



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”



TÍTULO: COMPARACIÓN CLINIMÉTRICA BASAL Y TRAS UN MES DE SEGUIMIENTO EN USUARIOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ” CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SIMPLE VS COMPLEJO.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. JESSICA LARISSA RAMIREZ CHAN

ASESORA TEÓRICA: DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES CASTELÁN CAMPOS

MÉDICA ADSCRITA AL HPFBA

ASESOR METODOLÓGICO: DR. ALEJANDRO MOLINA LÓPEZ

MÉDICO ADSCRITO AL INPRFM

CIUDAD DE MÉXICO, 2022.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia que me permitió alcanzar este sueño con su apoyo incondicional, esfuerzos, sacrificios y su gran capacidad de amar. A Mari que nunca ha dejado de creer en mí y siempre ha encontrado la forma de ayudarme a conseguir mis metas.

Al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, mi casa de estudios y catalizador de los procesos de cambio. Su riqueza y vastedad me ha permitido formarme como especialista y transformarme como persona.

A mis asesores, el Dr. Alejandro Molina López, quien me apoyó de manera inicial y me orientó en todo momento, y a la Dra. Ángeles Castelán, quien me guio de manera paciente.

Al Dr. Francisco Muñoz por facilitarme el acercamiento a los grupos de psicoterapia y fungir como guía en el proceso.

A todas las participantes del estudio que confiaron en mí y me permitieron acercarme a su mundo interpersonal. Su coraje y fortaleza no termina de asombrarme, inspirarme y motivarme.

¡Gracias!

## ÍNDICE

Resumen .....	6
Introducción.....	7
Marco teórico.....	8
<b>Capítulo 1.....</b>	<b>8</b>
<b>Trastorno de estrés postraumático .....</b>	<b>8</b>
Definición .....	8
Epidemiología .....	8
Factores de riesgo .....	9
Cuadro clínico.....	10
Comorbilidad.....	13
<b>Capítulo 2.....</b>	<b>14</b>
<b>Trastorno de estrés postraumático complejo .....</b>	<b>14</b>
Antecedentes.....	14
Definición .....	15
Epidemiología .....	15
Factores de riesgo .....	17
<b>Capítulo 3.....</b>	<b>18</b>
<b>Psicoterapia en el TEPT y CTEPT .....</b>	<b>18</b>
Psicoterapia en el TEPT .....	19
Psicoterapia en el CTEPT.....	20

Psicoterapia grupal en el Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” .....	20
Justificación.....	23
Planteamiento del problema.....	23
Pregunta de investigación.....	24
Objetivos de investigación .....	24
Hipótesis .....	25
Material y métodos .....	25
Tipo de estudio .....	25
Población .....	25
Muestra.....	26
Criterios de selección.....	26
Procedimiento.....	27
Variables.....	28
Instrumentos de medición.....	29
Escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS) .....	29
Cuestionario internacional de trauma (ITQ).....	31
Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (TOP- 8).....	32
Limitaciones.....	49
Conclusiones .....	49
Anexos .....	55

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

**Tabla 1:** Síntomas de TEPT.

**Tabla 2:** Criterios diagnósticos de TEPT según el DSM-5.

**Tabla 3:** Comparación del Trastorno de estrés postraumático según el DSM-IV, DSM-5, CIE-10 y CIE-11.

**Tabla 4:** Variables.

**Figura 1:** Diagnósticos Principales de la muestra.

**Figura 2:** Trastornos psiquiátricos comórbidos.

**Figura 3:** Segunda comorbilidad psiquiátrica.

**Tabla 5:** Eventos traumáticos reportados y su presentación como trauma primario (T1), secundario (T2) o terciario (T3).

**Tabla 6:** Estadísticos descriptivos de la puntuación de la clinimetría de TEPT.

**Tabla 7:** Correlación entre la puntuación del ITQ y las variables cuantitativas.

**Tabla 8:** ANOVA de un factor: comparación entre el grupo que experimentó mejoría vs el grupo que no experimentó mejoría.

**Tabla 9:** Intervalos de confianza al 95% de las medias de puntuación intergrupo: grupo que experimentó mejoría vs grupo que no experimentó mejoría.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CAPS:** Clinician administered PTSD scale//Escala para TEPT aplicada por el clínico.

**CIE:** Clasificación internacional de enfermedades.

**CTEPT:** Trastorno de estrés postraumático complejo.

**DSM:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

**EMDR:** Terapia de movimientos oculares rápidos para la desensibilización sistemática y reprocesamiento del trauma.

**HPFBA:** Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

**ITQ:** International trauma questionnaire//Cuestionario internacional de trauma.

**TEPT:** Trastorno de estrés postraumático.

**TLP:** Trastorno límite de la personalidad.

**TOP- 8:** Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento del TEPT.

## Resumen

El trastorno de estrés postraumático se caracteriza por la aparición de miedo y ansiedad intensos que surgen tras la exposición a un evento traumático. El TEPT tiene una incidencia del 9 al 15% y una prevalencia a lo largo de la vida del 8%. Los síntomas de TEPT incluyen recuerdos intrusivos, síntomas de hiperexcitación y evitación. En los últimos años se propuso una forma más grave del trastorno, el CTEPT, que incluye los síntomas principales de TEPT y alteraciones de la auto-organización. **Objetivos:** comparar la clinimetría basal y tras un mes de seguimiento de usuarios del grupo de psicoterapia del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de estrés postraumático simple vs complejo. **Material y método:** se aplicó la Escala para medición del TEPT aplicada por el clínico (CAPS) para identificar los casos de TEPT. A los casos positivos se les aplicó el Cuestionario internacional de trauma (ITQ) para identificar a los casos de CTEPT y una escala TOP- 8 inicial para medir la gravedad de los síntomas en ambos grupos. Tras un mes de seguimiento en terapia grupal, se aplicó nuevamente la TOP-8 para medir la evolución de los síntomas. **Resultados:** Se encontró una disminución significativa de la media del TOP-8 de seguimiento respecto del basal ( $15.35 \pm 7.34$  vs  $13.75 \pm 6.72$ ,  $t=2.26$ ,  $p=0.03$ ), tras un mes de seguimiento en psicoterapia de grupo. **Conclusiones:** Los participantes con CTEPT presentaron una disminución significativa de los síntomas de TEPT tras un mes de seguimiento en terapia grupal, independientemente de la gravedad basal de los síntomas.

**Palabras clave:** trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés postraumático complejo.

## **Introducción**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por la aparición de intensa angustia que surge en respuesta a la exposición a eventos traumáticos. Tras la exposición al trauma, la persona experimenta miedo intenso e impotencia, revive el acontecimiento y lo re-experimenta continuamente con angustia y miedo, por lo que intenta evitar los recuerdos y experimenta disminución de la reactividad emocional en un intento por disminuir la angustia (Sadock, 2015).

En diferentes estudios epidemiológicos se ha calculado que el 60 al 70% de la población mundial ha estado expuesta al menos a un evento traumático en algún momento de la vida, pero solo del 9 al 15% de ellos desarrollan TEPT (Sadock, 2015; Watson, 2019).

Se reconoce que la etiología del trastorno es multifactorial y comprende distintos mecanismos que abarcan: 1) factores biológicos, 2) factores psicodinámicos y 3) factores cognitivo-conductuales (Sadock, 2015).

Para realizar el diagnóstico de TEPT, actualmente se dispone de dos clasificaciones: 1) La Clasificación Internacional de Enfermedades, y 2) El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Los síntomas del TEPT incluyen: a) síntomas de intrusión, b) evitación de estímulos asociados con el trauma, c) síntomas relacionados con un aumento del estado de alerta, y 4) alteraciones del estado de ánimo y del afecto. Estos síntomas se presentan de manera habitual un mes posterior al evento traumático, y si no reciben tratamiento, el 30% evoluciona hacia la recuperación completa, mientras que el 70% presentan síntomas de TEPT un año posterior al trauma. No obstante, la evolución del trastorno no es lineal y los síntomas pueden fluctuar a lo largo del tiempo, intensificándose durante periodos de estrés (Sadock, 2015).

Por los motivos antes expuestos, es relevante buscar estrategias para el tratamiento psicoterapéutico. Se han encontrado que las principales son el apoyo, el estímulo para el reprocesamiento del trauma y la educación sobre mecanismos de afrontamiento (Sadock, 2015).

## **Marco teórico**

### **Capítulo 1**

#### **Trastorno de estrés postraumático**

##### **Definición**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por la aparición de una intensa angustia que surge en respuesta a la exposición a uno o varios eventos traumáticos (Sadock, 2015).

Se entiende por trauma a todo evento real o sentido que pone en peligro la vida o la integridad física, ya sea que este se experimente de manera directa o que se tenga el conocimiento de que dicho evento le ocurrió a un familiar o amigo íntimo (Sadock, 2015).

Las experiencias traumáticas se caracterizan por su gran intensidad y por la capacidad de afectar a prácticamente cualquier persona. Incluye experiencias de guerra, tortura, catástrofes naturales, agresiones, violaciones, accidentes graves y enfermedades que impliquen un riesgo vital (Sadock, 2015).

Tras la experiencia traumática el individuo reacciona con miedo e impotencia, revive el acontecimiento y lo re-experimenta continuamente. Debido a la gran ansiedad que le produce, intenta evitar los recuerdos y experimenta una disminución de la reactividad emocional en un intento por disminuir la angustia (Sadock, 2015).

##### **Epidemiología**

En diferentes estudios epidemiológicos se ha identificado que la exposición a eventos potencialmente traumáticos ocurre con frecuencia. De hecho, se considera que a nivel mundial aproximadamente el 60 al 70% de la población ha estado expuesta al menos a un evento traumático en algún momento de la vida, mientras que el 20% ha experimentado al menos tres eventos traumáticos (Watson, 2019).

Se ha estimado una incidencia a lo largo de la vida de TEPT del 9 al 15%, y una prevalencia del 8% en la población general: 10% en las mujeres y 4% en los hombres. No obstante, se han reconocido formas incompletas del trastorno cuya prevalencia puede alcanzar hasta el 22.5% (Sadock, 2015).

En México el 5.2% de la población llega a padecer TEPT alguna vez en la vida, siendo mayor la prevalencia en mujeres, en quienes alcanza el 3.3%, mientras que en hombres corresponde al 1.9%. Respecto a la población etaria, se calculó un promedio de edad de presentación de 19.7 años, siendo los adultos jóvenes la población más afectada, al ser estos los más expuestos a eventos violentos (Medina-Mora, 2003).

Se reconocen diferencias en el tipo de trauma experimentado entre hombres y mujeres. Entre los primeros son más comunes las experiencias de guerra, mientras que en las segundas el trauma más frecuente es el abuso sexual (Christiansen, 2020).

### **Factores de riesgo**

El factor estresante es una condición necesaria para la aparición del trastorno, por lo que representa el factor causal principal para el desarrollo de TEPT (Sadock, 2015). Se han identificado ciertas características del trauma que pueden influir en la prevalencia del trastorno, como el tipo de trauma, severidad y repetición (Maeng, 2017). Respecto al tipo de trauma, se ha encontrado una prevalencia de hasta 40% en casos de agresión sexual (Hyland P. M., 2017).

Los factores de vulnerabilidad individual comprenden el sexo femenino, los trastornos de personalidad de tipo límite, paranoide, dependiente o disocial, y la vulnerabilidad genética a enfermedades psiquiátricas (Sadock, 2015).

Así mismo, la probabilidad de aparición del trastorno es mayor entre solteros, divorciados o viudos, personas socialmente retraídas o de nivel socioeconómico bajo (Sadock, 2015).

## Cuadro clínico

Los individuos con TEPT presentan: 1) síntomas de intrusión, 2) evitación de estímulos asociados con el trauma, 3) síntomas relacionados con un aumento del estado de alerta, y 4) alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Sadock, 2015).

<i>Tabla 1. Síntomas del trastorno de estrés post- traumático.</i>
1. Re-experimentación
2. Evitación
3. Alteración de la alerta y reactividad
4. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo
5. Malestar y deterioro clínicamente significativo

Los síntomas de intrusión y re-experimentación incluyen recuerdos y sueños angustiantes, malestar psicológico al verse expuesto a recordatorios del trauma, reacciones fisiológicas desencadenado tras la exposición a estímulos relacionados con el trauma, flashbacks y reviviscencias, que son escenas retrospectivas en las que el individuo puede llegar a actuar o sentir como si el acontecimiento traumático estuviera ocurriendo de nuevo, como es el caso de las reacciones disociativas (Sadock, 2015).

Los síntomas de evitación se refieren a esfuerzos para evitar recordatorios internos o externos del trauma, como pueden ser pensamientos, recuerdos, lugares, personas y actividades relacionadas con el trauma (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

Los síntomas de aumento del estado de alerta incluyen aumento de la vigilancia, sobresaltos exagerados, insomnio e irritabilidad (Sadock, 2015).

Las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo incluyen anhedonia, afecto embotado, creencias negativas sobre uno mismo, sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás, reducción en la capacidad para recordar aspectos importantes del trauma y percepciones distorsionadas, como la sensación de un

futuro acortado o desesperanzador (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

*Tabla 2. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (APA, 2014).*

A. Exposición o amenaza de la muerte, lesión grave o violencia sexual; ya sea que el individuo lo experimente directamente, presencie el suceso, tenga conocimiento de que el suceso traumático le ocurrió a algún familiar o amigo íntimo, o se exponga de manera intensa y/o repetida a detalles repulsivos del suceso.

B. Presencia de al menos uno de los síntomas de intrusión de manera recurrente:

1. Recuerdos angustiosos, involuntarios e intrusivos.
2. Sueños angustiosos.
3. Reacciones disociativas.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a recordatorios del suceso.
5. Reacciones fisiológicas intensas ante recordatorios del suceso.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso:

1. Recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos.
2. Recordatorios externos como personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones relacionadas con el trauma.

D. Alteraciones cognitivas negativas y alteraciones del estado de ánimo manifestadas por al menos dos de las siguientes características:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso.
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
3. Percepción distorsionada de la causa o las consecuencias del suceso.
4. Estado emocional negativo persistente, manifestado por miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza.
5. Disminución del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad de experimentar emociones positivas.

E. Alteración importante de la alerta y reactividad, manifestadas por al menos dos de las siguientes:

1. Irritabilidad y ataques de ira.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño.

F. La duración de los síntomas es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a una afección médica.

Los criterios diagnósticos para el TEPT según el DSM-5 se muestran en la tabla 2. Para realizar el diagnóstico de TEPT debe existir al menos un síntoma del criterio B, un síntoma del criterio C, dos síntomas del criterio D y dos síntomas del criterio E. Los síntomas deben estar presentes al menos durante un mes y deben causar deterioro significativo en el funcionamiento del individuo (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

La comparación de los cambios en las distintas clasificaciones diagnósticas a lo largo del tiempo se muestra en la tabla 3.

<i>Tabla 3. Comparación del trastorno de estrés postraumático según el DSM IV, DSM 5, CIE-10 y CIE-11.</i>				
<b>CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA</b>	<b>DSM-IV (1994)</b>	<b>DSM-5 (2014)</b>	<b>CIE-10 (1992)</b>	<b>CIE-11</b>
<b>CAPÍTULO</b>	Trastornos de ansiedad.	Trastornos relacionados con trauma y con factores de estrés.	Reacciones a estrés grave y reacciones de adaptación.	Trastornos específicamente asociados con el estrés.
<b>NOMBRE</b>	Trastorno por estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático	Trastorno de estrés post-traumático	Trastorno de estrés postraumático
<b>CLASIFICACION</b>	309.81	309.81	F43.1	6B40
<b>DEFINICIÓN</b>	Se consideran al TEPT como un trastorno de ansiedad.	Trastorno que surge tras la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.	Trastorno que surge como respuesta tardía a una situación estresante, amenazante y catastrófica.	Trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a uno o varios eventos extremadamente amenazantes u horribles.
<b>DIFERENCIAS</b>	Incluye 17 síntomas agrupados en 3 grupos, más 3 criterios clínicos: naturaleza amenazante del factor estresante, duración de los síntomas y deterioro clínico significativo.	Incluye 20 síntomas agrupados en 4 grupos.		Se reorganizan los criterios diagnósticos, tomando en cuenta tres elementos centrales: re-experimentación, percepción actual de amenaza y evitación.  *El CTEPT surge una nueva entidad diagnóstica

## **Comorbilidad**

Aproximadamente dos tercios de los individuos con TEPT presentan al menos otros dos trastornos. Las enfermedades coexistentes más frecuentes son trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos bipolares. Además, se reconoce que la influencia de la comorbilidad es bidireccional, pues estas pueden aumentar la vulnerabilidad para el desarrollo de TEPT (Sadock, 2015).

## Capítulo 2

### Trastorno de estrés postraumático complejo

#### Antecedentes

Desde la publicación del DSM-5 en el año 2014, han surgido varias críticas hacia los criterios diagnósticos de TEPT. Dentro de las más destacadas se encuentra el amplio número de síntomas y criterios diagnósticos, la dificultad para identificar el diagnóstico y el hecho de que los criterios diagnósticos comparten muchos síntomas con otros trastornos, como con los trastornos afectivos y los trastornos de personalidad, principalmente con el trastorno límite de personalidad. De hecho, debido a la gran cantidad de síntomas englobados en los criterios diagnósticos, el número de posibles combinaciones de síntomas se aproxima a unas 10, 000 (Maercker, 2013).

Esto impulsó la revisión de la especificidad y sensibilidad de los criterios diagnósticos de TEPT del DSM-5, encontrándose que de los 20 síntomas de TEPT que se incluyen en esta clasificación, sólo 3 de ellos resultaron específicos para el TEPT: 1) la re- experimentación del evento traumático, 2) las conductas evitativas, y 3) la hiperreactividad (Brewin, 2017).

A la par, se realizaron otros estudios que se centraron en las características de los eventos traumáticos y la gravedad de los síntomas. En estos se observó que entre aquellas personas sometidas a experiencias traumáticas repetitivas, principalmente de inicio en la infancia y de duración prolongada, se desarrollaron alteraciones importantes de la auto-organización, tales como alteraciones de la auto-percepción y el auto-concepto (Giourou, 2018).

Estas investigaciones dieron paso al surgimiento de la propuesta de una nueva entidad diagnóstica, el trastorno de estrés postraumático complejo (CTEPT), que incluye los síntomas centrales de TEPT, más cambios en la auto-percepción, el auto-concepto y la auto-organización (Giourou, 2018).

Tomando en cuenta lo anterior, se propusieron algunos cambios para la onceava edición de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11), como: 1) la creación de un nuevo apartado diagnóstico denominado trastornos específicamente asociados con el estrés, 2) la reorganización de los criterios diagnósticos de TEPT, tomando en cuenta tres síntomas principales: a) la re- experimentación del evento traumático, b) las conductas evitativas, y c) la hiperreactividad; y 3) la creación de un nuevo apartado diagnóstico, el trastorno de estrés postraumático complejo (CTEPT) (Giourou, 2018).

### **Definición**

El CTEPT se erige como una entidad diagnóstica distinta del TEPT y se define como un síndrome clínico que surge tras la exposición a uno o varios factores estresantes o eventos traumáticos severos y amenazantes, comúnmente repetitivos o prolongados, de los cuales es difícil escapar. Estos eventos incluyen experiencias como tortura, abuso infantil, abuso físico o sexual repetido, víctimas de trata y de violencia doméstica prolongada (Giourou, 2018; Hyland, 2018).

Los criterios diagnósticos de CTEPT incluyen los tres principales síntomas del trastorno de estrés postraumático, además de alteraciones en otros tres dominios como son: a) problemas graves y persistentes de la regulación emocional, b) alteraciones en la autopercepción y el autoconcepto, como creencias desagradables y persistentes sobre uno mismo, como estar disminuido, derrotado o sin valor; acompañado de sentimientos profundos de culpa y/o vergüenza, y c) dificultad persistente para el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias (Giourou, 2018).

### **Epidemiología**

Un estudio realizado en el INPRF durante el año 2020, realizado por Abitia, se centró en explorar la asociación entre la frecuencia de adversidades experimentadas durante la infancia con la disfunción psicosocial y la comorbilidad psiquiátrica en una muestra de 82 participantes con diagnóstico de CTEPT, de los cuales el 92.7% fueron mujeres y el 7.3% hombres. Para ello se les aplicó el

Cuestionario internacional de trauma (ITQ) para corroborar el diagnóstico de CTEPT y el inventario auto-aplicable de trauma temprano (ITS- SR), con el objetivo de identificar los eventos traumáticos ocurridos durante la infancia. Así mismo, se midió la disfunción psicosocial asociada y se identificaron las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes.

Los resultados de este estudio mostraron que los síntomas de TEPT que se presentaron con mayor gravedad fueron la re-experimentación y la evitación; mientras que el auto-concepto negativo, la desregulación afectiva, las alteraciones en las relaciones y el deterioro del self se presentaron con gran frecuencia; por otro lado las comorbilidades más encontradas fueron trastornos depresivos, trastorno límite de personalidad y trastornos de ansiedad (Abitia, 2021).

Los estudios sobre el TEPT realizados en el HPFBA hasta antes del 2019, se basaron en la correlación entre trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, con experiencias vitales traumáticas específicas, tales como quemaduras, abuso sexual y violencia doméstica. Sin embargo, estos estudios no establecen una correlación directa con el trastorno de estrés postraumático.

Un estudio realizado por Villanueva (2015) midió la relación entre el trastorno de estrés postraumático y la dependencia a sustancias en pacientes con trastorno de personalidad. En este estudio se encontró que los síndromes de dependencia a diferentes sustancias se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes con TEPT.

Por otro lado, Núñez (2019), buscó la asociación entre el trastorno de estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad. Para ello midió la frecuencia con la que se encontró el diagnóstico de TEPT crónico en pacientes con diagnóstico de TLP en el HPFBA, y posteriormente calculó la correlación estadística entre ambos trastornos. Para ello aplicó la entrevista clínica estructurada para trastornos del Eje- II (SCID- II) para identificar a los casos de TLP, y a estos les aplicó la escala de TEPT administrada por el clínico (CAPS) para identificar a los casos de TEPT crónico.

Los resultados arrojaron que de los 50 pacientes con TLP incluidos en la muestra, 31 de ellos cumplieron con los criterios suficientes para el diagnóstico de TEPT crónico o actual (62%); mientras que 19 puntuaron negativo para el diagnóstico de TEPT (38%). De los 31 pacientes con diagnóstico de TEPT crónico, el 74% refirieron el antecedente de maltrato durante la infancia y el 83.8% de abuso sexual; mientras que las causas desencadenantes de TEPT crónico fueron el abuso sexual aunado al maltrato experimentados durante la infancia, el abuso sexual y el maltrato infantil (Nuñez, 2019).

### **Factores de riesgo**

Se ha observado que en el caso del trauma complejo, los factores de riesgo más representativos son aquellos relacionados con la duración y naturaleza del trauma, tales como: 1) larga duración, 2) exposición prolongada, 3) trauma infantil, 4) varias o repetidas formas de maltrato, y 5) trauma de naturaleza interpersonal (Giourou, 2018).

En cuanto al sexo, no se han encontrado diferencias significativas en la incidencia y prevalencia de trauma complejo, con lo que se concluye que ambos sexos tienen la misma probabilidad de verse afectados por el trauma, y que esto depende más de las características horribles del trauma y no del sujeto (McGinty, 2021).

## Capítulo 3

### Psicoterapia en el TEPT y CTEPT

La psicopatología del TEPT se ha explicado desde distintas perspectivas y corrientes psicológicas, dentro de las cuales se han propuesto diferentes factores psicoanalíticos, psicodinámicos y cognitivo-conductuales como responsables de las manifestaciones clínicas (Sadock, 2015).

Factores psicoanalíticos:

Desde el punto de vista psicoanalítico, el “yo” revive y, por tanto, intenta dominar y reducir la ansiedad mediante el uso de mecanismos de defensa como la represión, negación, anulación y formación de reacciones reactivas (Sadock, 2015).

Factores psicodinámicos:

Debido a las características horribles del trauma, los individuos afectados no pueden procesarlo, por lo que continúan reviviendo y re-experimentando el estrés, e intentan eludirlo mediante técnicas o conductas de evitación (Karatzias, 2019).

Factores cognitivo-conductuales:

En el desarrollo del TEPT se reconocen dos fases: 1) El trauma o estímulo incondicionado que produce la respuesta intensa de miedo, se asocia con un estímulo condicionado, como recordatorios físicos o mentales del trauma que pueden incluir visiones, olores, sonidos, sensaciones o pensamientos. 2) Los estímulos condicionados evocan la respuesta de miedo, independientemente del estímulo incondicionado. Como consecuencia los individuos desarrollan un patrón de evitación tanto del estímulo condicionado como del incondicionado (Sadock, 2015).

Las intervenciones psicoterapéuticas para el TEPT incluyen terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico conductual, terapia de aceptación y compromiso, terapia de movimientos oculares rápidos para la desensibilización sistemática y reprocesamiento del trauma (EMDR), y la hipnosis. Todas ellas por un periodo

limitado de tiempo para minimizar el riesgo de dependencia y cronicidad (Sadock, 2015).

Las distintas intervenciones terapéuticas se centran en dos estrategias principales: 1) terapia de exposición, y 2) educación en técnicas de afrontamiento y manejo del estrés (Sadock, 2015).

### **Psicoterapia en el TEPT**

Se ha observado que en individuos con TEPT hay una mayor efectividad de la psicoterapia cuando esta se orienta al trauma y se acompaña de técnicas de relajación y afrontamiento (Karatzias, 2019).

En un metanálisis realizado durante el 2020 por Melton, H., se analizó la eficacia de distintas terapias psicológicas centradas en el trauma, entre las que se incluyeron terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico conductual, terapias de exposición y EMDR. Se incluyeron 104 estudios, de los cuales 95 fueron ensayos clínicos aleatorios y 9 fueron estudios clínicos controlados, realizados entre veteranos de guerra, sobrevivientes de abuso sexual infantil, refugiados y sobrevivientes de violencia doméstica.

Los resultados mostraron que en todas las poblaciones, todas las intervenciones psicológicas orientadas al trauma fueron efectivas para reducir los síntomas de trastorno de estrés postraumático, en comparación con los grupos control. De estas, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, y más específicamente las intervenciones de un solo componente centradas en el trauma, resultaron más eficaces que las intervenciones de varios componentes (Melton, 2020).

Además de las técnicas de terapia individual, se ha descrito la efectividad de las terapias de grupo, que permiten al individuo compartir la experiencia traumática y recibir apoyo de otros miembros (Sadock, 2015).

## **Psicoterapia en el CTEPT**

Inicialmente se pensó que para presentaciones traumáticas complejas eran preferentes los modelos de psicoterapia en fases, que abordaran primero los síntomas de alteración en la auto-organización y los problemas relacionados en el funcionamiento diario, para posteriormente abordar la exploración del trauma, con un mayor número de recursos emocionales, psicológicos y sociales (Cloitre, 2012).

En el metanálisis realizado por Melton, H y colaboradores, se encontró que si bien cualquiera de las intervenciones analizadas, centradas o no en el trauma, mejoraron los síntomas de TEPT, la mayoría de los síntomas de CTEPT permanecieron sin cambios.

Se midió la mejoría de los siguientes dominios: autoconcepto negativo, alteraciones de la auto-organización y dificultades en las relaciones interpersonales, y se encontró que las terapias centradas en el trauma mejoraron de manera significativa los síntomas de autoconcepto negativo, pero no aquellos relacionados con alteraciones de la auto-regulación ni con las dificultades interpersonales. Por otro lado, las terapias escalonadas centradas en el trauma que incluyeron una fase de estabilización antes de iniciar la terapia de exposición mostraron efectos positivos en la desregulación emocional y las dificultades interpersonales, aunque ambos resultados tuvieron poca significancia estadística (Melton, 2020).

## **Psicoterapia grupal en el Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

El programa de terapia de grupo Integradora del HPFBA se ha implementado desde el 2004 para el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad; principalmente trastorno de inestabilidad emocional tipo límite.

El programa se basa en teoría psicodinámica, técnicas de psicoeducación y teoría interpersonal, y hace uso de varios recursos psicoterapéuticos, entre los que se encuentran dinámicas grupales, técnicas de apoyo, psicodrama y técnicas expresivas.

Los grupos de psicoterapia se encuentran constituidos por 8 a 12 participantes, previamente valorados por psiquiatras entrenados, quienes se aseguran que los pacientes cumplan con las características básicas necesarias para desenvolverse en la psicoterapia grupal. La composición de los grupos es heterogénea, pero todos los participantes comparten un trastorno de personalidad, principalmente el trastorno de personalidad tipo límite, además de otras comorbilidades. Son grupos abiertos, por lo que se permite el ingreso continuo de participantes, y del mismo modo, al concluir el tiempo de terapia, los participantes son egresados de la terapia.

El trabajo que se lleva a cabo en la terapia grupal es polietápico. La primera etapa consiste en los grupos de valoración, durante la cual se lleva a cabo la evaluación inicial de los pacientes, se corrobora el diagnóstico de personalidad, se evalúa el desempeño en el contexto grupal y se brindan psicoeducación sobre los trastornos psiquiátricos. Consiste en 8 sesiones impartidas de manera semanal a lo largo de 2 meses. Durante esta etapa se lleva a cabo el proceso natural de filtro, y por lo tanto es la etapa con mayor índice de deserción.

La siguiente etapa es la de terapia grupal, la cual consta de un total de 80 sesiones impartidas de manera semanal durante un periodo de 2 años. Se divide en las siguientes fases: a) fase de cohesión grupal, b) fase de trabajo, y c) fase de cierre.

La fase de cohesión tiene como objetivo lograr la integración del grupo, para luego iniciar la fase de trabajo. La duración aproximada va de 3 a 6 meses, pero difiere entre grupos.

La fase de trabajo tiene como objetivo que los miembros del grupo inicien su trabajo psicoterapéutico. Esto es posible mediante la interacción de los miembros, principalmente por medio de la identificación y proyección que ocurre entre los miembros del grupo y el terapeuta.

La fase de cierre consta de 4 a 6 sesiones previas al egreso de los participantes. Durante este periodo se da aviso al paciente que pronto finalizará el tiempo establecido de la terapia de grupo, lo que puede generar angustia y acentuación de

ciertos mecanismos de defensa. En esta etapa el trabajo del terapeuta consiste en brindar apoyo.

## **Justificación**

Los estudios realizados sobre el TEPT en el HPFBA se centran en la relación entre el TEPT simple y algunos trastornos comórbidos como los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos de conducta y el trastorno límite de personalidad, su correlación estadística y sus características compartidas (Villanueva, 2015; Núñez, 2019).

Sin embargo, dado el reciente cambio en las clasificaciones diagnósticas, hasta el momento no se ha explorado la correlación entre el trastorno de estrés postraumático simple y la propuesta diagnóstica del CIE-11 de trastorno de estrés postraumático complejo, que como se sabe implica una mayor cantidad de síntomas, mayor gravedad de los mismos y mayor deterioro funcional para los pacientes.

Por lo anterior, es necesario conocer el porcentaje de pacientes con TEPT que cumplen con los criterios diagnósticos para CTEPT entre los usuarios de los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, y comparar la gravedad de los síntomas entre ambos grupos. Lo que permitirá obtener un mayor entendimiento de las necesidades de cada grupo, brindará directrices sobre las áreas de funcionamiento mayormente afectadas y en última instancia permitirá la mejora del abordaje diagnóstico y terapéutico de cada trastorno.

## **Planteamiento del problema**

El trastorno de estrés postraumático simple y el trastorno de estrés postraumático complejo se consideran dos entidades clínicas diferentes, y como tal, varían en cuanto al número y características de los síntomas, el curso del trastorno y el pronóstico del mismo. Así mismo, existen diferencias en cuanto a la epidemiología, el tipo de eventos traumáticos relacionados al desarrollo de los trastornos y las comorbilidades de los mismos.

En el caso del TEPT se ha estimado una incidencia a lo largo de la vida del 9 al 15%, y una prevalencia del 8% en la población general. Mientras que en México se ha calculado una incidencia de TEPT de 5.2%, siendo mayor en mujeres, en quienes

alcanza el 3.3%, mientras que en hombres corresponde al 1.9% (Sadock, 2015; Medina-Mora, 2003).

En el Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se han llevado a cabo estudios referentes al trastorno de estrés postraumático simple, en los que se ha encontrado una frecuencia de TEPT de hasta el 62% en los grupos de psicoterapia (Núñez, 2019). Sin embargo, dado el reciente cambio en las clasificaciones diagnósticas, el trastorno de estrés postraumático complejo aún no se ha estudiado.

Por lo anterior, se considera necesario saber si existen diferencias entre la gravedad de los síntomas de TEPT y CTEPT de manera inicial y tras un mes de seguimiento en los usuarios de los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

### **Pregunta de investigación**

¿Existirán diferencias en la clinimetría basal y tras un mes de seguimiento entre los usuarios con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo, atendidos en los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” durante el periodo de marzo a mayo del 2022?

### **Objetivos de investigación**

#### **Objetivo general:**

Conocer si hay diferencias en la clinimetría basal y tras un mes de seguimiento entre los usuarios con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo, atendidos en los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” durante el periodo de marzo a mayo del 2022.

#### **Objetivos específicos:**

-Identificar las características sociodemográficas de los usuarios de los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo.

-Identificar los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentes entre los usuarios de los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo.

-Identificar las diferencias en la clinimetría basal entre los usuarios de los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo.

-Identificar las diferencias en la clinimetría obtenida tras un mes de seguimiento entre los usuarios de los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo.

-Identificar las diferencias inter-grupo en cuanto a la evolución de la gravedad de los síntomas de TEPT.

## **Hipótesis**

Los pacientes con trastorno de estrés postraumático complejo tendrán un mayor deterioro en las evaluaciones clinimétricas basal y tras un mes de seguimiento, en comparación con los pacientes con trastorno de estrés postraumático simple.

## **Material y métodos**

### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

### **Población**

La población se ciñó a todos los pacientes del HPFBA tratados en los grupos de psicoterapia en el periodo de marzo a mayo del 2022. Durante este periodo se contó con una población aproximada de 60 pacientes que asistieron de manera recurrente a las sesiones de psicoterapia.

## **Muestra**

La muestra fue dirigida e incluyó a 37 sujetos.

## **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

- A) Usuarios con número de expediente del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, que acudan de manera regular a los grupos de psicoterapia.
- B) Pacientes hombres y mujeres, con edad mínima de 18 años y sin un máximo de edad.
- C) Pacientes que otorguen su consentimiento informado para participar en la investigación.
- D) Pacientes que posean la capacidad suficiente de lecto-escritura para realizar las evaluaciones clinimétricas.

### **Criterios de exclusión**

- A) Pacientes con discapacidad intelectual, sensorial o condición neurológica que impida la realización de la evaluación clinimétrica.
- B) Trastorno psicótico actual de cualquier causa.
- C) Pacientes que rechacen participar en el estudio.
- D) Pacientes que presenten un cuadro de agitación psicomotriz o riesgo suicida agudo.

### **Criterios de eliminación**

- A) Que las evaluaciones no se completaran por cualquier causa.
- B) Que el paciente decidiera retirar su consentimiento informado por cualquier causa.

## Procedimiento

Esta investigación se realizó en dos fases. La primera de ellas se enfocó en identificar a los pacientes con diagnóstico de TEPT de entre aquellos que acudieron a los grupos de psicoterapia integral del HPFBA. Para ello se aplicó el Cuestionario para Experiencias Traumáticas a 37 pacientes, para identificar eventos traumáticos a lo largo de la vida. A los pacientes que reportaron al menos un evento traumático y puntuaron al menos uno de los síntomas listados en el cuestionario, se les aplicó la escala CAPS para identificar los casos con TETP. Posteriormente se les pidió completar un cuestionario ITQ para identificar los casos de CTEPT, y una escala TOP-8 para obtener una medición basal de la severidad de los síntomas. La segunda fase se llevó a cabo tras un mes de seguimiento en terapia grupal, cuando se obtuvo una nueva medición de la severidad de los síntomas mediante una nueva aplicación de la escala TOP-8.

1. Se reclutaron participantes que cumplieran con los criterios de elegibilidad, provenientes de los grupos de psicoterapia del HPFBA.
2. Se les explicó a los pacientes el objetivo del proyecto y los beneficios del mismo; se les invitó a participar, se resolvieron dudas y se les pidió firmar el consentimiento informado.
3. Se les aplicó el Cuestionario para Experiencias Traumáticas para identificar eventos traumáticos a lo largo de la vida. A los pacientes que reportaron al menos un evento traumático y puntuaron al menos uno de los síntomas listados en el cuestionario, se les aplicó la CAPS para identificar los casos de TEPT, se les pidió completar un cuestionario ITQ para identificar a los casos de CTEPT, y una escala TOP-8 para obtener una medición basal de la severidad de los síntomas.
4. Se realizó la revisión del expediente clínico de todos los participantes para recabar los datos sociodemográficos, comorbilidades psiquiátricas, tiempo de psicoterapia y antecedentes de relevancia clínica.
5. Tras un mes de seguimiento en terapia grupal, se les aplicó nuevamente la escala TOP-8 para evaluar la evolución de los síntomas.

## Variables

Las variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad y diagnósticos psiquiátricos comórbidos se obtuvieron por medio de una entrevista y revisión del expediente clínico.

<i>Tabla 4. Variables</i>				
<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>
Edad	Número de años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento.	18-100 años.	Cuantitativa discreta. Independiente.	Número de años cumplidos.
Diagnósticos psiquiátricos comórbidos	Hasta tres o más diagnósticos clínicos además de TEPT o CTEPT, según el CIE-10, determinado en el expediente clínico y/o realizado por el médico tratante habitual.	Trastornos de personalidad. Trastornos depresivos. Trastornos ansiosos. Trastornos por consumo de sustancias.	Cualitativa nominal. Independiente.	Diagnóstico clínico emitido por el médico tratante y expresado en el expediente clínico.
Severidad del TEPT	Se considera la presencia de un síntoma sólo cuando la frecuencia es evaluada con 1 o más, y la intensidad con un 2 o más.	La puntuación de las medidas de frecuencia e intensidad oscila de 0 a 8 para cada ítem y de 0 a 136 para la puntuación total. El punto de corte es de 40 puntos.	Cuantitativa. Independiente.	Escala para el trastorno de estrés posttraumático administrada por el clínico (CAPS).
Diagnóstico de CTEPT	Síndrome clínico que surge tras la exposición a uno o varios factores estresantes o eventos traumáticos severos y amenazantes, comúnmente repetitivos o prolongados, de los cuales es difícil escapar. Estos eventos incluyen	Se requiere la presencia de TEPT, además de al menos un síntoma de cada uno de los tres grupos de alteraciones de la auto-organización (desregulación	Cuantitativa. Dependiente.	Cuestionario internacional de trauma (ITQ).

	experiencias como tortura, abuso infantil físico o sexual, víctimas de trata y de violencia doméstica prolongada.	afectiva, autoconcepto negativo, y dificultad en las relaciones, indicado por una puntuación mayor o igual a 2 en la escala Likert.		
Mejoría clínica	Cambios positivos en los síntomas de TEPT tras un mes de intervención psicoterapéutica.	Una disminución de la puntuación obtenida respecto al control previo.	Cuantitativa Dependiente	Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (TOP-8).

### **Instrumentos de medición**

En primera instancia se aplicó la Escala para el trastorno por estrés postraumático administrada por el clínico/Clinician administered PTSD scale (CAPS), para identificar los casos de TEPT. Posteriormente, a los casos identificados se les aplicó el Cuestionario internacional de trauma/International trauma questionnaire (ITQ) para identificar los casos de CTEPT. Ambos cuestionarios se encuentran previamente elaborados, pero únicamente la CAPS se encuentra validada para población mexicana.

#### ***Escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS)***

Su nombre original es Clinician administered PTSD scale (CAPS) y es el estándar de oro para la evaluación de TEPT. Fue creada en 1990 por Blake, D., et al; traducida al español en 1997 por Bustamate, V., et al; y adaptada por Palacios en 2002.

Consiste en una entrevista estructurada de 30 ítems, cuyos objetivos son facilitar el diagnóstico de TEPT y evaluar la gravedad de los síntomas.

La entrevista consta de un apartado que corresponde al criterio A del DSM-IV que evalúa el acontecimiento traumático sufrido por el sujeto, tomando en cuenta la naturaleza del acontecimiento y la repercusión en el sujeto. El segundo apartado

evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios del DSM-IV. La evaluación de los síntomas se realiza desde una perspectiva categorial; es decir, determinando si el síntoma se encuentra o no presente; y desde una perspectiva cuantitativa, en donde se puntúa separadamente la frecuencia y la intensidad de cada síntoma utilizando una escala Likert de 5 puntos que va del 0 al 4. El tiempo de administración va de 30 a 60 minutos.

Fiabilidad: Consistencia interna: Para los 17 ítems de la escala se obtuvo un nivel de Crombach de 0'94. Fiabilidad (test- retest): para los 17 ítems los coeficientes para cada uno de los 3 pares de evaluadores oscilaban entre 0'90 y 0'98, y para los criterios de síntomas entre 0'77 y 0'96. La versión para población mexicana tiene una Kappa=0.581. El punto de corte establecido para el diagnóstico de TEPT es de 40 en la escala global.

Validez: Los coeficientes de correlación entre la puntuación total de gravedad de la CAPS y la puntuación de la Mississippi Scale for Combat Related PTSD fue de 0'91, y con la escala de trastorno de estrés postraumático de Keane (PK) del Inventario multifásico de personalidad de Minnesota de 0'77.

Normas de aplicación: El entrevistador debe valorar todos los ítems sin excepción y en el orden especificado, siguiendo las indicaciones del instrumento. Se trata de un instrumento heteroaplicado por personal previamente entrenado.

Corrección e interpretación: Se calcula la puntuación total sumando las puntuaciones de frecuencia e intensidad para cada uno de los ítems. La puntuación de las medidas de frecuencia e intensidad oscila de 0 a 8 para cada ítem y de 0 a 136 para la puntuación total.

La CAPS puede ser puntuada según criterios del DSM estableciendo una dicotomía evaluando la presencia o ausencia del trastorno. El marco temporal para la CAPS puede ser el periodo de un mes que precede a la entrevista (diagnóstico actual) o el periodo más sintomático de un mes después del suceso traumático (diagnóstico vital). También puede ser el periodo de una semana inmediatamente anterior a la entrevista (rango de síntoma). Se considera la presencia de un síntoma sólo cuando

la frecuencia es evaluada con 1 o más (indicando que ha ocurrido al menos una vez durante un periodo de tiempo de un mes) y la intensidad con un 2 o más (indicando que el síntoma es al menos moderadamente intenso). Otra forma más conservadora es considerar la presencia del síntoma cuando ambas escalas (frecuencia e intensidad) sumen 4. Además, debe haber al menos un síntoma de re-experimentación, tres de evitación y dos de activación.

### ***Cuestionario internacional de trauma (ITQ)***

El cuestionario ITQ es una medida auto aplicable, breve y sencilla, realizada para su uso internacional. Se centra en las características principales de TEPT y CTEPT, empleando reglas de diagnóstico directas.

Para realizar el diagnóstico de TEPT según la escala ITQ se requiere que una persona haya experimentado un evento traumático, además de la presencia de al menos un síntoma en cada uno de los tres grupos: 1) re-experimentación en el aquí y ahora, 2) evitación, y 3) percepción actual de amenaza, indicado por una puntuación mayor o igual a 2 en la escala Likert, y la presencia de deterioro funcional asociada a estos síntomas.

El diagnóstico de CTEPT requiere de la presencia de uno de dos síntomas de cada uno de los tres grupos de síntomas de TEPT, además de al menos uno de dos síntomas de cada uno de los tres grupos de alteraciones de la auto-organización: 1) desregulación afectiva, 2) autoconcepto negativo, y 3) dificultad en las relaciones, indicado por una puntuación mayor o igual a 2 en la escala Likert.

Por otro lado, el deterioro funcional se debe identificar cuando se cuente con al menos un indicador de deterioro funcional en relación con los síntomas de TEPT y un indicador de deterioro funcional en relación con los síntomas de alteraciones de la autopercepción.

La calificación de los síntomas y/o deterioro funcional se define como una puntuación de 2 o más en la escala Likert. Cabe destacar que una persona puede ser diagnosticada con TEPT o con CTEPT, pero no con ambos.

### ***Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (TOP- 8)***

Esta escala es un instrumento que cuantifica la frecuencia y la gravedad de cada uno de los síntomas del trastorno por estrés post-traumático. Es un cuestionario que se aplica mediante entrevista, formado por 8 ítems mostrados con escala tipo Likert de 5 grados (0-4 puntos). La puntuación obtenida se encuentra entre 0 y 32 puntos.

Para la creación de la prueba se seleccionaron, de los 17 ítems de la DTS, los 8 que puntuaban presentando más frecuencia y que eran más sensibles al cambio, con la intención de crear un instrumento breve y de alta sensibilidad al cambio.

Los autores de la prueba original presentan los siguientes puntos de corte:

0-7: No existencia de TEPT

Igual o superior a 12: Trastorno por TEPT.

Por lo que respecta a la aplicación de la prueba en ensayos clínicos con nuevas terapias, Davidson et al., sugieren que la aparición de un descenso igual o inferior en la puntuación obtenida respecto al control previo, pueden sugerir una adecuada respuesta al tratamiento.

Propiedades psicométricas: La validación de la prueba en España se realizó a partir de un método indirecto, hecho a partir de un subconjunto de 8 ítems, después de aplicar a los pacientes la DTS, evaluando los ítems seleccionados los mismos elementos que la TOP-8 original. Respecto a la fiabilidad cabe destacar una alfa de Cronbach superior a 0'70, y una correlación intraclase superior también a 0'70 en la prueba test-retest. En relación a la validez se observa una validez convergente con otras escalas de TEPT y un correcto poder discriminante. No se han encontrado hasta el momento estudios que planteen el análisis de la sensibilidad al cambio.

## **Consideraciones éticas**

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación, este trabajo se considera de riesgo mínimo, pues únicamente se tomarán datos del expediente clínico y se realizarán mediciones no invasivas; es decir, que no pondrán en riesgo la integridad o salud del paciente. No se “manipulará” la conducta del paciente ni se realizarán intervenciones psicológicas con riesgo de empeorar su estado mental.

La información obtenida en este estudio será utilizada únicamente para fines de investigación, los datos de los participantes no serán proporcionados a terceros en ningún momento, quedando a resguardo del investigador principal.

## **Análisis estadístico**

Se utilizó un software de SPSS 22.0 para el análisis estadístico.

Para las variables sociodemográficas y clínicas, es decir, los diagnósticos comórbidos, se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión (promedio y desviación estándar), así como gráficas porcentuales.

Las variables se asignaron de manera no aleatoria a dos grupos, según si los participantes cursaban con TEPT simple (TEPT) o TEPT complejo (CTEPT).

Para evaluar la diferencia de puntaje en la escala CAPS entre ambos grupos (TEPT vs CTEPT), se utilizó t de student para muestras relacionales.

Para evaluar la diferencia entre el puntaje basal y el puntaje al mes de seguimiento entre ambos grupos (TEPT vs CTEPT), se utilizó t de student para muestras independientes.

Para evaluar las diferencias de edad se utilizó ANOVA.

Para evaluar diferencias entre variables nominales se utilizaron pruebas no paramétricas (chi cuadrada).

## **Resultados**

### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Se incluyeron en el estudio n=37 pacientes que acudieron a los grupos de psicoterapia para trastorno límite de la personalidad, de los cuales n=6 fueron del hombre y n=31 mujeres, entre las cuales se incluyó una mujer trans-género.

La media de la edad de la muestra fue de 36.81 años (SD=10.67), con un rango de 19 a 59 años.

Respecto a la escolaridad de la muestra, 43.2% concluyeron la preparatoria (n=16), 29.7% la licenciatura (n=11), 18.9% la secundaria (n=7), 5.7% la maestría (n=2) y 2.7% la primaria (n=1).

En cuanto a la ocupación, el 24.3% de la muestra se encontró desempleada (n=9), mientras que la ocupación más frecuente fue el comercio informal, alcanzando el 24.3% de la muestra (n=9), seguidas de estudiante 16.2% (n=6) y profesionista 16.2% (n=6). Las profesiones que se encontraron fueron: docente, cheff, actor, dentista y abogada, mientras que los oficios más frecuentes fueron el de costurera y estilista, los cuales se reportaron en el 8.1% de la muestra (n=3).

El 78.5% de la muestra se reportó como soltera (n=29), el 18.9% se encontró casada (n=7) y el 2.7% en unión libre (n=1).

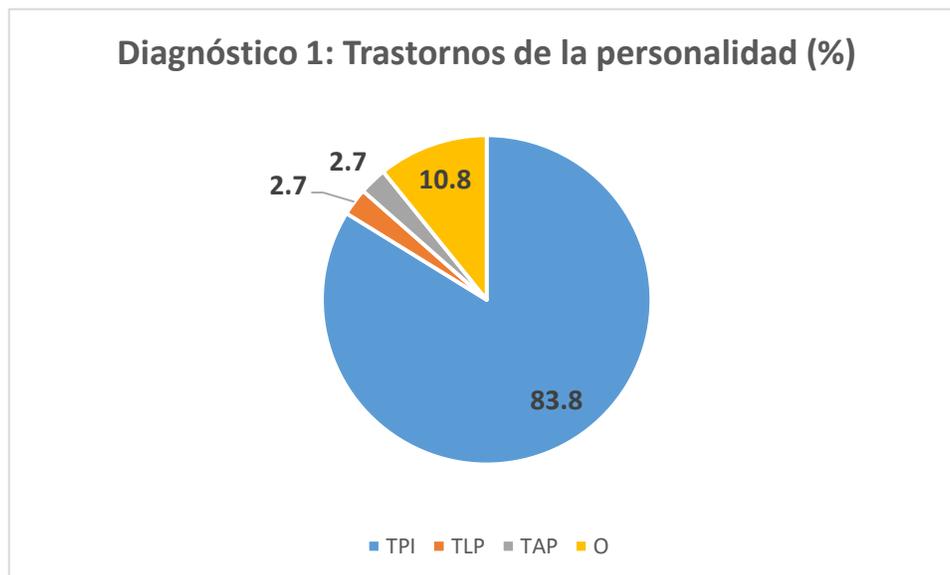
La proporción en cuanto a religión de la muestra fue la siguiente: católica (64.9%, n=24), ninguna (16.2%, n=6), cristiana (8.1%, n=3), testigo de Jehová (8.1%, n=3), judía (2.7%, n=1), y mormona (2.7%, n=1).

### **DIAGNÓSTICOS DE PERSONALIDAD Y DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS**

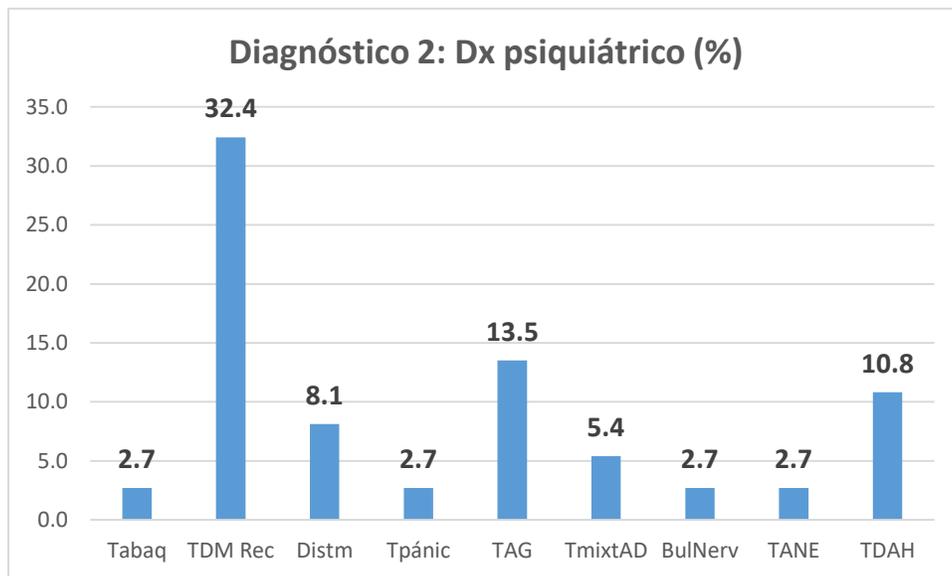
De los n=37 participantes del estudio, n=30 tuvieron al menos dos diagnósticos y n=14 tuvieron tres diagnósticos psiquiátricos. En todos los casos, el diagnóstico principal consistió en un trastorno de la personalidad, principalmente de tipo límite y de tipo impulsivo (Fig. 1). Los diagnósticos comórbidos al trastorno de la personalidad fueron en mayor medida episodio depresivo mayor recurrente (32.4%),

trastorno de ansiedad generalizada (13.5%) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (10.8%) (Fig. 2). Los diagnósticos terciarios consistieron principalmente en trastornos por consumo y dependencia a alcohol, benzodiacepinas y tabaco. Un participante reportó tener epilepsia como trastorno médico comórbido (Fig. 3). Llama la atención que de la muestra, sólo un participante contó con el diagnóstico consignado de trastorno por estrés postraumático, el cual se registró como segundo diagnóstico psiquiátrico comórbido al trastorno de la personalidad.

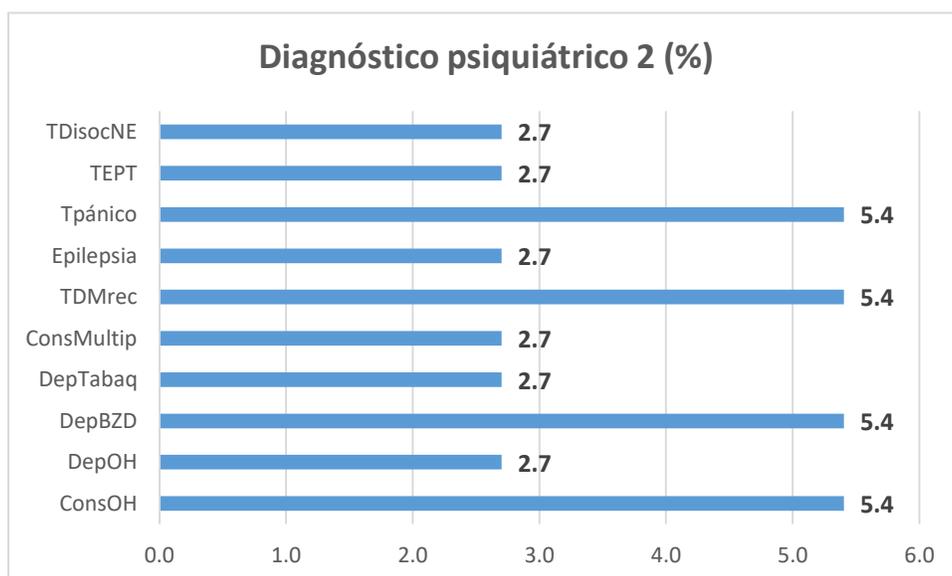
**Figura 1: Diagnósticos principales de la muestra (n=37).** Se muestran los porcentajes de los trastornos de personalidad de la muestra (diagnóstico primario). TLP: trastorno límite de la personalidad; TPI: trastorno de la personalidad tipo impulsivo; TAP: trastorno anancástico de la personalidad; O: otros diagnósticos (trastornos mixtos de la personalidad).



**Figura 2: Trastornos psiquiátricos comórbidos (n=30).** Tabaq: consumo de tabaco; TDEM Rec: episodio depresivo mayor recurrente; Distm: distimia; Tpanic: trastorno de pánico; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; BulNerv: bulimia nerviosa; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.



**Figura 3: Segunda comorbilidad psiquiátrica (n=14).** Se muestran los diagnósticos relacionados con uso de sustancias. ConsMultip: consumo de múltiples sustancias; DepTabaq: síndrome de dependencia a tabaco; DepBDZ: síndrome de dependencia a benzodiazepinas; DepOH: síndrome de dependencia a alcohol; ConsOH: consumo perjudicial de alcohol.



## **Tipos de experiencia traumática en la muestra**

Se encontró que un solo participante (n=1) no reportó ningún antecedente de evento traumático. Un total de n=36 participantes reportaron tener al menos un evento traumático, n=30 participantes reportaron tener dos eventos traumáticos y n=27 reportaron tener tres o más eventos traumáticos.

Los tipos de evento traumáticos fueron diversos. Sin embargo, el evento traumático primario más frecuente fue el abuso infantil, reportado como el principal evento traumático en n=13 participantes, seguido de la violencia familiar, reportada como el principal evento traumático en n=9 participantes. No obstante, el abuso sexual fue el evento traumático más frecuentemente referido por toda la muestra como un evento generalmente secundario a otros tipos de trauma, siendo reportado por n=24 participantes como un evento traumático primario o secundario. Se encontró que la muestra en general reportó un total de 96 eventos traumáticos combinados, que pudieron presentarse o confluír en diferentes participantes como un antecedente primario, secundario o terciario. La tabla 5 resume los principales eventos traumáticos en la muestra.

*Tabla 5.* Eventos traumáticos reportados y su presentación como trauma primario, secundario o terciario.

Evento traumático	T1	T2	T3	Σ
Sin trauma	1	1	1	3
Abuso infantil	13	2	-	15
Violencia intrafamiliar	9	6	1	16
Abuso sexual	6	15	3	24
Agresión física	2	2	2	6
Prostitución	-	-	1	1
Explotación sexual familiar	-	-	2	2
Víctima de trata	-	-	1	1
Riña	-	-	3	3
Ahogamiento	1	1	-	2
Quemaduras	1	-	-	1
Accidente automovilístico	-	-	2	2
Accidente de trabajo	1	-	-	1
Daño a un miembro de la familia	-	1	4	5
Pérdida del hogar	1	-	1	2
Muerte inesperada de un familiar	2	1	4	7
Robo	-	-	1	1
Secuestro	-	1	1	2
Sismo	-	-	1	1
Enfermedad grave	-	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>96</b>

T1: trauma primario, T2: trauma secundario, T3: trauma terciario. Es importante hacer notar que el trauma secundario y terciario constituyen eventos adicionales al trauma primario.

## Resultados de escalas de TEPT

Se realizaron las escalas CAPS, ITQ, TOP-8 basal y TOP-8 al mes de seguimiento a los n=36 usuarios con TEPT. **Se encontró una disminución significativa de la media del TOP-8 de seguimiento respecto del TOP-8 basal ( $15.35 \pm 7.34$  vs  $13.75 \pm 6.72$ ,  $t=2.26$ ,  $p=0.03$ ).**

La Tabla 6 resume los estadísticos descriptivos de la clinimetría realizada a las participantes.

<i>Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la puntuación de la clinimetría de TEPT.</i>				
	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
<b>CAPS PT</b>	0.0	105.0	69.865	22.9942
<b>CAPS B</b>	0.0	32.0	17.622	7.5951
<b>CAPS C</b>	0.0	48.0	28.865	11.2179
<b>CAPS D</b>	0.0	33.0	23.378	6.9416
<b>ITQTEPT</b>	0.0	24.0	13.6757	6.16466
<b>ITQ AAO</b>	0.0	24.0	15.243	5.3718
<b>TOP-8 BASAL</b>	0.0	32.0	15.135	7.3491
<b>TOP-8 SEG</b>	0.0	28.0	13.757	6.7264

CAPS PT: puntaje total de la CAPS, CAPS B: re-experimentación (criterio B), CAPS C: evitación (criterio C), CAPS D: cognición negativa (criterio D), ITQ TEPT: puntaje total de TEPT, ITQ AAO: puntaje total de alteraciones en la auto-organización, TOP-8 basal y TOP-8 al mes de seguimiento. Sólo el TOP-8 se realizó en el seguimiento, encontrando diferencias significativas ( $p=0.03^*$ ).

## Correlación entre variables

Tomando la variable de puntuación del ITQ como marcador central de presencia o ausencia de TEPT simple o complejo, se realizó una correlación bivariada utilizando rho de spearman. La tabla 7 reporta las correlaciones entre variables ordinales y numéricas discretas. Se encontró que la puntuación del ITQ de trastorno de estrés postraumático (ITQ TEPT) no tuvo una correlación significativa con la edad, el número de ciclos de terapia ni el número de internamientos psiquiátricos previos. Sin embargo se encontró una correlación significativa entre todos los subíndices del CAPS, particularmente del criterio D (cognición negativa). La tabla 7 muestra dichas correlaciones.

*Tabla 7. Correlación entre la puntuación del ITQ y las variables cuantitativas.*

	<b>rho spearman</b>	<b>p</b>
<b>Edad</b>	-0.148	0.383
<b>Ciclos terapia</b>	0.062	0.715
<b>Internamientos</b>	0.187	0.268
<b>CAPS PT</b>	0.593	0.0001**
<b>CAPS B</b>	0.534	0.0001**
<b>CAPS C</b>	0.391	0.017*
<b>CAPS D</b>	0.603	0.0001**
<b>TOP-8 Basal</b>	0.757	0.0001**
<b>TOP-8 Seguimiento</b>	0.696	0.0001**
<b>ITQ AAO</b>	0.486	0.002*

No se encontraron correlaciones significativas para la edad, número de ciclos de psicoterapia o internamiento, pero sí se encontró correlación entre las puntuaciones de las diferentes escalas, especialmente la del criterio D del CAPS (cognición negativa).

## Cambios al mes de seguimiento

Al aplicar la escala TOP-8 de seguimiento, se encontró que n=24 (64.9%) de los participantes experimentaron mejoría, y n=13 (35.1%) no experimentaron mejoría. Se realizó un análisis de medias utilizando ANOVA de un factor, encontrando que el grupo que experimentó mejoría presentó diferencias significativas en las puntuaciones del ITQ TEPT ( $F=5.650$ ,  $p = 0.38$ ). Por otro lado, no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de las sub-escalas CAPS PT, B, C, D, TOP-8 basal y TOP-8 de seguimiento.

*Tabla 8.* ANOVA de un factor: comparación entre el grupo que experimentó mejoría vs el grupo que no experimentó mejoría.

	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>ITQ TEPT</b>	4.65	0.038*
<b>ITQ AAO</b>	2.283	0.14
<b>CAPS PT</b>	0.228	0.636
<b>CAPS B</b>	0.911	0.346
<b>CAPS C</b>	0.096	0.758
<b>CAPS D</b>	0.002	0.964
<b>TOP-8 Basal</b>	2.784	0.104
<b>TOP-8 Seg</b>	0.265	0.61

Comparación entre el grupo que experimentó mejoría (n=24) vs el grupo que no experimentó mejoría (n=13%). Las diferencias se notaron significativamente en las puntuaciones del ITQ TEPT.

Finalmente se determinaron los intervalos de confianza para las diferentes puntuaciones que pudiesen indicar diferencias significativas en el antecedente de mejoría, codificado en la base de datos con la presencia de 1.

*Tabla 9. Intervalos de confianza al 95% de las medias de puntuación inter-grupo: grupo que experimentó mejoría vs grupo que no experimentó mejoría.*

	<b>t</b>	<b>Dif Medias</b>	<b>IC 95% Inf</b>	<b>IC 95% Sup</b>
EDAD	20.397	35.8108	32.250	39.371
CAPS PT	18.217	68.8649	61.198	76.531
CAPS B	13.312	16.6216	14.089	19.154
CAPS C	15.109	27.8649	24.125	31.605
CAPS D	19.610	22.3784	20.064	24.693
TOP-8 BASAL	11.700	14.1351	11.685	16.585
TOP-8 SEG	11.536	12.7568	10.514	14.999
ITQ TEPT	12.507	12.67568	10.6203	14.7311
ITQ AAO	16.128	14.2432	12.452	16.034

Los intervalos de confianza son equivalentes a 95% ( $p=0.05$ ). Se observan menores puntajes en el CAPS B (re-experimentación) y puntuaciones del ITQ TEPT por debajo del ITQ AAO, así como un menor puntaje en el TOP-8 de seguimiento, para la clasificación del grupo que experimentó mejoría.

## Discusión

En la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), el trastorno de estrés postraumático se dividió en dos diagnósticos hermanos, el TEPT y el CTEPT. El TEPT se reconoce como una forma básica del trastorno, que incluye tres características centrales: a) re-experimentación, b) evitación, y c) hipervigilancia; mientras que el CTEPT comprende las características centrales del TEPT, más alteraciones de la auto-organización, que incluyen: a) alteraciones de la regulación emocional, b) alteraciones en la autopercepción y el autoconcepto, y c) alteraciones en las relaciones interpersonales (Maercker et al., 2013).

Se ha reconocido que el CTEPT es una forma más grave e incapacitante del trastorno, que afecta varias dimensiones del individuo, y se presenta en mayor medida entre población expuesta a trauma repetitivo y/o prolongado, y situaciones de dependencia e indefensión de donde es difícil escapar, tal como es el caso del abuso infantil, violencia doméstica, abuso físico o sexual repetido, y víctimas de trata. Al respecto, se ha reconocido que el trauma interpersonal repetido, particularmente durante la infancia, interfiere con el desarrollo emocional y cognitivo, y puede afectar las habilidades de autoorganización (Cloitre et al., 2009).

En este estudio se encontró una disminución significativa de la media del TOP-8 de seguimiento respecto al TOP-8 basal ( $15.35 \pm 7.34$  vs  $13.75 \pm 6.72$ ,  $t=2.26$ ,  $p=0.03$ ), tras un mes en psicoterapia de grupo. En concreto, el 64.9% de los participantes experimentaron mejoría de los síntomas de TEPT, evidenciada por la disminución del puntaje de la escala TOP-8 de seguimiento respecto a la basal, mientras que en el 35.1% no se evidenció mejoría.

Tomando esto en cuenta, se realizaron comparaciones inter-grupos de los puntajes obtenidos en las diferentes escalas, comparando el grupo que experimentó mejoría contra el grupo que no experimentó mejoría. Se encontró que el grupo que experimentó mejoría presentó diferencias significativas en las puntuaciones del ITQ, principalmente del apartado referente a TEPT ( $F=5.650$ ,  $p = 0.38$ ), pero no en el apartado referente a alteraciones de la auto-organización, en la puntuación total de la escala CAPS ni en las sub-escalas de la misma.

Los resultados contrastaron con la hipótesis de este trabajo, que sostenía que los pacientes con trastorno de estrés postraumático complejo tendrían un mayor deterioro en las evaluaciones clinimétricas basales y de seguimiento, en comparación con los pacientes con trastorno de estrés postraumático simple.

Esto puede ser debido a que, de los 37 participantes, sólo 1 negó la presencia de eventos traumáticos, y del resto (n=36), únicamente 1 participante cumplió con los criterios para TEPT simple, mientras que los 35 participantes restantes cumplieron con criterios diagnósticos para CTEPT.

En un metanálisis realizado por Karatzias, T., et al durante el 2019, en el cual se incluyeron 51 ensayos clínicos aleatorios de intervenciones clínicas para el CTEPT, se encontró que la terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición y EMDR fueron superiores a la atención habitual para los síntomas del TEPT. Además, la terapia cognitivo conductual y la terapia de exposición mostraron un efecto positivo moderado a grande sobre el autoconcepto negativo y los problemas interpersonales, mientras que la EMDR mostró efectos moderados únicamente en las relaciones interpersonales. Sin embargo, pocos estudios mostraron efectos sobre la desregulación afectiva.

En general, los resultados indicaron que, en comparación con la atención habitual, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de exposición funcionan relativamente por igual para los síntomas de TEPT y los síntomas de autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones interpersonales (Karatzias, 2019).

Además, se incluyeron otras técnicas terapéuticas no centradas en el trauma, como la atención plena y la terapia interpersonal, las cuales mostraron efectos positivos en la reducción de los síntomas de TEPT y las alteraciones en las relaciones interpersonales, sugiriendo el uso de opciones alternativas (Karatzias, 2019).

Otro ensayo clínico aleatorizado realizado por Hoeboer y colaboradores durante el 2021, se centró en investigar si el CTEPT era capaz de predecir o moderar los resultados de tres variantes de terapia de exposición en una muestra de 149 participantes con CTEPT relacionado con abuso infantil. Para ello se incluyeron tres

variantes de la terapia de exposición: 1) exposición prolongada, 2) exposición prolongada e intensificada, y 3) entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal seguido de exposición prolongada. Se midió la gravedad del CTEPT mediante la aplicación del ITQ al inicio, semana 4, 8 y 16 tras el inicio del tratamiento, y tras 6 y 12 meses de seguimiento.

Se encontró que: 1) El CTEPT se asoció a síntomas de TEPT más graves en la medición basal, y mayor comorbilidad al inicio del estudio, 2) El CTEPT no predijo ni moderó el resultado del tratamiento, y 3) El entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal seguido de exposición prolongada no mostró mejor resultado que la exposición prolongada y la exposición prolongada e intensificada (Hoeboer, 2021).

Otros metanálisis investigaron la efectividad de diferentes modalidades de psicoterapia en pacientes con CTEPT, bajo el supuesto de que el CTEPT requería diferentes abordajes psicoterapéuticos a los utilizados para el TEPT simple. Sin embargo, los resultados mostraron que los participantes con sintomatología de CTEPT se beneficiaron de las modalidades de tratamiento existentes para TEPT simple, principalmente de aquellas intervenciones centradas en el trauma, incluido el tratamiento grupal, aunque sus resultados fueron menos favorables que los pacientes con TEPT simple (Melton, 2020).

En este estudio se midió la evolución de los síntomas de TEPT tras un mes de seguimiento en psicoterapia grupal, que es una modalidad de tratamiento psicoterapéutico que se basa en teoría psicodinámica y teoría interpersonal, e incorpora una variedad de recursos psicoterapéuticos como psicoeducación, dinámicas grupales, técnicas de apoyo y técnicas expresivas.

Se encontró una disminución significativa de la media del TOP-8 de seguimiento respecto al TOP-8 basal ( $15.35 \pm 7.34$  vs  $13.75 \pm 6.72$ ,  $t=2.26$ ,  $p=0.03$ ), tras un mes en psicoterapia de grupo, lo que resulta similar a los estudios previamente descritos en los que se observó mejoría de los síntomas de TEPT con el uso de distintas modalidades terapéuticas utilizadas para TEPT simple, como la terapia de exposición, terapia cognitivo-conductual, EMDR, terapia interpersonal y terapia

grupal. Sin embargo, este estudio no midió la evolución de las alteraciones de la auto percepción, por lo que se considera importante evaluarlos en estudios futuros, ya que esto podría influir en las recomendaciones posteriores de la aplicación de la terapia grupal.

### **Características sociodemográficas**

En este estudio se encontró que del total de la población con TEPT (n=36), el 83.7% de la muestra fueron mujeres y sólo el 16.3% hombres, ambos con una edad media de 36.8 años, lo que coincide con lo encontrado por Medina-Mora, quien reportó que la edad promedio de manifestación del TEPT es de 19.7 años, pero los momentos de mayor actividad del trastorno oscilan entre los 20 y 35 años.

El 78.5% de la muestra se reportó como soltera, mientras que el 21.6% reportó tener una relación en unión libre o en matrimonio. Respecto a la ocupación, el 24.3% de la muestra se encontró desempleada, otro 24.3% reportó dedicarse al comercio informal y el 16.2% restante se reportó como estudiante. Lo que se asemeja a lo encontrado en estudios anteriores, en los que se ha concluido que el desempleo y la soltería son factores de riesgo para el desarrollo de TEPT.

En cuanto a la escolaridad, el 43.2% de los participantes concluyeron la preparatoria, el 35% alcanzaron estudios superiores y el 2.7% concluyó la primaria, lo que contrasta con el estudio epidemiológico de Medina- Mora, en donde el nivel máximo de estudios encontrado en la población con TEPT fue la primaria.

### **Trastorno límite de la personalidad y trastorno de estrés postraumático**

Todos los participantes tuvieron un trastorno de la personalidad. El más frecuente fue el trastorno límite de la personalidad, que se encontró en el 86.48% de la muestra. En segundo lugar, se encontró el trastorno mixto de la personalidad, con una frecuencia de 5.4% para trastorno narcisista-disocial, y otro 5.4% para trastorno límite-disocial.

La mayoría de los participantes contaron con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad como diagnóstico primario, el cual se encontró previamente

consignado en los expedientes clínicos, pero sólo una de las participantes contó con el diagnóstico previo de trastorno de estrés postraumático.

Si bien los diagnósticos consignados en el expediente clínico aún se rigen por los criterios diagnósticos de la CIE-10, es importante recalcar que al completar las evaluaciones clinimétricas, n=35 participantes contaron con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático complejo y n=1 con trastorno de estrés postraumático simple, lo que difiere enormemente de los diagnósticos previamente consignados en los expedientes clínicos. Estos resultados abren paso a varias interrogantes y subrayan la superposición del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático complejo.

Si bien el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático complejo comparten ciertas características derivadas de las alteraciones de la auto-organización, como son las alteraciones en la autopercepción, las alteraciones en la regulación emocional, y las alteraciones en las relaciones interpersonales; también es posible identificar ciertas diferencias entre los mismos. Una de las principales diferencias consiste en la vivencia de sucesos de naturaleza excepcionalmente traumática o amenazante, que teóricamente es el principal determinante del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, así como la proximidad del trauma con el inicio de los síntomas (Felding, 2021).

Sin embargo, lo encontrado en la muestra distó mucho de dicha claridad teórica, pues la mayoría de los participantes, que previamente contaban con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, habían experimentado sucesos traumáticos de naturaleza excepcionalmente amenazante. Del total de la muestra, sólo 1 participante negó la presencia de antecedentes traumáticos; 36 participantes reportaron tener al menos un evento traumático, de los cuales 83.3% reportaron dos eventos traumáticos y 7.5% tres o más eventos traumáticos.

El evento traumático primario más frecuente fue el abuso infantil, reportado como trauma primario en el 35.1% de la muestra, seguido de la violencia familiar reportada en el 24.3%. Sin embargo, el trauma más frecuente fue el abuso sexual, encontrándose como trauma secundario en el 64.8% de la muestra, todas ellas

consideradas como factores causales de trastorno de estrés postraumático complejo (Felding, 2021).

Debido a la temprana edad en la que se vivenciaron los eventos traumáticos en la mayoría de los participantes, no queda claro si las alteraciones de la auto-organización surgieron de manera primaria como un trastorno de personalidad, o si estas se desarrollaron de manera posterior a las experiencias traumáticas como parte de un trastorno de estrés postraumático complejo. Sin embargo, fue evidente que en todos los casos los participantes desarrollaron síntomas de estrés postraumático y alteraciones de la auto-organización, por lo que se consideró que al ser una muestra poli-traumatizada, ambos diagnósticos podían coexistir, tal como lo indica la CIE-11 en el apartado correspondiente a CTEPT (Felding, 2021).

### **Diagnósticos psiquiátricos comórbidos**

El 81% de la muestra tuvo al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido, mientras que el 37.8% tuvo dos diagnósticos psiquiátricos comórbidos. Los principales trastornos psiquiátricos comórbidos primarios fueron el trastorno depresivo recurrente (32.4%), trastorno de ansiedad generalizada (13.5%) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (10.8%). Mientras que los trastornos psiquiátricos comórbidos secundarios consistieron en trastornos por consumo de sustancias, siendo el más frecuente el consumo perjudicial de alcohol, que se encontró en el 8.1% de la muestra.

Esto es comparable con los resultados de uno de los estudios realizado por Hyland, P., en el que en una muestra de 106 participantes se compararon distintos correlatos y asociaciones clínicas entre participantes que cumplieron los criterios diagnósticos para TEPT y los que cumplieron criterios diagnósticos para CTEPT, según la CIE-11. Para ello se les pidió responder escalas de autoinforme que evaluaron la presencia de depresión, ansiedad, trastorno límite de la personalidad e ideación suicida. Los resultados arrojaron que los participantes que cumplieron criterios diagnósticos para CTEPT informaron niveles más altos de disociación, depresión y trastorno límite de la personalidad, que aquellos que cumplieron criterios para TEPT. Además se encontró una asociación estadística significativa entre el cumplimiento

de los criterios diagnósticos para TEPT y el cumplimiento de criterios diagnósticos de depresión, OR = 3,98, IC del 95 % [1,68, 9,41]; ansiedad, OR = 5,28, IC 95% [1,66, 16,77]; e ideación suicida, OR = 3,42, IC 95% [1,06, 11,07] (Hyland, 2018).

## **Limitaciones**

El presente estudio tiene varias limitaciones, entre las que se encuentra el hecho de que el pequeño tamaño de muestra fue elegido de los grupos de psicoterapia del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, dirigidos a trastornos de personalidad, principalmente el trastorno de personalidad tipo límite, lo que influyó en que la mayor parte de la muestra tuviera diagnóstico de CTEPT y sólo un participante TEPT simple. Esto dificultó llevar a cabo la comparación clinimétrica entre ambas muestras, pues mayoritariamente comprendió participantes con CTEPT. Por otro lado, la mayoría de los participantes fueron mujeres, ya que son las que más acuden a los grupos de psicoterapia, y los traumas mayormente encontrados fueron el abuso sexual, la violencia intrafamiliar y el abuso infantil. Sin embargo, es importante recordar que el CTEPT puede comprender otro tipo de poblaciones, como sobrevivientes de guerra, refugiados y víctimas de trata.

Entre las fortalezas del estudio se encuentran la aplicación de varias medidas clinimétricas, el uso de la CAPS como gold standart para el diagnóstico de TEPT, y la medición de la severidad de los síntomas tras un mes de seguimiento en psicoterapia de grupo mediante la aplicación de la TOP-8 basal y de seguimiento.

## **Conclusiones**

De los 36 participantes con TEPT, sólo uno cumplió con los criterios para TEPT simple, mientras que los 35 participantes restantes cumplieron con criterios diagnósticos para CTEPT.

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra se encontró que del total de la población con TEPT (n=36), el 83.7% fueron mujeres y sólo el 16.3% hombres, ambos con una edad media de 36.8 años, lo que los sitúo en la categoría de adultos jóvenes. De estos, el 78.5% se encontró soltera y el resto en unión libre

o matrimonio. El 24.3% se encontró desempleado, el 24.3% reportó dedicarse al comercio informal y el 16.2% restante se reportó como estudiante, siendo compatible con los factores de vulnerabilidad descritos en la población con TEPT. En cuanto a la escolaridad, el 43.2% de los participantes concluyeron la preparatoria, el 35% alcanzaron estudios superiores y sólo el 2.7% concluyó la primaria.

Todos los participantes tuvieron un trastorno de la personalidad. El más frecuente fue el trastorno límite de la personalidad que se encontró en el 86.48% de la muestra. En segundo lugar, se encontró el trastorno mixto de la personalidad, con una frecuencia de 5.4% para trastorno narcisista-disocial, y otro 5.4% para trastorno límite-disocial.

El 81% de la muestra tuvo al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido. Los principales trastornos psiquiátricos comórbidos primarios fueron el trastorno depresivo recurrente (32.4%), trastorno de ansiedad generalizada (13.5%) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (10.8%). Mientras que el 37.8% tuvo dos diagnósticos psiquiátricos comórbidos, los cuales consistieron en trastornos por consumo de sustancias, siendo el más frecuente el consumo perjudicial de alcohol, que se encontró en el 8.1% de la muestra.

Respecto a los eventos traumáticos relacionados, el 83.3% de la muestra reportó dos eventos traumáticos y el 7.5% tres o más eventos traumáticos. El evento traumático primario más frecuente fue el abuso infantil, reportado como trauma primario en el 35.1% de la muestra, seguido de la violencia familiar reportada en el 24.3%. No obstante, el trauma más frecuente fue el abuso sexual, encontrándose como trauma secundario en el 64.8% de la muestra.

El 64.9% de los participantes con CTEPT presentó una disminución significativa de los síntomas de TEPT tras un mes de seguimiento en terapia grupal, evidenciada por una disminución de la media del TOP-8 de seguimiento respecto al TOP-8 basal, independientemente de la gravedad basal de los síntomas. El grupo que experimentó mejoría de los síntomas de TEPT también presentó una diferencia significativa en las puntuaciones del ITQ respecto a TEPT, pero no en el apartado

referente a alteraciones de la auto-organización. Sin embargo, este estudio no midió la evolución de las alteraciones de la autopercepción, por lo que se considera importante evaluarlos en estudios futuros, ya que esto podría influir en las recomendaciones posteriores de la aplicación de la terapia grupal.

## Referencias bibliográficas:

- Abitia, A. (2021). Adversidad en la infancia y su relación con disfunción y comorbilidad psiquiátrica en pacientes con trastorno de estrés postraumático complejo (Tesis de especialidad en psiquiatría). UNAM.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Gusman, F., & Charney, D. et al. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*, 8(1), 75-90. <https://doi.org/10.1007/BF02105408>.
- Brewin, C., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., & Bryant, R. et al. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>.
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu Lassell, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression And Anxiety*, 29(8), 709-717. <https://doi.org/10.1002/da.21920>.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C., Bisson, J., Roberts, N., & Maercker, A. et al. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>.
- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J., Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal Of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>.
- Christiansen, D., & Berke, E. (2020). Gender- and Sex-Based Contributors to Sex Differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 22(4). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1140-y>.
- Davidson, J., & Colket, J. (1997). The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 12(1), 41-46. <https://doi.org/10.1097/00004850-199701000-00006>.

- Felding, S., Mikkelsen, L., & Bach, B. (2021). Complex PTSD and personality disorder in ICD-11: when to assign one or two diagnoses?. *Australasian Psychiatry*, 29(6), 590-594. <https://doi.org/10.1177/10398562211014212>.
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S., Alexopoulou, K., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?. *World Journal Of Psychiatry*, 8(1), 12-19. <https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i1.12>.
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., & Elklit, A. et al. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727-736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>.
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C., Cloitre, M., Downes, A., & Jumbe, S. et al. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313-322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>.
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., & Karatzias, T. (2018). Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *Journal Of Traumatic Stress*, 31(2), 174-180. <https://doi.org/10.1002/jts.22272>.
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., & Shevlin, M. et al. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761-1775. <https://doi.org/10.1017/s0033291719000436>.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., & Wilson, D. et al. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal Of Anxiety Disorders*, 44, 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>.
- Maeng, L., & Milad, M. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder: The Relationship Between the Fear Response and Chronic Stress. *Chronic Stress*, 1, 247054701771329. <https://doi.org/10.1177/2470547017713297>.

- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381: 1683–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6).
- McGinty, G., Fox, R., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2021). Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *European Psychiatry*, 64(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2239>.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment*, 26:1-16.
- Melton, H., Meader, N., Dale, H., et al. (2020). Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCiTE mixed-methods systematic review. *Health Technol Assess*, 24(43).
- Murphy, D., Shevlin, M., Pearson, E., Greenberg, N., Wessely, S., Busuttill, W., & Karatzias, T. (2020). A validation study of the International Trauma Questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 216(3), 132–137. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.9>.
- Núñez, I. (2019). Asociación entre el trastorno de estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad en pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Tesis de especialidad en psiquiatría). UNAM.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). Sinopsis de psiquiatría (11th ed.). *Wolters Kluwer*.
- Shin, Y., Kim, S., Hong, J., & Han, D. (2021). Correlations Between Cognitive Functions and Clinical Symptoms in Adolescents With Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers In Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.586389>.
- Watson, P. (2019). PTSD as a Public Mental Health Priority. *Current Psychiatry Reports*, 21(7). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1032-1>.

**Anexos:**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022.

Protocolo: **Comparación clinimétrica basal y tras un mes de seguimiento de usuarios del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo.**

Registrado ante el Comité de Investigación con número: **920.**

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: **920.**

**Nombre del investigador principal: Dra. Jessica Larissa Ramírez Chan.**

**Dirección del sitio de investigación:** Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, Tlalpan. Teléfono conmutador: 5573-1889 o 5655-4405.

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

Yo: \_\_\_\_\_

declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo.

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista, un cuestionario aplicado y dos cuestionarios autoaplicables iniciales, así como un cuestionario autoaplicado tras un mes de seguimiento.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas de trastorno de estrés postraumático simple o complejo, y los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha de \_\_\_\_\_,  
habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de

manera voluntaria en el estudio titulado: *Comparación clinimétrica basal y tras un mes de seguimiento de usuarios del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático simple vs complejo.*

**Firma de Consentimiento/Asentimiento:**

---

Dra. Jessica Larissa Ramirez Chan

**Nombre y firma de quien explicó el procedimiento**

---

**Nombre y firma del participante**

## DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°,2°,7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, yo Jessica Larissa Ramirez Chan, como residente de psiquiatría del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:
  - a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal.
  - b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.
  - c) Me comprometo a que en caso de advertir cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.

- d) No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- e) No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- f) En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- g) No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- h) No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- i) En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- j) Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- k) En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.
- l) Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.
- m) La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA: Ciudad de México, 16 de marzo del 2022.

---

Jessica Larissa Ramirez Chan

NOMBRE Y FIRMA

## I. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrían ser sucesos que representarían una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico; amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo; la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad; ver otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo «no». Si los ha experimentado rodee con un círculo «sí», e indique qué edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (p. ej., 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas o 4 años).

<i>Acontecimiento</i>	<i>Edad (cuando ocurrió el suceso)</i>	<i>Duración (anote la unidad de tiempo empleada: minutos, horas, etc.)</i>
1. Accidente de coche, tren o avión	NO	SÍ
2. Accidente industrial o de trabajo	NO	SÍ
3. Pérdida del hogar por incendio	NO	SÍ
4. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones	NO	SÍ
5. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán	NO	SÍ
6. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto	NO	SÍ
7. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SÍ
8. Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SÍ
9. Estar próximo a ahogarse	NO	SÍ
10. Abuso físico	NO	SÍ
11. Sufrir graves quemaduras	NO	SÍ
12. Ser tomado como rehén	NO	SÍ
13. Combate	NO	SÍ
14. Agresión	NO	SÍ
15. Violación	NO	SÍ
16. Incesto	NO	SÍ
17. Secuestro	NO	SÍ
18. Otra situación (especificar):	NO	SÍ

Nota: si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación. Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que le resulte más desagradable recordar ahora.

ACONTECIMIENTO: \_\_\_\_\_

1. ¿Estaba preparado para el suceso?	NO	SÍ
2. El acontecimiento, ¿puso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye la/s palabra/s apropiada/s	NO	SÍ
3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	NO	SÍ
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	NO	SÍ
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	NO	SÍ
6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	NO	SÍ
7. ¿Se ha sentido «diferente» de otras personas debido al acontecimiento?	NO	SÍ
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	NO	SÍ
9. En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?	NO	SÍ

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presenta síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos *en cualquier momento después del suceso*.

1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema	NO SÍ
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	NO SÍ
3. Estar nervioso o fácilmente asustado	NO SÍ
4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	NO SÍ
5. Dificultad para dormir	NO SÍ
6. Problemas de concentración	NO SÍ
7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	NO SÍ
8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	NO SÍ
9. Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento	NO SÍ
10. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso	NO SÍ
11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	NO SÍ
12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	NO SÍ
13. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	NO SÍ
14. No poder recordar una parte importante del suceso	NO SÍ
15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso	NO SÍ
16. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	NO SÍ
17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	NO SÍ
18. Sentirse distanciado o alejado de la gente	NO SÍ
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	NO SÍ
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	NO SÍ

Recuperado el 20 de Febrero del 2022, de:

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=TQ.pdf>.

## II. Escala para el trastorno por estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS)

**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, por ejemplo: 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 preguntarle 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 me quiere decir. A medida que avancemos, si se siente incómodo/a, hágame saber y podremos ir más despacio y hablar sobre ello. También, si tiene alguna pregunta o no entiende algo, por favor, dígame. ¿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, aún 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 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

A (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No  Sí  [Durante  Después

Criterio A

¿Se cumple? No  Probable  Sí

**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? [Excluir en el caso de que los recuerdos sólo aparecieran durante el sueño] ¿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>Descripción/Ejemplos: _____            _____            _____            _____</p>	<p>¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Fue 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>Síntomas            Sí <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>            F _____            I _____</p> <p>Síntomas            Sí <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>Descripción/Ejemplos: _____            _____            _____            _____</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? [Preste atención al nivel de ansiedad, comentarios tales como despertarse gritando, actuando en las pesadillas, etc.] ¿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>Síntomas            Sí <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>            F _____            I _____</p> <p>Síntomas            Sí <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/></p>

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.

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿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?

- 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

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿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?

- 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 («*flashback*») (imágenes). No se da cuenta de lo que pasa a su alrededor. Puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna)

**Actual**

F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_

**Síntomas**

Sí   
 No

**Alguna vez en la vida**

F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_

**Síntomas**

Sí   
 No

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

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿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?

- 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

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Cuánto tiempo duró y cuánto interfirió con su vida?

- 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

**Actual**

F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_

**Síntomas**

Sí   
 No

**Alguna vez en la vida**

F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_

**Síntomas**

Sí   
 No

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

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____                      _____                      _____                      _____</p>	<p>¿Cuánta intensidad tuvieron (reacciones físicas)? ¿Cuánto duraron? (¿Duraron aún después 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><i>Actual</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>                      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.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha tratado usted alguna vez de evitar pensamientos o sentimientos acerca del <i>acontecimiento</i>? (¿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><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____</p>	<p>¿Cuánto esfuerzo hizo para evitar <i>pensamientos, sentimientos, conversaciones</i>? ¿Qué clase de cosas hizo? ¿Bebió o usó medicación o drogas? [<i>Considerar todos los intentos de evitación, incluyendo distracción, supresión y uso de alcohol o drogas</i>] ¿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.</p> <p>Especifique _____</p>	<p><i>Actual</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p>

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 <i>acontecimiento</i>? (¿Qué clase de cosas evitó? ¿Por qué? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?)</p> <p>0. Nunca</p> <p>1. Una o dos veces</p> <p>2. Una o dos veces por semana</p> <p>3. Varias veces por semana</p> <p>4. Diariamente o casi todos los días</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Cuánto esfuerzo realizó para evitar <i>actividades, lugares, personas</i>? (¿Qué hizo en su lugar?) ¿Cuánto interfirió con su vida?</p> <p>0. Nada</p> <p>1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades</p> <p>2. Moderada: algún esfuerzo, definitiva presencia de conducta de evitación. Alguna interrupción de las actividades</p> <p>3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de actividades como estrategia de evitación</p> <p>4. Extrema: atentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, excesivo involucramiento en ciertas actividades como estrategia escapatoria</p> <p>Especifique _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>Actual</i></p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sintomas</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i></p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sintomas</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>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 <i>acontecimiento</i>? 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 <i>acontecimiento</i>, ¿cuánto tuvo dificultad de recordar? (¿Qué partes recuerda todavía?)</p> <p>0. Nada. Memoria clara</p> <p>1. Pocos aspectos no son recordados (menos del 10%)</p> <p>2. Algunos aspectos no son recordados (aproximadamente el 20-30%)</p> <p>3. Muchos aspectos no son recordados (aproximadamente el 50-60%)</p> <p>4. La mayoría de los aspectos no se recuerdan (más del 80%)</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>¿Cuánta dificultad tenía para recordar partes importantes del <i>acontecimiento</i>? (¿Fue capaz de recordar más si lo intentó?)</p> <p>0. Nada</p> <p>1. Leve: dificultad mínima</p> <p>2. Moderada: alguna dificultad. Puede recordar con esfuerzo</p> <p>3. Grave: dificultad considerable, incluso con esfuerzo</p> <p>4. Extrema: completamente incapaz de recordar aspectos importantes del <i>acontecimiento</i></p> <p>Especifique _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>Actual</i></p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sintomas</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i></p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sintomas</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

9. (C-4) Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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><i>Actual</i>            F _____            I _____</p> <p>Síntomas            Sí <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>            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.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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. La mayor parte del 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 solo 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><i>Actual</i>            F _____            I _____</p> <p>Síntomas            Sí <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>            F _____            I _____</p> <p>Síntomas            Sí <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/></p>

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

**Frecuencia (F)**

**Intensidad (I)**

¿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?)

- 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 %)

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuánto problema tuvo sintiendo emociones? (¿Qué clase de sentimientos es capaz de experimentar todavía?) [Incluya observaciones de la variación del afecto durante la entrevista]

- 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

**Actual**  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_

**Síntomas**  
 Sí   
 No

**Alguna vez en la vida**  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_

**Síntomas**  
 Sí   
 No

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)**

¿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?)

- 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 %).

Descripción/Ejemplos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿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?)

- 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

Especifique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Relacionado con el trauma?  
 Seguro   
 Probable   
 Posiblemente no

**Actual**  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_

**Síntomas**  
 Sí   
 No

**Alguna vez en la vida**  
 F \_\_\_\_\_  
 I \_\_\_\_\_

**Síntomas**  
 Sí   
 No

**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.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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 <i>acontecimiento</i>?)</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><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

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

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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 <i>acontecimiento</i>?)</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>¿Qué intensidad tenía su rabia? (¿Cómo la mostró?) <i>Si comunica inhibición</i> (¿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><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

15. (D-3) Dificultades para concentrarse.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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</p> <p>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.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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>

17. (D-6) Respuesta exagerada de sobresalto.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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 a 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)</p> <p>VC (especifique) _____ _____ _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

**Criterio E.** Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

18. Aparición de los síntomas.

<p>[Si no está claro todavía] ¿Cuándo fue la primera vez que comenzó a tener (los síntomas 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.

		<i>Actual</i>		<i>Alguna vez en la vida</i>	
		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
<i>Actual.</i> ¿Cuánto tiempo (síntomas de TEPT) duraron en total?	¿Duración de más de un mes?				
<i>En la vida.</i> ¿Cuánto tiempo estos (síntomas de TEPT) duraron en total?	N.º total de meses de duración Agudo (< 3 meses) o crónico (≥ 3 meses)?	Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>	Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>

**Criterio F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

20. Malestar subjetivo.

<p><i>Actual.</i> Sobre todo, ¿cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (TEPT síntomas)? [Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores]</p> <p><i>A lo largo de la vida.</i> ¿Cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (TEPT síntomas)? [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><i>Actual</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> <input type="checkbox"/></p>
--	--	--

## 21. Deterioro social.

*Actual.* ¿Estos síntomas (síntomas de TEPT) le han afectado en su relación con otras personas? ¿Cómo? [Considere deterioro en el funcionamiento social manifestado en las preguntas anteriores]

*A lo largo de la vida.* ¿Estos síntomas TEPT afectan su vida social? ¿Cómo? [Considere el deterioro social referido en los ítems anteriores]

0. Ausencia de impacto adverso
1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento social
  2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos
  3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos
  4. Extremo: poco o ningún funcionamiento social

*Actual*

*Alguna vez en la vida*

## 22. Deterioro laboral o otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Actual.* [Si no está ya claro.] ¿Está trabajando?

*Si:* ¿Han afectado estos (síntomas de TEPT) su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [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]

*No:* ¿Le han afectado estos (síntomas TEPT) otra área importante de su vida? [Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.] ¿Cómo?

*En toda su vida.* [Si aún no está claro] ¿Estaba usted trabajando entonces?

*Si:* ¿Afectaron estos síntomas de TEPT su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [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]

*No:* ¿Afectaron estos síntomas de TEPT otra área importante de su vida? [Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.] ¿Cómo?

0. Ausencia de impacto adverso
1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento laboral/otra área
  2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos
  3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos
  4. Extremo: poco o ningún funcionamiento laboral/otra área

*Actual*

*Alguna vez en la vida*

## CALIFICACIONES GLOBALES

### 23. Validez global.

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

0. Excelente, no hay razón para sospechar que las respuestas no sean válidas
1. Buena: hay factores presentes que pueden afectar negativamente la validez
  2. Adecuada: hay factores presentes que disminuye la validez
  3. Pobre: validez reducida sustancialmente
  4. Respuestas no válidas, estado mental gravemente afectado, o posible simulación o disimulación

#### 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 aún 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	_____ n.º de síntomas ( $\geq 1$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio C	_____ n.º de síntomas ( $\geq 3$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio D	_____ n.º 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	_____ n.º de síntomas ( $\geq 1$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio C	_____ n.º de síntomas ( $\geq 3$ )?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio D	_____ n.º 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

**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS**

26. Culpa sobre actos de comisión u omisión.

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

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

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

28. Reducción de la conciencia de lo que le rodea (p. ej., «estar como en una nube»).

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</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? <i>[Distingalo de las memorias repentinas disociativas (flashbacks) del episodio]</i>. ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el mes pasado? <i>[Si no está claro]</i> (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto de drogas o del alcohol?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del <i>acontecimiento</i>?)</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><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____</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><i>Actual</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p>

29. Sensación de falta de realidad.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha habido veces que las cosas que estaban pasando a su alrededor parecían irreales o muy extrañas y no familiares? <i>[Si no]</i> (¿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? <i>[Si no está claro]</i> (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto del alcohol o las drogas?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del <i>acontecimiento</i>?)</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><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____                      _____</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><i>Actual</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p>

30. Despersonalización

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha habido momentos en los que se ha sentido como si estuviera fuera de su cuerpo, mirándose a usted mismo/a como si fuera otra persona? [Si no] (¿Ha habido momentos en los que sintió extraño su cuerpo, no familiar, como si hubiera cambiado de alguna manera?) (¿Cómo fue eso? ¿Con qué frecuencia ha ocurrido durante el mes pasado? [Si no está claro] (¿Fue debido a enfermedad o al uso de alcohol o drogas?) ¿Cuándo fue la primera vez que se sintió de esa manera? (¿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 despersonalización)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo usted cuando estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0. Sin despersonalización                      1. Leve: despersonalización ligera                      2. Moderada: despersonalización clara pero transitoria                      3. Grave: despersonalización considerable, sentimiento marcado de separación de la propia persona, puede persistir varias horas                      4. Extrema: despersonalización profunda, sensación dramática de separación de la persona misma</p> <p>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><i>Actual</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i>                      F _____                      I _____</p> <p>Síntomas                      Sí <input type="checkbox"/>                      No <input type="checkbox"/></p>

HOJA RESUMEN DEL CAPS-DIAGNÓSTICO

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID.: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**A. Suceso traumático:**

<i>B. Síntomas reexperimentados</i>	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F+I</i>	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F+I</i>
(1) Recuerdos intrusivos	<input type="checkbox"/>					
(2) Sueños angustiantes	<input type="checkbox"/>					
(3) Actuar o sentir como si el suceso volviera a ocurrir	<input type="checkbox"/>					
(4) Angustia psicológica ante hechos que le recuerdan el suceso	<input type="checkbox"/>					
(5) Reacción fisiológica al exponerse a hechos que le recuerdan el suceso	<input type="checkbox"/>					
B subtotales	<input type="checkbox"/>					
Número de síntomas del criterio B (se necesita uno)	<input type="checkbox"/>					
<i>C. Síntomas de evitación y paralización</i>						
(6) Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones	<input type="checkbox"/>					
(7) Evitación de actividades, lugares o personas	<input type="checkbox"/>					
(8) Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma	<input type="checkbox"/>					
(9) Disminución del interés o de la participación en actividades	<input type="checkbox"/>					
(10) Sensación de desapego o alejamiento	<input type="checkbox"/>					
(11) Afecto restringido	<input type="checkbox"/>					
(12) Sensación de un porvenir acortado	<input type="checkbox"/>					
C subtotales	<input type="checkbox"/>					
Número de síntomas del criterio C (se necesitan tres)	<input type="checkbox"/>					

<b>D. Síntomas de hipervigilancia</b>	<b>Actual</b>			<b>Curso vital</b>		
	<b>F</b>	<b>I</b>	<b>F+I</b>	<b>F</b>	<b>I</b>	<b>F+I</b>
(13) Dificultad para conciliar o mantener el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Irritabilidad o accesos de cólera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) Hipervigilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) Sobresalto ante estímulos normales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D subtotales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de síntomas del criterio D (se necesitan dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. Duración de la molestia</b>						
	<b>Actual</b>			<b>Curso vital</b>		
(19) Duración de la molestia de, al menos, un mes	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
<b>F. Angustia importante o interferencia con el funcionamiento</b>						
	<b>Actual</b>			<b>Curso vital</b>		
(20) Angustia subjetiva	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(21) Interferencia con el funcionamiento social	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(22) Interferencia con el funcionamiento laboral	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
¿Hay al menos uno $\geq 2$ ?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
<b>Diagnóstico del TEPT</b>						
	<b>Actual</b>			<b>Curso vital</b>		
¿Existe TEPT-se cumplen todos los criterios (A → F)?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Especificar:						
(18) Instauración diferida ( $\geq 6$ meses de retraso)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
(19) Agudo (< 3 meses) o crónico ( $\geq 3$ meses)	Agudo crónico			Agudo crónico		
<b>Valoraciones globales</b>						
	<b>Actual</b>			<b>Curso vital</b>		
(23) Validez global	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(24) Gravedad global	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(25) Mejoría global	Agudo crónico			Agudo crónico		
<b>Características asociadas</b>						
	<b>Actual</b>			<b>Curso vital</b>		
	<b>F</b>	<b>I</b>	<b>F+I</b>	<b>F</b>	<b>I</b>	<b>F+I</b>
(26) Culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(27) Culpabilidad del superviviente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(28) Reducción de la conciencia de lo que le rodea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(29) Desrealización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(30) Despersonalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A continuación se presenta una serie de problemas que las personas a veces informan en respuesta a eventos traumáticos o estresantes de la vida. Por favor, lea atentamente cada pregunta, después marque con un círculo uno de los números de la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema durante el mes pasado.

	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
P1. ¿Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia?	0	1	2	3	4
P2. ¿Tener imágenes o recuerdos intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora?	0	1	2	3	4
P3. ¿Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia?	0	1	2	3	4
P4. ¿Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia?	0	1	2	3	4
P5. ¿Estar "súper alerta," vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
P6. ¿Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente?	0	1	2	3	4

En el último mes, si ha tenido alguno de los problemas anteriormente mencionados, indique cómo le han afectado:

	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
P7. ¿Han afectado sus relaciones interpersonales o a su vida social?	0	1	2	3	4
P8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4
P9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

A continuación se presentan problemas que a veces experimentan las personas que han sufrido eventos estresantes o traumáticos. Las preguntas se refieren a la forma en que usted normalmente se siente, a la manera habitual en que piensa acerca de sí mismo y el modo en que normalmente se relaciona con los demás.

Conteste cada una de las siguientes preguntas pensando en cuán cierto es cada ítem para usted.

¿Cuán cierto es para usted?	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
C1. Cuando estoy molesto/a, tardo bastante tiempo en calmarme.	0	1	2	3	4
C2. Me siento desconectado/a emocionalmente o emocionalmente apagado/a	0	1	2	3	4
C3. Me siento como un/a fracasado/a	0	1	2	3	4
C4. Siento que no valgo nada	0	1	2	3	4
C5. Me siento distante o alejado/a de las personas	0	1	2	3	4
C6. Me resulta difícil estar emocionalmente cercano/a a la gente.	0	1	2	3	4

En el último mes, si ha tenido alguno de los problemas mencionados respecto a sus emociones, creencias sobre usted mismo o dificultad en sus relaciones, indique cómo le han afectado:

	Nada	Poco	Moderada-mente	Mucho	Extremada-mente
C7. ¿Han generado preocupación o malestar sobre sus relaciones o su vida social?	0	1	2	3	4
C8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4
C9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

## 1. Puntuación diagnóstica para TEPT y TEPTC

### TEPT

Si P1 o P2  $\geq 2$ , se cumplen los criterios de Re-experimentación en el aquí y el ahora (Re\_dx).

Si P3 o P4  $\geq 2$ , se cumplen los criterios de Evitación (Ev\_dx).

Si P5 o P6  $\geq 2$ , se cumplen los criterios de sensación actual de Amenaza (Am\_dx).

Y ADEMÁS:

Al menos uno de P7, P8 o P9  $\geq 2$ , cumple el criterio para el deterioro funcional de TEPT (TEPT-DF)

Si se cumplen los criterios para 'Re\_dx' Y 'Ev\_dx' Y 'Am\_dx' Y 'TEPT-DF', se cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT.

### TEPTC

Si C1 o C2  $\geq 2$ , se cumplen los criterios de Desregulación afectiva (Da\_dx).

Si C3 o C4  $\geq 2$ , se cumplen los criterios de Autoconcepto negativo (An\_dx).

Si C5 o C6  $\geq 2$ , se cumplen los criterios para Alteraciones en las relaciones (Ar\_dx).

Y ADEMÁS:

Al menos uno de C7, C8 o C9  $\geq 2$  cumple los criterios para el deterioro funcional de las Alteraciones en la Auto-Organización (DFAAO).

Si se cumplen los criterios para 'Da\_dx' Y 'An\_dx' Y 'Ar\_dx' Y 'DFAAO', se cumplen los criterios para la alteración de la auto-organización (AAO).

Se obtiene un diagnóstico de TEPT cuando se cumplen los criterios de TEPT y NO se cumplen los de Alteraciones en la auto-organización (AAO).

Se obtiene un diagnóstico de TEPTC cuando se cumplen los criterios de TEPT y los criterios AAO.

No se puede establecer un diagnóstico si no se cumplen los criterios de TEPT, o solo se cumplen los criterios de AAO.

## 2. Puntuación dimensional para el TEPT y el TEPTC

Las puntuaciones pueden ser calculadas para cada grupo de síntomas de TEPT y AAO y sumadas para obtener las puntuaciones de TEPT y AAO.

### TEPT

La suma de las puntuaciones Likert de P1 y P2 = Re-experimentación en el aquí y el ahora (Re).

La suma de las puntuaciones Likert de P3 y P4 = Puntuación de evitación (Ev).

La suma de las puntuaciones Likert de P5 y P6 = Sensación actual de amenaza (Am).

Puntuación de TEPT = Suma de Re, Ev, y Am.

### AAO

Suma de las puntuaciones de Likert para C1 y C2 = Desregulación afectiva (Da).

Suma de las puntuaciones de Likert para C3 y C4 = Autoconcepto negativo (An).

Suma de las puntuaciones de Likert para C5 y C6 = Alteraciones en las relaciones (Ar)

Puntuación de Alteraciones en la auto-organización = Suma de Da, An y Ar.

Recuperado el 20 de Febrero del 2022, de:  
[https://www.traumameasuresglobal.com/files/ugd/be25b4\\_34c7384f18354be58706b3da8acb73bf.pdf](https://www.traumameasuresglobal.com/files/ugd/be25b4_34c7384f18354be58706b3da8acb73bf.pdf).

#### IV. Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento del TEPT (TOP- 8)

El entrevistador debe identificar qué suceso traumático es el más molesto y valorar cuánto ha molestado cada síntoma al paciente durante la última semana.

**Acontecimiento:** \_\_\_\_\_

1. ¿Ha experimentado imágenes dolorosas, pensamientos o recuerdos de acontecimientos que no ha podido apartar de su mente aunque quisiera?
  0. Nada
  1. Leve: raramente y/o molestos
  2. Moderado: por lo menos una vez a la semana y/o producen algo de estrés
  3. Grave: por lo menos 4 veces por semana o moderadamente estresante
  4. Extremadamente grave: diariamente o producen tanto estrés que el paciente no puede trabajar o funcionar socialmente
2. ¿Exponerse a un suceso que le recuerda, o se parece al acontecimiento vivido, le provoca alguna respuesta física (p. ej., sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, hiperventilación, mareos, etc.)?
  0. Nada
  1. Un poco: infrecuente o dudoso
  2. Algo: levemente estresante
  3. Significativo: causa mucho estrés
  4. Marcado: muy estresante; puede hacerle buscar ayuda debido a la respuesta física (p. ej., dolor torácico tan grave que el paciente esté seguro de tener un ataque de corazón)
3. ¿Ha evitado lugares, gente, conversaciones o actividades que le recuerdan el acontecimiento (p. ej., películas, espectáculos de televisión, ciertos lugares, reuniones, funerales)?
  0. No evita
  1. Leve: de dudosa significación
  2. Moderado: evitación clara de las situaciones
  3. Grave: muy incómoda y la evitación afecta su vida de alguna manera
  4. Extremadamente grave: encerrado en casa, no va a tiendas o restaurantes, restricciones funcionales mayores
4. ¿Ha experimentado menos interés (placer) en cosas de las que antes habitualmente disfrutaba?
  0. Sin pérdida de interés
  1. Una o dos actividades menos placenteras
  2. Varias actividades menos placenteras
  3. La mayoría de las actividades menos placenteras
  4. Casi todas las actividades menos placenteras
5. ¿Tiene menos contacto con la gente que el que solía tener? ¿Se siente distanciado de la gente?
  0. No problema
  1. Sentimientos de distanciamiento/alejamiento, pero aún mantiene un grado de contacto normal con otros
  2. Algunas veces evita contactos en los que normalmente participaría
  3. Claramente y usualmente evita a la gente con la que previamente se asociaba
  4. Rechaza absolutamente o evita activamente todo contacto social
6. ¿Puede tener sentimientos cariñosos/sentirse cerca de otros? ¿Se siente insensible?
  0. Sin problema
  1. Leve: o dudosa significación
  2. Moderado: alguna dificultad expresando sentimientos
  3. Grave: problemas claros expresando sentimientos
  4. Muy grave: no tiene sentimientos, insensible la mayor parte del tiempo
7. ¿Se mantiene en estado de alerta? ¿Está usted vigilante? ¿Se siente con los nervios de punta? ¿Se sienta protegiendo su espalda con la pared?
  0. Sin problema
  1. Leve: ocasional/no interfiere
  2. Moderado: causa molestias/se siente nervioso o vigilante en algunas situaciones
  3. Grave: causa molestias/se siente nervioso o vigilante en la mayoría de las situaciones
  4. Extremadamente grave: causa extrema de molestias y/o altera la vida (sentimientos constantes de alerta/socialmente incapacitado debido a su hipervigilancia)
8. ¿Se asusta fácilmente? ¿Tiene tendencia a asustarse? ¿Es esto un problema después de un ruido inesperado, o si usted oye o ve algo que le recuerda su trauma?
  0. Sin problema
  1. Leve: ocasional pero no interfiere
  2. Moderado: causa claras molestias o una respuesta exagerada de susto por lo menos cada 2 semanas
  3. Grave: ocurre más de una vez por semana
  4. Extremadamente grave: tan mal que el paciente no puede funcionar, ni en el trabajo, ni socialmente

*Ciudad de México a 08 de octubre del 2021.*

***DRA. LORENA LÓPEZ PEREZ***

*PRESIDENTA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN*

*JEFA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y  
CAPACITACIÓN*

*PRESENTE*

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Jessica Larissa Ramírez Chan**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este.**
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación.**
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación.**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

*ATENTAMENTE*

*Dr. Alejandro Molina López*

*Asistente de la Dirección general de servicios de atención psiquiátrica*