase A)	Discusión de pareja sobre gastos del hogar en presencia de alcohol.	Explosión verbal, gritos y agresión física.	Ninguna (Afrontamiento impulsivo / descontrol).	9 / 10 (Extrema)
Intervención (Fase B)	Discusión verbal violenta entre su familiar y su hija de 15 años.	Intervención pacífica verbal y contención.	Respiración diafragmática + "Tiempo Fuera".	3 / 10 (Leve)
Seguimiento (Fase A1)	Coordinación de visitas con su ex-pareja sin acuerdos inmediatos.	Diálogo calmado, retiro sin insultos.	Lectura de Tarjeta de Afrontamiento E.	2 / 10 (Mínima)

Nota. Registro de la desescalada subjetiva de la ira a lo largo del proceso psicoterapéutico (Cucho, 2026).

3.3. Evaluación del Consumo de Bebidas Alcohólicas (AUDIT)

En relación con la ingesta etílica medida a través del Cuestionario AUDIT de la OMS, la puntuación general del paciente se redujo de 22 puntos en la evaluación pretest (categoría de consumo nocivo severo con probable dependencia) a 3 puntos en la reevaluación posttest (categoría de consumo de bajo riesgo). Este

cambio representó un decremento del 86.4% y se corroboró con el mantenimiento de dos meses continuos de abstinencia ética verificada.

Tabla 14
Puntuaciones pretest y posttest en el cuestionario AUDIT

Dimensión del Cuestionario AUDIT	Pretest (Fase A)	Posttest (Fase A1)	Cambio Absoluto	Variación (%)
Frecuencia y Cantidad de Consumo	8 puntos	1 punto	-7 pts	↓ 87.5%
Síntomas y Signos de Dependencia	9 puntos	1 punto	-8 pts	↓ 88.9%
Consecuencias y Daños Derivados	5 puntos	1 punto	-4 pts	↓ 80.0%
Puntuación Total Cuestionario AUDIT	22 pts (Nocivo)	3 pts (Bajo Riesgo)	-19 pts	↓ 86.4%

Nota. Clasificación del consumo ético según puntos de corte oficiales de la OMS (Cucho, 2026).

El descenso pronunciado en la subescala de Síntomas de Dependencia (-88.9%) evidencia que el usuario logró desvincular el uso del alcohol como una estrategia evitativa para adormecer las memorias traumáticas de su infancia (Babor et al., 2001; Brewin et al., 1996). La abstinencia ética continuada actuó como el principal factor protector somático para prevenir recaídas agresivas.

3.4. Análisis Cualitativo y Triangulación de Criterios Observables

La triangulación de la información proveniente de los instrumentos psicométricos, la observación clínica sistemática y los registros *verbatim* del paciente confirmó cambios profundos en su funcionamiento personal y familiar.

Tabla 15

Resultados de los criterios conductuales y cualitativos evaluados

Criterio de Evaluación	Evaluación Basal (Fase A)	Reevaluación Final (Fase A₁)	Evidencia Verbatim y Observacional	Logro (%)
Patrón de Consumo de Alcohol	Consumo nocivo severo (AUDIT = 22); embriaguez recurrente.	Abstinencia ética continuada por 2 meses (AUDIT = 3).	"Ya no tomo en las fiestas, prefiero tomar gaseosa o refresco."	Logrado (86%)
Control de Impulsos e Ira	Ira explosiva (STAS = 38); agresión física a su esposa.	Mediación verbal pacífica en conflicto familiar real (STAS = 22).	"Me acerqué con calma y le dije a mi familiar 'conversando nos entendemos'."	Logrado (78%)
Asunción de Responsabilidad	Minimización y culpa al alcohol ("el trago me ciega").	Insight interno pleno ("yo fallé, el alcohol no me obligó").	"Reconozco que he sido malo antes, la he tratado mal a mi esposa por gusto."	Logrado (100%)
Vinculación Filial y Afectiva	Distanciamiento, culpa y riesgo de alejamiento	Visitas pacíficas regulares y diálogo fluido	"Mi meta es seguir trabajando, no tomar y dar un	Logrado (100%)

Criterio de Evaluación	Evaluación Basal (Fase A)	Reevaluación Final (Fase A ₁)	Evidencia Verbatim y Observacional	Logro (%)
	de sus hijos.	con sus tres hijos.	<i>buen ejemplo a mis hijos."</i>	
Ideación Suicida Evasiva	Pasiva ("quisiera irme lejos o desaparece r").	Remisión completa; formulación de planes de vida.	Examen mental normal; orientación a proyectos laborales futuros.	Logrado (100%)

Nota. Síntesis integrada de indicadores cuantitativos y cualitativos de la investigación (Cucho, 2026).

Destaca cualitativamente la intervención ecológica de la sesión doce, en la cual el paciente contuvo su impulso agresivo e intervino pacíficamente en una discusión entre su familiar y su hija de 15 años. Asimismo, se verificó la eliminación total de los pensamientos de huida e ideación suicida pasiva, consolidando una actitud reflexiva y responsable respecto a su rol de padre.

IV. DISCUSIÓN

4.1 Análisis e Interpretación de los Hallazgos Principales

Los resultados del presente estudio de caso único de carácter aplicado proporcionan evidencia clínica y empírica sustancial sobre la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en la reestructuración de esquemas cognitivos disfuncionales, la regulación de la ira reactiva y el cese del consumo nocivo de alcohol en un varón adulto judicializado en la región Puno. La evolución favorable del paciente se evidencia de manera contundente al comparar la línea de base (Fase A) con la reevaluación posttest y seguimiento (Fase A₁). Los datos cuantitativos muestran un descenso del 31.0% en la irracionalidad global (Escala ERE), una atenuación del 42.1% en la Ira Estado (Escala STAS) y una reducción del 86.4% en los indicadores de riesgo por ingesta etílica (Cuestionario AUDIT).

El análisis detallado de la Escala de Racionalidad de Ellis (ERE) revela que las reducciones más pronunciadas ocurrieron en las subescalas de Baja Tolerancia a la Frustración (-33.3%) y Demandas Absolutistas (-32.7%). Este fenómeno confirma el postulado central del modelo *ABCDE* de Albert Ellis: la perturbación emocional (*C*) no es provocada mecánicamente por el acontecimiento activador (*A*) —en este caso, las discusiones de pareja o las discrepancias domésticas—, sino por la exigencia dogmática e inflexible (*B*) que el sujeto impone sobre la realidad. Al someter a debate socrático (*D*) premisas como "*mi esposa DEBE obedecerme siempre*" o "*es imposible contenerse al estar ebrio*", el participante logró instalar una nueva filosofía racional de preferencia (*E*). Esta flexibilización cognitiva le permitió reemplazar la agresión física y verbal por respuestas adaptativas de comunicación asertiva y autorregulación somática.

Asimismo, la atenuación de la reactividad emocional medida con la *State-Trait Anger Scale* (STAS) demuestra una diferencia importante entre las dimensiones del enojo. Mientras que la Ira Estado (reacción emocional aguda) disminuyó en un 42.1%, la Ira Rasgo (disposición temperamental crónica) se redujo en un 25.7%. Esta discrepancia resulta esperable en un programa psicoterapéutico de 10 sesiones de intervención directa. Las técnicas de desactivación somática (respiración diafragmática), el uso del "Tiempo Fuera" estructurado y la lectura de tarjetas de afrontamiento ejercieron un impacto inmediato en el control de los picos agudos de activación fisiológica, mientras que la disposición temperamental crónica requiere de una práctica continuada a largo plazo para consolidar su modificación estructural.

Por otro lado, la remisión del consumo nocivo de alcohol, reflejada en el paso de 22 puntos (zona de dependencia probable) a 3 puntos (zona de bajo riesgo) en el cuestionario AUDIT, representó el pilar somático sobre el cual se sostuvo la estabilidad del paciente. El logro de dos meses continuos de abstinencia ética verificada dismanteló el principal catalizador de la conducta agresiva en el hogar. El paciente comprendió que el alcohol no poseía un poder mecanicista sobre sus manos, sino que funcionaba como un intento fallido de autorregulación emocional que, al generar miopía atencional y desinhibición prefrontal, facilitaba la descarga impulsiva de la ira acumulada desde su infancia.

4.2. Contrastación con la Literatura Científica e Investigaciones Previas

Al contrastar los hallazgos con la evidencia internacional disponible, los resultados respaldan los metaanálisis clásicos y contemporáneos sobre la efectividad de los enfoques cognitivo-conductuales. En particular, concuerdan con el estudio de David et al. (2018), quienes confirmaron la elevada eficacia de la TREC ($d = 1.39$) para reestructurar esquemas disfuncionales en trastornos de ansiedad, TEPT y problemas severos de regulación de la ira. La sustitución de demandas absolutistas por preferencias flexibles demostró ser la variable mediadora central en el cambio conductual del usuario, alineándose con las formulaciones teóricas de Lega et al. (2016).

En el ámbito latinoamericano, la atenuación de la agresividad y el control de impulsos coinciden con lo reportado por Trejos Parra et al. (2020) y Michilena Játiva (2025), quienes demostraron que las intervenciones basadas en reestructuración cognitiva e inoculación al estrés generan modificaciones significativas en la expresión de la ira en usuarios adultos en contextos de vulnerabilidad psicosocial. El presente estudio ratifica que la adquisición de habilidades de comunicación asertiva mediante mensajes en primera persona (Mensajes "Yo") permite canalizar la disconformidad de forma pacífica, evitando la acumulación de resentimiento que desencadena las explosiones violentas.

A nivel nacional, los hallazgos dialogan directamente con las investigaciones de García y Torres (2022) y Huamán et al. (2023), quienes evaluaron programas reeducativos para agresores intrafamiliares judicializados bajo la Ley N.º 30364. Dichos autores señalaron que los programas tradicionales enfocados únicamente en el control de impulsos superficial presentan altas tasas de reincidencia debido a que invisibilizan la psicopatología traumática subyacente que padece un alto porcentaje de los perpetradores de violencia. En este punto radica la principal aportación y singularidad del presente caso clínico: demuestra que la violencia en el participante no era un rasgo antisocial aislado, sino una respuesta de hipervigilancia y reactivación sintomática del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT, F43.1) derivado de un trauma infantil crónico.

La articulación entre el procesamiento del trauma mediante la Imaginación Racional Emotiva (IRE) en la sesión 10 y la reestructuración de las demandas absolutistas en

la sesión 8 permitió abordar la raíz misma de la desregulación emocional. El paciente fue expuesto entre los 3 y 15 años a violencia paterna extrema e indefensión aprendida, asumiendo una falsa creencia de que la agresión física era el único mecanismo efectivo para contener la amenaza y ejercer control. Al reprocesar la vivencia infantil y resignificar el castigo recibido en el año 2021, la TREC facilitó que el usuario se desvinculara afectivamente del modelo violentador del padre, reconociendo que como adulto conservaba la capacidad de elegir una historia diferente para sus tres hijos (Brewin et al., 1996; Cicchetti & Toth, 2005).

Asimismo, la drástica reducción en la subescala de Síntomas de Dependencia del AUDIT (-88.9%) respalda los modelos teóricos de Ehlers y Clark (2000) sobre el TEPT y el modelo de miopía atencional del alcohol propuesto por Steele y Josephs (1990) y Giancola (2000). El consumo étlico operaba en el usuario como una conducta de afrontamiento evitativo para adormecer de manera temporal las memorias traumáticas de la infancia; sin embargo, al estrechar su foco atencional e inhibir la función ejecutiva de la corteza prefrontal, el alcohol eliminaba las barreras de autocontrol frente a las discusiones de pareja. La reestructuración cognitiva de la creencia de inevitabilidad dismanteló este círculo vicioso, demostrando que la abstinencia ética es un requisito somático indispensable para garantizar la efectividad de la reestructuración de la ira en agresores con TEPT comórbido.

4.3. Implicancias Clínicas, Institucionales y Sociales

Las implicancias de este estudio para la práctica clínica y la salud mental pública en el Perú son de alta relevancia. En primer lugar, se demuestra la viabilidad de implementar un protocolo breve (15 sesiones), altamente estructurado y científicamente respaldado dentro de la red de atención primaria y en los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) del Ministerio de Salud (MINSA). La TREC ofrece una metodología didáctica que facilita la comprensión y adherencia terapéutica incluso en usuarios con grado de instrucción secundaria y procedencia rural, mediante el uso de metáforas sencillas (como la "Metáfora del autobús") y tarjetas de afrontamiento portátiles.

Desde una perspectiva institucional, la investigación se alinea con los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental 2024–2026 y con el marco de la Ley N.º 30364 para la prevención y sanción de la violencia contra la mujer e integrantes del grupo

familiar. Ofrece un modelo de formulación clínica multiaxial que permite a los equipos multidisciplinarios de psicología forense y comunitaria diferenciar entre agresores con rasgos antisociales primarios y aquellos cuya conducta violenta es reactiva a cuadros traumáticos no resueltos, optimizando así la asignación de recursos psicoterapéuticos diferenciados.

A nivel social, la intervención genera un impacto protector directo sobre el núcleo familiar vulnerable en comunidades andinas. La interrupción de la cadena de violencia intrafamiliar y el restablecimiento de una vinculación filial asertiva con sus tres menores hijos (de 15, 10 y 3 años) contribuyen a detener la transmisión intergeneracional del trauma. Al brindar al agresor herramientas reales de autorregulación emocional y favorecer la abstinencia alcohólica, se reduce la probabilidad de reincidencia legal y se promueve la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 (ODS 5) sobre la eliminación de todas las formas de violencia de género e intrafamiliar.

4.4. Fortalezas, Limitaciones y Propuestas para Investigaciones Futuras

Dentro de las principales fortalezas del presente estudio destaca el rigor metodológico aplicado en el diseño experimental de caso único $A - B - A_1$, el cual permitió realizar mediciones repetidas y comparar objetivamente la evolución del paciente antes, durante y después del tratamiento. Asimismo, la utilización de instrumentos psicométricos estandarizados y validados en el Perú (ERE, STAS, AUDIT) otorgó solidez cuantitativa a los hallazgos, complementándose con la triangulación cualitativa de transcripciones *verbatim* y la verificación de un hito de afrontamiento ecológico real registrado en la sesión 12. La adherencia perfecta al programa (15 de 15 sesiones completadas) y el mantenimiento de la abstinencia por dos meses confirman la viabilidad del enfoque.

No obstante, se deben reconocer diversas limitaciones metodológicas inherentes al tipo de estudio. La principal limitación radica en el uso de un diseño de caso único ($N = 1$), lo cual impide la generalización directa de los resultados a la totalidad de varones judicializados por violencia intrafamiliar en la región andina (Ato & Vallejo, 2015; Yin, 2018). En segundo lugar, la medición del consumo de alcohol y del clima de interacción familiar dependió parcialmente de instrumentos de autoinforme y del relato del participante, lo que podría haber introducido sesgos de deseabilidad social

motivados por su situación legal en curso. Aunque este sesgo se mitigó mediante la constatación indirecta del informe de la Demuna y los reportes judiciales, representa una variable a controlar en futuros abordajes.

En función de estas limitaciones, se proponen las siguientes líneas para investigaciones futuras:

1. **Estudios con Diseños de Mayor Alcance:** Desarrollar investigaciones cuantitativas de series de casos clínicos o ensayos clínicos controlados aleatorizados que comparen la TREC con los programas reeducativos tradicionales en muestras amplias de agresores intrafamiliares judicializados en el Perú.
2. **Estudios Longitudinales de Seguimiento:** Incorporar fases de seguimiento a mediano y largo plazo (6, 12 y 24 meses) para evaluar la tasa real de no reincidencia legal, la sostenibilidad de la abstinencia ética y la estabilidad de las nuevas creencias racionales en el entorno comunitario rural.
3. **Medición Multinformante:** Incluir protocolos de evaluación multi-informante que recopilen de forma sistemática y segura la percepción de la víctima o de los familiares directos sobre los cambios conductuales del usuario, garantizando la validez cruzada de los indicadores de mejora.
4. **Análisis de Variables Moderadoras:** Indagar el papel moderador del nivel de instrucción, la pertenencia étnico-cultural y el grado de trauma infantil en la respuesta a la Terapia Racional Emotiva Conductual en servicios de salud mental pública.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) demostró ser un modelo terapéutico breve, estructurado y de alta eficacia clínica para el abordaje integral de cuadros psicopatológicos complejos en contextos comunitarios rurales. En el caso del usuario evaluado, la intervención logró cumplir con el objetivo general de la investigación al reducir significativamente la sintomatología del Trastorno por Estrés

Postraumático (TEPT, CIE-10 F43.1), contener la impulsividad agresiva e ira reactiva, y erradicar el consumo nocivo de alcohol, validando la hipótesis de que la modificación del sistema de creencias disfuncionales impacta directamente en la autorregulación emocional y conductual de agresores intrafamiliares con antecedentes de trauma infantil.

En el ámbito cognitivo, el tratamiento permitió la identificación, debate y reestructuración socrática de las creencias irracionales absolutistas y las demandas rígidas de control sobre la dinámica conyugal ("*mi pareja DEBE obedecerme siempre*"), así como el dismantelamiento de la creencia de inevitabilidad del descontrol agresivo bajo los efectos étlicos ("*si tomo, es imposible no pelear*"). Esto se evidenció en una disminución clínicamente significativa del 31.0% en la puntuación global de la Escala de Racionalidad de Ellis (ERE, pasando de 142 a 98 puntos). Esta flexibilización cognitiva facilitó la instalación de una filosofía racional de preferencia (*E*), donde el paciente aprendió a aceptar la discrepancia interpersonal sin interpretarla como una amenaza o falta de respeto insoportable.

En el plano emocional y somático, la intervención atenuó de manera sustancial la reactividad fisiológica e impulsiva ante situaciones de conflicto intrafamiliar. Se registró un decremento del 42.1% en la escala de Ira Estado (de 38 a 22 puntos) y del 25.7% en la Ira Rasgo (de 35 a 26 puntos) de la *State-Trait Anger Scale* (STAS) de Spielberger. La mayor magnitud en la reducción de la ira aguda confirma la efectividad inmediata de las técnicas de desactivación fisiológica (respiración diafragmática), el uso de la tarjeta de afrontamiento portátil y la aplicación sistemática del "Tiempo Fuera" estructurado para prevenir la agresión motora.

Respecto a la comorbilidad por consumo de sustancias, se alcanzó y sostuvo la abstinencia etílica continuada durante la Fase B de intervención y la Fase A_1 de seguimiento, logrando un descenso del 86.4% en el Cuestionario AUDIT de la OMS (pasando de 22 puntos, correspondiente a consumo nocivo severo con probable dependencia, a 3 puntos, indicador de bajo riesgo). El cese del consumo de alcohol dismanteló el principal catalizador somático de la violencia física y la miopía atencional, demostrando que el uso de bebidas alcohólicas funcionaba como una conducta de afrontamiento evitativo para adormecer el malestar emocional subyacente del trauma infantil.

En la dimensión clínica del trauma, el procesamiento cognitivo-emocional del trauma infantil crónico (exposición a violencia paterna extrema entre los 3 y 15 años) mediante la Imaginación Racional Emotiva (IRE) permitió resignificar la culpa y la indefensión aprendida del paciente. Esta reestructuración facilitó la desvinculación afectiva del modelo violentador del padre, permitiendo al paciente asumir un *locus* de control interno donde reconoció que como adulto conservaba la capacidad y la responsabilidad de elegir un patrón de crianza pacífico para sus tres hijos.

Finalmente, la intervención TREC impulsó la remisión completa de la ideación suicida pasiva evasiva ("*quisiera desaparecer o irme lejos*") y promovió un *insight* interno pleno sobre su responsabilidad legal y moral. Esto permitió el reestablecimiento progresivo y seguro de la vinculación filial y la comunicación asertiva con sus tres menores hijos (de 15, 10 y 3 años) en un marco de mediación pacífica, sentando las bases para la interrupción de la transmisión transgeneracional de la violencia en su entorno familiar.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Para los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) y la Red de Atención Primaria

- 1. Implementación de Protocolos de Evaluación Especializada:** Se recomienda a los equipos multidisciplinarios de los CSMC y establecimientos de salud pública incorporar protocolos de evaluación clínica especializada orientados a detectar sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y antecedentes de trauma infantil en varones derivados por el sistema de justicia por delitos de violencia familiar, superando la tendencia a tratarlos bajo esquemas genéricos de control de impulsos.
- 2. Abordaje Integral de Comorbilidades:** Fomentar el diseño de programas de intervención individualizada que aborden de forma simultánea el consumo nocivo de sustancias y la desregulación emocional de la ira, reconociendo que el abuso de alcohol opera frecuentemente como una estrategia evitativa frente al malestar traumático subyacente.

3. **Capacitación Continua en Modelos de Evidencia:** Capacitar al personal de psicología clínica en la formulación y aplicación del modelo *ABCDE* de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), promoviendo el uso de recursos didácticos adaptados a poblaciones comunitarias y rurales (metáforas sencillas, tarjetas de afrontamiento plastificadas y registros visuales).

5.2.2. Para el Sistema de Justicia, el MIMP y los Programas de Reeducción para Agresores

1. **Articulación Interinstitucional Eficiente:** Fortalecer los mecanismos de coordinación entre los Juzgados de Familia, las Fiscalías y los centros de salud mental públicos, garantizando que las medidas de protección judiciales dictadas bajo la Ley N.º 30364 se acompañen de procesos psicoterapéuticos individuales formalmente supervisados con sustento empírico.
2. **Reestructuración de Programas Reeducativos Colectivos:** Modificar la currícula de los programas reeducativos grupales para agresores, incorporando módulos de reestructuración cognitiva de demandas absolutistas de control de género y procesamiento del trauma del desarrollo, con el fin de reducir las tasas de reincidencia legal en la región Puno y a nivel nacional.
3. **Monitoreo de la Abstinencia Étlica como Medida de Protección:** Incluir el seguimiento de la abstinencia alcohólica mediante tamizajes periódicos como una condición clave dentro de las medidas de protección, reconociendo al consumo étlico como el principal factor de riesgo para la escalada de agresión física en el hogar.

5.2.3. Para la Práctica Clínica Psicoterapéutica

1. **Uso Combinado de Técnicas Cognitivas, Emotivas y Conductuales:** Se sugiere a los psicoterapeutas clínicos abordar los episodios de violencia intrafamiliar mediante la combinación secuencial de la disputación socrática de exigencias absolutistas (*D*), la desactivación somática mediante respiración diafragmática,

el uso del "Tiempo Fuera" estructurado y el procesamiento imaginativo del trauma (IRE).

2. **Entrenamiento en Comunicación Asertiva en Primera Persona:** Promover el ensayo conductual (*role-playing*) de mensajes en primera persona (Mensajes "Yo") para dotar a los usuarios de habilidades para expresar disconformidades y negociar desacuerdos sin acudir a la descalificación, el grito o la agresión física.
3. **Consolidación de la Filosofía Racional de Vida:** Orientar el alta psicoterapéutica no solo hacia la remisión sintomática de la ira, sino hacia la asunción de una filosofía racional de autoaceptación incondicional y aceptación de los demás, facilitando la reparación de vínculos filiales y la formulación de proyectos de vida saludables.

5.2.4. Para Futuras Investigaciones Científicas

1. **Desarrollo de Diseños Experimentales con Muestras Amplias:** Se recomienda a las escuelas de posgrado e investigadores desarrollar estudios cuantitativos de series de casos o ensayos clínicos controlados aleatorizados que comparen la eficacia de la TREC frente a otros enfoques terapéuticos en muestras representativas de varones judicializados por violencia intrafamiliar en la región andina.
2. **Estudios Longitudinales de Seguimiento:** Diseñar investigaciones con fases de seguimiento a mediano y largo plazo (6, 12 y 24 meses) para medir la sostenibilidad de la abstinencia etílica, la permanencia de los cambios cognitivos instalados y las tasas reales de no reincidencia legal en la comunidad.
3. **Inclusión de Evaluaciones Multi-informante:** Incorporar en futuros protocolos clínico-experimentales la recolección de datos provenientes de múltiples informantes (reportes de familiares, evaluaciones de la Demuna o fichas de seguimiento fiscal) para controlar sesgos de deseabilidad social en los autoinformes de agresión y consumo de alcohol.

VI. REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Ato, M., & Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Pirámide.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol: Pautas para su uso en atención primaria* (2.ª ed.). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Beck, J. S. (2011). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (2.ª ed.). Gedisa.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (1996). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17(1), 1–19. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050013>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2024). *Código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú*. CPSP. https://www.cpsp.pe/documentos/codigo_de_etica.pdf
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) is still relevant 60 years after its inception. *Frontiers in Psychology*, 9, Artículo 1921. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01921>
- Defensoría del Pueblo. (2022). *Reporte sobre feminicidios y violencia contra las mujeres en la región Puno*. Serie Informes Defensoriales. <https://www.defensoria.gob.pe>
- Dodge, K. A. (2006). Translational science in action: Hostile attributional style and the development of aggressive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 18(3), 791–814. <https://doi.org/10.1017/s0954579406060398>

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 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 in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed.). (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.^a ed.). Pirámide.
- García, D., & Torres, M. (2022). Eficacia de programas reeducativos en agresores intrafamiliares judicializados bajo la Ley 30364 en el Perú. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 11(1), 45–58. <https://doi.org/10.24265/rppts.2022.v11n1.04>
- García-Montoya, A., Pérez-Ruiz, J., & Sánchez-López, K. (2021). Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar y desregulación emocional en adultos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(2), 115–128. <https://doi.org/10.5944/rppc.28104>
- Giancola, P. R. (2000). Executive functioning for the relation between alcohol and aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4), 578–586. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.578>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Huamán, R., Mamani, P., & Quispe, L. (2023). Trauma infantil no resuelto y abuso de alcohol en agresores intrafamiliares de la región Puno. *Revista de Investigación en Salud Mental Andina*, 8(2), 89–102. <https://doi.org/10.36881/risma.2023.v8i2.112>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2021*. INEI. <https://www.inei.gob.pe>
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2016). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva conductual* (3.^a ed.). Siglo XXI de España Editores.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., & Fleiz, C. (2005). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental*, 28(4), 1–13.
- Michilena Játiva, P. (2025). Reestructuración cognitiva y control de la ira en adultos con antecedentes de impulsividad. *Revista Latinoamericana de Psicología Clínica*, 19(1), 67–81. <https://doi.org/10.18774/rlpc.2025.v19n1.06>

- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2025). *Reporte estadístico del Programa Nacional Aurora sobre atención de casos de violencia familiar*. MIMP. <https://www.gob.pe/mimp>
- Ministerio del Interior. (2024). *Reporte del Sistema de Registro de Denuncias Policiales (SIDPOL) sobre violencia familiar en el Perú*. MININTER. <https://www.gob.pe/mininter>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) (10.^a rev.)*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Directiva N.º 001-2024-MINSA: Plan Nacional de Salud Mental 2024–2026*. Ministerio de Salud del Perú.
- Rojas, K., Paredes, S., & Vargas, E. (2023). Estrés postraumático comórbido al consumo nocivo de alcohol en varones con antecedentes de maltrato infantil. *Anales de Salud Mental*, 39(2), 134–149. <https://doi.org/10.37065/anales.2023.v39n2.08>
- Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 2, pp. 159–187). Lawrence Erlbaum Associates.
- Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45(8), 921–933. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.8.921>
- Trejos Parra, J., Ramírez, M., & Henao, G. (2020). Efectos de la Terapia Racional Emotiva Conductual sobre la regulación emocional y la impulsividad en adultos. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 210–224. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.10>
- Universidad Privada Norbert Wiener. (2025). *Reglamento de grados y títulos de la Universidad Privada Norbert Wiener* (Resolución N.º 066-2025-R-UPNW). Vicerrectorado Académico.[cite: 1]
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.

5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 5% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-08-14	<1%
2	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
3	Trabajos entregados	Pontificia Universidad Catolica del Peru on 2023-12-11	<1%
4	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
5	Internet	www.slideshare.net	<1%
6	Internet	hdl.handle.net	<1%
7	Internet	Jara Ortega, Carmen Reynalda. 2019	<1%
8	Internet	www.clinicaltrialsregister.eu	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-08-14	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-10	<1%
11	Publicación	Neus Ramos Agost, Anna Jordana Casas, Miquel Torregrossa Álvarez. ""Si quieres ...	<1%