



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

“EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE INCESTO QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE LOJA. PERIODO 2015-2016”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO.

AUTOR:

DANIEL ALEJANDRO PARDO REYES

DIRECTORA:

DRA. ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO, Mg. Sc

LOJA- ECUADOR



Certificación

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS**CERTIFICA:**

Haber dirigido, asesorado y revisado detenidamente el proceso de elaboración de la tesis titulada, **“EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE INCESTO QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE LOJA. PERIODO 2015-2016”**, de autoría del Sr. Daniel Alejandro Pardo Reyes, la misma que cumple con las exigencias de la investigación científica y las normas de graduación vigentes en la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación y defensa.



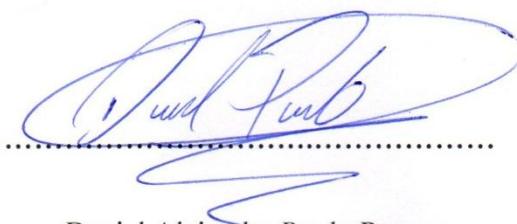
.....

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc

Directora de tesis

Autoría

Daniel Alejandro Pardo Reyes, manifiesto que soy el autor y responsable del trabajo de investigación de tesis realizado denominado: **“El estrés postraumático en víctimas de incesto que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja. Periodo 2015-2016”**, así como de todos los conceptos e ideas que como propios en esta tesis son expuestos.



Daniel Alejandro Pardo Reyes

Carta de autorización

Carta de autorización de tesis por parte del autor para la consulta, reproducción parcial o total, y publicación electrónica del texto completo.

Yo, Daniel Alejandro Pardo Reyes, declaro ser autor de la Tesis titulada: “El estrés postraumático en víctimas de incesto que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja. Periodo 2015-2016”, como requisito para optar al Grado de: *Psicólogo clínico*; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Loja, 16 de noviembre de 2016.



Daniel Alejandro Pardo Reyes

Directora de tesis: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dr. Germán Vélez, Mg. Sc.

Dra. Susana González Mg. Sc.

Dra. Karina Flores Mg. Sc.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, por permitirme llegar a este punto culminante en mi vida, el cual he ansiado hace mucho tiempo.

De manera especial agradezco a mi padre, Patricio Pardo, quien fue el que me introdujo en el apasionante mundo de la psicología.

A la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la carrera de Psicología Clínica, en la persona de sus dignísimas autoridades y docentes.

A los peritos psicólogos de la Fiscalía Provincial de Loja, los doctores: Jorge Sánchez, Paola Bustamante, Ana Samaniego y María Elizabeth Muñoz; quienes me apoyaron en gran manera en la realización de esta tesis.

De igual manera reitero mi agradecimiento a todos los docentes y tutores de prácticas que con generosidad y sapiencia me han brindado sus conocimientos a lo largo de mi formación profesional en el amplio campo de la psicología, de manera especial dejo sentada mi gratitud a la Dra. Anabel Larriva Borrero; quien con vasto conocimiento y evidente generosidad dirigió esta tesis.

A todos ellos mi eterna gratitud.

El Autor

Dedicatoria:

A mis padres: Patricio Pardo Taday y Mercedes Reyes Jaramillo quienes fueron ejemplos a seguir para mí, en cada uno de sus campos, demostrando siempre una ética intachable.

A mi querida hermana Angie, por estar siempre presente, acompañándome para poderme realizar como profesional.

A mi tía Bernardita por estar siempre pendiente de mí y brindarme su apoyo incondicional.

A mi familia, amigos y compañeros por su apoyo y ayuda en cada instante de mi vida; y,

A los cientos y miles de niñas, niños, adolescentes y adultos que requieren de protección oportuna, eficiente y eficaz frente a la violencia en todas sus formas dedico la presente tesis.

El Autor

Índice

Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
a.- Título	1
b.- Resumen y Summary	2
c.- Introducción	4
d.- Revisión de literatura	8
1. Violencia sexual de tipo incestuosa y su relación con la aparición del TEPT	9
1.1 Definición de violencia sexual	9
1.2 Víctimas más frecuentes	9
1.3 Formas de violencia sexual	10
1.3.1 Abuso sexual	10
1.3.2 Violación	11
1.4 Secuelas de violencia sexual	13
1.4.1 Secuelas conductuales	13
1.4.2 Secuelas emocionales	13
1.5 Definición de incesto	13
1.6 Causas del incesto	14
1.7 Daño y consecuencias psicológicas	14

1.7.1 Miedo	14
1.7.2 Presión y arrepentimiento	14
1.7.3 Culpabilidad	15
1.7.4 Depresión y baja autoestima	15
1.7.5 Confusión de roles	15
1.8 Asociación entre incesto y síntomas psicopatológicos	16
1.9 Trastorno de estrés postraumático	16
1.9.1 Pautas diagnósticas del TEPT	18
1.10 Síntomas del TEPT	19
1.10.1 Reexperimentación	19
1.10.2 Evitación	20
1.10.3 Hiperactivación	20
1.11 TEPT en víctimas de incesto	21
e.- Materiales y métodos	22
f.- Resultados	24
g.- Discusión	31
h.- Conclusiones	35
i.- Recomendaciones	37
j.- Bibliografía	38
k.- Anexos	42

a. Título:

“El estrés postraumático en víctimas de incesto que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja. Periodo 2015-2016”

b. Resumen

El estrés postraumático se define como un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo, por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, violaciones, secuestros, etc. Motivo de esta investigación comprende el estudio de casos de presuntas víctimas de abuso sexual o violación de tipo incestuoso, que se registran en la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja y su relación con la aparición del trastorno de estrés postraumático, sus síntomas predominantes y su incidencia en las personas que lo padezcan.

Se realizó un estudio de 60 personas víctimas de violencia sexual, en las que se empleó una hoja de recolección de datos para determinar a las víctimas de incesto; posteriormente se aplicó reactivos específicos para medir la existencia del trastorno de estrés postraumático, los cuales fueron: Escala global de estrés postraumático (EGEP) y Escala de gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS TEPT). Una vez finalizada la investigación se concluyó que de los 60 casos estudiados, 51 personas presentaban síntomas que se relacionan con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, 9 personas no presentaban esta sintomatología. Los síntomas que predominaron son los de evitación en primer lugar; luego se encuentran los síntomas de hiperactivación y por último encontramos síntomas de reexperimentación. Por lo tanto este trastorno afecta a todas las áreas como son: personal, social, laboral, académica y familiar del individuo; por esto se lo puede considerar como un trastorno incapacitante, por el elevado número de síntomas y la considerable gravedad de los mismos, impidiendo el normal desenvolvimiento en la vida cotidiana de quienes los padecen.

Summary

Post-traumatic stress is defined as a disorder that arises as a delayed or deferred response to a stressful event or a (short or long-term) situation of nature exceptionally threatening or catastrophic, which is likely to cause pervasive distress in almost everyone, for example, natural disasters or man-made, combat, serious accidents, rapes, kidnappings, etc. Reason for this research includes the study of cases of alleged victims of sexual abuse or rape of incestuous type, recorded in Unit Comprehensive Care and Assessment of the Provincial Prosecutor of Loja and its relationship with the onset of PTSD, their predominant symptoms and their impact on the people who suffer. A study of 60 victims of sexual violence, in which a data collection sheet is employed to determine the victims of incest was made; specific reagents subsequently applied to measure the existence of PTSD, which were: Global Post Traumatic Stress Scale (EGEP) and Scale of severity of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD EGS). After the investigation concluded that of the 60 cases studied, 51 people had symptoms that relate to the diagnosis of PTSD, 9 people did not have these symptoms. Predominant symptoms are first avoidance; then there are the symptoms of hyperarousal and finally found symptoms of re-experiencing. Therefore, this disorder affects all areas such as: personal, social, labor, academic and family of the individual; so it can be considered a disabling disorder, by the high number of significant symptoms and severity thereof, preventing the normal development in the daily lives of those who suffer.

c.- Introducción

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito por Hans Selye (1926). En la actualidad, es uno de los términos más empleados en diversas áreas problemáticas. Selye, hace referencia a la respuesta del organismo ante el estrés. Utiliza el término estrés para describir una suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo. El término se ha utilizado con múltiples significados y ha servido tanto para designar una respuesta del organismo, como para señalar los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones de tipo estresantes.

En las víctimas de abuso, violencia sexual, especialmente en el incesto, motivo de esta investigación, el trastorno de estrés postraumático surge, “como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo, por ejemplo, ser víctima de tortura, de una violación o de otro crimen”. (OMS, CIE 10)

Como expresa Ortiz (2011): La violencia sexual tiene efectos muy profundos en la salud física y mental. Además de las lesiones físicas, se asocia con un mayor riesgo de experimentar diversos problemas de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias pueden ser inmediatas o de largo plazo. Las secuelas sobre la salud mental pueden ser tan graves como los efectos físicos, y también muy prolongadas si no son atendidos de la manera adecuada, en esta investigación se trabajó con presuntas víctimas de abuso sexual y violaciones.

En nuestro medio, según el COIP (2014), se considera al abuso sexual de la siguiente manera: “La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a

ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal”. (Artículo 170)

En cuanto a la violación es definida como: el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. (COIP, Artículo 171)

Al considerar una violación o un abuso sexual como suceso traumático, se debe considerar la violencia sexual de tipo incestuosa, la que es definida por Yael Fischman (2000) como: toda actividad sexual entre una persona y cualquier miembro de su grupo familiar; y puede ser tanto heterosexual como homosexual.

En esta investigación fueron tomados en cuenta las personas que denunciaban abusos sexuales y violaciones en la Fiscalía Provincial de Loja, las cuales fueron perpetuadas presuntamente por alguien del núcleo familiar, estas personas acudían a la Unidad de Atención y Peritaje Integral, para la valoración del daño psicológico ocasionado por el evento traumático, al recibir las denuncias, se empleó una hoja de datos para seleccionar a las víctimas de violencia sexual de tipo incestuoso, de las que fueron presuntamente perpetuadas por alguien ajeno al núcleo familiar.

El presente estudio es de tipo cuantitativo ya que se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y realizar los objetivos establecidos previamente, fue también un estudio retrospectivo, puesto que se realizó un análisis posterior al hecho suscitado; es de corte transversal, ya que mide la prevalencia y características de la exposición y el resultado de los síntomas en un tiempo específico en el

que se realizó la evaluación. Es de tipo analítico, puesto que relaciona dos variables, las cuales son el incesto y estrés postraumático.

El fin de esta investigación está regida por los siguientes objetivos, generales y específicos respectivamente:

Determinar cómo influye el Estrés Postraumático en víctimas de incesto de la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja.

Identificar la existencia de víctimas de incesto en la Unidad de Atención y Peritaje Integral.

Indagar la frecuencia del Estrés Postraumático en víctimas de incesto de la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja.

Determinar la influencia del Estrés Postraumático en víctimas de incesto de la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja.

Elaborar un plan psicoterapéutico adecuado a las necesidades de las personas que sufren de Trastorno Estrés Postraumático, víctimas de incesto que acudan a la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja.

Posteriormente se aplicó los reactivos psicológicos a 60 personas víctimas de violencia sexual; para medir la existencia del trastorno de estrés postraumático, denominados: EGEP (Escala global de estrés postraumático), aplicada a mayores de 18 años y EGS TEPT (Escala de gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático), las cual eran para personas menores de 18 años.

Mediante las escalas antes mencionadas se determinó la existencia del trastorno de estrés postraumático, en personas víctimas de incesto, en las que se encuentra el abuso sexual y las violaciones. En base a estas escalas se determinó que síntomas predominan en las personas diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático, en las que se encontraban 3 grupos de síntomas: evitación, hiperactivación y reexperimentación. Por último, se buscó constatar si el estrés postraumático influía en el desenvolvimiento normal de las personas que lo padecen.

d. Revisión de literatura

1. Violencia sexual de tipo incestuosa y su relación con la aparición del TEPT

- 1.6 Definición de violencia sexual
- 1.7 Víctimas más frecuentes
- 1.8 Formas de violencia sexual
 - 1.3.1 Abuso sexual
 - 1.3.2 Violación
- 1.9 Secuelas de violencia sexual
 - 1.4.1 Secuelas conductuales
 - 1.4.2 Secuelas emocionales
- 1.10 Incesto
- 1.11 Causas del incesto
- 1.12 Daño y consecuencias psicológicas
 - 1.7.1 Miedo
 - 1.7.2 Presión y arrepentimiento
 - 1.7.3 Culpabilidad
 - 1.7.4 Depresión y baja Autoestima
 - 1.7.5 Confusión de roles
- 1.13 Asociación entre incesto y síntomas psicopatológicos
- 1.14 Trastorno de Estrés Postraumático
 - 1.9.1 Pautas diagnósticos del TEPT según el CIE 10
- 1.15 Síntomas del TEPT
 - 1.11.1 Reexperimentación
 - 1.11.2 Evitación
 - 1.11.3 Hiperactivación
- 1.16 TEPT en víctimas de incesto

1. Violencia sexual de tipo incestuosa y su relación con la aparición del TEPT

1.1 Definición de violencia sexual

La OMS en el 2013 en su informe específico sobre violencia sexual la define como: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (p.2).

Puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza:

Además de la fuerza física, puede incluir la intimidación psíquica, la extorsión u otro tipo de amenazas, como de agresiones o uso de situaciones de poder. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque estando en estado etílico, bajo los efectos de una sustancia estupefaciente, dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación. (Ibídem)

1.2 Víctimas más frecuentes

Los casos más frecuentes de violencia sexual son ejercidos sobre niños por algún familiar cercano, con quien convive la víctima. El agresor sexual lo puede ser en exclusiva (sobre todo en el caso de los pedófilos), pero también puede ir acompañado de otros perfiles delictivos, tal es el caso de robos, agresiones, maltrato físico, consumo de sustancias, etc. Kuitka (2014) afirma:

El agresor sexual no es necesariamente un desconocido para la víctima; en ocasiones es, precisamente, su cercanía cotidiana a la misma la que le ha facilitado un determinado

grado de confianza que ha derivado en la imposición de una determinada relación usando la intimidación y la fuerza. (p.12)

El carácter de tabú de la violencia sexual sugiere la posibilidad de una violencia encubierta debido a actitudes de vergüenza o de temor; o por represalias de parte del agresor hacia la víctima.

1.3 Formas de violencia sexual

La OMS (2002) expresa que la violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada, la trata de personas y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres. Sin embargo para la presente investigación se tomará en cuenta desde una perspectiva general a la violación y al abuso sexual (p. 161-164).

1.3.1 Abuso sexual.

Echeburua & Corral, (2006, p.105) considera que el abuso sexual, tiene lugar cuando un individuo es sometido por otra persona a prácticas sexuales que no corresponden a su desarrollo y que en ningún momento puede dar su consentimiento. Estas prácticas se caracterizan por tocamientos o caricias sexuales, peticiones para realizar actividades sexuales, exhibicionismo, exposición o uso del menor para generar material pornográfico. Puede haber penetración, pero generalmente ocurre después de algún tiempo -meses o años- en que el agresor ha utilizado la seducción, el engaño, la confianza o las amenazas para agredir al menor; por lo general no está involucrada la fuerza física. En estos casos las manifestaciones emocionales caracterizan el cuadro clínico y es frecuente que no haya lesiones físicas.

En nuestra legislación, el COIP, (2014) al referirse al abuso sexual lo hace de la siguiente manera: La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Cuando la víctima sea menor de catorce años de edad o con discapacidad; cuando la persona no tenga capacidad para comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; o si la víctima, como consecuencia de la infracción, sufra una lesión física o daño psicológico permanente o contraiga una enfermedad grave o mortal, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si la víctima es menor de seis años, se sancionará con pena privativa de libertad de siete a diez años. (Artículo 170)

1.3.2 Violación

García y Loredo (2013) consideran, que la violación sexual se define como la penetración vaginal, anal u oral con el pene o cualquier otro tipo de objeto, en forma abrupta, con violencia física y emocional y control de la situación mediante el uso de la fuerza. Este tipo de abuso se identifica por la presencia de lesiones en el área genital, anal o en otras regiones del cuerpo y por acompañarse de manifestaciones emocionales de ansiedad o estrés agudo.

En nuestra legislación, el COIP (2014) al referirse a la violación lo hace de la siguiente manera: Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse.
2. Cuando se use violencia, amenaza o intimidación.
3. Cuando la víctima sea menor de catorce años.

Se sancionará con el máximo de la pena prevista en el primer inciso, cuando:

1. La víctima, como consecuencia de la infracción, sufre una lesión física o daño psicológico permanente.
2. La víctima, como consecuencia de la infracción, contrae una enfermedad grave o mortal.
3. La víctima es menor de diez años.
4. La o el agresor es tutora o tutor, representante legal, curadora o curador o cualquier persona del entorno íntimo de la familia o del entorno de la víctima, ministro de culto o profesional de la educación o de la salud o cualquier persona que tenga el deber de custodia sobre la víctima.
5. La o el agresor es ascendiente o descendiente o colateral hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

La víctima se encuentre bajo el cuidado de la o el agresor por cualquier motivo. En todos los casos, si se produce la muerte de la víctima se sancionará con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años (Artículo 171).

1.4 Secuelas de violencia sexual

En las relaciones incestuosas, las víctimas se ven sometidas generalmente a vivencias cuya experiencia no radica únicamente en el hecho en sí, sino que afecta totalmente sus diversas esferas y en si su vida cotidiana según expresa Ramírez (2010); es así que encontramos así con las siguientes secuelas:

1.4.1 Secuelas conductuales.

Ramírez (2010) afirma: “las secuelas conductuales tales como el negativismo ante la existencia del problema, con deseos de morirse y hasta poder llegar a suicidarse, o bien abusando de las drogas y el alcohol, teniendo actividad sexual indiscriminada o ausencia total de la misma, con desordenes alimenticios como bulimia y anorexia o cayendo en la prostitución”.

1.4.2 Secuelas emocionales.

“Secuelas emocionales tales como la incapacidad afectiva, los sentimientos de culpa y vergüenza que conllevan a grandes depresiones, disociación de ideas y pensamientos, pesadillas traumáticas sensaciones de impotencia, incapacidad de control en los sentimientos. Con una baja autoestima” (Ramírez, 2010, p.34)

1.5 Definición de Incesto

En el lenguaje común, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2016), nos indica que el incesto consiste en la relación carnal entre parientes dentro de los grados en los que está prohibido el matrimonio.

Yael Fischman (2000) define al incesto como: “toda actividad sexual entre una persona y cualquier miembro de su grupo familiar; y puede ser tanto heterosexual como homosexual”.

1.6 Causas del incesto

“Un entorno con violencia intrafamiliar podría ser propicio para que se dé uno de estos casos, la falta de cariño, dedicación y atención debida a cada uno de los miembros de la familia puede desencadenar un caso de incesto”. (Giberti, 2012, p. 145)

Dieschacon (2003) menciona que este fenómeno tiene un origen multicausal, esto es: contexto familiar en el cual podemos incluir en el microsistema social de patriarcado o matriarcado (según sea el caso), cuestiones económicas, aislamiento social; confusión de roles en los que se evidenciaría ambientes de abandono; insuficiencia de afecto, desintegración familiar, intereses económicos, entre otros. (p.54-57)

1.7 Daño y consecuencias psicológicas

Romano (2009) afirma, que los sentimientos que experimenta la persona víctima de violencia sexual, son visibles casi en todas las víctimas de delitos sexuales, las que sobresalen son las siguientes: Miedo, presión y arrepentimiento, culpabilidad, depresión y baja autoestima y confusión de roles.

1.7.1 Miedo

El miedo se refiere no solo a las consecuencias del hecho, sino a las que puede acarrear la revelación de lo acontecido. Más cuando se considera las posibles represalias que puede tomar el agresor, que al ser tan cercano a la víctima y su familia, actúa con mayor facilidad. El miedo puede ser consciente o inconsciente, en este último caso la persona puede presentar alteraciones en el sueño o falta de control de esfínteres, sobre todo en los niños y niñas. (Romano, 2009)

1.7.2 Presión y arrepentimiento

“En ocasiones las víctimas no se atreven a denunciar debido a que se sienten presionadas por su familia. Por ello, llegan a arrepentirse de su confesión y prefieren negar

lo aseverado, especialmente cuando el agresor (su familiar) está detenido”. (Romano, 2009, p.21-24)

Lo que es comprensible, dada su situación, sobre todo cuando está de por medio un proceso legal que además de revictimizante es lento y tedioso, más cuando implica repetir constantemente lo sucedido ante diversas personas y en varios momentos.

1.7.3 Culpabilidad

La culpabilidad se manifiesta por varios motivos. Romano (2009) afirma:

En primer lugar, la víctima puede llegar a sentirse culpable en tanto se cree responsable de lo sucedido. Luego, porque no sabe si debe contar lo que le ocurre o guardar silencio como le ha dicho su agresor. Cuando se decide a hablar, se culpa por no haberlo hecho antes y haber así permitido que el abuso continuara. Asimismo, la víctima puede sentirse culpable por las consecuencias legales, económicas y sociales que ella y su familia deben afrontar, así como de la alteración que se produce en la dinámica familiar.

1.7.4 Depresión y baja Autoestima

Ya sea antes o después del hecho la víctima suele permanecer retraída, triste, pasiva, lo que también es producto de la baja autoestima que se genera en ella, ya que la persona tiende a creer que no tiene valor, sobre todo por los daños físicos que ha sufrido. Romano, (2009) Esto es aún más difícil de enfrentar cuando el agresor está en su propia casa, vive con él, habla con él y hasta se queda bajo su cuidado. Por ello el debate entre la confusión, el miedo y la ira es constante.

1.7.5 Confusión de roles

La desorientación que experimenta la víctima produce en sí, una marcada confusión de roles, que es mayor cuanto más pequeña es la víctima. Romano (2009) afirma:

Esta confusión se manifiesta en la alteración de los roles culturalmente establecidos, lo que no le permite diferenciar al niño, niña o adolescente cuál es y en qué consiste el papel que deben desempeñar, tanto él como su agresor. La confusión de roles en la familia incestuosa contribuye a que aumente la probabilidad de que el acto se repita, pues se crean en ella más oportunidades y se prepara el escenario para un nuevo caso de incesto. A esto se suma la posibilidad de que la víctima al no haber podido visualizar cual era la figura y en qué consistía el rol que debía desempeñar el familiar que la agredió, y hasta ella misma, no sabe cómo debe actuar en dicho papel. Este ejemplo es claro en el caso paterno – filial.

1.8 Asociación entre incesto y síntomas psicopatológicos

Las asociaciones entre abuso físico o sexual en la niñez y síntomas psicopatológicos en la vida adulta son mucho más fuertes según la severidad de los parámetros del episodio traumático Saucedo y García (2002) afirma:

Las experiencias traumáticas en la niñez, cuando son únicas, habitualmente no conducen a trastornos mentales, mientras que los eventos negativos múltiples generan efectos acumulativos que elevan significativamente los riesgos de desarrollar psicopatología. En la medida que existen otras experiencias positivas, el niño puede mostrar más resistencia ante el evento traumático y una adaptación exitosa o resiliencia. (p.134-136)

1.9 Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático para el CIE 10 es considerado como:

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por

ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.

Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante,

pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad. (p.77-78)

1.9.1 Pautas diagnósticos del TEPT según el CIE 10

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.

Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad. (p.77-78)

1.10 Síntomas del TEPT

Valdivia (2002) expresa que “los pacientes con trastorno de estrés postraumático, presentan una tríada clínica que comprende los fenómenos de reexperimentación, los de evitación y la respuesta de hiperactivación”.

1.10.1 Reexperimentación

Cravajal, (2002) afirma: El reexperimentar los síntomas vividos durante el hecho traumático está fuera del control de la persona y en forma persistente pueden aparecer imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea o bien gatillados por estímulos que recuerdan el suceso traumático. Estos fenómenos pueden ocurrir durante la vigilia o también durante el sueño en forma de pesadillas. Estos recuerdos invasores muchas veces se acompañan de síntomas autonómicos como taquicardia, polipnea, temblor fino generalizado, cambios de temperatura, sudoración e incluso piloerección. Entre los elementos gatillo de los fenómenos invasores las imágenes provenientes de la televisión, del cine o incluso de las fotos de la prensa escrita tienen gran importancia. Un ruido, un color, un aroma, una

palabra escrita o pronunciada por alguien también pueden servir como desencadenantes de los síntomas invasores. (p.84)

1.10.2 Evitación

Valdivia (2002) afirma que: los mecanismos de evitación incluyen los esfuerzos para evitar los pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares o personas que se vinculen con el trauma. En ocasiones puede incluso presentarse amnesia en relación a aspectos importantes del trauma, aunque este último mecanismo es menos frecuentemente descrito en niños; en ellos se describen otras alteraciones de memoria. En los niños muchas veces es posible distinguir miedos específicos en relación al estresor o temores más generalizados como a la oscuridad o al hecho de estar solo. Estos miedos son claros indicadores de las conductas de evitación.

Los comportamientos de evitación y la amnesia reducen la posibilidad de exposición al estímulo traumático, pero esto a su vez implica un costo para el menor, quien de un modo inevitable afecta otras áreas del comportamiento mostrando reducción de los intereses, sensación de desapego y restricción en los afectos. (p.45)

1.10.3 Hiperactivación / Aumento de la activación

Carvajal (2002) asevera: El estado general de hiperalerta del paciente se puede expresar por trastornos del sueño caracterizados por insomnio de conciliación, sueño interrumpido y muy superficial; fallas en la concentración, irritabilidad fácil e incluso reacciones algo violentas, hiperestesia sensorial con respuesta de alerta exagerada y un estado de hipervigilancia. Conviene señalar que los estímulos neutros (como el cierre de una puerta o la caída de algún objeto) se transforman en estímulos amenazadores y el paciente reacciona con síntomas autonómicos y pueden gatillarse fenómenos invasores. (p.85)

1.11 TEPT en víctimas de incesto

Gonzalez & Pardo (2010) afirman que las reacciones inmediatas al trauma se presentan fundamentalmente en las esferas emocionales y cognitivas, dando lugar también a la aparición de otros síntomas psíquicos:

En la esfera emocional la víctima tiene sensación de irrealidad, de que el hecho “no puede haber ocurrido”, a la que se asocia un miedo intenso que se acompaña de llanto y rabia, y en ocasiones vergüenza y culpa que se traducen en un sentimiento de pérdida de control de la situación que se intenta compensar de este modo.

A esta afectación emocional se añaden síntomas psíquicos, como confusión, desorientación y disminución de la concentración.

Pueden aparecer alteraciones a nivel cognitivo, con déficit en el procesamiento de la información, que incluye la referente al mismo trauma desencadenante, dificultad en la toma de decisiones y percepción de profunda indefensión. Esta sintomatología puede ceder en las primeras semanas tras la agresión sexual, pero aproximadamente el 80 % de las víctimas presentan alteraciones transcurrido un año. (p.23-24)

e. Materiales y métodos

El presente estudio es de tipo cuantitativo ya que se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y realizar los objetivos establecidos previamente, y se basa en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Es un estudio retrospectivo, puesto que se realizó un análisis posterior al hecho denunciado; también es de corte transversal, ya que mide la prevalencia y características de la exposición y el resultado de los síntomas en un tiempo específico en el que se realizó la evaluación, sin dar más seguimiento. Es de tipo analítico, puesto que relaciona dos variables, las cuales son el incesto y estrés postraumático.

Como método se empleó la hoja de recolección de datos, en la que se anotó el sexo, la edad y la relación de la víctima con el presunto agresor.

Los test empleados fueron: EGEP y EGS TEPT, los cuales se describirán a continuación.

La EGEP es un instrumento de evaluación mediante auto informe que permite el diagnóstico y la caracterización del TEPT en adultos. Se compone de 62 ítems divididos en 3 secciones que hacen referencia a la evaluación de los acontecimientos traumáticos, la sintomatología y el funcionamiento del individuo.

Los aspectos que se evalúan van en paralelo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además de permitir el diagnóstico del TEPT y la valoración de sus especificaciones, la escala proporciona información normativa acerca de la intensidad de los distintos tipos de síntomas (Reexperimentación, Evitación y embotamiento afectivo o Hiperactivación).

La sencillez de su aplicación y su corrección así como sus adecuadas propiedades psicométricas hacen de la EGEP una herramienta muy útil para diagnosticar TEPT que proporciona de manera complementaria información sobre la sintomatología clínica subjetiva presente en el evaluado; ya que solo requiere transcribir la información cuantitativa y cualitativa a la hoja de respuestas, para posteriormente sumar y colocar los valores en la tabla final.

EGS-TEPT.: La escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático es una escala de evaluación hetero aplicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM IV, y que se sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos.

Las propiedades psicométricas de este instrumento para evaluar el estrés postraumático consta de 3 sub escalas: reexperimentación, evitación y activación, además cuenta con una escala de manifestaciones somáticas de ansiedad en relación al suceso.

La calificación de esta escala se basa en la suma de las 3 sub escalas, para luego cumplir con 1 síntoma en reexperimentación, 3 en evitación y 2 en aumento de la activación, para finalizar se transcriben los valores a la tabla final.

f. Resultados

Tabla 1

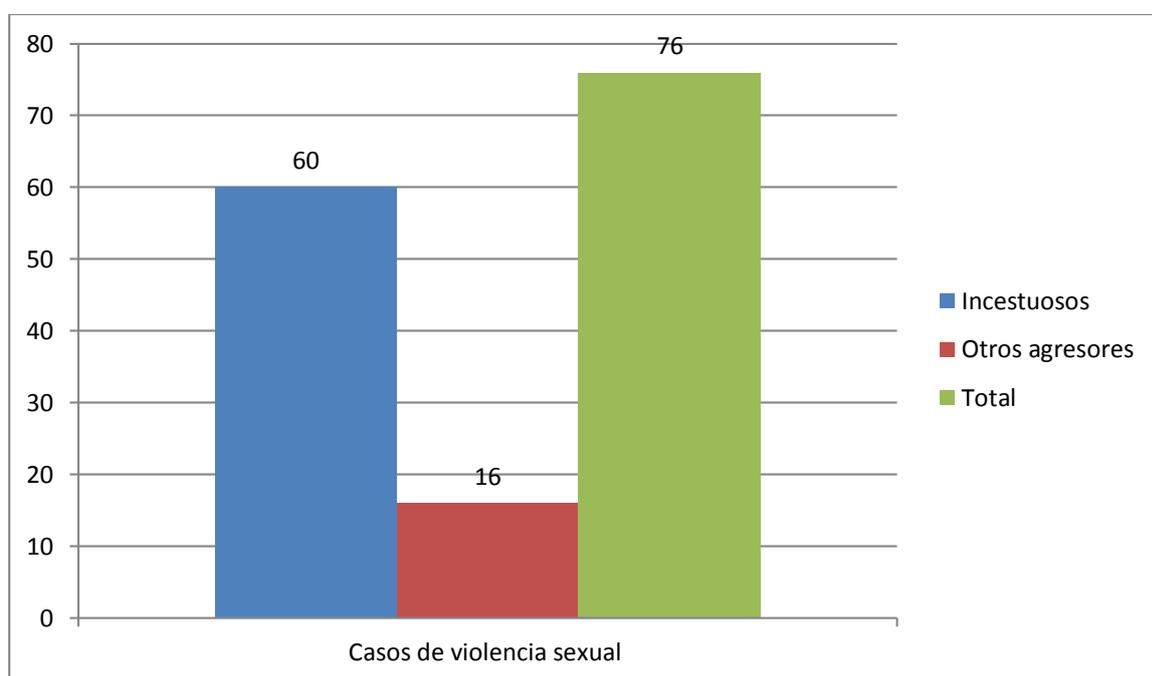
Casos de violencia sexual

Casos de violencia sexual		
Tipo incestuosos	60	78.95%
Otros agresores	16	21.05%
Total	76	100%

Fuente: Revisión de las denuncias, de presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Gráfico 1



Fuente: Revisión de las denuncias, de presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Interpretación: Según la gráfica, el 78.95% de la muestra, que equivale a 60 personas, acude por delitos contra la integridad sexual de tipo incestuoso; el 21.05%, equivalente a 16, acude por agresiones sexuales por desconocidos o ajenos al grupo familiar. Por lo tanto existe prevalencia de casos de delitos contra la integridad sexual de tipo incestuoso.

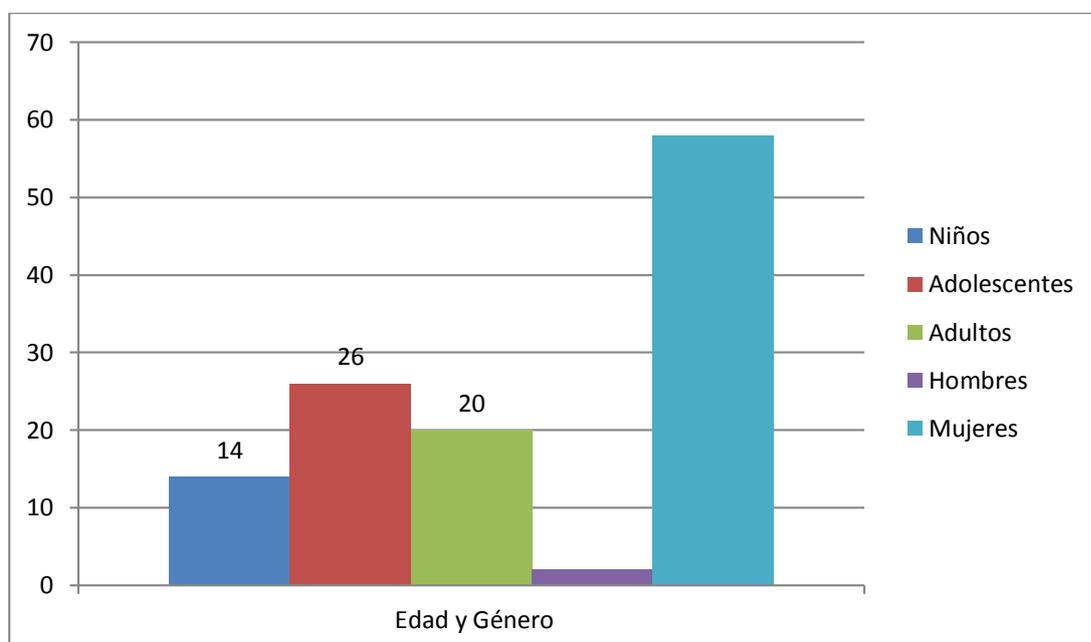
Tabla 2

Edades y género de las víctimas de incesto

Edades		
Niños/as 5-12 años	14	23.33%
Adolescentes 13-18 años	26	43.33%
Adultos	20	33.33
Total	60	100%
Género		
Hombres	2	3.33%
Mujeres	58	96.66%
Total	60	100%

Fuente: Revisión de las denuncias, de presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes
Gráfico 2



Fuente: Revisión de las denuncias, de presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Interpretación: En cuanto a las edades de las presuntas víctimas, se evidencia que el 23.33% eran niños y niñas en edades comprendidas desde los 5 hasta los 12 años; el 43.33% correspondían a adolescentes en edades comprendidas desde los 13 hasta los 18 años y el 33.33% correspondían a adultos en edades comprendidas desde los 18 años en adelante.

En cuanto al género se evidenció que el 96.66% eran mujeres y el 3.33% eran hombres.

Tabla 3

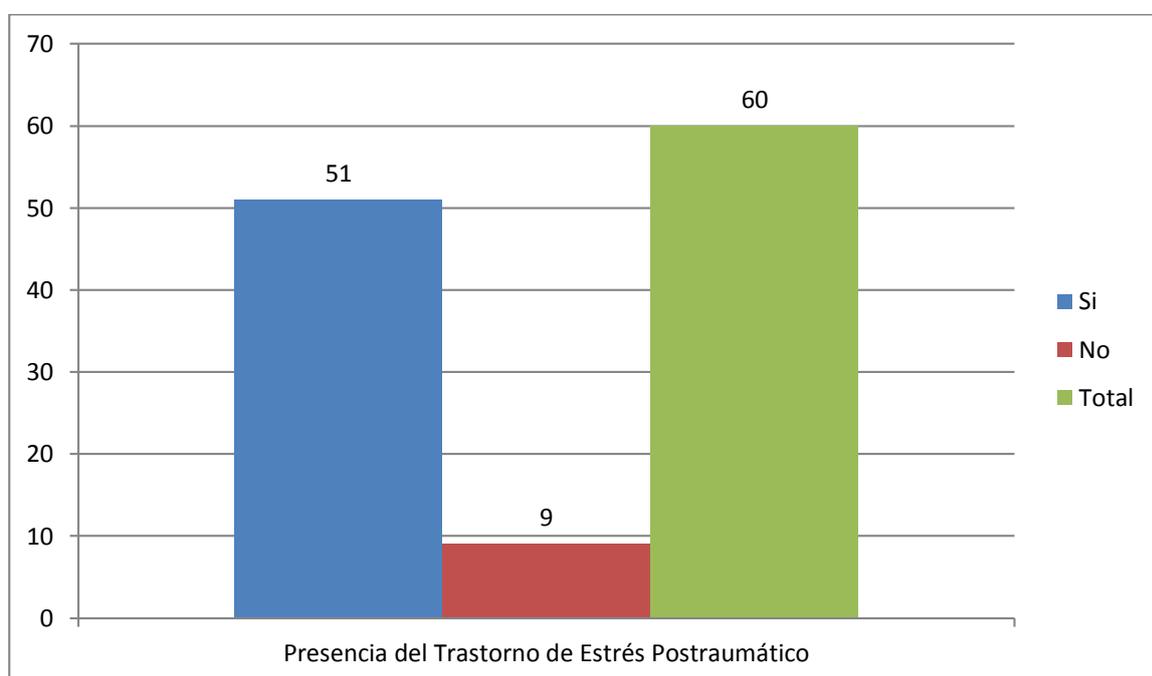
Presencia de Estrés Postraumático

Presencia del trastorno de estrés postraumático		
Si	51	85%
No	9	15%
Total	60	100%

Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Gráfico 3



Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Interpretación: La presencia del trastorno de estrés postraumático se dio en 51 casos lo que equivale al 85% de todas las presuntas víctima de delitos contra la integridad sexual. Seguido de un 15% que no presenta síntomas que se relacionen con un trastorno de estrés postraumático.

Tabla 4

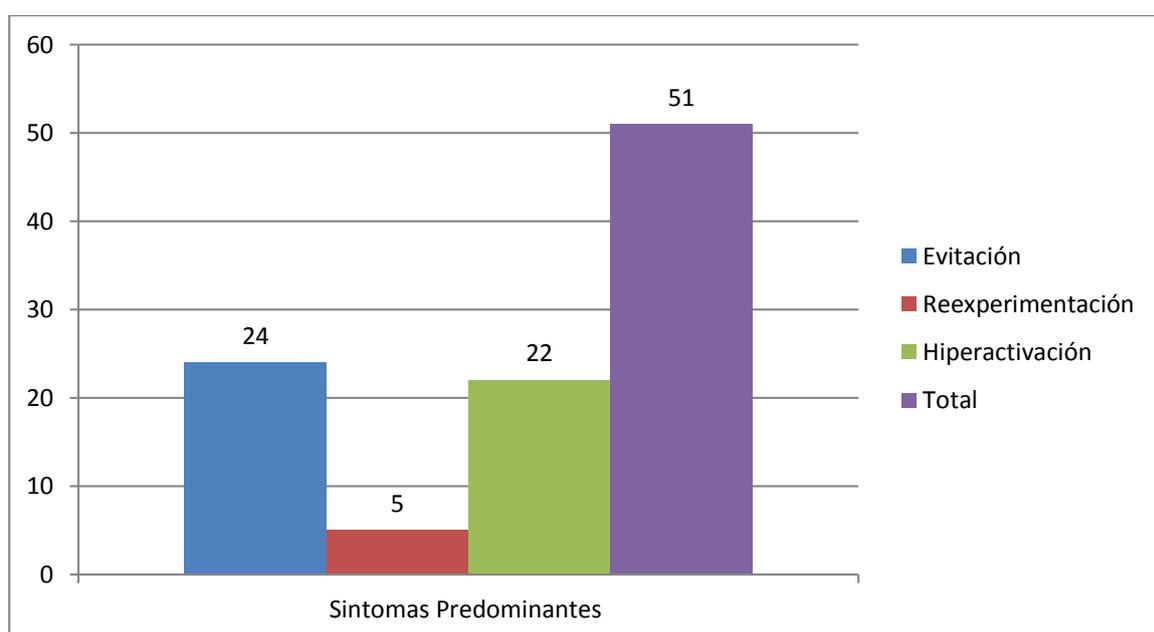
Síntomas predominantes en Estrés Postraumático

Síntomas predominantes del trastorno de estrés postraumático		
Evitación	24	47.05%
Reexperimentación	5	9.80%
Hiperactivación	22	43.13%
Total	51	100%

Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Gráfico 4



Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Interpretación: Según los datos obtenidos luego de la aplicación de los reactivos, a través de las escalas EGEP y EGS TEPT, tenemos que el 47.05%, equivalente a 24 personas, presenta trastorno de estrés postraumático con predominio de síntomas de evitación.

Seguido de un 9.80%, correspondiente a 9 personas, de casos de TEPT en que predominan los síntomas de reexperimentación.

En cuanto a los síntomas de hiperactivación, en los diagnósticos del TEPT, el 43.13%, correspondiente a 22 personas, predominan estos síntomas.

Tabla 5

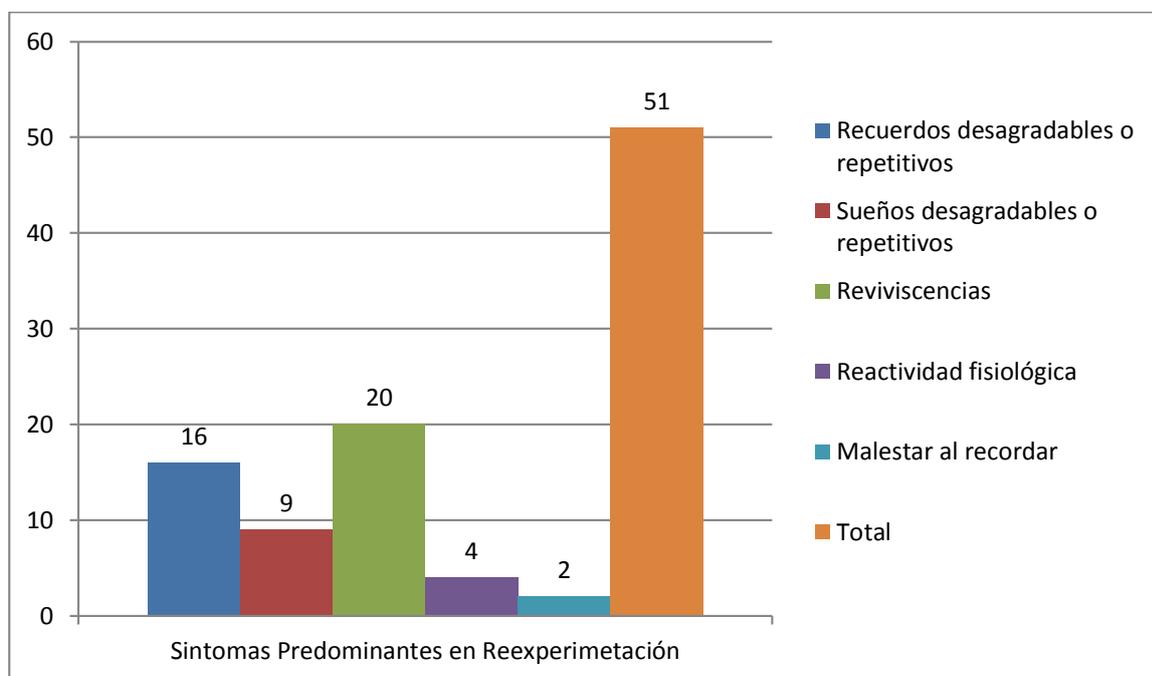
Síntomas en reexperimentación

Síntomas predominantes del trastorno de estrés postraumático en reexperimentación		
Recuerdos desagradables o repetitivos	16	31.37%
Sueños desagradables o repetitivos	9	17.64%
Reviviscencias	20	39.21%
Reactividad fisiológica	4	7.84%
Malestar al recordar	2	3.92%
Total	51	100%

Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Gráfico 5



Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Interpretación: En lo referente a los síntomas predominantes en reexperimentación, el 31.37% de la muestra predominan recuerdos desagradables o repetitivos; el 17.64% mantiene sueños desagradables o repetitivos; 39.21% refiere que predominan las reviviscencias; el 7.84% presenta síntomas de reactividad fisiológica en mayor grado y el 3.92% predomina malestar al recordar.

Tabla 6

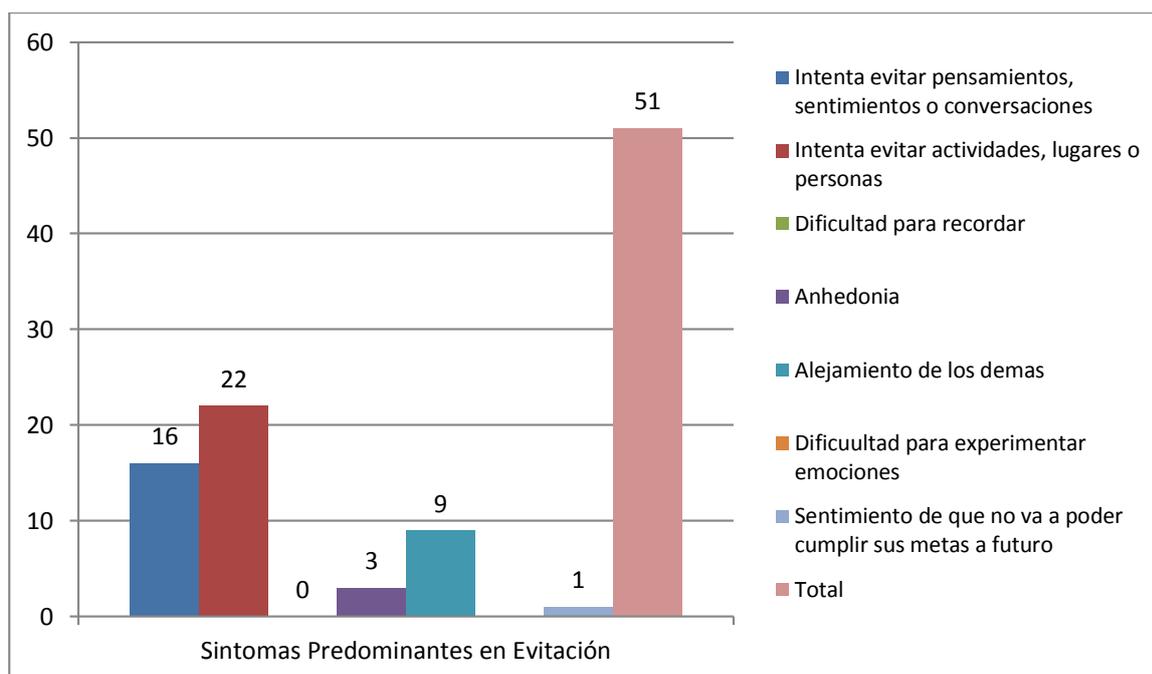
Síntomas en evitación

Síntomas predominantes del trastorno de estrés postraumático en evitación		
Intento de evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones	16	31.37%
Intento de evitar actividades, lugares o personas	22	43.13%
Dificultad para recordar	0	0%
Anhedonia	3	5.88%
Alejamiento de los demás	9	17.64%
Dificultad para experimentar emociones	0	0%
Sentimientos de que no va a poder cumplir sus metas a futuro	1	1.96%
Total	51	100%

Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Gráfico 6



Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Interpretación: En lo referente a los síntomas predominantes en evitación, el 31.37% de la muestra predominan los intentos de evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones; el 43.13% intenta evitar actividades, lugares o personas; el 17.64% presenta distancia o alejamiento de las personas.

Tabla 7

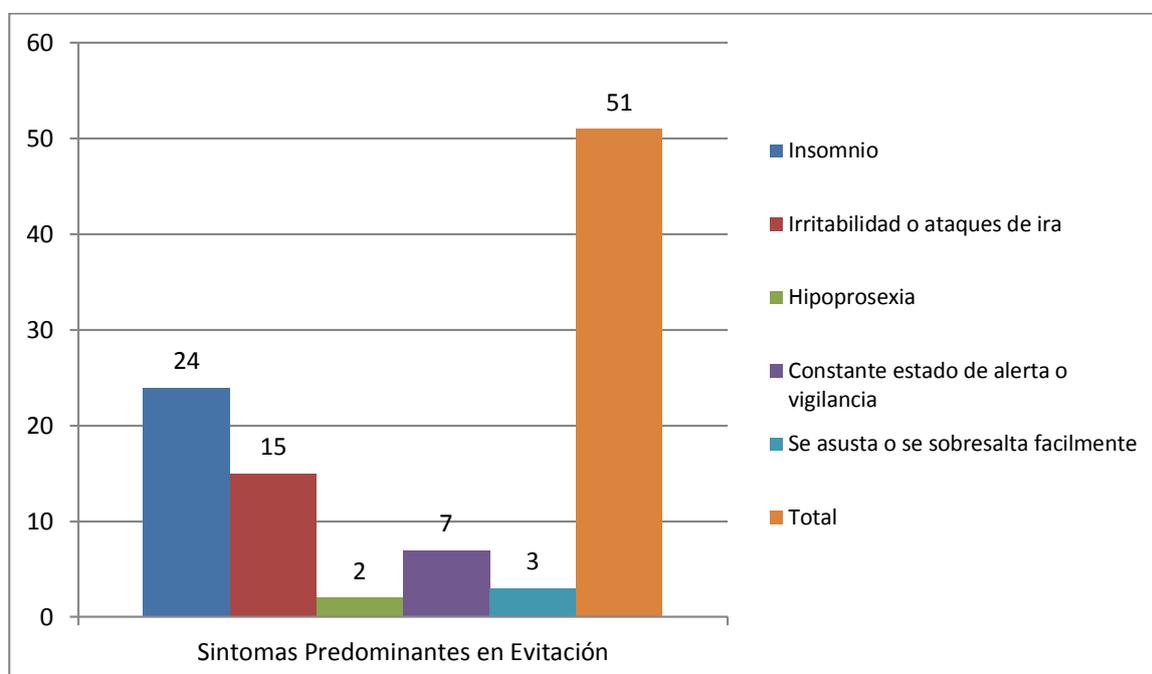
Síntomas en hiperactivación

Síntomas predominantes del trastorno de estrés postraumático en hiperactivación		
Insomnio	24	47.05%
Irritabilidad o ataques de ira	15	29.41%
Hipoprosexia	2	3.92%
Constante estado de alerta o vigilancia	7	13.72%
Se asusta o sobresalta fácilmente	3	5.88%
Total	51	100%

Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Gráfico 7



Fuente: Presuntas víctimas de violencia sexual, que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral; aplicación de las Escalas EGEP y EGS TEPT.

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Interpretación: En lo referente a los síntomas predominantes en Hiperactivación, el 47.05% de la muestra predomina el insomnio; el 29.41% mantiene irritabilidad o ataques de ira; 3.92% refiere que predominan la hipoprosexia; el 13.72% presenta constante estado de alerta o vigilancia y el 5.88% predominan los sustos o sobresaltos.

g. Discusión

El estrés postraumático se define como un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo, por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, violaciones, secuestros, etc.

El fin de esta investigación comprende el estudio de casos de presuntas víctimas de abuso sexual o violación de tipo incestuoso, que se registran en la Unidad de Atención y Peritaje Integral, de la Fiscalía Provincial de Loja y su relación con la aparición del trastorno de estrés postraumático, sus síntomas predominantes y su incidencia en las personas que lo padezcan.

No se ha encontrado investigaciones similares en nuestro medio, ni a nivel nacional, sobre esta temática en particular. Sin embargo se puede mencionar una tesis realizada por Claudio Vásquez Coba (2011), de la Universidad Central del Ecuador, denominada: “El estrés postraumático y las condiciones familiares, en los niños y adolescentes”; en la que se evidencia:

Que las adolescentes que acuden a la Dirección Nacional de la Policía Especializada en Niños, Niñas y Adolescentes que han sido víctimas de violencia, especialmente agresiones sexuales tienden a desarrollar un Trastorno por Estrés Postraumático. La principal causa es la violación que representa, en último término, la percepción de una dominación física total y de una humillación psicológica extrema. Los resultados le permiten concluir que el 97% de la muestra está conformada por mujeres comprendida entre las edades de 13 y 14 años de edad y el tipo de evento traumático es la violación con el 90%.

Estos resultados son similares a los encontrados en esta investigación puesto que se evidencia de los 60 casos estudiados, 58 era mujeres y 2 eran hombres; mayoritariamente en rangos de edad desde 13 a 18 años

Concluye también que el 90% de los casos de personas que han experimentado un evento traumático tienden a desarrollar con el tiempo un trastorno por estrés postraumático pero a su vez un 10% que a pesar de ser víctima de una agresión sexual no lo desarrolla y puede reestructurar su vida sin mayor dificultades o padecer otro tipo de complicaciones posteriores al hecho traumatizante.

Conclusiones similares a las planteadas aquí, puesto que 51 casos, correspondientes al 85%, de los 60 casos de incesto presentan trastorno de estrés postraumático; pero a su vez 9 personas correspondiente al 15 %, a pesar de haber sufrido un evento traumático como abuso sexual o violación, no presenta síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Vásquez (2011) afirma también que: “El estrés postraumático muestra las secuelas psicológicas y biológicas de la violencia. Ésta no sólo tiene una cualidad traumatizante: un estímulo que no puede ser manejado por el psiquismo de las personas. También tiene una cualidad retraumatizante y su efecto es también mediato. Se trata de un efecto que genera en la víctima una incapacidad cada vez mayor de llevar a cabo su vida normal y su organismo tiende a resentirse por el esfuerzo q implica ello. Tal efecto tiene que ver con la reactualización imaginaria de la violencia sufrida”.

Conclusiones congruentes con lo planteados en esta investigación ya que: Los síntomas que predominan en los diagnósticos de estrés postraumático con la mayor proporción son: evitación en el que encontramos reviviscencias, recuerdos desagradables repetitivos y sueños repetitivos; seguido de hiperactivación donde evidenciamos evitación de actividades o lugares y personas, evitación de pensamientos o sentimientos y distancia o alejamiento social y en menor proporción, reexperimentación en la que encontramos insomnio, irritabilidad o ataques de ira y constante alerta o vigilancia. Esta sintomatología afecta a todas las áreas como son: personal, social, laboral, académica y familiar del individuo, siendo un trastorno incapacitante y de considerable gravedad para la persona que lo padece.

Otro estudio similar es el realizado por Julie Kaplow, Kenneth Dodge, Lisa Amaya-Jackson, y Glenn Saxe (2005); Trayectorias que conducen al trastorno por estrés postraumático, parte 2: abuso sexual infantil, *Revista de psiquiatría Americana*, 52-55:

Este estudio examina la utilidad de un modelo prospectivo que incluye variables pretraumáticas, traumáticas y posteriores al momento de la revelación de los abusos en las trayectorias que conducen al trastorno de estrés postraumático en niños que sufrieron abusos sexuales. Los resultados de este estudio demuestran que los niños que sufrieron abusos, acompañados de síntomas de evitación, ansiedad/activación o disociación en el momento de revelarse los abusos o inmediatamente después, tienen más probabilidades de desarrollar síntomas del trastorno de estrés postraumático en etapas posteriores de la vida.

Resultados similares a esta investigación ya que las víctimas de incesto presentaban sintomatología como: evitación en el que encontramos reviviscencias, recuerdos desagradables repetitivos y sueños repetitivos; seguido de hiperactivación donde evidenciamos evitación de actividades o lugares y personas, evitación de pensamientos o sentimientos y distancia o alejamiento social y en menor proporción, reexperimentación en la que encontramos insomnio, irritabilidad o ataques de ira y constante alerta o vigilancia.

kaplow et al, afirma: Dada la enorme tensión nerviosa que experimentan las víctimas de abusos sexuales durante el acontecimiento traumático y durante su revelación, no sorprende que el abuso sexual infantil se relacione estrechamente con las respuestas disociativas.

Este estudio confirma que los niños que presentan síntomas disociativos inmediatamente después de revelarse los abusos tienen un riesgo superior de manifestar futuros síntomas del trastorno de estrés postraumático. En este grupo de niños, la disociación fue, de hecho, el factor predictivo más potente de los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Se ha teorizado que las respuestas disociativas previenen la expresión explícita de las emociones y

cogniciones asociadas al trauma, lo que conduce, seguramente, a un procesamiento insuficiente del trauma, a más síntomas de reexperimentación y, por consiguiente, a síntomas más graves del trastorno de estrés postraumático.

En esta conclusión, se observa algo apuesto a lo obtenido en esta investigación; las personas víctimas de violencia sexual, tienden en un 85% a desarrollar síntomas de trastorno de estrés postraumático, siendo este el diagnóstico que predomina y surge como respuesta directa de haber sido víctima de abuso sexual o violaciones, los síntomas en sí del TEPT son de considerable intensidad y pueden considerarse incapacitantes por el elevado número de síntomas y la considerable gravedad de los mismos, impidiendo el normal desenvolvimiento en su vida cotidiana.

h. Conclusiones

Al concluir con la investigación para determinar el trastorno de estrés postraumático en víctimas de incesto, de acuerdo con los datos recolectados se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- Al revisar las denuncias en la Unidad de Atención y Peritaje Integral, se logró identificar directamente a las víctimas de abuso sexual o violación; las cuales eran 76, sin embargo, 60, el 78.65% eran de tipo incestuoso, las 16 restantes es decir 21.05% fueron presuntamente perpetradas por alguien ajeno al núcleo familiar.
- A través de la aplicación de los reactivos EGEP y EGS TEPT, se concluye que 51 de los 60 casos de incesto, correspondiente al 85% presenta Trastorno de Estrés Postraumático; pero a su vez 9 personas, correspondientes a un 15%, que a pesar de haber sufrido un evento traumático como abuso sexual o violación, no presenta síntomas que se puedan relacionar con un diagnóstico congruente con el Trastorno de Estrés Postraumático.
- La influencia del Estrés Postraumático afecta a todas las áreas como son: personal, social, laboral, académica y familiar. del individuo; por esto se puede considerar como un trastorno incapacitante por el elevado número de síntomas y la considerable gravedad de los mismos, impidiendo el normal desenvolvimiento en su vida cotidiana.
- Según las escalas empleadas (EGEP y EGS TEPT) se concluye que los síntomas que predominan en los diagnósticos de Estrés Postraumático con la mayor proporción son: Evitación, (47.05%), en el que encontramos reviviscencias, recuerdos desagradables repetitivos y sueños repetitivos; seguido de Hiperactivación (43.13%) donde evidenciamos evitación de actividades o lugares y personas, evitación de pensamientos o sentimientos y distancia o alejamiento social; Reexperimentación

(9.80%) en la que encontramos insomnio, irritabilidad o ataques de ira y constante alerta o vigilancia.

i. Recomendaciones

- Se recomienda trabajar en prevención realizando psicoeducación dirigida a la población en general, orientada a fortalecer el respeto y los conceptos de roles familiares.
- Acudir a terapia psicológica a las personas víctimas de incesto, para que un profesional de la salud mental acreditado desarrolle un plan terapéutico acorde a las necesidades de cada paciente y de ser necesario remitir a un psiquiatra.
- Que se realice el respectivo seguimiento de los pacientes hasta conseguir su reinserción en las áreas personal, laboral, social, académica y familiar; evitando así, la exacerbación de su cuadro patológico.
- Utilizar terapias psicológicas de acuerdo a la disponibilidad y gravedad de trastorno que presente el paciente.

j. Bibliografía

- A, C. V. (22 de Diciembre de 2011). *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de <http://www.ansiedadystres.org/que-es-el-trastorno-por-estres-postraumatico>
- APA. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- comportamiento, A. A. (23 de 11 de 2012). *cognitivoconductual.org*. Obtenido de <http://www.cognitivoconductual.org/tecter/reestr.htm>
- CSG. (2011). Farmacos en el TEPT. En C. d. general, *Diagnostico y manejo del TEPT* (págs. 32-38). Mexico: Editorial CENTEC.
- Ernst, M. (22 de 05 de 2014). *Portal*. Obtenido de <http://portal.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temasdeanalisis/2/justiciayderechoshumanos/articulos/miriamernst.pdf>
- FERNANDA, C. C., & CAZA CHILUIZA, M. M. (2011). Unidad de Atención y Peritaje Integral . En *PREVALENCIA DE DENUNCIAS DE AGRESIONES SEXUALES* (pág. 3). Quito: Universidad Central del Ecuador .
- Fiscalía. (19 de Octubre de 2011). *Fiscalía* . Obtenido de <http://www.fiscalia.gob.ec/index.php/quienes-somos/que-hace-la-fiscalia.html>
- Giberti, E. (2012). Una vision desde el genero. En *Incesto paterno/fliial* (págs. 78-82). Buenos Aires: NOVEDUC.
- Gladys, R. S. (2013). Características de las familias disfuncionales . En G. R. Samaniego, *INCIDENCIA DE LAS FAMILIAS DISFUNCIONALES EN EL PROCESO* (pág. 15). Cuenca: UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA.
- Gloria, S. (13 de Noviembre de 2014). <http://gloriaserratoen-marcada.blogspot.com/>. Obtenido de http://gloriaserratoen-marcada.blogspot.com/2014_11_01_archive.html
- Gonzales, J., & Pardo, E. (27 de Noviembre de 2012). *Universidad de Valencia* . Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de <http://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>
- González, J. (2010). *EL DAÑO PSÍQUICO EN LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL*. Mexico.
- Hercovich, I. (2010). Violación . En I. Hercovich, *El enigma sexual de la violación* (págs. 8-10). Buenos Aires : Biblos.
- Herrera, F. (13 de 11 de 2015). *Andes info*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/2016-iniciara-nuevo-ciclo-crecimiento-economico-ecuador-senala-ministro-finanzas.html>
- Jaitin, R. (2010). Secuelas del incesto. En R. Jaitin, *Clinica del incesto fraternal* (págs. 173-208). Santiago: Lugar.

- Kuitka, M. (2014). Víctimas mas frecuentes . En M. Kuitka, *VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL FAMILIAR* (págs. 23-26). Buenos aires : Letra viva.
- Lamberti, S. (2013). Definicion de violencia sexual. En S. Lamberti, *Violencia Intrfamiliar y abuso sexual* (págs. 9-12). Bogota: Universidad.
- Matteson, I. (2012). <http://ri.ufg.edu.sv/>. Obtenido de <http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/8063/3/158.72-H558f-CAPITULO%20II.pdf>
- Molina, K. J. (2009). *ESTUDIO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU INCIDENCIA . SANTO DOMINGO DE LOS T´SACHILAS: UTPL.*
- Moyon, F. (2011). *El incesto en el Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/4580/TESIS-PUCE-4394.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- NIMH, I. N. (2012). En I. N. NIMH, *Trastornos de Ansiedad* (págs. 09-24). EE. UU: NIH.
- OMS. (1996). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: Meditor.
- OMS. (2012). Informe mundial sobre la violencia sexual. En O. P. Salud, *Informe mundial sobre la violencia* (págs. 23-27). Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Romano, E. (2009). Efeitos del incesto. En E. Romano, *MALTRATO Y VIOLENCIA INFANTO-JUVENIL* (págs. 65-73). Lima : AD-HOC S.R.L.
- Sánchez, L. (2013). Factores psicologicos . En L. Sánchez, *Violencia familiar y abuso sexual* (págs. 123-126). Madrid: Universidad.
- Sauceda, J. (2002). Múltiples formas de violencia familiar. *Revista Medica de Chile*, 13.
- Vásquez, C. C. (2011). *El estrés postraumático y las condiciones familiares, en los niños y adolescentes*. Quito.
- Vásquez, X. (2012). *Prevalencia del TEPT*. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.
- A, C. V. (22 de Diciembre de 2011). *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de <http://www.ansiedadystres.org/que-es-el-trastorno-por-estres-postraumatico>
- Ernst, M. (22 de 05 de 2014). *Portal*. Obtenido de <http://portal.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temasdeanálisis2/justiciayderechoshumanos/articulos/miriamernst.pdf>
- FERNANDA, C. C., & CAZA CHILUIZA, M. M. (2011). Unidad de Atención y Peritaje Integral . En *PREVALENCIA DE DENUNCIAS DE AGRESIONES SEXUALES* (pág. 3). Quito: Universidad Central del Ecuador .
- Fiscalía. (19 de Octubre de 2011). *Fiscalía* . Obtenido de <http://www.fiscalia.gob.ec/index.php/quienes-somos/que-hace-la-fiscalia.html>

- Giberti, E. (2012). Una vision desde el genero. En *Incesto paterno/fliial* (págs. 78-82). Buenos Aires: NOVEDUC.
- Gladys, R. S. (2013). Caracteristicas de las familias disfuncionales . En G. R. Samaniego, *INCIDENCIA DE LAS FAMILIAS DISFUNCIONALES EN EL PROCESO* (pág. 15). Cuenca: UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA.
- Gloria, S. (13 de Noviembre de 2014). <http://gloriaserratoen-marcada.blogspot.com/>.
Obtenido de http://gloriaserratoen-marcada.blogspot.com/2014_11_01_archive.html
- Gonzales, J., & Pardo, E. (27 de Noviembre de 2012). *Universidad de Valencia* . Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de <http://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>
- Hercovich, I. (2010). Violación . En I. Hercovich, *El enigma sexual de la violación* (págs. 8-10). Buenos Aires : Biblos.
- Herrera, F. (13 de 11 de 2015). *Andes info*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/2016-iniciara-nuevo-ciclo-crecimiento-economico-ecuador-senala-ministro-finanzas.html>
- Jaitin, R. (2010). Secuelas del incesto. En R. Jaitin, *Clinica del incesto fraternal* (págs. 173-208). Santiago: Lugar.
- Kuitka, M. (2014). Víctimas mas frecuentes . En M. Kuitka, *VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL FAMILIAR* (págs. 23-26). Buenos aires : Letra viva.
- Lamberti, S. (2013). Definicion de violencia sexual. En S. Lamberti, *Violencia Intrfamiliar y abuso sexual* (págs. 9-12). Bogota: Universidad.
- Molina, K. J. (2009). *ESTUDIO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU INCIDENCIA . SANTO DOMINGO DE LOS T´SACHILAS: UTPL.*
- Moyon, F. (2011). *El incesto en el Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/4580/TESIS-PUCE-4394.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- NIMH, I. N. (2012). En I. N. NIMH, *Trastornos de Ansiedad* (págs. 09-24). EE. UU: NIH.
- OMS. (2012). Informe mundial sobre la violencia sexual. En O. P. Salud, *Informe mundial sobre la violencia* (págs. 23-27). Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Romano, E. (2009). Efetos del incesto. En E. Romano, *MALTRATO Y VIOLENCIA INFANTO-JUVENIL* (págs. 65-73). Lima : AD-HOC S.R.L.
- Sánchez, L. (2013). Factores psicologicos . En L. Sánchez, *Violencia familiar y abuso sexual* (págs. 123-126). Madrid: Universidad.
- Sauceda, J. (2002). Múltiples formas de violencia familiar. *Revista Medica de Chile*, 13.
- Vásquez, C. C. (2011). *El estrés postraumático y las condiciones familiares, en los niños y adolescentes*. Quito.
- Bados, A., & Eugeni, G. (2010). La tecnica de la reestructuración cognitiva . En A. Bados, & G. Eugeni, *La tecnica de la reestructuración cognitiva* (págs. 3-40). Barcelona : Universidad de Barcelona

- Caballo, V. (1998). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta . En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 514-517). Madrid: Siglo XXI.
- Camacho, J. (2003). En *ABC de la terapia cognitiva* (págs. 3-15). Madrid.
- Cortez, A. (11 de Abril de 2013). *Un ejercicio de Autoestima para tus días grises*. Obtenido de psicología-parati.: <http://psicologia-parati.blogspot.com/2013/04/un-ejercicio-de-autoestima-para-tus.html>
- Díaz, D. (14 de Abril de 2012). *Tratamiento para tu ansiedad*. Obtenido de <http://www.tratamientoparatuansiedad.com/ejercicios-de-respiracion-para-el-tratamiento-de-la-ansiedad/>
- Heredia, S. (25 de Noviembre de 2014). <http://www.utel.edu.mx/>. Obtenido de <http://www.utel.edu.mx/blog/rol-personal/en-que-consiste-el-concepto-rapport/>
- Perales, A. (1996). Psicoterapia de apoyo y salud mental. En A. Perales, *Psicoterapia de apoyo y salud mental* (págs. 19-24).
- Puchol, D. (2001). *EL MODELADO: DEFINICIÓN, FACTORES CLAVE Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN EN PSICOTERAPIA*. Obtenido de psicología-online.com: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/dpuchol/modelado.shtml>
- Roca, E. (23 de Junio de 2007). *cop.es*. Obtenido de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/5_-_tcbeck.pdf
- Tapia, R. (2003). *Monografias.com*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos91/la-asertividad/la-asertividad.shtml>

k. Anexos

Loja, 18 de agosto de 2016

Dra. Mg. Sc.

Ana Catalina Puertas Azanza

COORDINADORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad

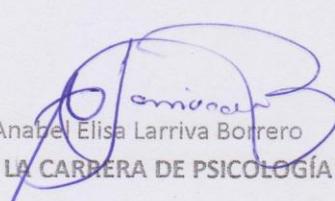
De mi consideración

Por el presente, me permito informarle como directora de tesis, que el señor estudiante **Daniel Alejandro Pardo Reyes**, estudiante del X módulo de la carrera de Psicología Clínica ha cumplido satisfactoriamente los requisitos necesarios, para la presentación de la tesis denominada "**EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE INCESTO QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN Y PERITAJE INTEGRAL DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE LOJA. PERIODO 2015-2016**".

En tal virtud, **certifico la autorización de la presentación de la tesis para la sustentación privada y pública**

Con los sentimientos de mi especial consideración y estima

Muy atentamente


Dra. Mg. Sc. Anabel Elisa Larriva Borrero
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Hoja de recolección de datos

Autor: Daniel Alejandro Pardo Reyes

Tema: El estrés postraumático en víctimas de incesto que acuden a la Unidad de Atención y Peritaje Integral de la Fiscalía Provincial de Loja

Lugar:	Fecha:...../...../.....
Perito: Psc 1 () Psc 2 () Psc 3 ()	
Sexo: M () F ()	Edad:
Agresor: Padre () Madre () Hermano/a () Tio/a () Padraastro () Abuelo/a () Primo/a () Otros.....	

Lugar:	Fecha:...../...../.....
Perito: Psc 1 () Psc 2 () Psc 3 ()	
Sexo: M () F ()	Edad:
Agresor: Padre () Madre () Hermano/a () Tio/a () Padraastro () Abuelo/a () Primo/a () Otros.....	

Lugar:	Fecha:...../...../.....
Perito: Psc 1 () Psc 2 () Psc 3 ()	
Sexo: M () F ()	Edad:
Agresor: Padre () Madre () Hermano/a () Tio/a () Padraastro () Abuelo/a () Primo/a () Otros.....	

Nombre y apellidos _____

Edad _____ Sexo V M Fecha _____ / _____ / _____

Centro _____

Este ejemplar contiene tres secciones. Por favor, lea las instrucciones que aparecen al comienzo de cada una de ellas. Si tiene alguna duda puede indicárselo al evaluador.

Por favor, conteste a todas las preguntas que se le formulan, procurando no dejar ninguna en blanco, marcando sus respuestas en el propio ejemplar.

No hay un límite de tiempo para responder, así que tómeselo el que considere necesario.

SECCIÓN 1: ACONTECIMIENTOS

A continuación se incluye un listado de situaciones difíciles o estresantes que a veces ocurren a las personas, y que ayuda a conocer todos los acontecimientos traumáticos que usted ha presenciado directamente o ha experimentado a lo largo de su vida. En cada uno de los siguientes acontecimientos indique si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión o si tuvo conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted, haciendo una marca (✓) en la casilla correspondiente. En caso de haber sufrido varios acontecimientos de una misma categoría, conteste teniendo en mente aquel que haya tenido una mayor relevancia o significación en su vida. En cada acontecimiento puede marcar una o varias de las tres columnas.

		Me sucedió	Lo presencié directamente pero no me sucedió	Le sucedió a alguien cercano
1	Desastres naturales (inundaciones, huracanes, tornados, terremotos...).			
2	Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco...).			
3	Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio...).			
4	Combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil).			
5	Violación, abuso o ataque sexual.			
6	Acoso (sexual, en el trabajo, en antiguas relaciones...) o maltrato psicológico.			
7	Violencia física (ataques, asaltos, maltrato...).			
8	Actos terroristas o tortura.			
9	Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa.			
10	Enfermedad, lesión o intervenciones médicas que suponen una amenaza a la vida o la integridad física (propia o de una persona cercana).			
11	Muerte de una persona cercana o de un ser querido.			
12	Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante. Describalo brevemente:			

Por favor, indique cuál de los acontecimientos de los que ha marcado es el que le ha causado o le causa en la actualidad más molestias o malestar. Señale solo uno rodeando con un círculo la marca correspondiente (○).

13 Describa brevemente el acontecimiento que acaba de indicar:

CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN RELACIÓN CON EL ACONTECIMIENTO QUE HA DESCRITO ANTERIORMENTE.

14. Valore la gravedad del acontecimiento en la siguiente escala:

- Leve Moderada Grave Extrema

15. ¿Cuándo sufrió ese acontecimiento por primera vez?

- En la infancia o en la adolescencia. Hace más de 3 meses.
 Hace más de 1 mes pero menos de 3 meses. En el último mes.

16. Ese acontecimiento ocurrió...

- en una única ocasión. en varias ocasiones. de forma repetida o reiterada.

Durante ese acontecimiento, usted se sintió...

17. con miedo SÍ NO
 18. indefenso SÍ NO
 19. horrorizado SÍ NO

Ese acontecimiento supuso...

20. lesión grave. SÍ NO
 21. lesión grave o muerte de otras personas. SÍ NO
 22. amenaza para su integridad física. SÍ NO
 23. amenaza para la integridad física de otras personas. SÍ NO
 24. amenaza para su vida. SÍ NO
 25. amenaza para la vida de otras personas. SÍ NO
 26. escenas desagradables. SÍ NO
 27. amenazas para la dignidad personal, el honor... SÍ NO

SECCIÓN 2: SÍNTOMAS

A continuación se presenta un listado de síntomas o problemas que algunas personas experimentan después de sufrir este tipo de acontecimientos. Por favor, lea atentamente cada una de las frases e indique (marcando el Sí o el No) si ha experimentado cada uno de ellos durante el ÚLTIMO MES en relación con el acontecimiento que acaba de describir. En caso afirmativo, indique el grado de molestia que le han producido utilizando una escala de 0 a 4, en la que 0 es Ninguna y 4 es Extrema. Por favor, responda a todas las frases.

	SÍ	NO	GRADO DE MOLESTIA				
			Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema
28. Tiene recuerdos desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento (imágenes o pensamientos).			0	1	2	3	4
29. Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento.			0	1	2	3	4
30. Hay momentos en los que actúa o se siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento.			0	1	2	3	4
31. Siente malestar (nerviosismo, inquietud...) cuando algo le recuerda el acontecimiento.			0	1	2	3	4
32. Los recuerdos sobre el acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón...			0	1	2	3	4
33. Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento.			0	1	2	3	4
34. Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento.			0	1	2	3	4
35. Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento.			0	1	2	3	4
36. Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar.			0	1	2	3	4
37. Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase).			0	1	2	3	4
38. Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual...).			0	1	2	3	4
39. Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia...).			0	1	2	3	4

		GRADO DE MOLESTIA						
		SÍ	NO	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema
40	Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño.			0	1	2	3	4
41	Se siente irritable o tiene ataques de ira.			0	1	2	3	4
42	Tiene dificultades para concentrarse.			0	1	2	3	4
43	Está en constante estado de alerta o vigilancia (se mantiene siempre en guardia).			0	1	2	3	4
44	Se sobresalta o asusta fácilmente.			0	1	2	3	4
45	Se ha sentido culpable por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento.			0	1	2	3	4
46	Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al acontecimiento.			0	1	2	3	4
47	Se ha sentido responsable de ese acontecimiento.			0	1	2	3	4
48	Siente que no puede confiar en los demás.			0	1	2	3	4
49	Siente que el mundo es un lugar peligroso.			0	1	2	3	4
50	Hay momentos en que se siente fuera de contacto con lo que está sucediendo a su alrededor (como en una nube o en un sueño).			0	1	2	3	4
51	Hay momentos en que siente que las cosas que pasan a su alrededor son irreales o muy extrañas.			0	1	2	3	4
52	Hay momentos en los que se siente como si estuviera fuera de su cuerpo, como si se viera desde fuera.			0	1	2	3	4
53	Siente que su valoración de sí mismo ha empeorado.			0	1	2	3	4
54	Lleva a cabo conductas que sabe que son peligrosas o que pueden causarle algún daño.			0	1	2	3	4
55	Tiene constantemente sentimientos negativos (como miedo, horror, ira, culpa, vergüenza...).			0	1	2	3	4

56. ¿Desde cuándo experimenta estos problemas?

- Desde hace menos de 1 mes.
- Desde hace más de 1 mes y menos de 3 meses.
- Desde hace más de 3 meses.

57. ¿Cuánto tiempo tardaron en aparecer estos problemas tras el acontecimiento?

- Nada más ocurrir el acontecimiento.
- Durante los 6 primeros meses después del acontecimiento.
- 6 meses o más después del acontecimiento.

SECCIÓN 3: FUNCIONAMIENTO

Conteste SÍ o NO a las siguientes preguntas en relación con los síntomas que acaba de describir. Indique sí durante el ÚLTIMO MES...		SÍ	NO
58	ha consultado al médico o a algún otro profesional de la salud (enfermeros, psicólogos...) por estos problemas.		
59	ha tomado medicación más de una vez por semana por estos problemas.		
60	ha tomado alcohol o drogas a causa de estos problemas.		
61	han afectado negativamente estos problemas a su vida laboral o académica.		
62	han afectado negativamente estos problemas a sus relaciones sociales.		
63	han afectado negativamente estos problemas a sus relaciones familiares o de pareja.		
64	han afectado negativamente estos problemas a algún otro aspecto importante de su vida.		

FIN DE LA PRUEBA. MUCHAS GRACIAS.

Nombre y apellidos _____

Edad _____ Sexo V M Fecha _____ / _____ / _____

Centro _____

Responsable de la evaluación _____

ACONTECIMIENTO SUFRIDO

EXPOSICIÓN A ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO

Criterio	SÍ	NO	Información incompleta
Criterio A1. Se cumplen las dos condiciones siguientes:			
Ítems 1 a 12: Ha marcado al menos 1 acontecimiento traumático.			
Ítem 15: Ha marcado una respuesta distinta a "En el último mes".			
Criterio A2			
Ítems 17, 18 o 19: Respuesta afirmativa en cualquiera de ellos.			
Criterio A			
Se cumplen los criterios A1 y A2.			

REEXPERIMENTACIÓN (R)

Número de síntomas. Ítems 28 a 32: N.º de contestaciones afirmativas.	(0-5)		
Intensidad de los síntomas. Ítems 28 a 32: Suma de las puntuaciones (Grado de molestia).	PD (0-20)		Traslado al perfil
Criterio B	SÍ	NO	Información incompleta
Puntuación igual o superior a 1 en Número de síntomas.			

EVITACIÓN Y EMBOTAMIENTO AFECTIVO (E)

Número de síntomas. Ítems 33 a 39: N.º de contestaciones afirmativas.	(0-7)		
Intensidad de los síntomas. Ítems 33 a 39: Suma de las puntuaciones (Grado de molestia).	PD (0-28)		Traslado al perfil
Criterio C	SÍ	NO	Información incompleta
Puntuación igual o superior a 3 en Número de síntomas.			

HIPERACTIVACIÓN (H)

Número de síntomas. Ítems 40 a 44: N.º de contestaciones afirmativas.	(0-5)		
Intensidad de los síntomas. Ítems 40 a 44: Suma de las puntuaciones (Grado de molestia).	PD (0-20)		Traslado al perfil
Criterio D	SÍ	NO	Información incompleta
Puntuación igual o superior a 2 en Número de síntomas.			

SÍNTOMAS CLÍNICOS SUBJETIVOS (SCS)

Esta categoría no está recogida, en la clasificación DSM-IV-TR por lo que su cumplimiento no se valora como criterio diagnóstico.

Número de síntomas. Ítems 45 a 53: N.º de contestaciones afirmativas.	(0-9)		
Intensidad de los síntomas. Ítems 45 a 53: Suma de las puntuaciones (Grado de molestia).	PD (0-36)	Traslado al perfil	
Síntomas clínicos subjetivos	SÍ	NO	Información incompleta
Puntuación igual o superior a 3 en Número de síntomas.			

DURACIÓN

Criterio E	SÍ	NO	Información incompleta
Ítem 56: Ha marcado una respuesta distinta a "Desde hace menos de 1 mes".			

FUNCIONAMIENTO

Número de áreas afectadas. Ítems 58 a 64: N.º de contestaciones afirmativas.	PD (0-7)	Traslado al perfil	
Criterio F	SÍ	NO	Información incompleta
Puntuación igual o superior a 2 en Número de áreas afectadas.			

DIAGNÓSTICO DE TEPT

CRITERIO	SÍ	NO	Información incompleta
A Exposición a acontecimiento traumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Reexperimentación (R)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Evitación y embotamiento afectivo (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Hiperactivación (H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Funcionamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEPT (se cumplen todos los criterios anteriores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas Clínicos Subjetivos (SCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificaciones

Completar únicamente si la persona cumple los criterios para TEPT.

- Curso**
 - Agudo**
Ha marcado "Desde hace más de 1 mes y menos de 3 meses" en el ítem 56.
 - Crónico**
Ha marcado "Desde hace más de 3 meses" en el ítem 56.
- Inicio**
 - Demorado**
Ha marcado "6 meses o más después del acontecimiento" en el ítem 57.

INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS

PD ○ + ○ + ○ = ○ + ○ = ○

	Pc	R	E	H	Total	SCS	Total + SCS	F	Pc
ALTO	99	-	27-25	-	65-68	35-36	94-104	-	99
	98	-	26	-	63-64	30-34	87-93	-	98
	97	-	24-25	20	60-62	29	82-86	-	97
	96	-	-	-	58-59	28	80-81	-	96
	95	20	23	19	57	27	79	2	95
MEDIO-ALTO	90	19	21-22	17-18	53-56	21-26	73-78	-	90
	85	17-18	18-20	16	48-52	20	68-72	-	85
	80	16	17	14-15	45-47	17-19	60-68	-	80
	75	-	16	13	43-44	16	58-59	-	75
	70	15	15	-	41-42	14-15	54-57	6	70
SIGNIFICATIVO	65	14	14	12	38-40	13	49-53	-	65
	60	13	12-13	11	35-37	12	47-48	-	60
	55	12	11	10	33-34	11	43-46	-	55
	50	11	10	9	29-32	9-10	37-42	5	50
	45	10	9	8	28	8	35-36	4	45
MEDIO-BAJO	40	9	8	7	26-27	7	32-34	-	40
	35	8	7	-	21-25	6	28-31	-	35
	30	7	6	6	18-20	5	24-28	-	30
	25	6	5	5	16-17	4	22-23	3	25
	20	5	4	4	13-15	3	20-21	-	20
BAJO	15	3-4	3	-	10-12	2	15-19	2	15
	10	2	2	3	5-9	1	7-14	1	10
	5	1	0-1	0-2	4	0	5-6	0	5
	4	-	-	-	3	-	4	-	4
	3	0	-	-	2	-	3	-	3
2	-	-	-	1	-	1-2	-	2	
1	-	-	-	0	-	0	-	1	

APÉNDICE 1

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE:

Nº:

EDAD:

FECHA:

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

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO:

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

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? -----
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? -----
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? -----

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:
(Rango 0-15) -----

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? -----

2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? -----

3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? -----

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? -----

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? -----

6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? -----

7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN:
(Rango 0-21) -----

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? -----
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? -----
3. ¿Tiene dificultades de concentración? -----
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? -----
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: -----
 (Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE
 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: -----
 (Rango 0-51)

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo -----
- Dolores de cabeza -----
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) -----
- Dolor o malestar en el pecho -----
- Sudoración -----
- Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo -----
- Náuseas o malestar abdominal -----
- Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad -----

- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias) —
- Sofocos y escalofríos —
- Temblores o estremecimientos —
- Miedo a morir —
- Miedo a volverse loco o a perder el control —

Puntuación específica de las manifestaciones
somáticas de la ansiedad:
(Rango 0-39) -----

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

- SÍ Agudo (1-3 meses)
- Crónico (> 3 meses)
- Con inicio demorado
- NO

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	4	

Plan psicoterapéutico.

Plan psicoterapéutico.

Modelo	Cognitivo – Conductual
Para	Victimas de incesto que sufren de trastorno de estrés postraumático
Objetivos generales	Mejorar la calidad de vida de la personas víctimas de incesto que presentan trastorno de estrés postraumático Disminución de la sintomatología existente en el trastorno de estrés postraumático Brindar técnicas psicoterapéuticas cognitivo conductuales, para disminuir sintomatología
Técnicas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rapport ➤ Psicoterapia de apoyo ➤ Técnica explicativa ➤ Relajación progresiva de Jacobson ➤ Detección de pensamientos automáticos ➤ Autoregistros de pensamientos ➤ ABC emocional ➤ Reestructuración cognitiva ➤ Dialogo Socrático ➤ Técnicas de reatribución ➤ Parada del pensamiento ➤ Autoinstrucciones ➤ Modelamiento ➤ Entrenamiento en habilidades sociales ➤ Árbol de logros ➤ Plan de vida
Modalidades	Individual
Tiempo de ejecución	El plan psicoterapéutico se desarrollará en 11 sesiones, sujeto a variantes y al tipo de evolución de cada individuo; cada sesión tendrá una duración de 45 a 60 minutos aproximadamente. Se realizarán las primeras 8 sesiones, con una frecuencia de 2 veces por semana, las restantes 3 sesiones se realizaran 1 vez por semana.

Planificación de actividades psicoterapéuticas

N° de sesión	Denominación	Técnicas	Objetivos
1°	Establecer la relación terapéutica	Rapport Parafraseo Terapia de apoyo Resumen y devolución	Recolección de información para la planificación terapéutica Establecer junto al paciente las condiciones del proceso terapéutico Brindar alivio sintomático Realizar una aproximación diagnóstica
2°	Psicoeducación	Psicoeducación (Anexo 1) Resumen y devolución	Clarificar sus síntomas y mostrarle como se relacionan con el trastorno que presenta Brindar contención emocional Resumir lo expresado durante la sesión
3°	Relajación	Técnicas de respiración Relajación de Bernstein y Borkovec, entrenamiento básico	Disminuir los niveles de ansiedad
4°	Introducción a la terapia cognitiva	Técnica explicativa Detección de pensamientos automáticos Relajación de Bernstein y Borkovec, entrenamiento intermedio	Explicar los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva Detectar pensamientos automáticos Disminuir niveles de ansiedad
5°	Terapia cognitiva	Autoregistros de pensamientos (Anexo 1) ABC emocional Relajación de Bernstein y Borkovec, entrenamiento avanzado	Detectar pensamientos automáticos, ideas irracionales o distorsiones cognitivas Disminuir niveles de ansiedad

6°	Terapia cognitiva	Dialogo Socrático Técnicas de reatribución	Evaluar los pensamientos para validarlos o desecharlos Fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias
7°	Reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva	Identificar las cogniciones pertinentes, Comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales, Considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba.
8°	Reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva	Cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas Modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado
9°	Autoinstrucciones y detención del pensamiento	Autoinstrucciones Parada del pensamiento	Lograr dirigirse a sí mismo, en situaciones de alto nivel de ansiedad Obtener la capacidad de detener pensamientos intrusivos
10°	Modelamiento y asertividad	Modelamiento Entrenamiento en asertividad	Adquirir nuevos patrones de respuesta Mantener interacciones sociales satisfactorias en las diferentes áreas de su vida
11°	Plan de vida y cierre terapéutico	Árbol de logros Plan de vida Cierre terapéutico	Reflexionar sobre sus logros y cualidades positivas Elaborar un plan de vida con proyección de 5 años Mostrar al paciente su progreso y la disminución sintomática que ha experimentado

Primera sesión: Establecer la relación terapéutica

Duración: 45 – 50 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Recolección de información para la planificación terapéutica
- Establecer junto al paciente las condiciones del proceso terapéutico
- Brindar alivio sintomático
- Realizar una aproximación diagnóstica

Técnicas:

- Rapport
- Parafraseo
- Terapia de apoyo
- Resumen y devolución

Descripción de las técnicas:

Rapport: Heredia (2014) afirma: El rapport se puede establecer bajo un ambiente de confianza, y cooperación, propiciando el uso de una comunicación sin tapujos, malentendidos, o distorsiones entre los integrantes del proceso comunicativo, para el correcto desarrollo del “rapport” debemos encontrarnos “sintonizados”; bajo el mismo canal mediante el mismo flujo de información para así poder entender lo que nos intentan expresar y tener claridad en lo que pretendemos comunicar. (Heredia, 2014)

Parafraseo: Reflejar los sentimientos ocultos que pueda reconocer en dicha situación mediante la información recibida. La técnica del parafraseo, permite estar más atenta a lo que le sucede en el otro, a cuidar y respetar la intimidad del otro, a través de una comunicación empática, congruente y de aceptación; de manera que el otro pueda ir dándose cuenta de lo que le está pasando en su vida y a la vez nos sirve para aclarar las posturas del paciente. (Heredia, 2014)

Terapia de apoyo: Perales (1996) refiere: Es una técnica terapéutica psicológica, basada en una relación emocional médico-paciente positiva, en la que el terapeuta despliega una actitud receptiva de constante aliento con la finalidad de mitigar o eliminar emociones psicotóxicas (angustia, cólera, vergüenza, culpa) conducente, fundamentalmente, al alivio sintomático y a la resolución de problemas (estresores) actuales. Estimula inespecíficamente, además, la actualización de las potencialidades del paciente

Resumen y devolución: La devolución consiste en seleccionar de toda la información que recogemos, aquella que nos parezca más significativa para entender y explicar el motivo por el que el sujeto consulta, y todo el resto de la información se considera como pertinente. Se hace con el formato entrevista, es decir, se trata de contar verbalmente cual es la explicación de las causas que motivan el problema por el que el sujeto consulta y cuál es la manera de resolverlo. (Perales, 1996)

Resumen de la sesión 1

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Rapport	Recolección de información para la planificación terapéutica	Determinar días en que va a asistir	
Parafraseo	Establecer junto al paciente las condiciones del proceso terapéutico	Realizar el contrato terapéutico	
Terapia de apoyo	Brindar alivio sintomático		
Resumen y devolución	Realizar una aproximación diagnóstica		

Segunda sesión: Psicoeducación

Duración: 45 – 50 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Clarificar sus síntomas y mostrarle como se relacionan con el trastorno que presenta
- Brindar contención emocional
- Resumir lo expresado durante la sesión

Técnicas:

- Psicoeducación (Anexo 1)
- Resumen y devolución

Descripción de las técnicas:

Psicoeducación: hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. Por consiguiente se le informara del trastorno que padece y que síntomas son frecuentes en esta patología, tanto a él como a su familia si es posible. Se utilizará material audiovisual de apoyo para que el paciente entienda que todo lo que sucede es parte del trastorno que padece, mediante un video explicativo denominado: “de que se trata en trastorno de estrés postraumático”.

Resumen y devolución: “La devolución consiste en seleccionar de toda la información que recogemos, aquella que nos parezca más significativa para entender y explicar el motivo por el que el sujeto consulta, y todo el resto de la información se considera como pertinente. Se hace con el formato entrevista, es decir, se trata de contar verbalmente cual es la explicación de las causas que motivan el problema por el que el sujeto consulta y cuál es la manera de resolverlo”. (Perales, 1996)

Resumen de la sesión 2

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Psicoeducación	Clarificar sus síntomas y mostrarle como se relacionan con el trastorno que presenta		
Resumen y devolución	Brindar contención emocional Resumir lo expresado durante la sesión		

Tercera sesión: Relajación

Duración: 50 – 60 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivo:

- Disminuir los niveles de ansiedad

Técnicas:

- Técnicas de respiración
- Relajación de Bernstein y Borkovec, entrenamiento básico

Descripción de las técnicas:

Técnicas de respiración: Díaz refiere (2012): se le solicita al paciente que haga lo siguiente:

1. Adopta la postura que consideres más cómoda.
2. Inspira aire por la nariz durante 4 o 5 segundos e intenta dirigirlo hacia la zona abdominal.
3. Mantén el aire allí por unos segundos y exhala de manera controlada y suave, por la nariz. Repite el proceso unas 4 ó 5 veces.
4. Ahora toma aire por la nariz durante 5 segundos aproximadamente, pero en esta ocasión, dirígelo hacia la parte superior de los pulmones. Mantén el aire unos segundos y exhala, nuevamente por la nariz. Repite el proceso unas 4 ó 5 veces.
5. A continuación, toma aire por la nariz durante 5 segundos, tratando de llenar en primer lugar el abdomen y posteriormente la parte media de los pulmones, mantén el aire e inspira suavemente por la nariz. Repite el proceso unas 4 ó 5 veces. (Díaz, 2012)

Relajación de Bernstein y Borkovec (1973):

Según estos autores el entrenamiento tiene tres fases: en la primera se le enseña al cliente la relajación sobre 16 grupos de músculos, continuando con el aprendizaje de la relajación sobre 7 grupos de músculos y finalmente la práctica se reduce sobre 4 grupos de músculos.

"Durante los ejercicios de tensión-relajación, el cliente, mientras tensa un determinado grupo de músculos, debe concentrarse en la sensación de tensión en esa zona del cuerpo, tratando de conocer, lo mejor posible, los puntos de máxima tensión; posteriormente, debe soltar los músculos tensados y concentrarse en la diferencia existente entre la tensión anterior y la situación presente, intentando observar las pequeñas reducciones que, progresivamente, se producen en cada instante en los puntos de máxima tensión. De esta forma, con la práctica continuada, el cliente aprende, en primer lugar, a detectar estados de tensión y relajación muscular en su propio organismo; en segundo lugar, a ser consciente de la secuencia tensión-relajación y, por último, a partir del conocimiento anterior, a propiciar voluntariamente el estado de relajación. Como puede observarse, la interacción mente-cuerpo resulta fundamental en el proceso y, de hecho, los efectos de la relajación progresiva pueden observarse tanto a nivel fisiológico como cognitivo".

Grupos musculares correspondientes al entrenamiento básico propuesto por Bernstein y Borkovec (1973)

1. Mano y antebrazo dominante
2. . Bíceps dominante
3. Mano y antebrazo no dominante
4. Bíceps no dominante
5. Frente
6. Parte superior de las mejillas y nariz

7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas
8. Cuello y garganta
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda
10. Región abdominal o estomacal
11. Muslo dominante
12. Pantorrilla dominante
13. Pie dominante
14. Muslo dominante
15. Pantorrilla no dominante
16. Pie no dominante

Resumen de la sesión 3

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Psicoeducación Técnicas de respiración Relajación de Bernstein y Borkovec Resumen y devolución	Clarificar sus síntomas y mostrarle como se relacionan con el trastorno que presenta Disminuir los niveles de ansiedad Brindar contención emocional Resumir lo expresado durante la sesión	Practicar las técnicas de respiración y de relajación en los momentos de mas ansiedad	

Cuarta sesión: Introducción a la terapia cognitiva

Duración: 50 – 60 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Explicar los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva
- Detectar pensamientos automáticos
- Disminuir niveles de ansiedad

Técnicas:

- Técnica explicativa
- Detección de pensamientos automáticos
- Relajación de Bernstein y Borkovec, entrenamiento intermedio

Descripción de las técnicas:

Técnica explicativa: hace referencia a análisis de relaciones causales, tratando de encontrar factores asociados a cierto tipo de conducta, mediante esta técnica. En base a la información que da el paciente, le explicamos los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva. Para ello describimos la relación entre pensamientos y emociones, usando ejemplos concretos experimentados por el paciente. (Roca, 2007)

Detección de pensamientos automáticos: Escuchar los pensamientos automáticos es el primer paso para conseguir el control de las emociones desagradables. La mayor parte del diálogo interno es inocuo. Los pensamientos automáticos causan daño, sin embargo, pueden identificarse porque casi siempre preceden a una situación ansiógena. Para identificar los

pensamientos automáticos que son los continuos causantes de sentimientos ansiógenos, hay que tratar de recordar los pensamientos que se tuvieron inmediatamente antes de empezar a experimentar la emoción y aquellos que acompañaron el mantenimiento de la emoción. Se pueden recordar como si se estuviera escuchando por un teléfono interior. El intercomunicador siempre está conectado, incluso mientras se está conversando con otras personas y durante todo el transcurso de la vida. Mientras se interactúa con el ambiente existe este diálogo con uno mismo. Hay que escuchar a hurtadillas en el intercomunicador del diálogo interno, y escuchar qué es lo que se dice una persona a sí misma. Los pensamientos automáticos está asignando significados particulares e idiosincrásicos a muchos de los sucesos externos. Están haciendo juicios e interpretaciones de su experiencia. (Ibidem)

Grupos musculares correspondientes al entrenamiento intermedio propuesto por Bernstein y Borkovec (1973):

1. Mano y brazo dominantes
2. Mano y brazo dominantes
3. Cara
4. Cuello y garganta
5. Tórax, hombros, espalda y abdomen
6. Pie y pierna dominantes
7. Pie y pierna no dominantes

Resumen de la sesión 4

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Técnica explicativa	Explicar los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva	Intentar determinar en qué momentos se	
Detección de pensamientos automáticos	Detectar pensamientos automáticos	presentan con más intensidad los pensamientos automáticos y registrarlos	
Relajación de Bernstein y Borkovec	Disminuir los niveles de ansiedad		

Quinta sesión: Terapia cognitiva

Duración: 50 – 60 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Detectar pensamientos automáticos, ideas irracionales o distorsiones cognitivas
- Disminuir niveles de ansiedad

Técnicas:

- Autoregistros de pensamientos (Anexo 1)
- ABC emocional
- Relajación de Bernstein y Borkovec, entrenamiento avanzado

Descripción de las técnicas:

Autoregistro de pensamientos: Para apreciar el poder de los pensamientos automáticos y el papel que juegan en la vida emocional, cada persona debe escribir su propio registro diario de pensamientos. Hay que hacer una anotación cada vez que se experimenta una emoción desagradable. Se debe incluir todo lo que una persona se dice a sí misma para impedir que la emoción progrese. (Roca, 2007)

ABC emocional: Escuchar los pensamientos automáticos es el primer paso para conseguir el control de las emociones desagradables. Camacho (2003) afirma:

Sirve para facilitar la labor didáctica y educativa de la que también hace gala Ellis. Trató de establecer las principales "Creencias Irracionales" que mayormente compartimos las personas

de las sociedades occidentales, bien por educación, tendencias biológicas, influencias sociales etc, y que es conveniente combatir para lograr un mayor desarrollo personal y social.

Acontecimiento activador: es el hecho que nos ocurre o propiciamos que nos ocurra, porque puede provenir tanto del mundo exterior como de nuestro mundo interior; puede ser algo apreciable a simple vista o algo que no tiene concreción determinada (puede ser un accidente de carretera o una preocupación por un familiar enfermo o por algo que pueda suceder; una discusión con otra persona o un problema de relación con alguien a quien se quiere evitar ...)

Es conveniente en este punto procurar atenerse a los hechos de la manera más fiel y objetiva que se pueda, sin realizar excesivas evaluaciones subjetivas. Se puede utilizar la técnica de comprobación de cámara de video. Supongamos que lo que nos ocurre pasa a través de una película que visionamos. Intentemos apreciar los detalles del Acontecimiento activador con cierta distancia, como datos brutos. ¿Estamos siendo objetivos con nuestra anterior apreciación? ¿Estamos exagerando las cosas?

Pensamientos y creencias: Las creencias y cogniciones vienen referidas a lo que pensamos o las ideas que nos hacemos acerca del Acontecimiento Activador, de lo que nos ocurre en la realidad. Todos mantenemos ciertos pensamientos o creencias respecto a lo que nos sucede; aunque, a veces, los pensamientos son "automáticos", se cruzan por la mente como un "rayo", sin que seamos suficientemente conscientes de ellos. Por ello, muchas veces, tendemos a considerar que los hechos (acontecimientos activadores) nos "provocan" sentimientos o comportamientos determinados.

Las creencias pueden ser racionales o irracionales. Las primeras nos ayudan a sentirnos bien o conformes con nosotros mismos, aunque sean emociones negativas (como una tristeza por una pérdida). Las creencias irracionales suelen ser poco lógicas, no basadas en la evidencia y de tendencias extremistas, exageradas o excesivamente exigentes para con nosotros mismos o

con los demás, lo que nos puede provocar tanto sentimientos inapropiados (depresión, excesiva culpabilidad, ansiedad, ira etc.) como conductas autodestructivas (adicciones, violencia, suicidio etc.)

Consecuencias emocionales y conductuales: Ya consideradas, de alguna manera, anteriormente, son las respuestas que damos a los Acontecimientos activadores. Normalmente tendemos a pensar que éstos provocan directamente las emociones y conductas. Si así fuera, todos tendríamos el mismo comportamiento ante hechos parecidos, lo que no es cierto. Ello es debido a que está mediatizado por B, las creencias y cogniciones.

El cambio emocional y conductual, pues, viene en gran medida, determinado por el cambio en nuestra forma de pensar o cómo interpretamos los Acontecimientos activadores o hechos. Ante un mismo hecho (suspender un examen) se puede responder de manera diferente: Depresión, tristeza, culpabilidad, decepción, frustración, indiferencia. Ira etc. de acuerdo a pensamientos racionales o irracionales que mantenemos al interpretarlo. (Camacho, 2003)

Grupos musculares correspondientes al entrenamiento avanzado propuesto por Bernstein y Borkovec (1973)

1. Mano y antebrazo dominante
2. . Bíceps dominante
3. Mano y antebrazo no dominante
4. Bíceps no dominante
5. Frente

Resumen de la sesión 5

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Autoregistros de pensamientos ABC emocional Relajación de Bernstein y Borkovec	Detectar pensamientos automáticos, ideas irracionales o distorsiones cognitivas Disminuir los niveles de ansiedad	Intentar determinar en qué momentos o lugares se presentan con más intensidad los pensamientos automáticos y registrarlos	

Sexta sesión: Terapia cognitiva

Duración: 45 – 50 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Evaluar los pensamientos para validarlos o desecharlos
- Fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias

Técnicas:

- Dialogo Socrático
- Técnicas de reatribución

Descripción de las técnicas:

Dialogo Socrático: Bados y García (2010) manifiestan: en el método socrático, puede decirse que una reestructuración verbal, puede resumirse en unos pocos aspectos clave: a) ¿Cuál es la probabilidad de que las cosas son como piensa? (considerar las pruebas a favor y en contra); ¿existe una interpretación alternativa más probable? b) ¿Le resulta útil pensar así? c) Si las cosas fueran como piensa, ¿qué podría pasar?, ¿cuán probable sería?, ¿qué podría hacer? O bien, si se imagina lo peor, ¿cuán probable es?, ¿qué otras alternativas existen?, ¿qué podría hacer si lo peor ocurriera? (Bados & Eugeni, 2010)

Técnicas de reatribución: busca redireccionar las autoatribuciones negativas que ha hecho el paciente de una forma poco realista. No se trata de liberar al paciente de su responsabilidad de los hechos, se trata de establecer el grado de responsabilidad que verdaderamente tiene. Esta técnica es útil para pacientes que tienden a culpabilizarse o atribuirse responsabilidades de

circunstancias adversas; puede ser realizada contrastando los hechos, indagando criterios de responsabilidad, y/o hablando en términos de porcentajes de culpabilidad. (Ibidem)

Resumen de la sesión 6

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Diálogo Socrático	Evaluar los pensamientos para validarlos o desecharlos		
Técnicas de reatribución	Fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias		

Séptima sesión: Reestructuración cognitiva

Duración: 45 – 50 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Identificar las cogniciones pertinentes,
- Comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales,
- Considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba,

Técnicas:

- Reestructuración cognitiva

Descripción de la técnica:

Reestructuración cognitiva 1 de 2: en el método socrático, puede decirse que una reestructuración verbal, puede resumirse en unos pocos aspectos clave:

Lo primero que se hace es identificar los Pensamientos Inadecuados

Las personas están constantemente inmersas en un diálogo consigo mismas, aunque no siempre se den cuenta. Una persona puede creer que no está pensando nada en una determinada situación, ya que los pensamientos han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse automáticos (como sucede en algunos actos como conducir un coche o caminar). Esto, en general, es positivo, sería imposible estar continuamente pendientes de los pensamientos. Aún así, cuando inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es necesario identificarlos para poderlos modificar.

Es importante identificar los pensamientos inadecuados rápidamente para evitar que nos invadan y para cortar círculos viciosos. Para identificar los esquemas cognitivos puede resultar útil conocer los tipos de pensamientos más habituales. Los pensamientos se pueden clasificar en:

1. Pensamientos adaptativos: Son objetivos, realistas, facilitan la consecución de los propósitos y originan emociones adecuadas a la situación.
2. Pensamientos neutros: No interfieren ni inciden en las emociones ni en el comportamiento ante una situación.
3. Pensamientos no adaptativos: Distorsionan la realidad o la reflejan parcialmente, dificultan la consecución de los objetivos y tienden a originar emociones no adecuadas a la situación.

En general los pensamientos no adaptativos tienden a:

- Extraer conclusiones generales a partir de un pequeño detalle, un hecho aislado o un único incidente.
- Interpretar cualquier hecho o situación de manera extremista o sin término medio. Juzgar cualquier situación a partir de valores dogmáticos (prejuicios). Culpabilizarse a uno mismo de los errores ajenos o culpar a los otros o a las circunstancias de los errores propios.
- Intentar probar continuamente que nuestro punto de vista es el único correcto.
- Exagerar las consecuencias de algún acontecimiento desafortunado. Minimizar o infravalorar las propias capacidades, etc.
- No obstante, la identificación de los propios pensamientos no siempre es tan fácil como parece, y para algunas personas, conocer los tipos de pensamientos

habituales no es suficiente. Uno mismo no puede ser consciente de muchos pensamientos si no es que se auto observa y se entrena para conseguirlo.

Resumiendo, en la vida cotidiana no se puede estar constantemente observando los propios pensamientos, por lo tanto, es necesario tener indicadores que sirvan como señales para advertirnos. Es recomendable que, antes, durante y después de las situaciones que son difíciles para ustedes, o bien cuando experimenten estados emocionales negativos. Se pregunten lo que están pensando en ese momento. (Bados & Eugeni, 2010)

Resumen de la sesión 7

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Reestructuración cognitiva	Identificar las cogniciones pertinentes, Comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales, Considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba,	Detectar distorsiones cognitivas y anotarlas para la siguiente sesión	

Octava sesión: Reestructuración cognitiva

Duración: 45 – 50 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas
- Modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado

Técnicas:

- Reestructuración cognitiva

Descripción de la técnica:

Reestructuración cognitiva 2 de 2:

Evaluación y Análisis de los Pensamientos: Bados y García (2010) afirman: Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es, mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos.

Tipos de preguntas para analizar los pensamientos:

- Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio.

A continuación se plantean una serie de preguntas, a modo de ejemplo, de cada uno de estos apartados. Se ha de tener en cuenta que son ejemplos generales que se tienen que adaptar a cada situación.

Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad: (Siempre haciendo preguntas sobre el hecho en cuestión)

- ¿Tengo evidencias suficientes?
- ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando?
- ¿Me hace falta información?
- ¿Me infravaloro?
- ¿Mi interpretación es parcial?
- ¿Exagero?
- ¿Me responsabilizo en exceso?

Analizar las consecuencias de pensar de esta manera: (Siempre haciendo preguntas sobre los propios pensamientos)

- ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?
- ¿Me ayuda el darle vueltas y más vueltas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares? ¿En mi trabajo?
- ¿En mi estado de ánimo?

Analizar qué pasaría si lo que se pensara fuese cierto: (Siempre con preguntas)

- Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera pero... ¿Sería trascendente para mí?
- ¿Sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave?
- ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?
- ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?
- ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

Búsqueda de Pensamientos Alternativos: El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente.

Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

Para encontrar pensamientos alternativos pueden ser de utilidad las siguientes preguntas:

- ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
- ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?
- ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?

- ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar? Etc.

En resumen, el procedimiento para desarrollar la técnica de la reestructuración cognitiva es el siguiente:

1. Identificación de los pensamientos inadecuados
2. Evaluación y análisis de estos pensamientos
3. Búsqueda de pensamientos alternativos

Resumen de la sesión 8

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Reestructuración cognitiva	Cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas Modificar estas distorsiones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado	Considerar en cada ocasión una solución o forma de pensar alternativa	

Novena sesión: Autoinstrucciones y Parada del pensamiento

Duración: 45 – 50 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Lograr dirigirse a sí mismo, en situaciones de alto nivel de ansiedad
- Obtener la capacidad de detener pensamientos intrusivos

Técnicas:

- Autoinstrucciones
- Parada del pensamiento

Descripción de la técnica:

Autoinstrucciones: La explicación de la técnica de autoinstrucciones, según Caballo (1998) sería:

Las instrucciones son palabras, mensajes u órdenes que nos damos a nosotros mismos y que guían nuestra actuación indicándonos lo que debemos hacer o sentir en cada momento. “El entrenamiento en autoinstrucciones hará que poco a poco guíen nuestro propio comportamiento. Por ejemplo podemos utilizar expresiones como, "Si otros pueden yo también, voy a intentarlo" "Poco a poco iré adquiriendo autocontrol" "No tengo por qué conseguir las cosas a la primera" "¡Voy Bien!" “Voy a poner en ello todo mi empeño” “Si quiero puedo” “Puedo hacerlo, sólo tengo que intentarlo” “Puedo hacerlo, sólo tengo que esforzarme un poco” “Si me pongo nervioso no pasa nada, me relajo y ya está, ahora sé cómo hacerlo y cuanto más lo practique mayor será mi dominio” "Porque haya

sucedido una vez no tiene por qué ocurrir siempre" "Antes no tenía recursos que me ayudaran, ahora dispongo de algunos" "Hasta ahora lo he pasado muy mal pero ha llegado el momento de actuar, tengo a mi familia, a mis amigos pero sobre todo voy a intentarlo por mí" "Lo voy a intentar, pero ahora sabiendo relajar, sabiendo enfrentarme con unos recursos que antes no tenía" "Voy a intentar con todas mis fuerzas resolver situaciones que se puedan presentar" "Gracias a esto podré aprender mecanismos de los que antes no disponía" "Si algo no funciona lo cambio y analizo las consecuencias" "Cuanto más practique mejores resultados obtendré" "Esto sólo requiere esfuerzo y es algo que a mí me sobra" "No tengo que correr, de momento sólo con intentarlo es suficiente" "Voy a ponerme a trabajar" "No quiero continuar con el problema voy a enfrentarme y a intentar resolverlo" "No lo domino pero lo conseguiré"...

Este lenguaje interno, a través del cual la persona se habla a sí misma, es un mecanismo que puede ayudar a encontrar la solución o a actuar de una forma mucho más eficaz en el momento oportuno.

Parada del pensamiento: La explicación de la técnica de autoinstrucciones, sería:

Esta técnica es un procedimiento de autocontrol que se dirige principalmente a la eliminación de pensamientos de carácter repetitivo, mecánico, con un formato rígido y que la persona experimenta como intrusivos.

El principal objetivo de la parada o detención del pensamiento es controlar la aparición repentina de cogniciones estereotipadas y mecánicas (de contenido verbal, de contenido visual, en forma de recuerdos...) y disminuir su frecuencia y duración sin necesidad de modificar el contenido de éstas, aspecto que la diferencia de las técnicas de reestructuración cognitiva.

Como toda técnica de modificación conductual requiere de experiencia (que se consigue a base de ponerla en práctica), de motivación por el cambio y de seguir una serie de pasos que sintetizamos a continuación:

1. Se debe llevar a cabo una evaluación que permita concretar cuáles y cómo son los pensamientos perturbadores y las emociones que se disparan de ellos.
2. Podemos hacer una lista de todos los pensamientos perturbadores que de alguna manera se presentan de forma intrusiva y sobre los que parece que no tengamos control. Estos pensamientos debemos apuntarlos tal y como se presentan habitualmente.
3. Además de esta lista de pensamientos perturbadores redactaremos una lista de pensamientos o imágenes agradables alternativas a los anteriores.
4. Es importante la elección de un estímulo de parada que podamos producir voluntariamente (una palmada, un golpe contra un objeto que produzca un ruido fuerte, tirar de una goma elástica de la muñeca y simultáneamente utilizar palabras como ¡stop! ¡basta!). Una vez escogido el estímulo de corte es conveniente utilizar siempre el mismo para poder condicionarlo con la respuesta asociada.
5. Tras haber utilizado nuestro estímulo de parada, debemos buscar una actividad en la que focalizar nuestra atención, aquí es donde entra en juego el punto 3 ya que recurriremos a los pensamientos o imágenes agradables alternativas que hayamos apuntado en nuestra lista.

6. Tras practicar y repetir varias veces esta dinámica, podremos generar mentalmente el estímulo de parada para poder aplicar esta técnica en cualquier situación y así evitarnos explicaciones de por qué gritamos ¡STOP! (Caballo, 1998)

Resumen de la sesión 9

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Autoinstrucciones	Lograr dirigirse a sí mismo, en situaciones de alto nivel de ansiedad	Determinar un estímulo aversivo para detener pensamientos	
Parada del pensamiento	Obtener la capacidad de detener pensamientos intrusivos	Realizar las listas respectivas	

Decima sesión: Modelamiento y Entrenamiento en asertividad

Duración: 45 – 50 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Adquirir nuevos patrones de respuesta
- Mantener interacciones sociales satisfactorias en las diferentes áreas de su vida

Técnicas:

- Modelamiento
- Entrenamiento en asertividad

Descripción de la técnica:

Modelamiento: Puchol (2001) refiere: El sujeto observa la conducta del modelo y la imita con el objetivo de:

A. Adquirir nuevos patrones de respuesta

- Efecto de adquisición: Aprendizaje de nuevas conductas o patrones de conductas que no constaban inicialmente en el repertorio conductual de la persona.

B. Fortalecer o debilitar respuestas

- Efecto inhibitorio: El observador constata la carencia de consecuencias positivas o la contingencia de consecuencias negativas tras la realización de la conducta por parte del modelo.
- Efecto desinhibitorio: Desinhibición de una conducta del observador después de constatar que el modelo la realiza sin experimentar consecuencia negativa alguna.

C. Facilitar la ejecución de respuestas ya existentes en el repertorio del sujeto

- Efecto de facilitación: Facilita la ejecución de patrones conductuales aprendidos con anterioridad como consecuencia de la observación de un modelo. (Puchol, 2001)

Entrenamiento en asertividad: El proceso de entrenamiento en asertividad debe implicar cuatro elementos de forma estructurada: Tapia (2003) afirma:

Como cualquier otra habilidad humana, la asertividad es susceptible de aprenderse, entrenarse y mejorarse. Esto se consigue mediante las Técnicas denominadas Entrenamiento Asertivo. A continuación una técnica de cómo entrenar en asertividad a un paciente.

1. Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal: Estilo agresivo, pasivo y agresivo. La función de esta etapa es distinguir entre cada uno de los estilos, reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con el estilo asertivo. Nos ayudará también a reconocer nuestros errores en este ámbito.
2. Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos. Se trata de identificar en qué situaciones fallamos, y cómo deberíamos actuar en un futuro. Se analiza el grado en que nuestra respuesta a las situaciones problemáticas puede hacer que el resultado sea positivo o negativo.
3. Describir las situaciones problemáticas. Se trata de analizar las situaciones en términos de quién, cuando, qué y cómo interviene en esa escena, identificando nuestros pensamientos negativos y el objetivo que queremos conseguir.
4. Escribir un guión para el cambio de nuestra conducta. Es un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva. Aquí se intenta poner por escrito las situaciones problema y clarificar lo que queremos conseguir. El entrenador moldea junto al paciente el guión para que este sea expresado de forma específica.

5. Desarrollo de lenguaje corporal adecuado. Se dan una serie de pautas de comportamiento en cuanto a lenguaje no verbal (la mirada, el tono de voz, la postura, etc.), y se dan las oportunas indicaciones para que la persona ensaye ante un espejo.
6. Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás. (Tapia, 2003)

Resumen de la sesión 10

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Modelamiento	Adquirir nuevos patrones de respuesta	Practicar habilidades sociales en medios donde se sienta seguro	
Entrenamiento en asertividad	Mantener interacciones sociales satisfactorias en las diferentes áreas de su vida	Elaborar una lista de todos sus valores positivos y elabore otra con todos los logros que haya conseguido	

Decimo primera sesión: Árbol de logros, plan de vida y cierre terapéutico

Duración: 45 – 50 minutos

Modalidad: Individual

Responsable: Psicólogo Clínico

Objetivos:

- Reflexionar sobre sus logros y cualidades positivas
- Elaborar un plan de vida con proyección de 5 años
- Mostrar al paciente su progreso y la disminución sintomática que ha experimentado

Técnicas:

- Árbol de logros
- Plan de vida
- Cierre terapéutico

Descripción de la técnica:

Árbol de logros: Cortez (2013) afirma:

El ejercicio consiste en una reflexión sobre sus capacidades, cualidades positivas y logros que ha desarrollado desde la infancia a lo largo de toda su vida. Debe tomarlo con calma y dedicarle al menos una hora para poder descubrir todo lo positivo que hay en usted.

Lo primero que debe hacer es elaborar una lista de todos sus valores positivos, ya sean cualidades personales (paciencia, valor...), sociales (simpatía, capacidad de escucha...), intelectuales (memoria, razonamiento...) o físicos (atractivo, agilidad...). Intente hacer una lista lo más larga posible.

Una vez acabada la primera lista, elabore otra con todos los logros que haya conseguido en la vida. Sin importar si esos logros son grandes o pequeños, lo importante es que usted se sienta orgulloso de haberlos conseguido. Al igual que antes, reflexione y apunte todos los que pueda.

Cuando ya tenga las dos listas, dibuje un “árbol de los logros”. Haga un dibujo grande, que ocupe toda la hoja y dibuje las raíces, las ramas y los frutos. Haga raíces y frutos de diferentes tamaños. En cada una de las raíces debe ir colocando uno de sus valores positivos (los que apuntó en la primera lista). Si considera que ese valor es muy importante y le ha servido para lograr grandes metas, colóquelo en una raíz gruesa. Si por el contrario no ha tenido mucha influencia, colóquelo en una de las pequeñas.

En los frutos iremos colocando de la misma manera sus logros (los apuntados en la segunda lista). Pondremos sus logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños. (Cortez, 2013)

Plan de vida: esta técnica debe ser explicada de la siguiente manera:

Para realizar su proyecto de vida y alcanzar sus objetivos, tendrá que definir sus metas. El primer paso es escribir las metas que tenga. Defina qué es lo que quiere conseguir en la vida y visualice su vida en el futuro. Una vez que tenga claro qué es lo que quiere, anótelos y manténgalos a la vista todos los días. Irá cumpliendo esos objetivos y cada vez que quiera algo más en su vida, tendrá que anotarlos. En un proyecto de vida, podrá elegir y encaminar su vida como quiera. Además, sus sueños, objetivos y todo lo que quiera conseguir también estarán descritos allí.

Cierre terapéutico: El sujeto observa la conducta del modelo y la imita con el objetivo de:

Al terminar un proceso terapéutico, Craige (2006) sugiere la importancia de “dejar la puerta abierta” para un contacto futuro si fuese necesario, del mismo modo que propone la posibilidad de mantener un contacto ocasional con los pacientes una vez terminada la psicoterapia, para hacer un seguimiento del proceso, aunque aclara que estas decisiones deben ser tomadas a partir del análisis de cada caso en particular y tomando en consideración las vicisitudes del proceso.

Se puede finalizar, mostrando al paciente todos sus logros hasta la fecha y motivándolo a realizar las técnicas aprendidas cuando sea necesario y recordándole sus fortalezas y planes a futuro.

Resumen de la sesión 11

Técnica	Objetivos	Actividades o Tareas	Resultado
Árbol de logros	Reflexionar sobre sus logros y cualidades positivas	Colocar el árbol de logros y el plan de vida en lugares visibles y adecuados para él.	
Plan de vida	Elaborar un plan de vida con proyección de 5 años		
Cierre terapéutico	Mostrar al paciente su progreso y la disminución sintomática que ha experimentado		

Bibliografía

- Bados, A., & Eugeni, G. (2010). La tecnica de la reestructuración cognitiva . En A. Bados, & G. Eugeni, *La tecnica de la reestructuración cognitiva* (págs. 3-40). Barcelona : Universidad de Barcelona
- Caballo, V. (1998). Manual de tecnicas de terapia y modificación de conducta . En V. Caballo, *Manual de tecnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 514-517). Madrid: Siglo XXI.
- Camacho, J. (2003). En *ABC de la terapia cognitiva* (págs. 3-15). Madrid.
- Cortez, A. (11 de Abril de 2013). *Un ejercicio de Autoestima para tus días grises*. Obtenido de psicología-parati.: <http://psicologia-parati.blogspot.com/2013/04/un-ejercicio-de-autoestima-para-tus.html>
- Diaz, D. (14 de Abril de 2012). *Tratamiento para tu ansiedad*. Obtenido de <http://www.tratamientoparatuaniedad.com/ejercicios-de-respiracion-para-el-tratamiento-de-la-ansiedad/>
- Heredia, S. (25 de Noviembre de 2014). <http://www.utel.edu.mx/>. Obtenido de <http://www.utel.edu.mx/blog/rol-personal/en-que-consiste-el-concepto-rapport/>
- Perales, A. (1996). Psicoterapia de apoyo y salud mental. En A. Perales, *Psicoterapia de apoyo y salud mental* (págs. 19-24).
- Puchol, D. (2001). *EL MODELADO: DEFINICIÓN, FACTORES CLAVE Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN EN PSICOTERAPIA*. Obtenido de psicología-online.com: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/dpuchol/modelado.shtml>
- Roca, E. (23 de Junio de 2007). *cop.es*. Obtenido de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/5_-_tcbeck.pdf
- Tapia, R. (2003). *Monografias.com*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos91/la-asertividad/la-asertividad.shtml>

Anexos

