



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Nombre del trabajo

Trastorno de estrés postraumático en víctimas de abuso sexual infantil: Una Propuesta de Tratamiento.

Tipo de investigación

Teórico

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Nombre del alumno

Hugo Alberto Valdez Sánchez

Número de cuenta

413134741

Director: DRA. SANDRA CERESO REZÉNDIZ

Dictaminador: Lic. Gustavo Montalvo Martínez





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

Introducción: .....	3
Definición del problema. ....	3
Justificación. ....	3
Marco teórico: .....	4
Objetivo general:.....	4
Objetivos específicos:.....	4
Capítulo 1: Abuso Sexual en la infancia y Adolescencia. ....	5
1.1 Conceptos de abuso sexual infantil en niños y adolescentes. ....	5
1.2. Estadísticas nacionales e internacionales de abuso sexual infantil. ....	8
1.3. Principales síntomas de abuso sexual infantil en niños y adolescentes. ....	11
1.4 Consecuencias de abuso sexual: .....	11
Capítulo 2: Estrés postraumático: Síntomas y consecuencias. ....	13
2.1 Concepto de estrés postraumático. ....	13
2.2. Causas que generan el estrés postraumático. ....	18
2.3. Consecuencias de estrés postraumático:.....	19
2.4 Bases neurofisiológicas del estrés postraumático. ....	20
Capítulo 3: Técnicas, tratamientos y terapias para ayudar a víctimas de abuso sexual con trastorno de estrés postraumático.....	23
3.1 Terapias cognitivo-conductuales .....	23
3.2 Terapias grupales. ....	25
3.3 Trepas farmacológicas. ....	25
3.4 Hipnosis.....	27
Propuesta de intervención .....	30
Justificación:.....	30
Objetivo general:.....	30
Objetivos: .....	30
Método: .....	30
Muestra:.....	30
Participantes: .....	31
Procedimiento:.....	31
Conclusiones:.....	41
Anexos .....	41
Referencias .....	61

## **Introducción:**

El abuso sexual infantil es un problema grave que los niños y adolescentes pueden sufrir y marcar su vida a largo plazo, ya que a diferencia de un maltrato físico, este puede llegar a causar heridas más profundas que un simple golpe. Uno de estos problemas asociados con el abuso sexual es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ya que por lo general este trastorno es derivado cuando una persona observa, tiene conocimiento o experimenta directamente un suceso traumático.

Debido a que este trastorno genera alteraciones en la salud mental de la víctima es importante explorar alternativas que puedan ayudar a regular dicho problema y la persona que padezca TEPT pueda superarlo o regularlo para seguir con su vida normal.

## **Definición del problema.**

El abuso sexual infantil está definido como el hecho de abusar de un niño o adolescente para la estimulación sexual de su agresor ya sea adulto conocido o desconocido, pariente (Berlinerblau, 2016). Se caracteriza por toda actividad sexual sin consentimiento o conocimiento de la víctima.

Igualmente si existe un contacto sexual entre un adolescente y un niño es considerado abuso sexual debido a la diferencias de edades.

## **Justificación.**

El abuso sexual es una práctica que puede afectar a cualquier tipo de población, ya sean niños, jóvenes y adultos de ambos géneros, causando un daño no tan solo a su integridad física, sino psicológica y emocionalmente. El cuerpo humano está capacitado para adaptarse a situaciones peligrosas, estrés, ansiedad, enfermedades físicas o catástrofes naturales, pero siempre encuentra un punto de equilibrio (Petrzelová, 2013) no obstante un abuso sexual va dejando heridas difíciles de cicatrizar y la víctima puede vivir con eso bastante tiempo sin pedir ayuda, únicamente guardando silencio. Además las consecuencias a largo plazo, dependiendo de la edad de la víctima, pueden desencadenar diversos problemas en su salud o incluso la muerte.

Es por eso que el abuso sexual no solo representa un problema social grave, sino también un problema que afecta en la salud mental, reportándose una diversidad de síntomas como: depresión, bajo desempeño académico, agresividad, aislamiento y trastorno de estrés postraumático (Guerra, Farkas, y Plaza, 2017).

### **Marco teórico:**

La Organización Mundial de la Salud (2011) define la violencia sexual “como todo acto sexual, la tentativa de consumarlo, los comentarios, insinuaciones no deseadas o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de la persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el trabajo”. De las poblaciones más afectadas por dicha problemática es en la población infantil, ya que un estudio hecho por Bermúdez, Gutiérrez y Salcedo (2009) en Colombia demostró que de los 661 casos de casos sexuales denunciados y estudiados entre los años 2001 a 2006 entre jóvenes de 10 a 19 años de edad presento una frecuencia del 83% fueron mujeres las que fueron abusadas sexualmente entre ellas el 78% bajo calidad de estudiantes. Además el 50% de los jóvenes participantes de la investigación eran menores de 15 años y en el 87% de los casos las víctimas conocían al agresor.

### **Objetivo general:**

- Analizar las consecuencias del trastorno de estrés postraumático en adolescentes sobrevivientes de abuso sexual y desarrollar un taller para la disminución de síntomas derivados del trastorno de estrés postraumático.

### **Objetivos específicos:**

- Describir que es el estrés postraumático y como afecta a los niños y adolescentes víctimas de abuso sexual.

- Revisar diversas técnicas y tratamientos que ayuden afrontar el TEPT en niños y adolescentes sobrevivientes de abuso sexual.

-Realizar una propuesta de con técnicas de regulación y terapia de grupo para el afrontamiento del abuso sexual.

## **Capítulo 1: Abuso Sexual en la infancia y Adolescencia.**

### **1.1 Conceptos de abuso sexual infantil en niños y adolescentes.**

El abuso sexual infantil y adolescente se considera como una de las formas más graves de maltrato hacia personas que oscilan por debajo de los 18 años de edad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 1989). Según Guerra & Farkas (2015) el abuso sexual se presenta de diferentes maneras donde se incluyen varias formas de actividad sexual con menores de edad, mismas que van desde un acto sexual sin contacto físico, como el uso de materiales pornográficos o incluso el contacto corporal incluyendo la penetración.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2011) define la violencia sexual “como todo acto sexual, la tentativa de consumarlo, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseadas o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación de esta con la víctima y en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el trabajo”. Existen estudios que muestran que la violencia sexual puede permanecer durante todo el ciclo vital, esto es, desde la infancia hasta la vejez, manifestándose en víctimas como en agresores. Además, aunque tiene consecuencias en ambos sexos, las víctimas por lo regular son niñas y mujeres tanto adolescentes como adultas ya que presentan mayor prevalencia de ser parte de una violación y agresión por hombres adultos.

Un abuso sexual no siempre se lleva a cabo mediante un acto forzado y violento, en algunas ocasiones el agresor se apoya en la manipulación y el engaño a fin de ganarse la confianza de la niña/adolescente para poder cometer los abusos. Sin importar el nivel de violencia que se utilice durante un abuso, el contacto sexual con personas que sean menores de edad conforma un abuso, esto es, porque en la diferencia de edad y poder entre víctima y abusador los menores de edad no tienen elección para consentir la relación (Guerra & Farkas, 2015).

El abuso sexual infantil se considera como uno de los más graves y difíciles de sobrellevar, tanto para la víctima como para la familia. Se presenta con mayor regularidad en familias disfuncionales donde se manifiestan otros indicadores de violencia intrafamiliar, como lo es: el maltrato físico contra la pareja o los hijos, separación o divorcio, familias monoparentales o abandono simbólico de niños, es decir, cuando los padres no cumplen con los deberes hacia sus hijos y su presencia termina siendo una ausencia para el menor. Existe una clasificación retomada de estudios de la Universidad de Murcia, en España, donde se exponen los diferentes tipos de maltrato contra los menores, siendo uno de ellos el abuso sexual, estos se ordenan de la siguiente manera (Petrzelová, 2013):

- *Maltrato Físico*: acción que ejerce un adulto provocando daño físico o enfermedad en el menor, ocasionando consecuencias a corto, mediano y largo plazo.
- *Abandono Físico*: se presenta cuando las necesidades físicas básicas del menor, como higiene, seguridad, atención médica, alimentación, etc., no son atendidas de forma adecuada por ningún adulto que convive con él.
- *Maltrato emocional*: existe falta de afecto, apoyo, protección y estimulación hacia el menor, mismos que son necesarios durante su desarrollo. Los padres o cuidadores no le brindan importancia alguna.
- *Síndrome de Münchhausen*: se hace presente cuando los padres someten a sus hijos a visitas continuas médicas e ingresos hospitalarios, argumentando enfermedades ficticias en el menor, llegando al límite de administrar sustancias no prescritas por un médico.
- *Maltrato institucional*: se entiende por cualquier trato que genere abuso o violente los derechos básicos del niño y/o de la infancia, provenientes de cualquier poder público o negligencia de algún acto profesional que manifieste abuso sobre el menor, dañando su seguridad, estado emocional, bienestar físico, etc.

- *Abuso sexual:* cualquier clase de placer sexual que un adulto obtiene de con niño desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico en forma de penetración o tocamientos para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual. Se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (por un tocamiento diagonal se manosea a un niño con o sin ropa; se alienta, fuerza o permite a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de algún menor, masturbación en presencia de un niño o enseñarles imágenes pornográficas).

## 1.2. Estadísticas nacionales e internacionales de abuso sexual infantil.

Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (2011) el abuso sexual infantil durante la niñez ha arrojado datos en la población del mundo en donde aproximadamente el 24% de la población de niñas ha sufrido algún abuso mientras que en los varones solo el 14% ha sufrido también alguna clase de abuso sexual. De forma más específica durante la revisión se encontró que la prevalencia media de abuso sexual infantil informada por mujeres era alrededor del 7% a 8% en estudios realizados en América del Norte, América Central y el Caribe, así como en Indonesia, Sri Lanka y Tailandia la prevalencia estimada llegaba al 28% en parte de Europa oriental, la comunidad de Estados Independientes, la región de Asia, el Pacífico y África del Norte. En general el abuso sexual infantil fue más común en las niñas que en los varones; sin embargo estudios en Asia han demostrado que los varones sufren tanto como las niñas.

Otro estudio realizado por la OMS en el 2009 en una muestra nacional representativa de 1,242 niñas y mujeres de 13 a 14 años de edad en Swazilandia localidad de África, se encontró que 33,2% de las entrevistadas informaron haber sufrido un incidente de violencia sexual antes de los 18 años de edad, en el cual los agresores más comunes el en primer incidente eran hombres o muchachos vecinos, novios o esposos de las entrevistadas y tal agresión fue ocurrida en el hogar de la víctima. Otro estudio demostró que también algunas mujeres sufrían acoso o abusos sexuales en la vida escolar que ocurrían en supuestas escuelas “seguras” en donde algunos de los agresores eran tanto compañeros de escuela como los mismos profesores de la institución. Diversos estudios de diversas partes del mundo con inclusión en África, Asia y América Latina, han documentado que proporciones sustanciales de niñas han sufrido de acoso y abusos sexuales de camino a las instalaciones o dentro de la escuela, incluyendo los baños, aulas y dormitorios; por ejemplo, un estudio realizado en escuelas primarias del distrito de Machinga en Malawi ubicado al sureste de África, alumnas dijeron haber sufrido de diversos acosos y abusos sexuales como comentarios sexuales (7,8%), tocamientos sexuales

(13,5%), violación (2,3%) y relaciones sexuales coaccionadas o no deseadas (1,3%). También en otros datos nacionales de países de América Central reportaron varias incidencias de abuso sexual infantil ocurrido antes de los 15 años de edad en donde la prevalencia era del 4.7% en Guatemala, 6.4% en El Salvador y el 7,8% en Honduras y el cual la mayoría de los casos los perpetradores de las víctimas eran personas conocidas.

Otro ejemplo de abuso sexual durante la vida escolar fue un estudio en los Estados Unidos en las escuelas medias y secundarias de las 1,002 niñas encuestadas afirmaron haber sufrido algún tipo de abuso durante los años del 2010 al 2011.

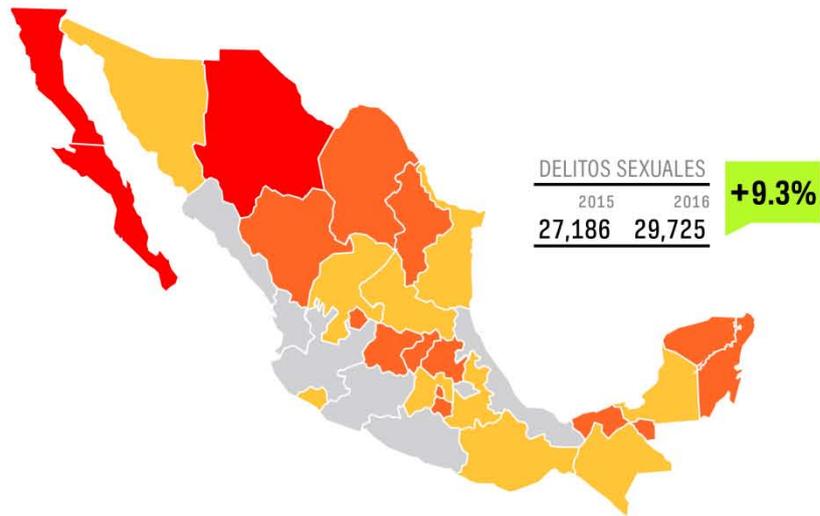
Uno de los primeros estudios realizados en México sobre el abuso sexual de menores, ha sido efectuado por que se propone el Desarrollo Integral Infantil (DIF) en el Distrito Federal. En este estudio participaron diferentes organizaciones como, Unicef-México, diversos DIF municipales e instituciones de diferentes organizaciones de asistencia social. La investigación señaló la situación de abuso sexual infantil en seis ciudades; Acapulco, Cancún, Ciudad Juárez, Guadalajara, Tapachula y Tijuana. Se estimó que había un total de 4600 niños y niñas explotados sexualmente y se consideró a nivel nacional que esa cantidad se elevaba a 16 mil niños abusados sexualmente cada año (Petrzelová, 2013)

Según un reporte la violencia sexual en México es un delito que va en acenso ya que en el 2016 se denunciaron casi 30 mil casos nuevos de posibles delitos sexuales en todo el país, cifra superior en tres mil casos a la registrada en el 2015, cuando solo se reportaron 27 mil denuncias. El caso más grave de incidencias por abuso sexual es el estado de Baja California, donde la tasa de delitos sexuales alcanza más de 60 caso por cada 100 mil habitantes, es decir, casi tres veces el promedio nacional. Hay otras dos entidades que le siguen a niveles similares: Chihuahua con una tasa de 57 denuncias por cada 100 mil habitantes y Baja California Sur con un promedio de 55 a 56 casos (Ángel, 2017).

En la figura 1 se muestra la demografía de violencia sexual en México en el año 2016 a nivel nacional.

## El mapa de la **violencia sexual en México**

Cifras anuales correspondientes a 2016



Estado	Tasa de casos por 100 mil habitantes
Baja California	60.2
Chihuahua	57
BCS	55.4
Morelos	43.3
Durango	37.8
Nuevo León	36.8
Querétaro	32.8
Acuascalientes	32.1
Yucatán	30.4
Tabasco	29.9
Guanajuato	29.9
CDMX	29.7
Quintana Roo	29.1
Hidalgo	28.1
Coahuila	27.1
Oaxaca	24.7
SLP	24.3
Sonora	23.9
Tamaulipas	22.7
Edomex	21.7
Chiapas	20.4
Campeche	19.9
Puebla	19.1
Zacatecas	17
Colima	16.3
Guerrero	13.9
Michoacán	12.6
Nayarit	12.1
Jalisco	11.2
Sinaloa	6.8
Veracruz	6.5
Tlaxcala	4.9

**NACIONAL 24.3**

FUENTE: SESNSP.  
Delitos sexuales: Incluyen casos de violación, abuso sexual y otros.

[www.animalpolitico.com](http://www.animalpolitico.com)



Figura 1: Mapa de la República Mexicana con la tasa de delitos sexuales en el año 2016.

### **1.3. Principales síntomas de abuso sexual infantil en niños y adolescentes.**

Existen diversos síntomas o señales de que un niño o adolescente haya experimentado un abuso sexual, sin embargo, la sintomatología varía de acuerdo a la gravedad del abuso sexual. Se estima que aquellos niños y adolescentes que hayan sido víctimas de un abuso sexual presentan un alto índice de sintomatología vinculadas con la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y ansiedad (Guerra y Farkas, 2015).

El abuso sexual infantil suele estar acompañado de un importante malestar psicológico en la gran mayoría de las víctimas (Pereda, 2010). Las consecuencias pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo de vida y desarrollarse en la edad adulta, llamado como efecto de largo plazo en víctima de abuso sexual, así mismo puede que el niño no desarrolle ningún síntoma aparente durante dicha etapa hasta su adolescencia o adultez. Un estudio realizado por Pereda en el 2010 demostró que tipo de sintomatología era más recurrente a largo plazo o frecuente en las víctimas de abuso sexual infantil. Dicho estudio arrojó que los niños y adolescentes presentan, baja autoestima, aislamiento y ansiedad social, ideación, o conductas suicidas, abuso de sustancias por mencionar algunos.

Al respecto, Rocha (2012) define otros síntomas de un niño o adolescente que ha sufrido un abuso sexual con la aparición de sentimientos como, la vergüenza, confusión, mutilación (autolesiones o cortaduras), odios al cuerpo propio (sentimientos de sentirse sucio), hipervigilancia, insomnio y sentimientos de culpa.

#### **1.4 Consecuencias de abuso sexual:**

- Físicas

Las consecuencias físicas en víctimas de abuso sexual infantil se pueden presentar dolores físicos sin justificación aparente o razón médica, cefaleas, fibromialgias y trastornos gastrointestinales. Igualmente desórdenes alimenticios provocados por bulimia nerviosa, inclusive en las mujeres se presentan dolores pélvicos crónicos (Pereda, 2010)

- Sociales

En dicho estudio se encontró que las víctimas de abuso sexual infantil tienen problemas de adaptación y aislamiento social, además de bajos niveles de participación en actividades comunitarias. También observaron desajustes en relaciones de parejas a causa de conflictos o inestabilidad en la relación, igualmente en niños y adolescentes abusados sexualmente se presenta la idea de huir de casa lo que puede causar que la víctima adquiera conductas delictivas o poder ser arrestado por delitos varios (Pereda, 2010).

- Psicológicas

Algunas de las consecuencias psicológicas por abuso sexual es baja autoestima en la víctima, crisis convulsivas no epilépticas en las que la víctima cambia brevemente el comportamiento, estas no son causadas por cambios eléctricos anormales en el cerebro, sino por la vivencia de acontecimientos estresantes, además de presentarse síntomas y trastornos disociativos la cuales llegan afectar la conciencia, memoria, la identidad y la percepción del entorno.

Estas son algunas de las consecuencias del abuso sexual infantil, pero otros estudios muestran otros síntomas o problemas a causa de esta problemática como la presencia de problemas de tipo sexual, es decir, que la víctima presenta problemas sexuales como la insatisfacción sexual, la realización del acto sexual sin protección provocando un alto índice de contraer el VIH o alguna otra enfermedad de transmisión sexual como el papiloma humano, sífilis o gonorrea. Igualmente, otros problemas sexuales derivados del abuso sexual infantil es la actividad sexual que se inicia a temprana edad con riesgo de conductas sexuales promiscuas así como prostitución y maternidad temprana (Pereda, 2010).

## Capítulo 2: Estrés postraumático: Síntomas y consecuencias.

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un problema que puede aquejar a cualquier persona que ha sufrido algún evento muy estresante, generándole cambios en su comportamiento que pueden afectar su vida cotidiana. Es importante conocer aquellos síntomas que caracterizan a dicho trastorno para tener claro el cuadro clínico y no confundir aquellos síntomas con otros trastornos de la personalidad, por ejemplo, el Episodio Depresivo Mayor (EDM). Además de saber cuáles son aquellas consecuencias que genera el TEPT en víctimas de abuso sexual infantil.

### 2.1 Concepto de estrés postraumático.

El trastorno de estrés postraumático como categoría diagnóstica apareció inicialmente para describir los síntomas experimentados por veteranos de guerra (Rivera, 2009). El estrés postraumático ha sido derivado de muy diversas formas a lo largo de los años, algunos términos diagnósticos utilizados han incluídos los de Neurosis de Guerra, Neurosis Traumática, síndrome Post-Vietnam, o Fatiga de Batalla (Meichenbaum, 1994; Rivera 2009).

Costa y Rebelo (2010) describen el síndrome de estrés postraumático como sujetos que han sido expuestos a acontecimientos extremadamente estresantes, tales como guerras, desastres naturales (inundaciones y terremotos), violaciones tanto en la infancia como en la edad adulta y accidentes automovilísticos.

Según la American Psychiatric Association (2000) el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas que siguen a la experiencia directa en diferentes criterios los cuales son:

- Criterio A1

Observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o varias personas).

- Criterio A2

A los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intenso (se requiere, pues, no sólo cierto tipo de sucesos, sino también cierto tipo de respuestas).

- Criterio B

Los síntomas incluyen la re experimentación persistente del evento traumático (por ejemplo; mediante sueños, recuerdos intrusos).

- Criterio C

La evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción (por ejemplo; reducción del interés actividades significativas, incapacidad para sentir amor).

- Criterio D

Síntomas persistentes de activación aumentada (por ejemplo; problemas para conciliar el sueño o mantener el sueño, ataques de ira).

El diagnóstico de TEPT según el DSM-IV-TR (1994) requiere, además de los criterios A, B, C y D que los síntomas duren más de 1 mes y que la perturbación produzca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral entre otras áreas importantes de funcionamiento. Se distingue entre TEPT crónico o agudo según los síntomas duren menos de 3 meses o 3 o más meses.

Por otra parte, el DSM-5 (APA, 2013) ha recogido parte de las críticas y ha propuesto criterios que difieren significativamente de los del DSM-IV. El criterio A se ha hecho más explícito y restrictivo en lo que respecta a las

experiencias de los eventos traumáticos. El criterio A2 (reacción subjetiva) fue eliminado. Los tres grandes grupos de síntomas del DSM-IV (criterios B,C y D) se han convertido en cuatro debido a que el antiguo criterio B se ha dividido en dos grupos distintos: evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y estados de ánimo. Esta última categoría conserva la mayor parte de los síntomas de insensibilización del DSM-IV e incluye también síntomas nuevos o reconceptualizados, tales como los estados emocionales negativos persistentes. El último criterio (activación aumentada) conserva la mayor parte de los síntomas correspondientes del DSM-IV e incluye también el comportamiento irritable o agresivo y el comportamiento imprudente o autodestructivo. Por otra parte, los umbrales de diagnóstico se han rebajado para los niños y adolescentes y se han añadido criterios separados para los niños de 6 años o menos. Finalmente, el TEPT ya no se incluye entre los trastornos de ansiedad, sino en una nueva categoría denominada “Trastornos relacionados con traumas y eventos estresantes”. Dentro de esa categoría se encuentran el trastorno por estrés agudo, trastornos de adaptación, trastorno de apego afectivo y el trastorno de relación social desinhibida.

Para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, los criterios del DSM -5 para el TEPT son (APA, 2013):

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una o más de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.
2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s han ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo. En los casos de ocurrencia o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso/s traumático/s (por ejemplo, socorristas recogen restos humanos o abuso infantil).

Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que la exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso/s traumático/s y que comienza tras la ocurrencia del último:

1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño esté relacionado con el suceso/s traumático/s.
3. Reacciones disociativas (por ejemplo; revivencias o flashbacks) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un suceso/s traumático/s.
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso/s traumático/s, que comienzan tras este último y que se pone de manifiesto por una o dos de las siguientes características:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (lugares, personas, conversaciones, actividades, objetos o situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a suceso/s traumático/s, que comienzan a empeorar después del suceso/s traumático/s y que se ponen de manifiesto por dos o más de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso/s traumático/s.
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
3. Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se culpe o culpe a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (por ejemplo; miedo, terror, enojo o culpa).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o distanciamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas.

E. Alteración importante de la actividad y reactividad asociada al suceso/s traumático/s que comienza a empeorar después del suceso/s traumático/s y se pone de manifiesto dos o más de la características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sea relacionada con el evento traumático o no.
4. Respuesta de sobresalto exagerado.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño.

- F. La duración del trastorno (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

## **2.2. Causas que generan el estrés postraumático.**

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es generado por un suceso traumático experimentado directamente por la persona de los cuales se encuentran: exposición a la guerra como combatiente o civil, abuso sexual (violación, penetración sexual facilitada por alcohol o drogas, contacto sexual abusivo, abuso sexual sin contacto, comercio sexual), agresión física, atraco, ser secuestrado o tomado como rehén, ataque terrorista, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre (incendios, explosiones, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes, terremotos), accidentes graves (automóvil, tren, barco, avión) y trabajos que impliquen la recogida de restos humanos o la exposición a detalles del maltrato o abuso infantil (Bados, 2015).

El TEPT es más probable, grave o duradero cuando el agente estresante es aplicado directamente por el hombre (por ejemplo, tortura, violación, violencia familiar o terrorismo). La probabilidad de desarrollar TEPT aumenta cuando se incrementa la intensidad o duración y/o frecuencia del agente estresante y cuando este es experimentado directamente en vez de simplemente ser observado o transmitido (Bados, 2015).

En el caso del abuso sexual las causas varían dependiendo de cómo fue consumado el acto. Las formas más graves de abuso sexual infantil serian donde existe un contacto físico más estrecho (violación versus tocamientos), o bien, varios episodios de abuso en un largo periodo de tiempo, cuando el que

comete el abuso es una figura cercana para el menor de edad y donde el agresor utiliza la fuerza o violencia para cometer los abusos (Farkas y Guerra 2015).

Un estudio realizado por Farkas y Guerra (2015) en la localidad de Región de Valparaíso, Chile; se tomó una muestra de 143 participantes de sexo femenino de entre 12 y 17 años. Dentro de este grupo se encontró que 83 (58%) participantes eran víctimas de abuso sexual mientras que 60 (42%) eran participantes que no contaban con antecedentes de abuso sexual. Del grupo de adolescentes abusados sexualmente, 53 (63,9%) habían sufrido abuso sin penetración y 30 (36,1%) con penetración, en tanto que 59 (71,1%) habían sido abusados por un miembro de su familia, 22 (26,5%) por una persona externa a su familia, pero conocida y solo 2 (2,4%) reportan haber sido abusados por un desconocido. Respecto a la frecuencia del abuso, 22 (22,5%) adolescentes reportaron ser abusados entre dos y cinco episodios y 39 (47%) reportaron ser abusados más de cinco episodios.

### **2.3. Consecuencias de estrés postraumático:**

Las consecuencias derivadas del Trastorno de Estrés Postraumático son variadas dependiendo el ámbito cognitivo, conductual y social las cuales se mencionaran a continuación.

- **Cognitivas**

Bados (2015) describe que el TEPT es considerado como un trastorno disociativo, el cual genera alteraciones o fragmentaciones integradas de la conciencia, memoria, identidad y percepción de sí mismo y el exterior. Específicamente la disociación es un constructo multifacético que incluyen las siguientes facetas: desconexión (separación emocional, y cognitiva del entorno inmediato), despersonalización (alteración en la percepción del propio cuerpo o de sí mismo, desrealización (alteración en la percepción del mundo externo), alteraciones de la memoria (pérdida de memoria para acontecimientos específicos), constricción emocional (menos emotividad o capacidad de respuesta emocional

disminuida) y disociación de la identidad (la percepción o experiencia de que existe más de una persona o sí mismo dentro de la propia mente).

- Conductuales

De las consecuencias conductuales generados por el TEPT van desde comportamiento irritable y arrebatos de furia, comportamiento imprudente o autodestructivo (consumo de alcohol o drogas, tomar decisiones incorrectas, pensar o planear un suicidio)

- Sociales.

De acuerdo con la APA (2013) de las consecuencias sociales marcadas en el cuadro clínico del TEPT son la falta de interés en actividades significativas o sociales, distanciamiento de las personas (asociado al abuso sexual ya que genera falta de confianza en las persona y temor a ser juzgados o sentimientos de vergüenza o culpa).

## **2.4 Bases neurofisiológicas del estrés postraumático.**

Una vez entendido el concepto del trastorno de estrés pos-traumático y conociendo las condiciones para que este sea manifestado en un individuo, también es de suma importancia conocer que partes del cerebro humano están involucradas en dicho trastorno, ya que existen diversas áreas que son encargadas de la regulación de los estímulos externos y nos ponen en alerta para la supervivencia de nuestra propia existencia.

El cerebro funciona como un gran analizador y sintetizador para mantener el equilibrio del medio interno y externo. Estructuras cerebrales como el tallo cerebral, tálamo, ganglios basales, sistema límbico, cerebelo y neocórtex constituyen un sistema que filtra y procesa la información. Este sistema necesita funcionar en armonía para seleccionar los estímulos relevantes, sopesar las opciones de respuesta, anticipar resultados de cada acción, concentrarse en una tarea y finalizarla, para luego atender un nuevo estímulo (Reyes, 2008).

El tallo cerebral, el hipotálamo y la hipófisis controlan las funciones básicas como la regulación de la temperatura, la entrada de oxígeno, los niveles de glucosa y producción de hormonas en tiroides y glándulas suprarrenales. Estas funciones regulatorias se afectan por la entrada de información del sistema límbico y neocórtex (Figura 2). El primero tiene funciones relacionadas con la preservación, procreación, cuidado familiar y recreación. El segundo se involucra en la solución de problemas, en operaciones de aprendizaje, discriminación de estímulos complejos y transcribir los estados afectivos a lenguaje comunicable (Reyes, 2008)

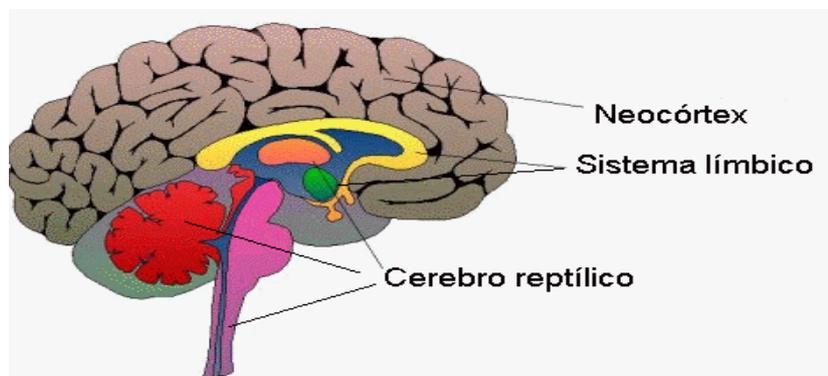


Figura 2. Diagrama del cerebro del sistema límbico y neocórtex involucrados en el TEPT.

Cuando una persona participa en un evento traumático, se producen reacciones psíquicas y fisiológicas de defensa inmediata que le permiten salvaguardar su vida. Una vez pasada la alarma, el evento es interpretado en justa realidad, para luego ser integrado a la red experiencial. Ahora bien, cuando el evento traumático toma dimensiones catastróficas y rebasa la capacidad de respuesta del individuo, se producen cambios neurobiológicos, muchos de los cuales son permanentes, dando lugar a síntomas persistentes del TEPT (Reyes, 2008).

Reyes (2008) describe las distintas disfunciones del sistema cerebral involucrados en el TEPT los cuales son:

- Disfunción Noradrenérgica.

El Sistema Noradrenérgico (NA) juega un papel importante en el estrés, miedo, ansiedad, la vigilancia y la atención selectiva. El locus coeruleus, donde se localizan la mayoría de las neuronas NAs tiene conexiones con estructuras

involucradas con el aprendizaje y la memoria, con el lóbulo temporal, hipocampo, hipotálamo y corteza prefrontal. Durante la disfunción Noradrenérgica existe una disminución de receptores plaquetarios "Alpha 2" en las cuales si se es administrada la Yohimbina que estimula la liberación de NA, provoca flashbacks y ataques de pánico en pacientes de TEPT.

- Disfunción del Eje Factor Liberador de Corticotropina-Hipotálamo-Hipofisis-Adrenal.

El Factor Liberador de Corticotropina (CRF) se encuentra distribuido en áreas implicadas en el estrés, que incluye amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, cíngulo, locus coeruleus, tálamo, sustancia gris periacueductal y cerebelo. La inyección intraventricular de CRF provoca ansiedad y aumenta la actividad del locus coeruleus. La inyección en la amígdala de CRF provoca miedo intenso (Figura 3).

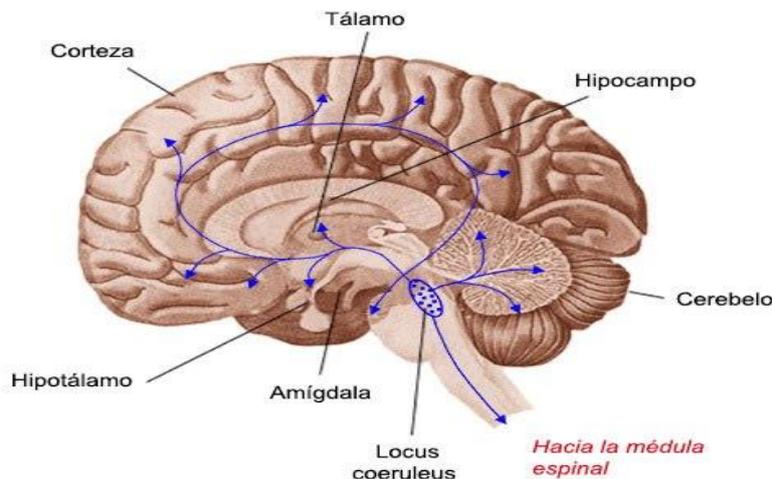


Figura 3: Áreas implicadas del Sistema Noradrenérgico en el trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Igualmente Costa y Rebelo (2010) describen que otro de los sistemas implicados en el TEPT es el sistema simpático, ya que este trastorno se caracteriza por pesadillas, trastornos del sueño, hipervigilancia, evitación y ansiedad, los cuales dependen exclusivamente de la acción del dicho sistema. Estas respuestas son debidas a una desregulación y consecuente hiperactivación del sistema nervioso simpático resultante de un exceso de liberación de catecolaminas ante la exposición de eventos estresantes.

## **Capítulo 3: Técnicas, tratamientos y terapias para ayudar a víctimas de abuso sexual con trastorno de estrés postraumático.**

Un niño o adolescente que ha sufrido abuso sexual a lo largo de su vida genera distintos problemas no solo físicos, sino psicológicos. Como ya se ha mencionado anteriormente un abuso sexual es algo que a la víctima hiere profundamente. La atención terapéutica a niños que han sufrido abuso sexual, depende de la información que se puede recabar alrededor del suceso.

### **3.1 Terapias cognitivo-conductuales**

Existen diversas terapias cognitivas-conductuales que han sido utilizadas como tratamiento para los síntomas del TEPT. Además Guerrero y Plaza (2009) exponen que estas técnicas han sido de mayor eficacia para la intervención de dicho trastorno de las cuales se pueden mencionar la psicoeducación, detención del pensamiento, moldeamiento encubierto, relajación progresiva, desensibilización sistemática

- Psicoeducación.

La técnica de psicoeducación consiste en la entrega de información al paciente en aspectos referidos a su problemática, de manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones conflictivas.

También conocido como asesoramiento psicoeducativo en casos de abuso sexual el terapeuta debe ayudar a los familiares a comprender lo sucedido, sobre todo cuando se trata de abuso crónico intrafamiliar que ha tenido lugar sin su consentimiento o sospecha. En este caso se trata de explicar la dinámica del proceso abusivo, la ambivalencia de la víctima respecto al abusador, y las motivaciones del agresor, a efectos de evitar sentimientos de culpa por no haber cumplido con su función protectora y de facilitar la toma de decisiones adecuadas.

Asimismo hay que informar a los familiares acerca de las posibles consecuencias psicológicas del maltrato en el menor (síntomas clínicos o conductas anómalas), con el objetivo de detectarlas de forma temprana,

amortiguar su impacto con apoyo emocional adecuado y buscar ayuda profesional en casos precisos. Conviene también indicarles la necesidad de escucha activa y respetuosa ante las confidencias habidas y señalarles el tipo de conductas apropiadas con el menor para facilitar la recuperación del menor (Echeverúa y Guerricaechevarría, 2011).

- Desensibilización sistemática.

Esta técnica consiste en disminuir una respuesta negativa desarrollando un estímulo para el desarrollo de otra respuesta contraria a esta. En el caso de tratamiento del TEPT esta técnica es utilizada en la disminución de agentes estresantes desarrollando una respuesta diferente (relajación).

Gil-Iniguez (2016) utilizó esta técnica en un caso de abuso sexual es una paciente el cual consintió en cada día relatar un recuerdo traumático específico, explicando los mínimos detalles e imaginándolo. Una vez terminara el relato se combinada con respiraciones para tranquilizarla. En casa debía practicarlo cada noche este mismo proceso. En un principio no podía relatar el suceso, no ponía nombres sino explicaba con señas, lloraba y tenía un nivel de ansiedad muy elevado, finalmente conforme pasaba el tiempo relataba los suceso con niveles de ansiedad mucho más bajos, ponía nombres concretos y aprendió hablar temas relacionados con la sexualidad sin vergüenza y sin sentirse culpable.

- Relajación progresiva.

La relajación como forma de entrenamiento, permite a los pacientes adquirir el dominio de una respuesta incompatible con la ansiedad, que favorece la exposición gradual a los estímulos aversivos. Esta técnica fue utilizada en un caso de abuso sexual en una niña la cual se complementó con otras técnicas como la psicoeducación, como forma de aumentar el autocontrol de la niña, de disminuir los síntomas de activación fisiológica y de apoyar la posterior desensibilización (mediante el aumento de una conducta incompatible con la ansiedad), se realizó un entrenamiento a la niña en relajación progresiva. Esta fase tuvo una duración de dos sesiones. En la primera se hicieron ejercicios de relajación, luego se indicó como tarea, la segunda sesión se realizaron nuevos

ejercicios que fueron perfeccionados en otra sesión una semana después Guerrero y Plaza (2009).

### **3.2 Terapias grupales.**

López (2017) describe que la pobre o baja autoestima es una característica básica de una víctima de abuso sexual, es por ello que una terapia grupal proporciona un entorno y clima para el afrontamiento de un suceso traumático. La psicoterapia grupal funciona en dos partes. Es básico entender que la mitad de la cura depende de las técnicas usadas y del ambiente del grupo que proporciona seguridad. La otra mitad es intrínseca y se basa en los mecanismos de cambio.

La terapia de grupo es una de las formas preferidas de tratamiento en el caso de los niños mayores y de los adolescentes, considerándose particularmente eficaz cuando ya ha amainado la crisis de la revelación, siendo apoyada también por el trabajo con la familia (Caballo y Simón 2001). El asesoramiento grupal proporciona un entorno y un clima propicio para afrontar la situación traumática. La cohesión grupal permite al cliente evocar y comprender los recuerdos reprimidos y de sentido negativo del yo, resultante de la experiencia del abuso.

### **3.3 Terapias farmacológicas.**

Esta clase de terapia para el manejo o regulación del TEPT es considerada como segunda alternativa si las técnicas no farmacológicas no son efectivas. Algunos de los fármacos utilizados para la regulación del TEPT no suelen ser eficaces del todo y puede que hasta generen efectos secundarios en el paciente o generen adicción, sin embargo, son alternativas que pueden ayudar a sobrellevar la situación del abuso sexual (Alderman, McCarthy y Marwood, 2009).

Córdoba y Vallejo (2012) describen que el tratamiento farmacológico para personas con TEPT se encontraron recomendaciones de los siguientes medicamentos: antidepresivos tricíclicos (ADT) o inhibidores de la

monoaminoxidasa (IMAOs) y ADT para los síntomas de re-experimentación después de 8 semanas de tratamiento; amitriptilina y ISRS para los síntomas de embotamiento, evitación, hostilidad, impulsividad, ideas suicidas, conductas adictivas, ansiedad y depresión; litio para los síntomas de hiperactivación fisiológica; benzodiacepinas para los síntomas de ansiedad, insomnio y pesadillas; imipramina y fenelzina para las intrusiones y buspirona, fluvoxamina, trazadona, nedazodona, zolpidem y alprozolan para las alteraciones del sueño.

- Antidepresivos

Los antidepresivos han sido de la primera línea de opción como tratamiento del Trastorno de Estrés Post-Traumático. En los años 80's se comenzó a investigar como los antidepresivos podían actuar en los síntomas de un individuo con TEPT como inhibidores. Los antidepresivos tricíclicos (ADT's) compuestos con imipramina y fenelzina se halló que ambos fármacos reducían los síntomas del TEPT hacia la quinta semana, aunque se observó una mayor eficacia con la fenelzina (Alderman, et al. 2009).

En los años 90's comenzaron a surgir informes sobre el uso de inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) para el manejo del TEPT. Agentes prescritos que comúnmente se administraban para el tratamiento del trastorno se incluían la setralina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y citalopram.

Sin embargo uno de los fármacos más eficaces para el tratamiento del TEPT ha sido la administración de la mirtazapina, ya que este fármaco está relacionado con el alivio de las pesadillas y el insomnio (Alderman, et al. 2009).

- Antipsicóticos.

Al igual que los antidepresivos otra alternativa para el manejo del TEPT son los antipsicóticos, sin embargo, también no son considerados como una alternativa de primera línea. Después de los estudios realizados durante finales de los 80's se descubrió que algunos antipsicóticos eran eficaces para tratar varios síntomas del TEPT como la hipervigilancia, sobresalto exagerado y la

agitación. Siendo los antipsicóticos más eficaces para el tratamiento del TEPT son la risperidona, olanzapina y quetiapina. (Alderman, et al. 2009).

Según Davidson y Zhang hasta el 40% de los pacientes con TEPT pueden presentar síntomas psicóticos durante el curso de la enfermedad. Estudios a doble ciego, controlados con placebo, con antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona) como terapia adjunta en los pacientes con respuesta parcial a los ISRS mostraron resultados positivos en los veteranos de guerra.

- Anticonvulsionantes

Varios estudios clínicos sugieren en forma clara el efecto de la lamotrigina, valproato y carbamacepina en trastornos de ansiedad. Otra área de interés ha sido el efecto de éstos tratamientos (fenitoína) en la estructura neuronal hipocampal, demostrando reversibilidad del daño hipocampal inducido por el estrés.

Una alternativa aunque no existen mucha seguridad con certeza de los efectos que tienen los anticonvulsionantes en pacientes con TEPT, estudios realizados en diversos pacientes que sufrían dicho trastorno se les fue administrado dosis de 500mg/día de topiramato, el cual reducía la aparición de pensamientos intrusivos, pesadillas, recuerdos traumáticos (flashbacks), problemas del sueño, irritabilidad e ira y reacciones de sobresalto (Alderman, et al. 2009).

### 3.4 Hipnosis.

Rocha, Téllez y Sánchez (2016) exponen que la hipnosis es una buena alternativa para el tratamiento del TEPT ya que es una técnica muy eficaz que reside en su practicidad, ya que es corta, se requiere mínima práctica, no se asignan tareas. La hipnosis, fundamentalmente es una intervención que involucra el pensamiento, la imaginación y la memoria junto con sugerencias que tienen como objetivo hacer cambios cognitivos, conductuales y afectivos. También puede incluir sugerencias post-hipnóticas, sugerencias hechas durante la hipnosis para que el paciente experimente algún cambio en su experiencia después de la sesión o fuera del contexto hipnótico.

La técnica de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR, por sus siglas en inglés) ha sido utilizada ampliamente en eventos traumáticos, esta técnica hace énfasis en la forma en que se almacenan los recuerdos en el cerebro y como se procesa dicha información. Algunos de los procedimientos básicos de la técnica de EMDR incluyen la evocación de un recuerdo traumático y la posterior desensibilización y la reestructuración del mismo, que se realiza cuando el terapeuta coloca un objeto, por ejemplo, un bolígrafo a un metro de distancia frente al rostro del paciente y le pide que lo siga con la mirada sin mover la cabeza. El terapeuta empieza a mover el objeto rápidamente de un lado a otro pidiéndole simultáneamente al paciente que recuerde y narre el evento traumático (Shapiro, 2004 citado por Rocha, Téllez y Sánchez 2016).

La técnica de EMRD complementándola con la hipnoterapia se utilizó en dos casos de secuestro express y violación el cual consistió en lo siguiente:

1. Se le pidió a los pacientes que narraran detalladamente el evento traumático y se calificó la respuesta emocional negativa experimentada en escala del 1 al 10, donde 1 es la mínima intensidad de la respuesta emocional y 10 es la máxima.
2. Posteriormente, escribieron la narración del evento traumático y se les pide a los pacientes que califiquen la intensidad emocional del 1 al 10.
3. Los pacientes narraron o leyeron el evento traumático mientras movían los ojos de un lado a otro, siguiendo el objeto mientras el terapeuta daba golpecitos suavemente de forma alternada ambos lados de la cabeza de los pacientes con los dedos de las manos. Esta etapa se repitió varias veces hasta que los pacientes redujeran las emociones negativas en 2, 1 o 0 en la escala.
4. Posteriormente los pacientes identificaron y escribieron los pensamientos negativos o catastróficos que posiblemente se estuvieran diciendo a sí mismos durante el relato del evento traumático y se valoró la emoción negativa en la escala de 1 al 10. Generalmente, la ansiedad o temor se suelen incrementar

nuevamente cuando se repite las frases negativas simultáneamente al recuerdo del evento traumático.

5. Después los pacientes repetían o leían una y otra vez los pensamientos negativos, mientras recordaban el evento traumático y movían los ojos de un lado a otro, siguiendo el objeto o mientras el terapeuta daba golpes suavemente de forma alternada en ambos lados de la cabeza del paciente con los dedos de las manos. Esta etapa se repitió varias veces hasta que el paciente redujera las emociones negativas de 2, 1 o 0 en la escala.
6. Finalmente, se les pidió a los pacientes que escribieran una lista de pensamientos positivos, que los hiciera sentirse muy tranquilos y seguros de sí mismos o que los hiciera sentirse empoderados. Se aplicó la escala de evaluación de 1 a 10, donde 10 es el máximo de emoción positiva o bienestar.
7. Los pacientes repetían o leían una y otra vez los pensamientos positivos mientras simultáneamente recordaban el evento y movían los ojos de un lado a otro siguiendo al objeto mientras el terapeuta daba golpes suavemente de forma alternada en ambos lados de la cabeza del paciente con los dedos de las manos. Al finalizar el ejercicio, se aplicó la escala de sensación de bienestar o sensación positiva. Este paso se repetía varias ocasiones hasta que los pacientes alcanzaban un 8, 9 o 10 de bienestar.

## Propuesta de intervención

### Justificación:

La propuesta está diseñada para mujeres adolescentes entre los 13 años y 17 años de edad que residan en la entidad de Baja California, ya que a esta edad según Bermúdez, Gutiérrez y Salcedo (2009) son los rangos de edad en los que una joven es propensa a sufrir un abuso sexual. Además de ser una población más vulnerable que en otros estados, ya que existen 60 casos de abuso sexual por cada 100 mil habitantes (Ángel, 2017).

Durante el taller será aplicado el instrumento estructurado llamado, Escala para el TEPT administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale), ya que es un instrumento estructurado que sirve para facilitar el diagnóstico y evaluación de la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney y Keane, 1990).

### Objetivo general:

Desarrollar un taller para la disminución y control de síntomas de trastorno de estrés postraumático en mujeres adolescentes residentes del estado de Baja California.

### Objetivos específicos:

- Generar un espacio de confianza entre los pacientes.
- Evaluación del trastorno de estrés postraumático.
- Brindar ayuda psicológica para la disminución del TEPT.
- Proporcionar una alternativa psicológica sin el uso de fármacos para mujeres adolescentes víctimas de abuso sexual.

### Método:

Se realizara una intervención psicoeducativa en forma de taller con el fin de ayudar a los participantes a disminuir sus síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) mediante técnicas cognitivas-conductuales.

### Muestra:

Mujeres adolescentes que residan en el estado de Baja California que hayan sido víctimas de abuso sexual con posibles signos de trastorno de estrés postraumático.

### **Participantes:**

Grupo de 20 mujeres de 13 a 17 años, víctimas de abuso sexual con signos de trastorno de estrés postraumático en el estado de Baja California.

### **Procedimiento:**

El taller se realizara en 8 sesiones con la duración de 2 horas por sesión, en la cual se manejaran distintos temas relacionados con el abuso sexual, trastorno de estrés postraumático, autoestima y desarrollo de habilidades sociales. Esto con el fin de abordar temas relacionados con el problema y que los participantes conozcan a detalle su problema y como poder solucionarlo a partir de dinámicas y el uso de técnicas cognitivas conductuales como: psicoeducación, relajación progresiva y desensibilización sistemática.

El contenido por sesión son las siguientes:

Sesión 1: Abuso sexual (presentación de participantes, descripción de contenido, dinámicas de juego, evaluación con el instrumento Clinician-Administered PTSD Scale, Abuso sexual (concepto, causas y estadísticas)

Sesión 2: Consecuencias del abuso sexual: físicas, psicológicas, sociales y conductuales.

Sesión 3: Emociones negativas ante el abuso sexual (agresividad, culpa, odio, rencor, miedo, vergüenza, inseguridad, venganza, etc.)

Sesión 4: trastorno de estrés postraumático (concepto, síntomas, causas y consecuencias).

Sesión 5: técnicas cognitivas-conductuales para la disminución de síntomas de TEPT (relajación progresiva, desensibilización sistemática, terapia racional emotiva).

Sesión 6: autoestima: dignidad, identidad, autovaloración, respeto, actitud hacia el propio cuerpo.

Sesión 7: habilidades sociales, autoconfianza, confianza en otros

Sesión 8: proyecto de vida: metas, planes y proyectos, evaluación final y cierre del taller.

## Cartas descriptivas:

Sesión 1: <b>Abuso sexual.</b>					
Objetivo: Presentación de participantes, descripción de contenido, dinámicas de juego, evaluación con el instrumento Clinician-Administered PTSD Scale, descripción de abuso sexual (concepto, causas y estadísticas)					
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales
2:00 a 2:30 pm	Presentación	Presentación	Explicar las metas del taller.	Se realizara la presentación del taller, los temas que se abordaran, el número de sesiones y metas del taller. Posteriormente se presentara cada uno de los participantes	Verbal
2:30 a 3:00 pm	Evaluación	Aplicación de Clinician-Administered PTSD Scale	Aplicación de instrumento Clinician-Administered PTSD Scale, para la evaluación de síntomas y gravedad de los mismos.	Se aplicara el instrumento <b>Clinician-Administered PTSD Scale</b> (Anexo 1) para la evaluación de síntomas de TEPT con el fin de realizar la línea base para la reducción de síntomas más frecuentes en los participantes.	Hojas y lápices Anexo 1
3:00 a 3:15 pm	Integración de grupo	"Lazo humano"	Que los participantes tengan comunicación para integrarse al grupo y romper el hielo.	Se hará una dinámica llamada "Lazo Humano" que consiste en hacer un círculo y que todos se tomen de las manos, después solo un integrante comenzara a jalar sin soltarse de las manos y pasara por debajo y hacia los lados de todos los participantes. Después tendrán que desenredarse hasta llegar a la posición inicial. Esto se hará con el fin de dar el	Verbal

				mensaje de trabajo en equipo, comunicación y apoyo del grupo ante una situación complicada, además de generar un rato de relajación y diversión.	
3:15 a 3:45 pm	Video	Abuso sexual: estadísticas	Describir el concepto de abuso sexual, así como sus causas y estadísticas mundiales y nacionales.	Se revisara un video con el concepto, causas y estadísticas del abuso sexual (Anexo 4).	Anexo 3 Laptop Proyector
3:45 a 4:00	Cierre de sesión	Lluvia de ideas	Que los participantes expongan sus dudas y comentarios acerca del tema.	Terminada la revisión del video se resolverán dudas o inquietudes de los participantes.	Verbal

<b>Sesión 2: Consecuencias del abuso sexual: físicas, psicológicas, sociales y conductuales.</b>					
Objetivo: Descripción del problema abuso sexual y las consecuencias que genera en sus diferentes ámbitos.					
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales
2:00 a 2:30 pm	Repaso	Repaso de la sesión anterior	Repasar el contenido de la sesión anterior para conectar el tema de la sesión de consecuencias del abuso sexual.	Se iniciara con un ligero repaso de la sesión anterior para asociarlo con las consecuencias generadas por el abuso sexual.	Verbal
2:30 a 3:00 pm	Exposición	Abuso sexual infantil y sus consecuencias: físicas, psicológicas, sociales y conductuales.	Que los participantes conozcan cada consecuencia en sus diferentes ámbitos de un abuso sexual y saber con cual se sienten identificados.	Se proyectara una serie de diapositivas con el tema de abuso sexual y sus consecuencias a corto y largo plazo en los ámbitos: físico, psicológico, sociales y conductuales (Anexo 5 )	Anexo 5 Laptop Proyector
3:00 a 3:30pm	Integración de grupo	“Grupo de estatuas”	Que los participantes interactúen y se relajen durante la sesión.	Se hará una dinámica llamada “grupo de estatuas” la cual consiste en que el terapeuta les pide a los participantes del taller que caminen alrededor de la sala con hombros, brazos y cabeza relajados. Después el terapeuta dice una palabra, por ejemplo “paz” y los participantes tendrán que adoptar posiciones sin hablar lo que demuestra para ellos “paz” y repetir varias veces.	Verbal
3:30 a 4:00	Cierre de sesión	Lluvia de ideas	Que los participantes expongan sus dudas y comentarios acerca del tema.	Terminada la revisión del video se resolverán dudas o inquietudes de los participantes.	Verbal

<b>Sesión 3: Emociones negativas ante el abuso sexual (agresividad, culpa, odio, rencor, miedo, vergüenza, inseguridad, venganza, etc.).</b>					
<b>Objetivo: Describir los sentimientos negativos que se derivan de un abuso sexual y como tener manejo de ellos.</b>					
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales
2:00 a 2:30 pm	Repaso	Repaso de la sesión anterior	Repasar el contenido de la sesión anterior para conectar el tema de la sesión emociones negativas ante un abuso sexual.	Se iniciara con un ligero repaso de la sesión anterior para asociarlo con la aparición de emociones negativas.	Verbal
2:30 a 3:00 pm	Exposición	Manejo de la culpa y vergüenza.	Que los participantes conozcan cada consecuencia en sus diferentes ámbitos de un abuso sexual y saber con cual se sienten identificados.	Se proyectara una presentación llamada "Manejo de la Culpa y Vergüenza" (Anexo 10) para definir el concepto de dichos sentimientos y como poder manejarlos.	Anexo10 Laptop Proyector
3:00 a 3:30pm	Integración de grupo	"Grupo de estatuas"	Que los participantes interactúen y se relajen durante la sesión.	Se hará una dinámica llamada "grupo de estatuas" la cual consiste en que el terapeuta les pide a los participantes del taller que caminen alrededor de la sala con hombros, brazos y cabeza relajados. Después el terapeuta dice una palabra, por ejemplo "paz" y los participantes tendrán que adoptar posiciones sin hablar lo que demuestra para ellos "paz" y repetir varias veces.	Verbal
3:30 a 4:00	Cierre de sesión	Lluvia de ideas	Que los participantes expongan sus dudas y comentarios acerca del tema.	Terminada la revisión del video se resolverán dudas o inquietudes de los participantes.	Verbal

<b>Sesión 4: Trastorno de estrés postraumático (concepto, síntomas, causas y consecuencias).</b>					
<b>Objetivo:</b> Describir el concepto del trastorno de estrés postraumático tanto síntomas, sus causas y consecuencias.					
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales
2:00 a 2:30 pm	Repaso	Repaso de la sesión anterior	Repasar el contenido de la sesión anterior para conectar el tema del abuso sexual con el trastorno de estrés postraumático (TEPT).	Se iniciara con un ligero repaso de la sesión anterior para asociarlo el trastorno de estrés postraumático.	Verbal
2:30 a 3:00 pm	Video	Trastorno de estrés postraumático.	Que los participantes el concepto del trastorno de estrés postraumático, además de cómo se origina y sus consecuencias.	Se proyectara una video llamado "trastorno de estrés postraumático" (Anexo 6) para definir el concepto del dicho trastorno síntomas y sus consecuencias.  Posteriormente se proyectara otro video llamado "TEPT ejemplo animado" (anexo 7) que demuestra varios de los síntomas del trastorno.	Anexo 6 Anexo 7 Laptop Proyector
3:00 a 3:30pm	Integración de grupo	"Marea sube, marea baja"	Que los participantes interactúen y se relajen durante la sesión.	Se hará una dinámica llamada "marea sube, marea baja" la cual consiste en que el terapeuta coloca una cinta en medio de la sala, después les pide a los participantes que se coloquen detrás de la línea, el terapeuta grite "marea sube" los participantes tienen que saltar hacia delante de la línea, si grita "marea baja" tienen que saltar atrás de la línea, podrá repetirse la indicación hasta hacerlos confundirse y si se equivocan se saldrá del juego hasta que quede el ultimo y gane.	Verbal Cinta
3:30 a 4:00	Cierre de sesión	Lluvia de ideas	Que los participantes expongan sus dudas y comentarios acerca del tema.	Terminada la revisión del video se resolverán dudas o inquietudes de los participantes.	Verbal

<b>Sesión 5: Técnicas cognitivas-conductuales para la disminución de síntomas de TEPT (relajación progresiva, desensibilización sistemática, terapia racional emotiva).</b>					
<b>Objetivo:</b> Inicio de terapia cognitivo-conductual para minimizar las conductos y/o sentimientos del paciente.					
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales
2:00 a 2:30 pm	Repaso	Repaso de la sesión anterior	Repasar el contenido de la sesión anterior.	Se iniciara con un ligero repaso de la sesión para la resolución de dudas o comentarios.	Verbal
2:30 a 3:00 pm	Videos	Técnicas cognitivas-conductuales para la disminución de síntomas del TEPT (relajación progresiva, desensibilización sistemática y psicoeducación).	Que los participantes conozcan aquellas técnicas que pueden ayudar a disminuir los síntomas del TEPT y poderlas practicar en casa.	Se proyectara una serie de videos con el concepto e instrucciones de las técnicas: relajación progresiva, desensibilización sistemática y psicoeducación, para que los participantes conozcan sus características y como pueden aplicarlas en casa (Anexos 11, 12 y 13).	Anexo11 Anexo 12 Anexo 13 Laptop Proyector
3:00 a 3:30	Entrenamiento	Entrenamiento de desensibilización sistemática.	Que los participantes comiencen a practicar en la sesión la técnica de desensibilización sistemática.	El terapeuta dará indicaciones a los participantes para seleccionar un síntoma que les genere ansiedad y se lo imaginen, se le pedirá que se mantenga en un estado de relajación mientras imagina dichos eventos estresantes sin perder dicho estado de relajación, si no se logra interrumpir hasta e intentar en otra ocasión hasta que los participantes sean capaces de imaginar el síntoma estresante sin perder la relajación.	Verbal
3:30 a 4:00	Cierre de sesión	Lluvia de ideas	Que los participantes expongan sus dudas y comentarios acerca del tema.	Terminada la revisión del video se resolverán dudas o inquietudes de los participantes.	Verbal

**Sesión 6: Autoestima: dignidad, identidad, autovaloración, respeto, actitud hacia el propio cuerpo.**

Objetivo: Describir el concepto de autoestima y autovaloración.

Hora	Tema	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales
2:00 a 2:30 pm	Repaso	Repaso de la sesión anterior	Repasar el contenido de la sesión anterior.	Se iniciara con un ligero repaso de la sesión para la resolución de dudas o comentarios.	Verbal
2:30 a 3:00 pm	Video	Autoestima	Que los participantes conozcan el concepto de autoestima y como ayuda una autoestima alta a tener una buena salud mental.	Se proyectara un video llamado "Autoestima y adolescencia: psicología clínica" (Anexo 14) el cual explica el concepto de autoestima y como mantener una alta autoestima.	Anexo 14 Laptop Proyector
3:00 a 3:30	Video y Reflexión	Video reflexivo: Circo de las mariposas.	Que los participantes observen y reflexionen una historia relacionada con la autoestima y expongan sus opiniones.	Se proyectara un video de 24 min sobre una historia reflexiva llamado "El circo de las mariposas" (Anexo 9) con el fin de que los participantes reflexionen y expongan sus ideas o experiencia al ver el video.	Anexo 9 Laptop proyector
3:30 a 4:00	Cierre de sesión	Tarea de casa	Que los participantes valoren su cuerpo.	Se dejara una tarea en casa el cual se les dará un formato de la "Aceptación Corporal" (Anexo 2) con el fin de observar cómo se valoran los participantes. A partir de ellos se empezara a ver cómo ayudar a recobrar la autoestima de los participantes.	Anexo 2

<b>Sesión 7: Habilidades sociales, autoconfianza, confianza en otros.</b>					
Objetivo: Describir y desarrollar las habilidades sociales de los participantes, así como la confianza en sí mismos y en los demás.					
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Descripción	Materiales
2:00 a 2:30 pm	Repaso	Repaso de la sesión anterior	Repasar el contenido de la sesión anterior.	Se iniciara con un ligero repaso de la sesión para la resolución de dudas o comentarios.	Verbal
2:30 a 3:00 pm	Video	Habilidades sociales y comunicacionales	Que los participantes conozcan el concepto de habilidades sociales y comunicacionales además de cómo desarrollarlos.	Se proyectara un video llamado "habilidades sociales y comunicacionales (Anexo 4) el cual explica el concepto las habilidades sociales y como desarrollarlas.	Anexo 4 Laptop Proyector
3:00 a 3:30	Video y Reflexión	Video reflexivo: Kung fu panda: Po vs Tai long	Que los participantes observen y reflexionen una historia relacionada con la autoconfianza y expongan sus opiniones.	El terapeuta comenzara con un discurso acerca de la importancia de volver a confiar en uno mismo mediante el ejemplo del video (Anexo 8) con el fin de dejar en claro que nadie los puede juzgar a pesar de su problema. Esto ayudara a concientizar a los participantes a su valor propio de nuevo y que nadie puede volver a pasar por encima de ellos generando auto-respeto y confianza.	Anexo 8 Laptop proyector
3:30 a 4:00	Cierre de sesión	Lluvia de ideas	Que los participantes expongan sus dudas y comentarios acerca del tema.	Terminada la revisión del video se resolverán dudas o inquietudes de los participantes.	Verbal

<b>Sesión 8: Proyecto de vida: metas, planes y proyectos, evaluación final y cierre del taller.</b>					
<b>Objetivo: Motivar a los participantes a seguir con su vida normal y que desarrollen metas y proyectos.</b>					
<b>Hora</b>	<b>Tema</b>	<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Objetivo de la actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
2:00 a 2:15 pm	Repaso	Repaso de la sesión anterior	Repasar el contenido de la sesión anterior.	Se iniciara con un ligero repaso de la sesión para la resolución de dudas o comentarios.	Verbal
2:15 a 2:30 pm	Video	Proyecto de vida	Que los participantes conozcan el concepto de un proyecto de vida y los pasos para crear uno.	Se proyectara un video llamado "proyecto de vida" (Anexo 15) el cual contiene los pasos para crear un proyecto de vida.	Anexo 15 Laptop Proyector
2:30 a 2:45 pm	Integración grupal.	Exposición de proyecto de vida	Que los participantes logren crear un proyecto de vida y lo compartan con sus compañeros.	Una vez revisado el video el terapeuta repartirá hojas de papel y bolígrafos para que los participantes desarrollen su proyecto de vida y lo compartan una vez terminado con todo el grupo.	Papel y bolígrafos
2:45 a 3:30	Evaluación	Clinician-Administered PTSD Scale	Observar y comparar los resultados obtenidos desde el principio del taller para después comparar el progreso.	Se aplicara la Clinician-Administered PTSD Scale para después comparar los resultados con la primera aplicación del instrumento y tener registro del progreso obtenido de cada participante.	Hojas y lápices
	Cierre de sesión	Lluvia de ideas	Que los participantes expongan sus dudas y comentarios y experiencias acerca del taller.	Que los participantes compartan uno a uno sus experiencias y opiniones del taller.	Verbal

## Conclusiones:

El abuso sexual infantil es un problema social que aqueja a la mayor parte del mundo y que necesita de mucha atención por parte de los gobiernos de cada país. Es importante mencionar que las consecuencias de un abuso sexual no es igual a un simple asalto o inclusive sobrevivir a un desastre natural, ya que es un evento que puede que tarde tiempo en repetirse, sin embargo, un episodio de abuso sexual en menores puede repetirse constantemente a lo largo de semana, meses e inclusive años, provocando en la víctima un daño profundo y la aparición del TEPT.

Las personas que desarrollan el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) involucran diversos sistemas del cerebro, principalmente aquellas zonas encargadas de la vigilancia y estado de alerta, además de afectar aquellas zonas encargadas de la resolución de problemas y la memoria. Esto debido a que el sistema Noradrenérgico se ve involucrado ya que al existir disminución de placas "Alpha 2" puede provocar síntomas como flashbacks o ataques de pánico.

Igualmente es importante recalcar que es adecuado usar como primera línea el uso de terapia cognitiva conductual, para el manejo de los síntomas presentes de un abuso sexual, así como los del TEPT, a menos que el caso requiera el uso de fármacos para el control de los síntomas. Por eso es importante la creación de diversas alternativas para ayudar a combatir este tipo de eventos o en su defecto disminuir los síntomas generados por el abuso sexual en los niños o adolescentes.

## Anexos:

### Anexo 1

## 7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS) 1

**Criterio A:** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el cual las dos características siguientes estaban presentes:

- (1) La persona experimentó, fue testigo o se enfrentó a un acontecimiento o acontecimientos que supusieron la presencia real de peligro de muerte o de lesiones graves o amenazas a la integridad física de sí misma o de otras.
- (2) Las respuestas de la persona incluyeron miedo intenso, indefensión o terror. *Nota:* en niños, puede ser expresado mediante una conducta desorganizada o agitada.

Le voy a preguntar sobre algunas cosas difíciles o estresantes que algunas veces les ocurren a las personas. Algunos ejemplos de esto son: haber estado en algún tipo de accidente grave, en un incendio, huracán, terremoto; haber sido asaltado, golpeado o atacado con un arma; o bien haber sido forzado sexualmente. Comenzaré por pedirle que mire una lista de experiencias como éstas y marque alguna que le haya afectado a usted. Entonces, si alguna de ellas le afectó, le pediré que describa brevemente qué sucedió y cómo se sintió en ese momento.

Algunas de estas experiencias pueden ser duras de recordar, o pueden traer recuerdos o sentimientos desagradables. Las personas con frecuencia encuentran que hablar sobre ellos puede ayudarles, pero usted decidirá cuánto le quiere decir. A medida que avancemos, si se siente incómodo/a, hágamelo saber y podremos ir más despacio y hablar sobre ello. También, si tiene alguna pregunta o no entiende algo, por favor, dígamelo. ¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

*Entregue la lista, después revise y pregunte sobre tres acontecimientos. Si señala más de tres, determine sobre qué tres va a preguntar (p. ej., el primero, el peor y el más reciente; o los tres acontecimientos peores; o el trauma de interés y los otros dos peores, etc.)*

*Si no se han identificado acontecimientos en la lista: (¿Ha habido alguna situación en la cual su vida ha estado en peligro o ha sido herido o lesionado gravemente?)*

*Si no: ¿Ha habido alguna situación en la que estuvo amenazado/a de muerte o con daño grave, aun cuando no haya sido directamente herido/a o lesionado/a?*

*Si no: ¿Ha presenciado algún hecho similar, ocurrido a otra persona, o ha tenido conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted?*

*Si no: ¿Cuáles cree que han sido las experiencias más estresantes que ha tenido en su vida?*

### ACONTECIMIENTO N.º 1

**¿Qué sucedió?** (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

**¿Cómo respondió usted emocionalmente?** (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A (1)

¿Amenaza vital?

No  Sí  [Sujeto  Otro

¿Lesión grave?

No  Sí  [Sujeto  Otro

¿Amenaza de la integridad física?

No  Sí  [Sujeto  Otro

A (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No  Sí  [Durante  Después

Criterio A

¿Se cumple? No  Probable  Sí

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

2

ACONTECIMIENTO N° 2

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describa (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A (1)

¿Amenaza vital?

No  Sí  [Sujeto  Otro

¿Lesión grave?

No  Sí  [Sujeto  Otro

¿Amenaza de la integridad física?

No  Sí  [Sujeto  Otro

B (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No  Sí  [Durante  Después

Criterio A

¿Se cumple? No  Probable  Sí

ACONTECIMIENTO N° 3

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describa (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A (1)

¿Amenaza vital?

No  Sí  [Sujeto  Otro

¿Lesión grave?

No  Sí  [Sujeto  Otro

¿Amenaza de la integridad física?

No  Sí  [Sujeto  Otro

C (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No  Sí  [Durante  Después

Criterio A

¿Se cumple? No  Probable  Sí

Durante el resto de la entrevista, quiero que mantenga en la mente (los acontecimientos) cuando le pregunte cómo pueden haberle afectado.

Le voy a hacer 25 preguntas. La mayoría de ellas tienen dos partes. Primero, le preguntaré si alguna vez ha tenido un problema en particular, y en ese caso, con qué frecuencia en el mes pasado. Entonces le preguntaré cuánto malestar o molestia le ha causado ese problema.

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

3

**Criterio B.** El acontecimiento traumático es revivido persistentemente en una o más de las siguientes formas.

1. (B-1) Recuerdos molestos e intrusos del acontecimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones.  
*Nota:* en niños pequeños puede ocurrir juego repetitivo en el cual son expresados temas o aspectos del trauma.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha tenido alguna vez recuerdos no deseados? (del acontecimiento)? ¿Cómo fueron? (¿Qué recuerda usted?) (Si no está claro) ¿Estos recuerdos ocurrieron mientras estaba usted despierto o solamente en sueños? <i>(Excluir en el caso de que los recuerdos sólo aparecieran durante el sueño)</i> ¿Con qué frecuencia ocurrieron durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Puede capaz de quitárselos de la mente y de pensar en otra cosa? ¿Cuánto esfuerzo tuvo que hacer? ¿Cuánto interfirieron estos recuerdos en su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderada: angustia presente claramente, pero controlable. Alguna interrupción de actividades 3. Grave: angustia considerable. Dificultad para quitar de la memoria los recuerdos. Marcada interferencia con las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante, no puede quitar de la memoria los recuerdos, incapaz de continuar con las actividades</p> <p>Validez cuestionable (VC) (especificar) _____</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Sintomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Sintomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

2. (B-2) Sueños con el acontecimiento, angustiosos y recurrentes. *Nota:* en niños pueden ocurrir pesadillas sin un contenido que pueda ser reconocido.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha tenido alguna vez sueños desagradables acerca del acontecimiento? Describa un sueño típico (¿qué sucedió?) ¿Con qué frecuencia ha tenido estos sueños en el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánta angustia o molestia le han causado estos sueños? ¿Le despertaron estos sueños? (si la respuesta es sí) ¿Qué pasó cuando se despertó? ¿Cuánto tardó en volverse a dormir? <i>(Preste atención al nivel de ansiedad, comentarios tales como despertarse gritando, actuando en las pesadillas, etc.)</i> ¿Han afectado estos sueños a alguna otra persona? ¿Cómo?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínima angustia, puede que no se haya despertado 2. Moderada: se despertó angustiado pero se volvió a dormir rápidamente 3. Grave: considerable angustia. Dificultad en volver a dormirse 4. Extrema: angustia incapacitante, no volvió a dormir</p> <p>VC (especificar) _____</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Sintomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Sintomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

4

3. (B-3) Actuando o sintiendo como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo de nuevo. (Incluyendo sensaciones de revivir la experiencia), ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (*flashbacks*). Incluyendo aquellos que ocurren al despertar o cuando se está intoxicado. *Nota:* en los niños pequeños puede ocurrir la representación del acontecimiento traumático específico.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Alguna vez, de repente, ha actuado usted o sentido como que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo? ¿Ha experimentado imágenes del acontecimiento? Si no está claro: ¿Esto sucedió cuando estaba despierto o sólo en sueños? [Excluya si sólo ocurrió durante los sueños]. Dígame más sobre eso. ¿Con cuánta frecuencia le ocurrió en el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Con qué intensidad le pareció que el acontecimiento estaba pasando otra vez? (estaba confundido acerca de dónde estaba realmente o qué estaba haciendo en ese momento). ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras estaba ocurriendo? ¿Se dio cuenta otra gente de su conducta? ¿Qué le dijeron?</p> <p>0. No ha revivido el acontecimiento. 3. Leve: algo más real que pensar en el acontecimiento 4. Moderada: consciente pero próximo a disociación transitoria. Todavía consciente de lo que pasa a su alrededor, como soñar despierto 5. Grave: disociación intensa (comunica imágenes, sonidos, olores) pero tiene alguna conciencia de lo que pasa a su alrededor 6. Extrema: disociación completa (<i>«flashback»</i>) (imágenes). No se da cuenta de lo que pasa a su alrededor. Puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna)</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

4. (B-4) Malestar psicológico intenso, al verse expuesto a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Alguna vez se ha disgustado cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (Algo le ha desencadenado malestar relacionado con el acontecimiento) ¿Qué clase de recuerdos le han disgustado? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Cuánto tiempo duró y cuánto interfirió con su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderado: angustia claramente presente pero todavía controlable. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: angustia considerable. Marcada interrupción de las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante. Incapaz de continuar con las actividades</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

5

5. (B-5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tenido alguna vez alguna reacción física cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (¿Su cuerpo ha reaccionado de alguna manera cuando algo le ha recordado el acontecimiento?) ¿Puede dar algunos ejemplos? ¿Se aceleró su corazón o cambió su ritmo respiratorio? ¿Sudó, o se sintió tenso o tembloroso? ¿Qué clase de recuerdos le provocaron estas reacciones? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánta intensidad tuvieron (reacciones físicas)? ¿Cuánto duraron? (¿Duraron aun después de la situación?)</p> <p>0. Sin respuesta física 1. Leve: respuesta mínima 2. Moderada: respuesta física claramente presente. Puede mantenerse si la exposición continúa 3. Grave: respuesta física marcada. Mantenido durante la exposición 4. Extrema: respuesta física sostenida. Puede mantenerse incluso después que la exposición haya terminado</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

**Criterio C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal como indican tres (o más) de los siguientes síntomas.

6. (C-1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tratado usted alguna vez de evitar pensamientos o sentimientos acerca del acontecimiento? (¿Qué clase de pensamientos o sentimientos trató de evitar?) ¿Intentó evitar hablar con otras personas acerca de ello? (¿por qué?) ¿Con qué frecuencia durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto esfuerzo hizo para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones? ¿Qué clase de cosas hizo? ¿Bebió o usó medicación o drogas? (Considere todos los intentos de evitación, incluyendo distracción, supresión y uso de alcohol o drogas) ¿Cuánto interfirió esto en su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderada: algún esfuerzo, evitación claramente presente. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de las actividades, o participación en ciertas actividades como estrategia de evitación 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, o involucrarse intensamente en ciertas actividades como estrategia de evitación. Especifique _____</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

6

7. (B-5) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que producen recuerdos del trauma.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha tratado alguna vez de evitar ciertas actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento? (¿Qué clase de cosas evitó? ¿Por qué? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>Cuánto esfuerzo realizó para evitar actividades, lugares, personas? (¿Qué hizo en su lugar?) ¿Cuánto interfirió con su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderada: algún esfuerzo, definitiva presencia de conducta de evitación. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de actividades como estrategia de evitación 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, excesivo involucramiento en ciertas actividades como estrategia escapatoria</p> <p>Especifique _____ _____ _____ _____</p>	<p><b>Actual</b> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Alguna vez en la vida</b> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

8. (C-3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Alguna vez ha tenido dificultad para recordar algunas partes importantes del acontecimiento? Dígame un poco más sobre esto. (¿Cree que debería ser capaz de recordar estas cosas? ¿Por qué piensa que no puede?) En el último mes, de las partes importantes del acontecimiento, ¿cuánto tuvo dificultad de recordar? (¿Qué partes recuerda todavía?)</p> <p>0. Nada. Memoria clara 1. Pocos aspectos no son recordados (menos del 10%) 2. Algunos aspectos no son recordados (aproximadamente el 20-30%) 3. Muchos aspectos no son recordados (aproximadamente el 50-60%) 4. La mayoría de los aspectos no se recuerdan (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánta dificultad tenía para recordar partes importantes del acontecimiento? (¿Fue capaz de recordar más si lo intentó?)</p> <p>0. Nada 1. Leve: dificultad mínima 2. Moderada: alguna dificultad. Puede recordar con esfuerzo 3. Grave: dificultad considerable, incluso con esfuerzo 4. Extrema: completamente incapaz de recordar aspectos importantes del acontecimiento</p> <p>Especifique _____ _____ _____ _____</p>	<p><b>Actual</b> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Alguna vez en la vida</b> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

7

9. (C-4) Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Se ha sentido menos interesado/a en actividades con las que disfrutaba? (¿En qué tipo de cosas ha perdido el interés? ¿Hay algunas cosas que ya no hace? ¿Por qué?) (Excluya si es debido a falta de oportunidades, si no es capaz físicamente, si no es apropiado desde el punto de vista de la maduración o debido a cambios en preferencias) En el último mes, ¿en cuántas actividades ha estado menos interesado? ¿Qué clase de cosas todavía disfruta? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Ninguna 1. Pocas actividades (menos del 10%) 2. Algunas actividades (20-30%) 3. Muchas actividades (aproximadamente el 50-60%) 4. La mayoría de las actividades (más del 80%)</p>	<p>¿Fue fuerte su pérdida del interés? (¿Disfrutaba de las actividades una vez que las comenzaba?)</p> <p>0. No hay pérdida del interés 1. Leve: leve pérdida del interés 2. Moderada: clara pérdida del interés, pero todavía puede disfrutar de algunas cosas 3. Grave: pérdida marcada del interés en las actividades 4. Extrema: completa pérdida del interés, ya no participa en ninguna actividad</p> <p>Especifique _____ _____ _____</p> <p>¿Está relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
10. (C-5) Sensación de desapego o aislamiento de los demás.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Se ha sentido distante o aislado de otras personas? ¿Cómo fue? Durante el último mes, ¿cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%)</p>	<p>¿Fue fuerte su sentimiento de estar distanciado/a o aislado/a de otras personas? (¿A quién siente más cerca?) ¿Con cuánta gente se siente usted comfortable hablando sobre cosas personales?)</p> <p>0. Ningún sentimiento de distanciamiento o aislamiento 1. Leve: puede sentirse apartado de las otras personas 2. Moderada: sentimientos de distanciamiento claramente presentes, pero todavía siente alguna conexión interpersonal 3. Grave: sentimientos marcados de distanciamiento o enajenación de la mayoría de la gente. Puede que se sienta cerca de sólo una o dos personas. 4. Extrema: se siente completamente aislado o enajenado de los demás, no se siente cerca de ninguna persona.</p> <p>Especifique _____ _____ _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

8

11. (C-6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapaz de tener sentimientos de amor).

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha habido momentos en los que se sintió emocionalmente embotado o tuvo problemas experimentando sentimientos como amor o felicidad? ¿Cómo fue eso? (¿Qué clase de sentimientos le causaron problemas?) ¿Con cuánta frecuencia? ¿Cuándo comenzó a tener problema para sentir las emociones? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10% del tiempo) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayoría del tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto problema tuvo sintiendo emociones? (¿Qué clase de sentimientos es capaz de experimentar todavía?) (Incluya observaciones de la variación del afecto durante la entrevista)</p> <p>0. No ha habido reducción para experimentar emociones 1. Leve: mínima reducción de la experiencia emocional 2. Moderada: reducción clara de la experiencia emocional, pero todavía es capaz de experimentar la mayoría de las emociones 3. Grave: reducción marcada de la experiencia de por lo menos dos de las emociones primarias (p. ej., amor y felicidad) 4. Extrema: No puede experimentar emociones</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

12. (C-7) Sensación de un futuro acortado (p. ej., no espera tener obtener un empleo, casarse, tener hijos o, en definitiva, llevar una vida normal).

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha habido veces en las que ha sentido que no había necesidad de planear el futuro? ¿Que de alguna manera su futuro se va a acortar? ¿Por qué? (Descartar riesgos tal como condiciones médicas que pueden afectar el transcurso de la vida) ¿Con cuánta frecuencia en el último mes? ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. En ningún momento 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%).</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Qué intensidad tenía este sentimiento de que su futuro se va a acortar? (¿Cuánto tiempo piensa que va a vivir? ¿Hasta qué punto está convencido/a de que se va a morir prematuramente?)</p> <p>0. No hay sentimientos de que el futuro se ha acortado 1. Leve: sentimientos leves de un futuro interrumpido 2. Moderado: sentimientos de que el futuro se ha acortado están claramente presentes, pero no hay una predicción específica sobre la longevidad 3. Grave: sentimiento marcado de un futuro interrumpido, puede hacer predicciones específicas sobre la longevidad 4. Extrema: sentimiento abrumador de un futuro interrumpido, completamente convencido/a de una muerte prematura</p> <p>Especifique _____ _____ _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

9

**Criterio D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas.

13. (D-1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tenido algún problema para iniciar o mantener el sueño? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de sueño? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro veces 4. Todas o casi todas las noches</p> <p>Problemas al iniciar el sueño Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Despertar durante la noche Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Despertar temprano por la mañana Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Número total de horas de sueño/noche _____</p> <p>Número deseado de horas de sueño/noche _____</p>	<p>¿Cuánto problema ha tenido con el sueño? (¿Cuánto tiempo tardó en quedarse dormido? ¿Con qué frecuencia se despertó durante la noche? ¿Se despertó antes de lo que quería? ¿Cuántas horas durmió en total?)</p> <p>0. Ningún problema con el sueño 1. Leve: prolongación leve de la latencia o dificultad leve para mantener el sueño (hasta 30 minutos de pérdida de sueño) 2. Moderado: alteración clara del sueño, latencia prolongada o dificultades para mantener el sueño (30-90 minutos de pérdida de sueño) 3. Grave: latencia más prolongada, dificultad marcada para mantener el sueño (de 90 minutos a 3 horas de pérdida de sueño) 4. Extrema: latencia muy larga o dificultad profunda para mantener el sueño (más de 3 horas de pérdida de sueño) VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Actual</b> F _____ I _____</p> <p><b>Síntomas</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Alguna vez en la vida</b> F _____ I _____</p> <p><b>Síntomas</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

14. (D-2) Irritabilidad o ataques de ira.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Se ha sentido especialmente irritable o mostrado sentimientos de ira? ¿Podría darme algunos ejemplos? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo se comenzó a sentir de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Qué intensidad tenía su rabia? (¿Cómo la mostró?) Si comunicó inhibición (¿Qué dificultad tuvo para no mostrar su ira? ¿Cuánto tiempo tardó en calmarse? ¿Su rabia le causó algún problema?)</p> <p>0. Ninguna irritabilidad o ira 1. Leve: irritabilidad mínima, puede haber levantado la voz 2. Moderada: irritabilidad clara o intentos para reprimir la ira. Puede recuperarse rápidamente 3. Grave: irritabilidad marcada o intentos marcados para reprimir la ira, puede ponerse agresivo verbal o físicamente cuando está enfadado 4. Extrema: rabia intensa o intentos drásticos para reprimir la ira, puede tener episodios de violencia física VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Actual</b> F _____ I _____</p> <p><b>Síntomas</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Alguna vez en la vida</b> F _____ I _____</p> <p><b>Síntomas</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

10

15. (D-3) Dificultades para concentrarse.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Le ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaba haciendo, o en las cosas que estaban ocurriendo a su alrededor? ¿Cómo fue eso? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de concentración? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10%) 2. Algo (aproximadamente el 20-30%) 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto dificultad tuvo para concentrarse? [Incluya observaciones de atención y concentración durante la entrevista] ¿Cuánto ha interferido con su vida?</p> <p>0. No dificultades con concentración 1. Leve: sólo necesita un ligero esfuerzo para concentrarse. Ligera o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderado: pérdida de concentración, pero se puede concentrar con esfuerzo, alguna interrupción de las actividades 3. Grave: pérdida marcada de la concentración, incluso con esfuerzo. Interrupción marcada de las actividades 4. Extrema: dificultad completa para concentrarse. Incapaz de concentrarse en las actividades VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

16. (D-4) Hipervigilancia.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha estado especialmente alerta o vigilante, aun cuando no había necesidad real? ¿Se ha sentido como si estuviese constantemente en guardia? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a actuar así? (Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10%) 2. Algo (aproximadamente el 20-30%) 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto esfuerzo le costó estar pendiente de las cosas que pasaban a su alrededor? [Incluya hipervigilancia durante la entrevista] ¿Estar hipervigilante le causó algún problema?</p> <p>0. No hipervigilancia 1. Leve: mínima hipervigilancia, leve aumento de la vigilancia 2. Moderado: hipervigilancia claramente presente, alerta con público (escoge un lugar seguro donde sentarse en el restaurante o cine) 3. Grave: hipervigilancia marcada, muy alerta, examina con cuidado los peligros del entorno, preocupación exagerada por la seguridad personal/familiar/y de la casa 4. Extrema: hipervigilancia excesiva, esfuerzos para sentirse seguro/a, ocupan una gran parte del tiempo y de la energía en medidas de seguridad excesivas, conductas de comprobación, y marcada hipervigilancia durante la entrevista</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

11

17. (D-6) Respuesta exagerada de sobresalto.				
Frecuencia (F)		Intensidad (I)		
<p>¿Ha tenido reacciones de sobresalto? ¿Cuándo ocurrió? ¿Qué tipo de cosas le hicieron sobresaltarse? ¿Con qué frecuencia en el último mes? ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo estas reacciones? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro o cinco veces 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>		<p>¿Cómo fueron estas reacciones? ¿Qué fuertes fueron, comparadas con la reacción de la mayoría de las personas? ¿Cuánto duraron?</p> <p>0. No reacción de sobresalto 1. Leve: reacción mínima 2. Moderada: clara reacción de sobresalto, se siente asustadizo 3. Grave: reacciones marcadas de sobresalto, alerta mantenida tras la reacción inicial 4. Extrema: reacción de sobresalto excesiva, claras conductas de afrontamiento (p. ej., veterano de guerra que se tira al suelo) VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>		<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Criterio E.</b> Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.</p>				
18. Aparición de los síntomas.				
<p>(Si no está claro todavía) ¿Cuándo fue la primera vez que comenzó a tener (los síntomas de TEPT) que me dijo? (¿Cuánto tiempo después del trauma comenzaron? ¿Más de 6 meses?)</p>		<p>_____ n.º total de meses de demora en la aparición de los síntomas Demora en la aparición de los síntomas (≥ 6 meses)? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>		
19. Duración de los síntomas.				
<p>Actual. ¿Cuánto tiempo (síntomas de TEPT) duraron en total?</p> <p>En la vida. ¿Cuánto tiempo estos (síntomas de TEPT) duraron en total?</p>	<p>¿Duración de más de un mes?</p> <p>N.º total de meses de duración</p> <p>Agudo (&lt; 3 meses) o crónico (≥ 3 meses)?</p>	<p>Actual</p> <p>No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/></p>	<p>Alguna vez en la vida</p> <p>No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Criterio E.</b> Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>				
20. Malestar subjetivo.				
<p>Actual. Sobre todo, ¿cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? (Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores)</p> <p>A lo largo de la vida. ¿Cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? (Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores)</p>		<p>0. Ninguno 1. Leve, malestar mínimo 2. Malestar moderado claramente presente, pero todavía controlable 3. Grave: malestar considerable 4. Extremo: ansiedad incapacitante</p>		<p>Actual <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

12

21. Deterioro social.		
<p><b>Actual.</b> ¿Estos síntomas (síntomas de TEPT) le han afectado en su relación con otras personas? ¿Cómo? <i>(Considere deterioro en el funcionamiento social manifestado en las preguntas anteriores)</i></p> <p><b>A lo largo de la vida.</b> ¿Estos síntomas de TEPT afectan su vida social? ¿Cómo? <i>(Considere el deterioro social referido en los ítems anteriores)</i></p>	<p>0. Ausencia de impacto adverso</p> <p>1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento social</p> <p>2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos</p> <p>3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos</p> <p>4. Extremo: poco o ningún funcionamiento social</p>	<p><b>Actual</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><b>Alguna vez en la vida</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
22. Deterioro laboral o otras áreas importantes de la actividad del individuo.		
<p><b>Actual.</b> <i>[Si no está ya claro.]</i> ¿Está trabajando?</p> <p><b>Sí:</b> ¿Han afectado estos (síntomas de TEPT) su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? <i>(Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta)</i></p> <p><b>No:</b> ¿Le han afectado estos (síntomas de TEPT) otra área importante de su vida? <i>[Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.]</i> ¿Cómo?</p> <p><b>En toda su vida.</b> <i>[Si aún no está claro]</i> ¿Estaba usted trabajando entonces?</p> <p><b>Sí:</b> ¿Afectaron estos síntomas de TEPT su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? <i>(Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta)</i></p> <p><b>No:</b> ¿Afectaron estos síntomas de TEPT otra área importante de su vida? <i>[Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.]</i> ¿Cómo?</p>	<p>0. Ausencia de impacto adverso</p> <p>1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento laboral/otra área</p> <p>2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos</p> <p>3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos</p> <p>4. Extremo: poco o ningún funcionamiento laboral/otra área</p>	<p><b>Actual</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><b>Alguna vez en la vida</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<b>CALIFICACIONES GLOBALES</b>		
23. Validez global.		
<p>Estime la validez general de las respuestas considerando factores tales como colaboración con el examinador, estado mental (p. ej., problemas de concentración, comprensión de los ítems, disociación), y evidencias de esfuerzos para exagerar o minimizar los síntomas</p>	<p>0. Excelente, no hay razón para sospechar que las respuestas no sean válidas</p> <p>1. Buena: hay factores presentes que pueden afectar negativamente la validez</p> <p>2. Adecuada: hay factores presentes que disminuyen en la validez</p> <p>3. Pobre: validez reducida sustancialmente</p> <p>4. Respuestas no válidas, estado mental gravemente afectado, o posible simulación o disimulación</p>	

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

13

24. Gravedad global.

Estime la gravedad global de los síntomas de TEPT. Considere el grado de malestar subjetivo, el grado de deterioro funcional, observaciones de la conducta durante la entrevista, y juicio con respecto al estilo de relato

0. Sin síntomas clínicamente significativos, ni de malestar o deterioro funcional
1. Leve: malestar mínimo o escaso deterioro funcional
2. Moderada: malestar o deterioro funcional claro, pero funciona satisfactoriamente con esfuerzo
3. Grave: malestar o deterioro funcional marcado, funcionamiento limitado aun con esfuerzo
4. Extremo: malestar o impedimento funcional importante en dos o más áreas de funcionamiento

Actual

Alguna vez en la vida

25. Mejoría global.

Califique la mejoría total presente desde la calificación inicial. Si no ha habido una calificación inicial, pregunte cómo los síntomas han cambiado durante los últimos seis meses. Califique el grado de cambio sea o no, a su juicio, debido al tratamiento

0. Asintomático
1. Mejoría considerable
2. Mejoría moderada
3. Mejoría leve
4. Sin mejoría
5. No hay suficiente información

SÍNTOMAS ACTUALES DE TEPT

Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio B	_____ nº de síntomas ( $\geq 1$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio C	_____ nº de síntomas ( $\geq 3$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio D	_____ nº de síntomas ( $\geq 2$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio E	¿Cumple (duración $\geq 1$ mes)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>

TEPT ACTUAL ¿Cumple (criterio A-F)? NO  SÍ

*Si cumple el criterio para TEPT actual, vaya directamente a las características asociadas.*

*Si el criterio para TEPT actual no se ha cumplido, evalúe TEPT a lo largo de la vida. Identifique un período, de por lo menos un mes, desde el momento del acontecimiento traumático en el cual tuvo los peores síntomas.*

- Desde el acontecimiento ¿ha habido algún momento en el que estos síntomas de TEPT fueron peores que lo que han sido en el mes pasado? ¿Cuándo? ¿Cuánto duró? (¿Por lo menos un mes?)
- Si ha habido múltiples episodios en el pasado: ¿Cuándo le molestaron más estos síntomas de TEPT?
- Si por lo menos ha habido un período, pregunte ítems 1-17, cambiando la connotación de las preguntas de frecuencia para referirse al período peor. ¿Durante ese tiempo experimentó síntomas? ¿Con qué frecuencia?

SÍNTOMAS DE TEPT A LO LARGO DE LA VIDA

Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio B	_____ nº de síntomas ( $\geq 1$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio C	_____ nº de síntomas ( $\geq 3$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio D	_____ nº de síntomas ( $\geq 2$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio E	¿Cumple (duración $\geq 1$ mes)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>

TEPT a lo largo de la vida. ¿Cumple (criterio A-F)? NO  SÍ

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Posttraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

14

**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS**

26. Culpa sobre actos de comisión u omisión.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	<i>Actual</i>
<p>¿Se ha sentido culpable por alguna cosa que hizo o dejó de hacer durante el <i>acontecimiento</i>? Dígame algo más: ¿Sobre qué se sintió culpable? ¿Cuánto tiempo durante el último mes se sintió así?</p> <p>0. Nunca</p> <p>1. Muy pocas veces (menos del 10%)</p> <p>2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%)</p> <p>3. La mayor parte del tiempo (50-60%)</p> <p>4. Mucho o todo el tiempo (más del 80%)</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron?</p> <p>0. Sin sentimientos de culpa</p> <p>1. Leve: sentimientos leves de culpa</p> <p>2. Moderada: sentimientos de culpa claramente presentes, algún malestar pero todavía controlable</p> <p>3. Grave: sentimientos marcados de culpa, malestar considerable</p> <p>4. Extrema: sentimientos generalizado de culpa, autocondenación con respecto a la conducta, malestar incapacitante</p> <p>VC (especifique) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Alguna vez en la vida</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Síntomas</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

27. Culpa del superviviente (aplicable solamente si hubo múltiples víctimas).

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	<i>Actual</i>
<p>¿Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al <i>acontecimiento</i> cuando los otros no? Dígame algo más: ¿De qué se siente culpable? ¿Cuánto tiempo, durante el mes pasado se sintió así?</p> <p>0. Nunca</p> <p>1. Muy pocas veces (menos del 10%)</p> <p>2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%)</p> <p>3. La mayor parte del tiempo (50-60%)</p> <p>4. Mucho o todo el tiempo (más del 80%)</p> <p>5. NA (no aplicable)</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron?</p> <p>0. Sin sentimientos de culpa</p> <p>1. Leve: sentimientos leves de culpa</p> <p>2. Moderada: sentimientos de culpa definitivamente presentes, algún malestar pero todavía controlable</p> <p>3. Grave: sentimientos marcados de culpa, considerable malestar</p> <p>4. Extrema, sentimientos generalizados de culpa, autocondenación por haber sobrevivido, malestar incapacitante</p> <p>VC (especifique) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Alguna vez en la vida</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Síntomas</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico  
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

15

28. Reducción de la conciencia de lo que le rodea (p. ej., «estar como en una nube»).		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha habido momentos en los que se sintió fuera de contacto con lo que estaba sucediendo a su alrededor, como si estuviera aturdido? ¿Cómo fue? (Distinga de las memorias repentinas disociativas (flashbacks) del episodio) ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el mes pasado? (Si no está claro) (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto de drogas o del alcohol?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces a la semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente, o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cómo de fuerte fue ese sentimiento de estar fuera de contacto o aturdido? (¿Estaba confundido en relación con donde estaba realmente, o con lo que estaba haciendo en ese momento?) ¿Cuánto tiempo duró? ¿Qué hizo usted mientras esto estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0. No reducción de la capacidad de darse cuenta 1. Leve: reducción ligera en la capacidad de darse cuenta 2. Moderada: reducción clara pero transitoria de la capacidad de darse cuenta, puede manifestar sentirse como despistado 3. Grave: reducción marcada en la capacidad de darse cuenta, puede durar varias horas 4. Extrema: pérdida completa de la capacidad de darse cuenta de lo que pasa en el entorno, puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna) VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Sintomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Sintomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
29. Sensación de falta de realidad.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha habido veces que las cosas que estaban pasando a su alrededor parecían irreales o muy extrañas y no familiares? (Si no) (¿Ha habido veces que las personas que conocía de repente no le parecían familiares?) ¿Cómo fue? ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el último mes? (Si no está claro) (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto del alcohol o las drogas?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces a la semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente, o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cómo de fuerte fue (la sensación de falta de realidad)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo cuando esto estaba ocurriendo? (¿Otras personas se dieron cuenta? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0. No sensación de falta de realidad 1. Leve: sensación ligera de falta de realidad 2. Moderada: sensación clara pero transitoria de falta de realidad 3. Grave: considerable sensación de falta de realidad, confusión marcada sobre qué es real, puede durar varias horas 4. Extrema: profunda sensación de falta de realidad, pérdida dramática del sentido de realidad o familiaridad VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Sintomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Sintomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>





### Aceptación de la figura corporal

Tras observación y autoexploración táctil ante el espejo del cuerpo desnudo:

1) Contesto a las siguientes preguntas:

- ¿Soy alto/a, bajo/a? ¿Soy gordo/a, flaco/a?

- ¿Cómo es mi cuerpo de espaldas, de perfil?

- ¿Cómo es mi pelo?

- ¿Cómo es mi cara: ojos, nariz, orejas, boca,...?

- ¿Cómo es mi cuello?

- ¿Cómo son mis hombros, mis pechos,..?

- ¿Cómo es mi abdomen?

- ¿Cómo son mis genitales: pene, testículos, clitoris, vagina,...?

- ¿Cómo son mis nalgas, mi ano?

- ¿Cómo son mis brazos, mis manos?

- ¿Cómo son mis caderas?

- ¿Cómo son mis muslos, mis piernas, mis pies?

- ¿Qué partes, al acariciarlas, he sentido placer?

2) Valoro de 1 a 10 el grado de aceptación de cada una de las partes de la propia figura corporal:

Altura

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Volumen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Cabeza

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pelo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ojos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nariz

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Orejas

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Boca (labios y dientes)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Cuello

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hombros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pechos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Anexo 3: Consecuencias del abuso sexual - conferencia V  
[https://www.youtube.com/watch?v=0oXduE4qN\\_Q](https://www.youtube.com/watch?v=0oXduE4qN_Q)

Anexo 4: Habilidades Sociales y Comunicacionales.  
<https://www.youtube.com/watch?v=6hJwLD8brFc>

Anexo 5: Abuso sexual Infantil <https://es.slideshare.net/DarkVader13/abuso-sexual-infantil-power-point-1>

Anexo 6: Trastorno de estrés postraumático  
<https://www.youtube.com/watch?v=cPjIKdgvASg>

Anexo 7: Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (ejemplo animado)  
<https://www.youtube.com/watch?v=Ua5SI0yTrLY>

Anexo 8: Kung fu Panda Po Vs Tai Lung  
<https://www.youtube.com/watch?v=DIgUTxpmguY>

Anexo 9: El circo de las Mariposas  
<https://www.youtube.com/watch?v=od2lg1ZC20s>

Anexo 10: Manejo de la culpa y vergüenza  
<https://es.slideshare.net/sonimarrodriguez1/manejo-de-la-culpa-y-la-verguenza>

Anexo 11: desensibilización sistemática  
<https://www.youtube.com/watch?v=9zJ1lCdTilo>

Anexo 12: Psicoeducación <https://www.youtube.com/watch?v=6-HhAlofNv>

Anexo 13: Relajación progresiva de Jacobson  
<https://www.youtube.com/watch?v=b6bWNVZIX4A>

Anexo 14: Autoestima y adolescencia: psicología clínica  
<https://www.youtube.com/watch?v=3PXSMOkP48w>

Anexo 15: Proyecto de vida <https://www.youtube.com/watch?v=jfacOd3Ahkc>

## Referencias:

- Alderman, C., McCarthy, L. y Marwood, A., (2009) *Farmacoterapia para el trastorno de estrés postraumático (TEPT)*. En Cat-Barcelona. Revisado de [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret58\\_1.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret58_1.pdf)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.) Washington D.C.
- Ángel, A. (2017) *Aumentan los delitos sexuales en México; en un año el registro subió 27 mil a 30 mil casos*. En Animal Político, Revisado de <http://www.animalpolitico.com/2017/04/delitos-sexuales-violencia-mexico/>
- Bados, A. (2015) *Trastorno de Estrés Postraumático*. En Deposit.ub. Revisado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Berlinerblau, V. (2016) *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar decisiones y proteger sus derechos*. En UNICEF.ORG. Revisado en [https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf)
- Caballo, V y Simón, M. (2001) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Editorial Pirámide. Pp 12 y 36.
- Costa, J. M. y Rebelo, L. A. (2010) *Bases neurobiológicas del estrés postraumático*. En Revistas UM. Revisado en [http://www.um.es/analesps/v26/v26\\_1/01-26\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/01-26_1.pdf)
- Guerra, C., Farkas, C. y Plaza, H. (2017) *Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente*. En Piscoperspectivas. Revisado de [http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view File/879/605](http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/File/879/605)
- Petrzelová, J. (2013) *El abuso sexual de menores y el silencio que los rodea*. Universidad Autónoma de Coahuila. Plaza y Valdez Editores. México
- Reyes, J. A. (2008) *Neurobiología del trastorno de estrés postraumático*. En CidBimena Revisado de <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2008/pdf/RFCMVol5-2-2008-9.pdf>
- Rocha, Téllez y Sánchez (2016) *Técnicas efectivas de hipnosis clínica y terapia sistematica breve: estudio de casos*. En Research Gate. Revisado de [https://www.researchgate.net/publication/308875060\\_El\\_Uso\\_de\\_la\\_Hipnosis\\_y\\_el\\_EMDR\\_en\\_Estres\\_Postraumatico\\_por\\_Secuestro\\_y\\_Violacion](https://www.researchgate.net/publication/308875060_El_Uso_de_la_Hipnosis_y_el_EMDR_en_Estres_Postraumatico_por_Secuestro_y_Violacion)

