



## Trabajo Fin de Grado

Mujeres con TEPT derivado de una agresión sexual:  
Realidad Virtual Aumentada para reducir el daño  
psicológico

Autora

Miriam Izquierdo López

Directora

Adriana Jiménez-Muro Franco

Grado en Psicología

Año 2020-2021



### **Resumen**

En este proyecto se desarrolla el diseño de un programa de intervención dedicado a mujeres víctimas de violación por parte de un hombre desconocido que han desarrollado Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) a raíz del suceso, por el cual se pretenden reducir los efectos psicológicos, emocionales, conductuales y sociales derivados del trauma.

El programa se llevará a cabo con dos grupos de participantes, uno experimental y otro control, que se establecerán de manera aleatoria. El grupo experimental recibirá nueve talleres de psicoeducación grupales, y, debido al carácter clínico de la intervención, se realizarán también siete sesiones de terapia individual con actividades del Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. (2015), y siete sesiones de terapia individual con Realidad Virtual (RV). En estas sesiones se tratará el componente emocional y evitativo del trastorno. Además, se llevarán a cabo seis sesiones dedicadas al tratamiento de los amigos y/o familiares de las participantes. El programa se desarrollará en 14 semanas consecutivas, a excepción de una décima sesión grupal de seguimiento 6 meses después.

Se pretende que este proyecto pueda ser replicado en todo centro de salud mental que cuente con el personal y el material necesario para su implementación. La eficacia del programa se evaluará a través de la distribución de cuatro escalas (EGS-R, SAS, BAI y BDI-II), con la expectativa de que al final del proyecto, las puntuaciones hayan mejorado significativamente en ambos grupos, especialmente en el grupo experimental.

**Palabras clave:** Mujeres, violación, TEPT, psicoeducación, transdiagnóstico, RV.

### **Abstract**

This project develops the design of an intervention program dedicated to women victims of rape by an unknown man who have developed Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) following the event, which aims to reduce the psychological, emotional, behavioural and social effects of the trauma.

The programme will be carried out with two groups of participants, one experimental and one control, to be set up on a random basis. The experimental group will receive nine group psycho-education workshops, and, due to the clinical nature of the intervention, the programme will have seven individual therapy sessions with activities of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders of Barlow et al. (2015), and seven individual therapy sessions with Virtual Reality (VR). These sessions will deal with emotional component and avoidance behaviors of the disorder. In addition, there will be six sessions dedicated to the treatment of the friends and/or relatives of the participants. The programme will run in 14 consecutive weeks, with the exception of a tenth follow-up group session 6 months later.

It is intended that this project can be replicated in any mental health center that has the necessary personnel and material for its implementation. The effectiveness of the program will be evaluated through the distribution of four scales (EGS-R, SAS, BAI and BDI-II), with the expectation that by the end of the project, scores have improved significantly in both groups, especially in the experimental group.

**Keywords:** Women, rape, PTSD, psycho-education, transdiagnostic, VR.

## Introducción

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), tal y como indica la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-5 (2013), se caracteriza por alteraciones de carácter psicológico, social y conductual. Para ser diagnosticado de TEPT se han debido padecer los síntomas durante, al menos, un mes tras haber sido expuesto a una amenaza o peligro real. La sintomatología principal del trastorno se caracteriza por la presencia de síntomas de reexperimentación, tales como pesadillas, pensamientos y recuerdos recurrentes y angustiosos acerca del suceso. Esto conduce a conductas de evitación de estímulos asociados con el evento traumático. Además, se producen alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, modificando el nivel de alerta y de sueño, y generando comportamientos autodestructivos.

Este trabajo se centra en las mujeres que han desarrollado este trastorno a partir de una violación ocasionada por un hombre desconocido. Como indica Smith (2020), una violación es una forma específica de agresión sexual, en la que se ha realizado, necesariamente, penetración oral, anal o vaginal, sin consentimiento y por medio del uso de fuerza y/o intimidación. De acuerdo con el art. 181, de la Ley 11/1999, de 30 de abril, del Código de Procedimiento Penal, estas características son las que diferencian un delito de violación de un delito de abuso sexual, el cual no cuenta con penetración de ningún tipo, ni con el uso de la fuerza o la intimidación.

Las agresiones sexuales son el tipo de evento que funciona como mejor predictor de TEPT, por el hecho de haber sido causadas por otra persona, y porque suelen suceder en entornos que las víctimas consideran seguros, como portales o calles. Se estima que entre el 30 y el 94% de las víctimas desarrollan este trastorno (Echeburúa y De Corral, 2009; Jina y Thomas, 2013). Los mayores síntomas traumáticos experimentados por víctimas de violación son la reexperimentación, la cual lleva a conductas de evitación; la hipervigilancia para prevenir nuevas amenazas; y las alteraciones del sueño, incluyendo pesadillas e insomnio (Lozano-Oyola et al., 2017).

En España, existe una gran prevalencia de mujeres que han sido víctimas de una agresión o un abuso de carácter sexual. En la última macroencuesta realizada por el Ministerio de Igualdad (2020), se recoge que un total de 8,4% de mujeres mayores de 16 años ha sufrido algún tipo de violencia sexual, siendo que un 2,2% ha sido víctima de una violación fuera de la pareja. Además, se indica que el 98,4% de los agresores son hombres y en un 39,1% de los casos, el agresor era desconocido. En cuanto a la edad en la que existe una mayor prevalencia de violencia sexual fuera de la pareja, las mujeres de 18 a 24 años son las que señalan un mayor porcentaje (11,5%), seguidas de las chicas de 16 y 17 años (9,3%).

Las víctimas de violación que sufren de TEPT, a menudo, presentan otros trastornos psiquiátricos concurrentes, entre los más comunes, depresión, ansiedad y Trastorno por Abuso de Sustancias (TAS). Especialmente, esta comorbilidad aparece con los trastornos depresivos, los cuales se diagnostican en, aproximadamente, el 50% de los pacientes de TEPT (Brady et al., 2000; Jina y Thomas, 2013; Smith, 2020; Wamser-Nanney et al., 2020).

Los factores de riesgo para el desarrollo de TEPT en las víctimas son el estrés diario, la falta de apoyo y el padecimiento de otros trastornos psiquiátricos y/o enfermedades físicas. Además, las lesiones físicas, la percepción de muerte y el acto de penetración funcionan como los mayores predictores del trastorno, ya que causan una fuerte percepción en la víctima de dominación física y humillación psicológica (Echeburúa y De Corral, 2009).

Las agresiones sexuales dejan consigo una larga lista de consecuencias tanto para la salud física de las víctimas como para su salud mental. Algunas secuelas físicas a largo plazo son problemas gastrointestinales, cardiopulmonares y neurológicos, así como los referidos a la salud reproductiva de la mujer (riesgo de embarazo no deseado, menstruación más dolorosa, ITS...). En cuanto a las consecuencias psicológicas de una violación, las reacciones más comunes incluyen sentimientos de tristeza, miedo, ansiedad, fobias y nerviosismo (Jina y Thomas, 2013). Dentro de estas reacciones emocionales comunes, se ha estudiado que las mujeres que experimentan una violación fuera del ámbito de la pareja, tienen una mayor probabilidad de desarrollar sentimientos de culpa ante el suceso (Jaffe et al., 2021). Como concluye el estudio de Donde (2015), las mujeres víctimas de violación culpan en menor medida al agresor en comparación con la que se atribuyen a ellas mismas o a la sociedad. A este sentimiento de culpa se suma la vergüenza al revelar los hechos a sus conocidos, así como una percepción de rechazo ante sus posibles respuestas de culpabilización hacia la víctima (Bhuptani et al., 2019).

Otra consecuencia negativa derivada del TEPT es el consumo frecuente y prolongado de alcohol y/o psicofármacos. A esto se suma que, como indican diversas investigaciones, se ha producido una oleada de conductas adictivas en los jóvenes debido a las reacciones de ansiedad, depresión y soledad que ha ocasionado la actual crisis de la COVID-19 (Dubey et al., 2020; Horigian et al., 2021). Como afirma el estudio de Sukut et al. (2020), las personas con trastorno mental han sufrido las consecuencias psicosociales de la pandemia en mayor medida, por lo que puede preverse que los pacientes de TEPT hayan visto aumentar tanto sus síntomas ansioso-depresivos, como las conductas de consumo de alcohol y/o psicofármacos. Como indican Nishith et al. (2001), el consumo en pacientes de TEPT es común para regular el afecto negativo derivado de las alteraciones del sueño y las pesadillas, reduciendo la

frecuencia y la intensidad de las mismas a corto plazo. Este consumo supone un obstáculo para la recuperación, ya que se dificulta la capacidad de adhesión al tratamiento y, por tanto, se mantiene más a largo plazo la sintomatología del trastorno (Bedard-Gilligan et al., 2018).

Por otro lado, es importante señalar que otra consecuencia derivada de la vivencia de una violación es un comportamiento no seguro ante el sexo. Según la literatura científica, las mujeres que han sido agredidas sexualmente perciben una baja capacidad de control en las relaciones, pudiendo desembocar en el uso inconsistente del preservativo. Estas mujeres tienden a pensar, en mayor medida, que el preservativo interfiere en el placer masculino, así como que la solicitud del uso de protección podría llegar a ser un motivo de abandono por parte de sus parejas (Hall et al., 2008; Jina y Thomas, 2013). De igual manera, como indican López-Alvarado et al. (2020), deben potenciarse las habilidades en asertividad sexual de las pacientes, ya que su desarrollo está relacionado con la vivencia de victimización sexual. Estas habilidades aumentan el poder en las relaciones y el ejercicio de prácticas sexuales seguras.

El tratamiento más novedoso incluido en este programa se trata de la terapia de exposición por medio de RV, la cual ha demostrado su utilidad para modificar comportamientos, emociones y pensamientos a través de experiencias virtuales adaptadas al paciente. Esta técnica tiene potencial para el tratamiento de trastornos mentales como el TEPT, la ansiedad o la depresión, ya que el usuario se somete a situaciones muy similares a las que le provocan rechazo en el mundo real (Botella et al., 2015). Pese a que las intervenciones con RV en TEPT han sido mayormente estudiadas en soldados y veteranos de guerra, estudios como el de Loranger y Bouchard (2017) indican su eficacia para el tratamiento de mujeres víctimas de agresión sexual.

### **Objetivos**

El principal objetivo de este programa es reducir el malestar psicológico en aquellas víctimas de violación que han desarrollado TEPT a partir del suceso. Con esto, se pretende favorecer que puedan reconstruir su vida de manera adaptativa, mejorando así su bienestar psicológico y social. Para ello, se establecen 4 objetivos específicos:

- Educar a las participantes acerca de los síntomas del TEPT y de las consecuencias derivadas del trauma (alteraciones del sueño, consumo frecuente de alcohol y/o psicofármacos, conductas sexuales de riesgo...).
- Desarrollar en las jóvenes habilidades comunicativas eficaces para la asertividad sexual, ayudándolas a identificar posibles amenazas y cómo solventarlas.

- Enseñar formas adaptativas de regulación emocional para reducir los síntomas depresivos y ansiosos asociados al trauma (rumiación, activación, fobias, pánico), así como sus sentimientos de culpa y desconfianza.
- Reducir el impacto psicológico y emocional del suceso, así como sus conductas de evitación y los sentimientos de miedo y ansiedad desproporcionados al exponerse a situaciones y estímulos asociados al evento traumático.

### **Localización y destinatarios**

Se plantea que el programa pueda llevarse a cabo en las salas orientadas a terapia en grupo de las unidades de Psiquiatría del hospital de referencia de las pacientes. Además, estas salas deberán contar con los instrumentos y medios audiovisuales necesarios para realizar las sesiones y recibir a los familiares de las participantes, así como con profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría instruidos en la aplicación de la intervención.

El programa se dirige a mujeres de edad comprendida entre los 18 y los 26 años que hayan desarrollado TEPT como consecuencia de una violación por parte de un hombre desconocido, independientemente de su cultura y condición social.

Se establecen varios criterios de inclusión para poder acceder a este programa.

- En primer lugar, las participantes serán mujeres, cuya edad estará comprendida entre los 18 y los 26 años.
- En segundo lugar, deberán haber sido diagnosticadas de TEPT por Psiquiatría de su hospital de referencia, pudiendo encontrarse en tratamiento farmacológico.
- En tercer lugar, será necesario que hayan sufrido un único suceso de violación, perpetrada por un desconocido, y que haya tenido lugar entre los 6 y los 24 meses previos al inicio de la intervención. El acto deberá contar con penetración vaginal, ya que actúa como fuerte predictor de TEPT en víctimas de agresión sexual.

Como otros beneficiarios, encontramos a los familiares y personas de confianza de las participantes, debido a que asistirán a las sesiones de terapia dedicadas a ellos. A través de estas sesiones, se les ayudará a entender lo que están experimentando las participantes y cómo pueden ayudarlas a mejorar.

Por último, se podría decir que investigadores y psicoterapeutas podrán beneficiarse también de este programa, pudiendo hacer más específica su terapia en mujeres víctimas de violación por parte de un desconocido, ya que la literatura científica tiende a combinar los

tratamientos de estos episodios con los de las mujeres víctimas de violencia de género o de violaciones dentro del ámbito familiar o amistoso.

### **Cronograma**

El cronograma para el grupo experimental se encuentra en el Anexo 1, el cronograma para el grupo control en el Anexo 2 y el esquema de actividades por semanas del grupo experimental en el Anexo 3.

### **Metodología**

#### *Participantes*

En este programa participarán 24 mujeres de 18 a 26 años, provenientes de diversos centros de salud mental, que acuden de forma voluntaria para participar en el proyecto. Se les realizará una entrevista previa para asegurar que cumplen los criterios expuestos anteriormente. Las participantes se dividirán, de forma aleatoria, en 2 grupos:

- Grupo experimental: Estará formado por 12 mujeres de 18 a 26 años de edad, que presenten TEPT a raíz de una violación por parte de un desconocido. En este grupo, se aplicará el programa en su totalidad, contando con los talleres grupales, las sesiones individuales, la aplicación de realidad virtual y las sesiones de terapia familiar.
- Grupo control: Del mismo modo, estará formado por 12 mujeres de 18 a 26 años de edad, que padezcan TEPT a causa de una violación por parte de un desconocido. En este grupo solo se llevarán a cabo los talleres en grupo, eliminando así la terapia individual, la aplicación de realidad virtual y las sesiones de terapia familiar.

#### *Instrumentos*

Con el objetivo de evaluar la eficacia de la intervención y el progreso de las participantes, se realizarán los siguientes cuestionarios al comienzo de la intervención (T1), al finalizarla (T2) y en una sesión de seguimiento 6 meses después (T3). Todos los instrumentos utilizados presentan adecuados niveles de validez y fiabilidad.

- *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R;* Echeburúa et al., 2016). Es un autoinforme compuesto por 21 ítems, basados en los criterios diagnósticos del TEPT del DSM-5 y 10 ítems de información complementaria. Se estima un tiempo de realización de 10-15 minutos. El cuestionario se recoge en el Anexo 4.
- *Versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS;* Sierra et al., 2011). Autoinforme compuesto por 18 ítems pertenecientes a 3 dominios: inicio y rechazo de

relaciones sexuales y prevención de embarazo no deseado e ITS. El tiempo estimado de realización es de 5-10 minutos. El cuestionario puede encontrarse en el Anexo 5.

- *Versión española del Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI; Sanz et al. 2012). Se trata de un autoinforme útil para la medida del grado de ansiedad clínica. Consta de 21 ítems en formato Likert. El tiempo de realización del cuestionario es de 5-10 minutos (COP, 2013). El cuestionario se encuentra en el Anexo 6.

- *Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II; Sanz et al., 2005). Es un autoinforme utilizado para la detección y la evaluación de síntomas de depresión. Se compone de 21 ítems de tipo Likert. Se estima un tiempo de realización de 5-10 minutos (COP, 2013). El cuestionario se recoge en el Anexo 7.

### *Procedimiento*

La selección de las participantes se llevará a cabo en diversos centros de salud mental que acepten colaborar con el proyecto. Se presentará la propuesta de intervención a los profesionales de estos centros para que inviten a las pacientes que consideren buenas candidatas de beneficiarse de la intervención, siempre que cumplan con los criterios de inclusión. Tras ello, se les realizará una entrevista para asegurar que cumplen todos los criterios y, posteriormente, deberán firmar el consentimiento si aceptan participar en el programa. Una vez se hayan seleccionado 24 mujeres, se dividirán aleatoriamente en un grupo experimental y un grupo control. Por último, las participantes deberán responder, por primera vez, la batería de cuestionarios expuesta anteriormente, que volverán a realizar al finalizar el programa y en una sesión de seguimiento 6 meses después.

### *Sesiones*

#### **1. Talleres grupales:**

##### *Sesión 1: Presentación*

Objetivo: Dar a conocer a las participantes el funcionamiento del programa, así como la duración, las actividades y los objetivos que se pretenden alcanzar. Además, también se busca crear un clima de confianza con las profesionales y entre las participantes. Desarrollo de la sesión en el Anexo 8.

##### *Sesión 2: ¿Qué me sucede?*

Objetivo: Educar acerca de la sintomatología principal del TEPT y sus consecuencias. Desarrollo de la sesión en el Anexo 8.

*Sesión 3: Aprendiendo a regularme: descanso y consumo*

Objetivos: Aprender alternativas para llevar a cabo ante las alteraciones del sueño típicas del TEPT como las pesadillas, previniendo así el desarrollo de conductas de consumo excesivo de alcohol para regular el sueño u otros aspectos de la vida diaria mediante psicoeducación. Desarrollo de la sesión en el Anexo 9.

*Sesión 4: Yo me cuido*

Objetivo: Aprender qué actividades son beneficiosas para el cuidado de una misma, así como a planear una rutina semanal para organizarse y a dedicarse tiempo a ellas mismas. Desarrollo de la sesión en el Anexo 10.

*Sesión 5: Yo elijo, yo decido*

Objetivo: Potenciar estrategias de comunicación asertiva eficaces para evitar riesgos de re-victimización sexual y para iniciar y controlar futuras relaciones sexuales. Desarrollo de la sesión en el Anexo 11.

*Sesión 6: Mi sexualidad: segura y saludable*

Objetivo: Educar acerca de prácticas sexuales seguras, potenciando el uso del preservativo e informando de las consecuencias de no utilizarlo. Además, se pretende potenciar su autoestima y la seguridad en ellas mismas a través de otra actividad. Desarrollo de la sesión en el Anexo 12.

*Sesión 7: Identidad de superviviente*

Objetivos: Favorecer el desarrollo de su propia identidad personal, para que definan su propia identidad como mujeres con capacidades que tienen una función en el mundo, alejándose de una definición de víctima con la que muchas veces son expuestas. Desarrollo de la sesión en el Anexo 13.

*Sesión 8: Expresamos lo que pasó*

Objetivo: Aprender a expresar sus sentimientos a través de la escritura reflexiva, proporcionando una nueva alternativa útil para reducir el estrés y la angustia. Desarrollo de la sesión en el Anexo 14.

*Sesión 9: Despedida-Fin de los talleres grupales*

Objetivo: Despedir el grupo de forma agradable a través de una última dinámica y procediendo a resolver las dudas que hayan podido surgir a lo largo de los talleres. Desarrollo de la sesión en el Anexo 15.

*Sesión 10: Seguimiento grupal 6 meses después*

Objetivo: Realizar un control del estado de las participantes, así como del mantenimiento de sus objetivos y de los cambios que hayan percibido tras 6 meses. Desarrollo de la sesión en el Anexo 15.

## **2. Sesiones individuales**

*Aplicación del Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. (2015).*

Objetivo: Desarrollar en las participantes habilidades y estrategias adaptativas de afrontamiento y regulación emocional. Desarrollo de las 7 sesiones en el Anexo 16.

*Exposición por medio de Realidad Virtual Aumentada*

Objetivo: Disminuir las conductas de evitación de estímulos relacionados con el trauma, así como sus reacciones desproporcionadas de miedo y ansiedad, habituándose a estos estímulos por medio de exposición virtual en un entorno realista y controlado. Desarrollo de las 7 sesiones en el Anexo 17.

## **3. Sesiones de terapia familiar**

Objetivo: Ayudar a los allegados de las pacientes a entender la reacción al trauma de las chicas y a desarrollar estrategias que puedan poner en práctica para contribuir a su recuperación. Además, se pretende potenciar su sensación de comprensión y compañía aumentando su red de apoyo social con profesionales y personas en su misma situación. Desarrollo de las 6 sesiones en el Anexo 18.

## **Recursos**

*Recursos Humanos:*

- Una psicóloga y una psiquiatra presentes durante el desarrollo del programa.
- Un psicólogo hombre que ayude en el taller grupal “Yo elijo, yo decido” poniendo voz al avatar virtual.

- Psicólogos y psiquiatras de los centros de salud mental que ayuden a la selección de participantes para el programa.

*Recursos Materiales:*

- Instalaciones/mobiliario: Sala orientada a terapia psicológica en grupo del hospital de referencia de las participantes, despacho para llevar a cabo las sesiones individuales, sillas, mesas, pizarra y espejos.

- Material tecnológico: Gafas de RVA, pulsera con sensor de frecuencia cardiaca, ordenador, proyector de pantalla y altavoces.

- Material fungible: Papel, cartulinas, bolígrafos, lápices, rotuladores para la pizarra, pinturas, folletos de presentación del programa impresos, tarjetas para la actividad “mitos y realidades”, láminas impresas para la sesión “aprendiendo a regularme: descanso y consumo”, tabla de instrucciones básicas para la escritura reflexiva impresa, batería de cuestionarios (EGS-R, SAS, BAI, BDI-II) y fichas de registro del protocolo unificado.

*Gastos aproximados*

Como estimación, se establece un presupuesto por paciente de 145€. Para ello, se cuenta con que las gafas RVA tengan un valor aproximado de 200€ y el *software* de 1200€, debido al pago de los ingenieros informáticos que lo diseñen bajo las instrucciones del personal del programa. Asimismo, se sumará un valor estimado de 80€ de la pulsera con sensores para la frecuencia cardiaca, además del precio de los cuestionarios y el resto de materiales. El presupuesto para las participantes del grupo control será menor, dado que solo se utilizarán los cuestionarios y los materiales necesarios para los talleres grupales.

Se espera que el programa obtenga subvenciones de algunas instituciones, tales como el Ministerio de Sanidad de España.

### **Evaluación**

En cuanto al procedimiento de evaluación del programa se establecen cuatro objetivos: (1) observar si se han cumplido los objetivos específicos propuestos, (2) observar si la sintomatología traumática y ansioso-depresiva disminuye, (3) observar si se han conseguido desarrollar habilidades de comunicación en asertividad sexual, (4) observar si ha potenciado el nivel de autoestima y seguridad en las participantes, así como el grado de formación acerca de sexualidad, consecuencias del consumo frecuente de alcohol y/o psicofármacos y actividades y planificación de rutinas de autocuidado.

La evaluación del diseño y de la aplicación del programa se llevará a cabo antes, durante y después de su implementación, para valorar su correcta planificación y su posterior

desarrollo. La evaluación será de tipo mixto, ya que participarán en ella tanto el personal encargado de llevar a cabo el programa, como diversos profesionales de salud mental externos al programa. De esta forma, se conseguirá una evaluación realista y objetiva.

La eficacia real del programa de intervención se evaluará mediante el estudio de los cuestionarios pre-post, ya explicados en la metodología de este trabajo. De este modo, si las participantes del grupo experimental obtienen unas mejores puntuaciones en las evaluaciones T2 y T3 en comparación con la evaluación T1, y en comparación también con el grupo control, el programa habrá demostrado ser eficaz.

Por último, se valorará la satisfacción de las participantes con el programa al finalizar este a través de un cuestionario de satisfacción (Anexo 19).

### **Resultados esperados**

La finalidad de evaluar los resultados del programa de intervención es garantizar la mayor eficacia de lo aplicado en el grupo experimental, en comparación con el grupo control. Se espera que el grupo experimental incremente, en mayor medida, su bienestar psicológico y social, disminuyendo su sintomatología traumática, depresiva y ansiosa.

Este programa ha sido diseñado según las alteraciones psicológicas y sociales más comunes en mujeres víctimas de agresión sexual indicadas por la literatura científica, así como siguiendo la sintomatología principal del TEPT. Por ello, en la primera evaluación (T1), se esperan obtener unos resultados semejantes a lo indicado por la bibliografía. Esto es: una alta puntuación en sintomatología de estrés postraumático (hipervigilancia, conductas de evitación, alteraciones del sueño, pensamientos intrusivos...), una señalada falta de habilidades de comunicación en asertividad sexual y altas puntuaciones que señalen síntomas ansioso-depresivos severos (puntuación mayor de 36 en el BAI y de 29 en el BDI-II). Además, cabe esperar que, al inicio del programa, las participantes cuenten con: falta de empoderamiento en las relaciones; consumo frecuente de alcohol y/o psicofármacos; baja autoestima; alta atribución de culpa por el suceso; aislamiento social; menor número de rutinas de autocuidado; mayor número de conductas sexuales de riesgo y menor formación acerca de la eficacia del preservativo, los embarazos no deseados y el contagio de ITS.

Con respecto a la segunda evaluación (T2), se espera obtener una significativa disminución en las puntuaciones de sintomatología traumática y ansioso-depresiva, alcanzando niveles moderados o leves (puntuaciones menores de 35 en el BAI y de 28 en el BDI-II), así como una mejora en sus habilidades comunicativas para la asertividad sexual. Además de ello, se espera obtener: un aumento en la sensación de poder en las relaciones;

aumento en la percepción del riesgo del consumo prolongado y mantenido de alcohol y psicofármacos y, por tanto, menores tasas de consumo; mejora en la autoestima; disminución en la atribución del culpa por el evento; mejora en sus relaciones interpersonales; mayor planificación y realización de rutinas de autocuidado; mayor formación saludable acerca de sexualidad y menor número de conductas sexuales de riesgo.

Por último, en la tercera evaluación (T3), se esperan obtener resultados similares a los conseguidos en la segunda (T2), ya que es deseable que el cambio producido al fin del programa se mantenga a largo plazo.

Por otro lado, también se esperan obtener cambios en cuanto al estado psicológico de los participantes de las sesiones familiares. Antes de la intervención se espera obtener: percepción de cambios negativos en la relación con la paciente; un gran número de conductas de sobreprotección o de evitación; pensamientos intrusivos frecuentes; atribución de culpa por no haber evitado el suceso; notables dificultades y dudas en la ayuda de las pacientes.

En cambio, tras las sesiones familiares, se espera obtener: mejora en la relación con la paciente; menor número de conductas de sobreprotección y evitación; disminución en la frecuencia de los pensamientos intrusivos; reducción de la atribución de culpa por el suceso; desarrollo de habilidades y estrategias para apoyar a la paciente de forma adecuada.

### **Discusión**

El objetivo principal del proyecto es reducir significativamente el malestar psicológico, emocional y social causado por la vivencia de una violación. El programa ha sido diseñado teniendo en cuenta las diversas consecuencias negativas del suceso y el TEPT, por lo que la intervención se centrará en factores como la regulación emocional, la sintomatología ansioso-depresiva y traumática, el aislamiento social y la formación acerca de sexualidad saludable y las consecuencias del consumo frecuente y prolongado de alcohol y/o psicofármacos. Debe destacarse la importancia de crear nuevos programas de intervención para mujeres víctimas de agresión sexual con TEPT, debido a la alta prevalencia de violencia sexual en España.

Pese a que ha sido demostrado por diversas investigaciones que el desarrollo de TEPT es más frecuente en mujeres víctimas de un trauma de índole sexual, debido a la pérdida de confianza en la humanidad que este hecho conlleva, la mayor parte de los estudios existentes acerca del trastorno se han centrado en veteranos de guerra y soldados expuestos a conflicto bélico. De esta forma, la mayoría de las investigaciones experimentales acerca de la eficacia del tratamiento del trauma con RV, han sido probadas en este tipo de población, siendo una

minoría de ellos los que trabajan sobre mujeres víctimas de agresión sexual. De igual manera, la mayor parte de programas de intervención psicológica para mujeres víctimas de agresión sexual, están dedicadas, especialmente, a aquellas que han sufrido violencia de género por parte de sus parejas, siendo que no existen tantos estudios acerca del tratamiento de mujeres agredidas sexualmente por el asalto de un desconocido. Además de ello, la terapia que se ha seguido desde hace décadas para su tratamiento, ha constado tan solo de técnicas cognitivo-conductuales y/o terapia de exposición prolongada, sin apenas introducir cambios e innovaciones en el proceso terapéutico. Es por esto que, es necesario que los profesionales en salud mental, se dediquen más profundamente a la investigación para el tratamiento de víctimas de violación por asalto de un desconocido, así como para la prevención del desarrollo de TEPT en esta población.

En relación con el programa de intervención aquí presentado, deben tenerse en cuenta algunas limitaciones a la hora de aplicar el programa. Primeramente, pese a que se espera recibir una subvención por parte de instituciones como el Ministerio de Sanidad de España para poder poner en práctica el programa, se trata de un presupuesto por paciente elevado, ya que se requiere el uso de alta tecnología y el contrato de profesionales informáticos para la creación de un nuevo *software* de RV. Por otro lado, se debe tener en cuenta que los criterios de inclusión para participar en este programa son muy ajustados. De esta forma, es posible trabajar sobre una muestra relativamente homogénea, testando la eficacia del programa sobre esta población específica. Además, de este modo, las mujeres pueden sentirse identificadas y comprendidas en mayor medida por el resto del grupo. Sin embargo, esto conlleva dificultades a la hora de encontrar, en un breve periodo de tiempo, el suficiente número de participantes que cumplan con todos los criterios, por lo que se deberá realizar una larga labor de búsqueda en diversos centros de salud mental.

Como otra de las limitaciones, se debe ser consciente del posible abandono de las participantes, ya sea por motivos personales o por una falta de motivación con el programa. Por tanto, es necesario plantear qué dirección tomar con aquellas mujeres que no acudan a múltiples sesiones, tanto grupales como individuales. Se establece que, por un lado, las participantes podrán faltar a un total de dos talleres grupales, dado que los contenidos de cada sesión podrán ser repasados y puestos en común en la siguiente, lo cual motivaría también a las compañeras a recordar lo trabajado anteriormente. Sin embargo, en cuanto a terapia individual (tanto las sesiones dedicadas al protocolo unificado como las de RV), las participantes podrán no asistir tan solo a una de cada tipo, ya que en ellas se trata en profundidad su componente emocional y cognitivo, así como los síntomas depresivos y

ansiosos derivados del trauma. Esto es, en último término, el contenido que será mayormente evaluado en los cuestionarios pre y post. De esta forma, para conocer la eficacia real del programa por medio de este tipo de valoración, no se evaluará a aquellas participantes que incumplan los términos de presencialidad establecidos, o que hayan abandonado el programa por decisión propia.

Debido a que este programa de intervención se trata de un diseño y todavía no ha sido llevado a cabo, es difícil saber cuál será su eficacia real una vez aplicado. Sin embargo, dado la multitud de técnicas y métodos puestos en práctica en el mismo, se prevé que se conseguirá cumplir el objetivo principal de la intervención, el cual no es otro que mejorar el bienestar psicológico y social de las participantes, reduciendo el malestar generado por el trastorno y el evento traumático.

## Referencias

- Ahrens, C. E., y Campbell, R. (2000). Assisting rape victims as they recover from rape: The impact on friends. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(9), 959-986.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5*.
- Bador, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria* (No. WHO/MSD/MSB/01.6 a). Organización Mundial de la Salud.
- Baikie, K., y Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 338-346.
- Bedard-Gilligan, M., Garcia, N., Zoellner, L. A., y Feeny, N. C. (2018). Alcohol, cannabis, and other drug use: Engagement and outcome in PTSD treatment. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 32(3), 277–288.
- Bhuptani, P. H., Kaufman, J. S., Messman-Moore, T. L., Gratz, K. L., y DiLillo, D. (2019). Rape Disclosure and Depression Among Community Women: The Mediating Roles of Shame and Experiential Avoidance. *Violence against women*, 25(10), 1226–1242.
- Botella, C., Serrano, B., Baños, R. M., y Garcia-Palacios, A. (2015). Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2533.
- Brownlow, J. A., Miller, K. E., y Gehrman, P. R. (2020). Treatment of Sleep Comorbidities in Posttraumatic Stress Disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1-16.
- Christiansen, D., Bak, R., y Elklit, A. (2012). Secondary victims of rape. *Violence and victims*, 27(2), 246-262.
- COP (2013) *Evaluación del Inventario BAI*. Extraído el 21 de mayo de 2021 desde <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- COP (2013). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Extraído el 21 de mayo de 2021 desde <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Donde, S.D. (2015). Atribuciones de culpa de las mujeres universitarias por experiencias de agresión sexual. *Revista de violencia interpersonal*, 32 (22), 3520–3538. doi: 10.1177 / 0886260515599659

- Dubey, M. J., Ghosh, R., Chatterjee, S., Biswas, P., Chatterjee, S., y Dubey, S. (2020). COVID-19 and addiction. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(5), 817–823.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2009). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología Revisado, Volumen II* (pp. 137-148). McGraw-Hill/Interamericana de España.
- El-Solh, A. A., Riaz, U., y Roberts, J. (2018). Sleep Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder. *Chest*, 154(2), 427–439.
- Hall, T., Hogben, M., Carlton, A.L., Liddon, N. y Koumans, E.H. (2008). Attitudes towards using condoms and condom use: Differences between sexually abused and non abused African American female adolescents. *Behavioral Medicine*, 34, 45–52.
- Horigian, V. E., Schmidt, R. D., & Feaster, D. J. (2021). Loneliness, Mental Health, and Substance Use among US Young Adults during COVID-19. *Journal of psychoactive drugs*, 53(1), 1–9.
- Jaffe, A. E., Steel, A. L., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., y Gratz, K. L. (2021). Characterizing Sexual Violence in Intimate Relationships: An Examination of Blame Attributions and Rape Acknowledgment. *Journal of interpersonal violence*, 36(1-2), 469–490.
- Jina, R. y Thomas, L.S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15-26.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Kafka, J. X., Van Eickels, R. L., Plener, P. L., y Felnhofer, A. (2019). Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1654782.
- La Caixa, F. (Ed.). (2007). *Violencia, tolerancia cero: programa de prevención de la Obra Social "La Caixa"*. Fundación "La Caixa".
- Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril. Art. 181 del Código de Procedimiento Penal. Extraído el 25 de mayo de 2021 desde <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/04/30/11>
- Lopez-Alvarado, S.L., Van Parys, H., Jerves-Hermida, E.M., y Enzlin, P. (2020). Development of sexual Assertiveness and its function for human sexuality: a literature review. *Interamerican Journal of Psychology*.

- Loranger, C., y Bouchard, S. (2017). Validating a virtual environment for sexual assault victims. *Journal of traumatic stress*, 30(2), 157-165.
- Lozano Oyola, J. F., Gómez de Terreros Guardiola, M., Avilés Carvajal, I., y Sepúlveda García de la Torre, A. (2017). Sintomatología del trastorno de estrés postraumático en una muestra de mujeres víctimas de violencia sexual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 23(3-4), 82-91.
- Ministerio de Igualdad de España (2020). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Extraído el día 26 de marzo desde [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta\\_2019\\_estudio\\_investigacion.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf)
- Nieto-Martínez, J. (2 de marzo, 2014). Inventario de Depresión de Beck. Extraído el 26 de mayo desde <https://es.scribd.com/doc/210038458/Inventario-de-Depresion-de-Beck>
- Nishith, P., Resick, P.A., y Mueser, K.T. (2001). Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 469-479.
- Paul, L. A., Kehn, A., Gray, M. J., y Salapska-Gelleri, J. (2014). Perceptions of, and assistance provided to, a hypothetical rape victim: Differences between rape disclosure recipients and nonrecipients. *Journal of American college health*, 62(6), 426-433.
- Rich, K., Seffrin, P. M., y McNichols, E. (2021). College Students' Responses to Their Sexually Assaulted Friends: Impact of Rape Myth Acceptance, Prior Victimization, and Social Relationships. *Archives of sexual behavior*, 50(1), 263-275.
- Rowe, L. S., Jouriles, E. N., y McDonald, R. (2015). Reducing sexual victimization among adolescent girls: A randomized controlled pilot trial of My Voice, My Choice. *Behavior Therapy*, 46(3), 315-327.
- Santana, T. (28 de febrero, 2015). Inventario de Ansiedad de Beck. Extraído el 26 de mayo desde <https://es.scribd.com/doc/257182129/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., y Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck" (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(3).
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.

- Scotland-Coogan, D., y Davis, E. (2016). Relaxation Techniques for Trauma. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 13(5), 434–441.
- Sierra, J. C., Medina, P. V., y Iglesias, P. S. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(1), 17-26.
- Silva, A.E. (23 de octubre, 2016). Escala de Asertividad Versión Española de Sierra-Vallejo 2011. Extraído el 26 de mayo desde <https://es.scribd.com/document/328613586/Escala-de-Asertividad-Sexual-Version-Espanola-de-Sierra-Vallejo-2011>
- Smith, L. (2020). Psychology of rape. *Salem Press Encyclopedia of Health*.
- Stevens, E. S., Bourassa, K. J., Norr, A. M., y Reger, G. M. (2021). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Cluster Structure in Prolonged Exposure Therapy and Virtual Reality Exposure. *Journal of traumatic stress*, 34(2), 287–297.
- Sukut, O., y Ayhan Balik, C. H. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on people with severe mental illness. *Perspectives in psychiatric care*, 57(2), 953–956.
- Tracy, N. (2012, 28 de julio). Terapia de violación: un tratamiento para víctimas de violación. Extraído el 14 de marzo de 2021 desde <https://www.healthypace.com/abuse/rape-therapy-a-treatment-for-rape-victims>
- Wamser-Nanney, R., Walker, H. E., y Nanney, J. T. (2020). Sexual Assault, Posttraumatic Stress Symptoms, and Indices of Aggression Among Women. *Journal of traumatic stress*, 33(6), 1121–1129.

## ANEXO 1: Cronograma del grupo experimental

<i>Sesión</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenido</i>
1ª Sesión grupal	Presentación	Presentación del programa y de las profesionales. Actividad "La capa protectora" Actividad "Este es nuestro espacio" Realización de cuestionarios.
1ª Sesión individual	PU: Presentación y entrevista motivacional	Establecimiento de objetivos y promoción de la motivación para el cambio
1ª Sesión familiar		Presentación y recopilación de información sobre los participantes
2ª Sesión grupal	¿Qué me sucede?	Psicoeducación sobre el TEPT, síntomas y consecuencias
2ª Sesión individual	Realidad Virtual	Primer contacto en un entorno virtual tranquilo. Entorno virtual de una calle de día y de noche por la que pasea gente.
3ª Sesión Grupal	Aprendiendo a regularme: descanso y consumo	Psicoeducación acerca de las consecuencias del consumo frecuente de alcohol. Técnica de relajación: Respiración profunda
3ª Sesión individual	PU: Entendiendo las emociones	Psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones y modelo de los tres componentes
2ª Sesión familiar		Psicoeducación acerca del TEPT, síntomas y consecuencias
4ª Sesión grupal	Yo me cuido	Actividades para el desarrollo de rutinas de autocuidado. Actividad "¿Qué hago yo por mí misma?" Actividad "Mi día"
4ª Sesión individual	Realidad Virtual	Entorno virtual en una calle de día y de noche en la que se encuentra sola. Puede caminar y entrar a bares o pasar por portales y calles más estrechas

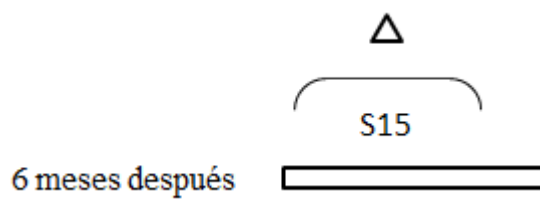
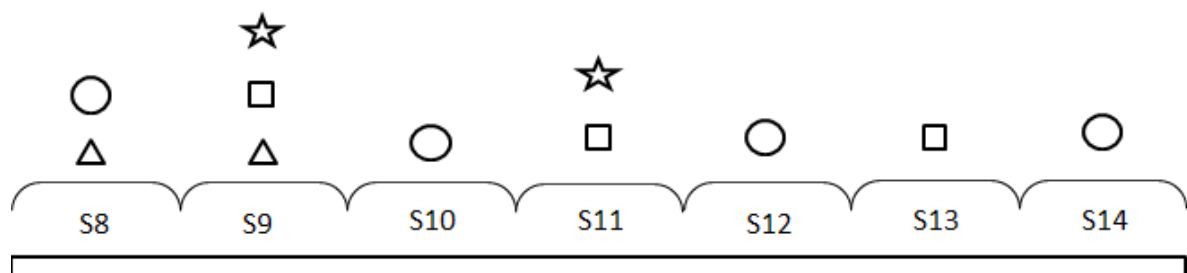
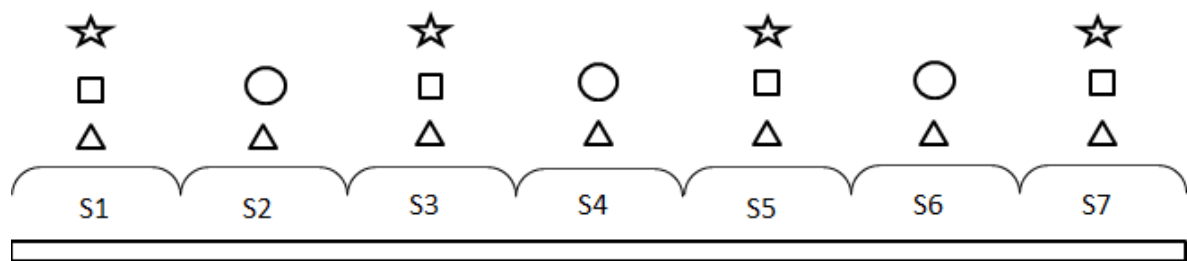
5ª Sesión grupal	Yo elijo, yo decido	Entrenamiento de habilidades para una comunicación sexual asertiva. Actividad de role playing por parejas y con RV
5ª Sesión individual	PU: Analizando las emociones	Análisis ARC de las emociones e inducción emocional con música
3ª Sesión familiar		Apoyo emocional
6ª Sesión grupal	Mi sexualidad: segura y saludable	Sesión de psicoeducación sobre sexo seguro y potenciación de seguridad con su imagen corporal Actividad "Yo soy tu espejo" Actividad "¿Mito o realidad?" Actividad "¿Qué es lo que siempre quisiste saber y no te atreviste a preguntar?"
6ª Sesión individual	Realidad virtual	Entorno virtual de una calle de día y de noche con gente paseando. Se sitúa un Avatar masculino lejos de ella
7ª Sesión grupal	Identidad de superviviente	Actividades "Desmontando estereotipos", "Una mujer maravillosa", "Mis capacidades" y "Participando en el mundo: mi identidad social"
7ª Sesión individual	PU: Pensamiento y reevaluación cognitiva	Análisis de los pensamientos automáticos mediante imagen ambigua y ficha de reconocimiento de pensamientos automáticos
4ª Sesión familiar		Apoyo emocional
8ª Sesión grupal	Expresamos lo que pasó	Exposición del suceso a través de la escritura reflexiva
8ª Sesión individual	Realidad virtual	Entorno en una calle de día y de noche en el que hay gente paseando con el avatar delante y cerca de ella.
9ª Sesión grupal	Cierre de los talleres grupales	Repaso del ejercicio de escritura reflexiva de la sesión anterior Actividad de despedida: Nuestra gran aventura

9ª Sesión individual	PU: Conductas de evitación emocional	Análisis de las conductas de evitación emocional y ficha de registro de estrategias de evitación emocional
5ª Sesión familiar		Desarrollo de estrategias de ayuda
10ª Sesión individual	Realidad virtual	Se le presentará en la calle sola con el avatar masculino delante y cerca de ella
11ª Sesión individual	PU: Conducta impulsada por la emoción	Registro de cambio de las conductas impulsadas por la emoción
6ª Sesión familiar		Desarrollo de estrategias de ayuda y fin de sesiones
12ª Sesión individual	Realidad Virtual	Se le presentará de nuevo sola y delante del avatar. Se le animará para que verbalice sentimientos de defensa y seguridad ante él.
13ª Sesión individual	PU: Evaluación del progreso y planes de cambio	Realización de las actividades de evaluación y planes futuros.
14ª Sesión individual	Fin de realidad virtual	Balance de medidas fisiológicas a lo largo del proceso y satisfacción de objetivos. Realización de cuestionarios
10ª Sesión grupal (6 meses después)	Seguimiento	Control del estado de las participantes y realización de cuestionarios

## ANEXO 2: Cronograma del grupo control

<i>Sesión</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenido</i>
1ª Sesión grupal	Presentación	Presentación del programa y de las profesionales. Actividad "La capa protectora" Actividad "Este es nuestro espacio" Realización de cuestionarios.
2ª Sesión grupal	¿Qué me sucede?	Psicoeducación sobre el TEPT, síntomas y consecuencias
3ª Sesión grupal		Psicoeducación acerca de las consecuencias del consumo frecuente de alcohol. Técnica de relajación: Respiración profunda
4ª Sesión grupal	Yo me cuido	Actividades para el desarrollo de rutinas de autocuidado. Actividad "¿Qué hago yo por mí misma?" Actividad "Mi día"
5ª Sesión grupal	Yo elijo, yo decido	Entrenamiento de habilidades para una comunicación sexual asertiva. Actividad de role playing por parejas.
6ª Sesión grupal	Mi sexualidad: segura y saludable	Sesión de psicoeducación sobre sexo seguro y potenciación de seguridad con su imagen corporal Actividad "Yo soy tu espejo" Actividad "¿Mito o realidad?" Actividad "¿Qué es lo que siempre quisiste saber y no te atreviste a preguntar?"
7ª Sesión grupal	Identidad de superviviente	Actividades "Desmontando estereotipos", "Una mujer maravillosa", "Mis capacidades" y "Participando en el mundo: mi identidad social"
8ª Sesión grupal	Expresamos lo que pasó	Exposición del suceso a través de la escritura reflexiva
9ª Sesión grupal	Cierre de los talleres grupales	Repaso del ejercicio de escritura reflexiva de la sesión anterior Actividad de despedida: Nuestra gran aventura
10ª Sesión grupal (6 meses después)	Seguimiento	Control del estado de las participantes. Realización de cuestionarios.

### ANEXO 3: Esquema de actividades por semanas del grupo experimental



- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| △ Talleres grupales   | ○ Realidad Virtual       |
| □ Protocolo unificado | ★ Terapia con familiares |

**ANEXO 4: Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de estrés postraumático  
(EGS-R), en su versión clínica (Echeburúa et al., 2016)**

Nº.	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión/Estudios:	Situación laboral:	

### 1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción:.....

#### Tipo de exposición al suceso traumático

Exposición directa	
Testigo directo	
Otras situaciones	
Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)	
Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)	

#### Frecuencia del suceso traumático

Episodio único	
Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual...)	

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

**¿Ocurre actualmente?:**....NO.....SÍ (indique el tiempo transcurrido desde el último episodio): (meses)...../(años).....

**¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido?:**.....NO.....SÍ (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
Psicológico	(meses)...../(años).....	.....NO.....SÍ
Farmacológico	(meses)...../(años).....	.....NO.....SÍ

**Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia:**.....NO.....SÍ

**Revictimización a otro suceso traumático:**.....NO.....SÍ

**Secuelas físicas experimentadas:**.....NO.....SÍ (especificar):

## 2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma:

0	1	2	3
Nada	1 vez por semana o menos / Poco	De 2 a 4 veces por semana / Bastante	5 o más veces por semana / Mucho

Reexperimentación				
Ítems	Valoración			
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0	1	2	3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0	1	2	3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0	1	2	3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan a algún aspecto del suceso?	0	1	2	3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mares, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan a algún aspecto del suceso?	0	1	2	3

**Puntuación en reexperimentación:..... (Rango: 0-15)**

Evitación conductual / cognitiva				
Ítems	Valoración			
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0	1	2	3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0	1	2	3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0	1	2	3

**Puntuación en evitación:..... (Rango: 0-9)**

<b>Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo</b>				
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>			
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0	1	2	3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0	1	2	3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0	1	2	3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo e modo continuado en forma de terror, ira culpa o vergüenza?	0	1	2	3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0	1	2	3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0	1	2	3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0	1	2	3

***Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo:..... (Rango: 0-21)***

<b>Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica</b>				
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>			
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0	1	2	3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0	1	2	3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0	1	2	3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0	1	2	3
20. ¿tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0	1	2	3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0	1	2	3

***Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica:..... (Rango: 0-18)***

***Puntuación total de la gravedad del TEPT:..... (Rango: 0-63)***

### 3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos				
Ítems	Valoración			
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0	1	2	3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0	1	2	3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0	1	2	3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0	1	2	3

*Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:.....NO.....SÍ*

<b>Presentación demorada del cuadro clínico</b> (al menos, 6 meses después del suceso)	NO..... SÍ.....
---	--------------------

### 4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático				
Áreas	Valoración			
1. Deterioro en la relación de pareja	0	1	2	3
2. Deterioro en la relación familiar	0	1	2	3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0	1	2	3
4. Interferencia negativa en la vida social	0	1	2	3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0	1	2	3
6. Disfuncionalidad global	0	1	2	3

*Puntuación en el grado de afectación del suceso:..... (Rango: 0-18)*

## ANEXO 5: Adaptación española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS)

(Silva, 2016)

Esta escala está diseñada para evaluar algunos aspectos de las relaciones sexuales con su pareja. No es una prueba, por lo tanto no existen respuestas correctas ni incorrectas. Por favor responda a cada afirmación de forma honesta y precisa, seleccionando un número de los que siguen.

- 0 = Nunca  
 1 = A veces (en un 25% de las ocasiones, aproximadamente)  
 2 = La mitad de las veces (en un 50% de las ocasiones, aproximadamente)  
 3 = Casi siempre (en un 75% de las ocasiones, aproximadamente)  
 4 = Siempre

	Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	0	1	2	3	4
2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	0	1	2	3	4
3. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales	0	1	2	3	4
4. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que acaricie mi cuerpo	0	1	2	3	4
5. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	0	1	2	3	4
6. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo	0	1	2	3	4
7. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	0	1	2	3	4
8. Si mi pareja lo desea, estimulo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	0	1	2	3	4
10. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione	0	1	2	3	4
12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	0	1	2	3	4
13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos	0	1	2	3	4
14. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera	0	1	2	3	4
15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
16. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
17. Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	0	1	2	3	4
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4

## ANEXO 6: Adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

(Santana, 2015)

*Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:*

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morirse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*TOTAL:*

*A.F.*

*A.S.*

## ANEXO 7: Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

(Nieto Martínez, 2014)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1.-	a. No me siento triste	0
	b. Me siento triste.	1
	c. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	2
	d. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	3
2.-	a. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	0
	b. Me siento desanimado respecto al futuro.	1
	c. Siento que no tengo que esperar nada.	2
	d. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	3
3.-	a. No me siento fracasado.	0
	b. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	1
	c. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	2
	d. Me siento una persona totalmente fracasada.	3
4.-	a. Las cosas me satisfacen tanto como antes.	0
	b. No disfruto de las cosas tanto como antes.	1
	c. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	2
	d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	3
5.-	a. No me siento especialmente culpable.	0
	b. Me siento culpable en bastantes ocasiones.	1
	c. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	2
	d. Me siento culpable constantemente.	3
6.-	a. No creo que esté siendo castigado.	0
	b. Me siento como si fuese a ser castigado.	1
	c. Espero ser castigado.	2
	d. Siento que estoy siendo castigado.	3

7.-	a. No estoy decepcionado de mí mismo.	0
	b. Estoy decepcionado de mí mismo.	1
	c. Me da vergüenza de mí mismo.	2
	d. Me detesto.	3
8.-	a. No me considero peor que cualquier otro.	0
	b. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.	1
	c. Continuamente me culpo por mis faltas.	2
	d. Me culpo por todo lo malo que sucede.	3
9.-	a. No tengo ningún pensamiento de suicidio.	0
	b. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	1
	c. Desearía suicidarme.	2
	d. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	3
10.-	a. No lloro más de lo que solía llorar.	0
	b. Ahora lloro más que antes.	1
	c. Lloro continuamente.	2
	d. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	3
11.-	a. No estoy más irritado de lo normal en mí.	0
	b. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	1
	c. Me siento irritado continuamente.	2
	d. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.	3
12.-	a. No he perdido el interés por los demás.	0
	b. Estoy menos interesado en los demás que antes.	1
	c. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	2
	d. He perdido todo el interés por los demás.	3
13.-	a. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.	0
	b. Evito tomar decisiones más que antes.	1
	c. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	2
	d. Ya me es imposible tomar decisiones.	3
14.-	a. No creo tener peor aspecto que antes.	0
	b. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	1
	c. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.	2
	d. Creo que tengo un aspecto horrible.	3
15.-	a. Trabajo igual que antes.	0

	b. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.	1
	c. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.	2
	d. No puedo hacer nada en absoluto.	3
16.-	a. Duermo tan bien como siempre.	0
	b. No duermo tan bien como antes.	1
	c. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	2
	d. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	3
17.-	a. No me siento más cansado de lo normal.	0
	b. Me canso más fácilmente que antes.	1
	c. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	2
	d. Estoy demasiado cansado para hacer nada.	3
18.-	a. Mi apetito no ha disminuido.	0
	b. No tengo tan buen apetito como antes.	1
	c. Ahora tengo mucho menos apetito.	2
	d. He perdido completamente el apetito.	3
19.-	a. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	0
	b. He perdido más de 2 kilos y medio.	1
	c. He perdido más de 4 kilos.	2
	d. He perdido más de 7 kilos.	3
	e. Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.	
20.-	a. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.	0
	b. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.	1
	c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	2
	d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	3
21.-	a. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.	0
	b. Estoy menos interesado por el sexo que antes.	1
	c. Estoy mucho menos interesado por el sexo.	2
	d. He perdido totalmente mi interés por el sexo.	3

## ANEXO 8: Sesión 1: Presentación y Sesión 2: ¿Qué me sucede?

### SESIÓN 1: PRESENTACIÓN

Lo primero que se hará en la sesión será presentar a las participantes a las profesionales y el programa de intervención. Para que no lo olviden, se repartirán copias impresas del siguiente folleto, de elaboración propia, donde se recoge la planificación y los objetivos de cada actividad.

### PLANIFICACIÓN Y OBJETIVOS

#### Terapia con familiares y amigos

**Horarios:** 6 sesiones en grupo para 2 familiares o amigos elegidos por cada participante. Una sesión cada dos semanas (Miércoles, 18:30)

1. Psicoeducación sobre el TEPT y las consecuencias de una agresión sexual en el entorno
2. Apoyo emocional
3. Desarrollo de estrategias de ayuda para las chicas participantes

**Objetivo:** Aprender cómo podemos ayudar a mejorar a las jóvenes. Sentirnos apoyados y comprendidos por profesionales y por compañeros en una situación similar

### CALENDARIO

Enero	Febrero	Marzo	Abril
L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
Mayo	Junio	Julio	Agosto
L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	L M W T F S S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

### ¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!



Ante cualquier duda, consulte con  
las profesionales y el personal del  
programa

## Planificación y objetivos del programa de intervención

PLANIFICACION Y OBJETIVOS	Terapia con realidad virtual (RV)	Terapia con Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico
<p><b>Talleres de psicoeducación en grupo</b></p>	<p><b>Horarios:</b> 7 sesiones individuales con programa de exposición virtual a un avatar en RV y medida de la frecuencia cardiaca. Una sesión cada dos semanas (Horario flexible)</p>	<p><b>Horarios:</b> 7 sesiones individuales siguiendo las actividades del manual. Una sesión cada dos semanas (Horario flexible)</p>
<p><b>Horarios:</b> Una sesión a la semana (Lunes, 18:30)</p>		<p><b>Pero... ¿Qué es el Protocolo unificado?</b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación</li> <li>2. ¿Qué me sucede?</li> <li>3. Aprendiendo a regularme: descanso y consumo</li> <li>4. Yo me cuido</li> <li>5. Yo elijo, yo decido</li> <li>6. Mi sexualidad: segura y saludable</li> <li>7. Identidad de superviviente</li> <li>8. Expresamos lo que pasó</li> <li>9. Cierre</li> <li>10. Seguimiento 6 meses después</li> </ol>	<p><b>Objetivo:</b> Ser capaz de vencer mi ansiedad y mis miedos y enfrentarme a esas situaciones que temo</p>	<p>Manual diseñado para el tratamiento de los síntomas emocionales y cognitivos de algunos trastornos (depresión, ansiedad, TOC, estrés postraumático...)</p>
<p><b>Objetiva:</b> Aprender sobre lo que me pasa, por qué me pasa y cómo puedo mejorar</p>		<p><b>Objetiva:</b> Aprender sobre mis emociones y pensamientos, ser capaz de regularme emocionalmente de manera saludable y eficaz, y aprender formas adaptativas de enfrentarme a situaciones difíciles</p>

### Actividad 1: La capa protectora

El objetivo de esta actividad es crear un ambiente de confianza y establecer un primer contacto agradable entre las participantes. Tendrá una duración aproximada de 10 minutos. Para llevarla a cabo, las participantes se dispondrán en círculo, cercanas las unas a las otras. La psicóloga le entregará un ovillo de lana a una de ellas, quien debe presentarse con su nombre, su edad y sus estudios o trabajo. Después, se lo lanzará a otra compañera por encima de su cabeza quedándose con el hilo en la mano. Tras presentarse ésta, se lo volverá a pasar a otra compañera de igual manera, y así sucesivamente. Cuando todas se hayan presentado, deberán repetir la dinámica diciendo algo que les gusta hacer o que se les da bien y, por último, tendrán que decir algo bueno sobre sí mismas y sobre otra de las participantes.

Al final de la actividad, los hilos que han ido pasando y sujetando habrán formado una especie de capa encima del grupo. La psicóloga explicará que esta capa que parece resguardarlas y protegerlas es lo que realmente se pretende conseguir a través de la formación del grupo y de las sesiones de la intervención. Cada habilidad que desarrollen y cada

obstáculo que superen, tanto grupal como individualmente, les ayudará a crear su propia capa protectora sin necesidad de llevar a cabo conductas desfavorables para ellas.

### **Actividad 2: Este es nuestro espacio**

El fin de esta actividad es hacer que la sala en la que se van a realizar los talleres se convierta en un espacio más agradable y cercano para las participantes. Tendrá una duración aproximada de 15 minutos. Consiste en una actividad de expresión plástica en la que cada participante deberá escribir su nombre en mayúsculas y dibujar algo que las represente en una cartulina de colores. Cuando hayan terminado, cada una explicará qué es lo que representa el dibujo que han hecho, mientras que las demás pueden hacerle preguntas, compartir su opinión o felicitarla por su trabajo. Después, pegarán las cartulinas en la pared de la sala.

**Realización de cuestionarios:** Para finalizar la sesión, se hará un descanso de 15 minutos tras los que se realizarán los 4 cuestionarios especificados anteriormente por primera vez (T1). Se darán aproximadamente 45 minutos para la realización de todos ellos.

### *SESIÓN 2: ¿QUÉ ME SUCEDE?*

La sesión consistirá en una charla con presentación de PowerPoint. En primer lugar, se llevará a cabo una definición del TEPT, siguiendo con una explicación de su sintomatología más frecuente. Es importante normalizar su situación a través de la educación, recalando que el miedo que sienten es una reacción normal al presenciar señales que puedan recordar al evento, como por ejemplo, el lugar en el que ocurrieron los hechos (Tracy, 2012). Esta charla tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

Posteriormente a la presentación, se les propondrá a las participantes que comenten con qué frecuencia o intensidad experimentan estos síntomas. Además, también pueden aportar cualquier otra información adicional sobre ellas mismas y su patología si lo desean. El objetivo a conseguir con esta puesta en común es que los síntomas característicos del trastorno no queden solo en la teoría, sino que ellas mismas puedan compartir sus experiencias y vean que realmente lo que les sucede es algo común ante un trauma, no debiendo de sentirse culpables ni diferentes por sentir miedo.

### ANEXO 9: Sesión 3: Aprendiendo a regularme: Descanso y consumo

Como se indica en la introducción de este proyecto, el consumo prolongado de alcohol y/o psicofármacos es común en los pacientes de TEPT para regular sus alteraciones del sueño, así como la frecuencia e intensidad de las pesadillas y el insomnio (Nishith et al., 2001; El-Solh et al., 2018). Por ello, es importante incluir en el programa una sesión en la que se expongan los efectos negativos del consumo, así como mostrarles una alternativa más adaptativa para disminuir las alteraciones del sueño y para regular su afecto negativo.

#### Actividad 1:

La sesión comenzará preguntando a las participantes la frecuencia con la que consumen alcohol para intentar dormir o para cualquier otro fin. La sesión continuará con una charla de 20 minutos aproximadamente, acerca de las alteraciones del sueño típicas del trastorno, tales como insomnio o pesadillas recurrentes. En la charla también se les explicarán las consecuencias del consumo excesivo de alcohol a largo plazo que pueden conllevar estas conductas. Para ello, se les harán 3 preguntas: la primera de ellas es en qué zonas corporales piensan que puede tener consecuencias y, posteriormente, se les proporcionará a las participantes la siguiente lámina (figura 1.1), extraída de la guía del Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (Bador et al., 2001):

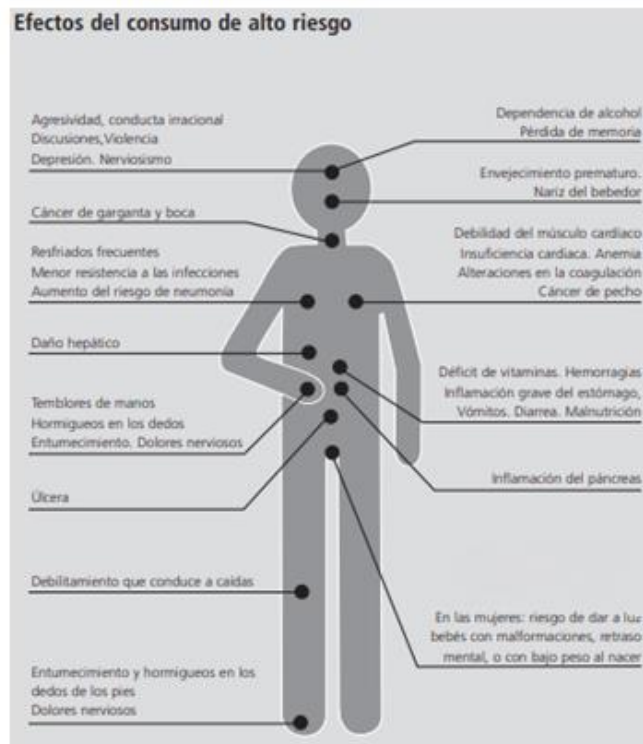


Figura 1.1 Efectos físicos del consumo de alcohol (Bador et al., 2001)

La segunda pregunta será qué consecuencias sociales puede conllevar el consumo excesivo, tras lo que se les facilitará la siguiente lámina (figura 1.2), de elaboración propia:



*Figura 1.2 Consecuencias sociales del consumo excesivo de alcohol*

En tercer lugar, se les preguntará por las consecuencias emocionales a largo plazo, recalcando que aunque a corto plazo pueden parecer positivas (sensación de relajación, desinhibición, euforia...), traen consecuencias negativas tras un consumo excesivo y frecuente. Tras ello, se les mostrará la siguiente lámina (figura 1.3), de elaboración propia:



*Figura 1.3 Consecuencias emocionales del consumo excesivo de alcohol*

**Actividad 2:**

Tras esta charla psicoeducativa, se llevará a cabo una actividad de identificación de las pesadillas recurrentes y reprogramación de un nuevo sueño (Brownlow et al., 2020). Esta actividad consiste en seleccionar una pesadilla repetitiva y angustiosa para describirla brevemente por escrito. Tras ello, las participantes deberán cambiar detalles de sus pesadillas para convertirlas en sueños más agradables y menos angustiosos. Se elaborará como si fuera un guion, para que puedan reproducirlo y ensayarlo. Este ejercicio tendrá una duración de 20 minutos.

**Actividad 3:**

En el tiempo restante de la sesión (20 minutos aproximadamente), se realizará una actividad de relajación por medio de la respiración profunda, para combatir el insomnio y el aumento de reactividad e hipervigilancia, propios del trastorno (Scotland-Coogan y Davis, 2016). La técnica de respiración profunda ha demostrado aumentar los niveles de melatonina y aliviar las manifestaciones fisiológicas del trastorno, proporcionando así una sensación de calma a la paciente.

El objetivo de la actividad es mostrar a las participantes una alternativa saludable de regulación que puedan poner en práctica antes de dormir o en momentos de estrés. Así se logrará aumentar sus estrategias de afrontamiento, reduciendo el riesgo de consumo de alcohol y/o psicofármacos como forma de regulación.

## **ANEXO 9: Sesión 4: Yo me cuido**

### **Actividad 1: ¿Qué hago yo por mí misma?**

La sesión comenzará planteando esta pregunta, a la que cada una debe responder en voz alta con las actividades de autocuidado diario que realiza actualmente. Estas estarán relacionadas con el descanso, el ejercicio físico, la alimentación, la higiene, el ocio... Después de que todas hayan puesto en común sus rutinas, cada una de ellas escribirá en una pizarra una actividad que otra compañera haya nombrado y que ella no realice, pero que le parece importante hacer. Tras ello, las participantes cuyas actividades han quedado escritas en la pizarra deberán explicar a las compañeras que las han escrito por qué es importante para ella hacerlo y que piensa que gana llevándola a cabo.

Por último, en caso de que alguna de las áreas de autocuidado no esté tan completa como otras, se potenciará dando ejemplos de actividades relacionadas con esa área. Por ejemplo, si las participantes no realizan muchas actividades de ocio, se les preguntará sobre qué les gustaba hacer antes para animarlas a que vuelvan a practicarlo si es posible, y se les aconsejará sobre actividades que puedan disfrutar, como ver una serie, escuchar música, llamar por teléfono a una amiga... La actividad tendrá una duración de 30 minutos.

### **Actividad 2: Mi día**

Esta actividad consiste en diseñar un horario personal de cada día de la semana en el que deberán plasmar cada actividad que vayan a realizar y que consideren beneficiosa para su bienestar. Las actividades y horarios pueden ser los que ellas decidan, aunque se les aconsejará sobre cómo organizarse y sobre la adecuación de los mismos. Por último, se les dará la oportunidad de poner en común su horario con el resto de compañeras.

Se les explicará que el objetivo de esta actividad es que puedan llevar una semana organizada y repleta de actividades beneficiosas para ellas. Sin embargo, se les hará tener en cuenta que esto no es un examen, y que lo importante no es si cumplen con todas las actividades u horas a la perfección, sino que aprendan a hacer planes y organizarse. La actividad tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

## **ANEXO 10: Sesión 5: Yo elijo, yo decido**

Como se indica en la introducción del trabajo, la relación entre la vivencia de una agresión sexual y el desarrollo de la asertividad sexual es recíproca. De esta manera, las personas que han sufrido algún tipo de trauma relacionado con victimización sexual tienen una mayor dificultad para iniciar y controlar las relaciones sexuales deseadas, así como para rechazar las indeseadas y para negociar el uso del preservativo. Igualmente, se ha demostrado que un aumento de la asertividad sexual disminuye la probabilidad de experimentar re-victimización sexual, identificando y solventando en mayor medida posibles amenazas (López-Alvarado et al., 2020).

### **Actividad 1: Role playing**

Esta sesión contará con la utilización de Realidad Virtual como excepción en los talleres grupales. En el grupo control no se hará uso de esta tecnología, reduciendo la sesión solo a la primera parte del ejercicio (ensayo por parejas).

La actividad está basada en la aplicación del programa virtual “*My Voice, My Choice*”, que ha demostrado eficacia en el aumento de habilidades comunicativas asertivas en mujeres víctimas de agresión sexual (Rowe et al., 2015). La sesión estará dividida en 2 partes. La primera de ellas consistirá en un ensayo por parejas en el que pongan en práctica habilidades comunicativas asertivas, estando supervisadas y atendidas en todo momento por las profesionales para resolver sus posibles dudas acerca de la conversación o de la manera de comunicarse. Se establecerán distintos temas de conversación, como aceptar una relación sexual deseada, rechazar una indeseada o negociar el uso del preservativo.

Posteriormente, se pasará a la utilización de la Realidad Virtual en el grupo experimental. El entorno virtual diseñado es el de una sala con el avatar de un hombre sentado al lado de la chica. Para que la interacción verbal sea posible y se haga más realista, en esta sesión se contará con la ayuda de un psicólogo hombre, que será quien ponga voz al avatar. Los temas que tratar en las conversaciones, al igual que en el ensayo por parejas, serán el inicio y el rechazo de una relación sexual, así como la negociación del uso del preservativo.

La primera parte de la sesión durará unos 20 minutos, mientras que la segunda parte tendrá una duración de unos 50 minutos aproximadamente, ya que el ejercicio con RV se realiza individualmente por turnos. Las participantes podrán presenciar cómo se desenvuelven las conversaciones de las compañeras, pudiendo adquirir y compartir sus habilidades.

### **ANEXO 11: Sesión 6: Mi sexualidad: segura y saludable**

Como se indica en la introducción del proyecto, las mujeres que han experimentado una violación tienen una baja percepción de poder en las relaciones y llevan a cabo conductas sexuales de riesgo, como es el uso inconsistente del preservativo (Hall et al., 2008; Jina y Thomas, 2013). Por ello, es necesario incluir en el programa una sesión que les ayude a entender la importancia del uso del preservativo, además de destruir los mitos sobre el mismo. Antes de proceder con la actividad dedicada a ello, se realizará otro ejercicio que potencie su autoestima, para que se sientan valoradas por ellas mismas y por otras compañeras, de forma que puedan generalizar este sentimiento con sus parejas y percibir una mayor capacidad de poder y seguridad en las relaciones.

#### **Actividad 1: Yo soy tu espejo**

Para esta actividad cada participante se colocará frente a un espejo de cuerpo entero y deberá escribir en un papel todo lo que ve en sí misma. Estos rasgos pueden ser físicos o no, la única instrucción que deben seguir es ser sinceras en cómo se ven a sí mismas, resaltando los puntos positivos. Después, cada una guardará su papel y se situará delante de una compañera, disponiéndose por parejas. En este ejercicio cada una actuará como espejo de la otra, y deberá apuntar lo que ve en su compañera, de igual manera resaltando lo positivo y añadiendo rasgos físicos y no físicos.

Para finalizar la actividad, cada una obtendrá el papel que le ha escrito su compañera y podrá compararlo con sus anotaciones propias. Con esta comparación se pretende potenciar aquellos rasgos positivos en las que ambas han coincidido y destacar algunos nuevos que hayan sido valorados por sus compañeras.

Esta actividad tendrá una duración aproximada de 15 minutos.

#### **Actividad 2: ¿Mito o realidad?**

Para realizar la actividad se dividirá a las participantes en 3 grupos de 4 personas. A cada uno de los grupos se les repartirá una baraja de cartas escritas con frases de la tabla 1.1, las cuales deberán dividir en mitos y realidades acerca del uso del preservativo, así como sobre sus consecuencias (transmisión de ITS y embarazos no deseados). Posteriormente, se procederá a corregir y resolver las dudas que hayan surgido durante el ejercicio. Este ejercicio tendrá una duración aproximada de 25 minutos.

<b>MITOS</b>	<b>REALIDADES</b>
El uso del preservativo disminuye el placer y la sensibilidad en las relaciones	Los preservativos son efectivos en el 98% de los casos si se utilizan de manera correcta
El uso del preservativo causa sequedad vaginal	El uso de lubricante en base de agua facilita la relación sexual y no es perjudicial para el mantenimiento del preservativo
El uso del preservativo en una pareja estable es indicador de infidelidad y de falta de confianza por parte de quien lo solicita	El preservativo es el método más eficaz para evitar el contagio de ITS
Utilizar otros métodos, como las pastillas anticonceptivas, protegen también contra las ITS	El sexo oral y anal sin protección son conductas sexuales arriesgadas para el contagio de ITS
Los preservativos no tienen fecha de caducidad	Prácticas como besos y abrazos con una persona infectada de VIH no suponen riesgo de contagio
El mismo preservativo puede ser usado en varias ocasiones, así como por distintas personas	Existen varias tallas de preservativos, por lo que todos pueden encontrar uno que les vaya bien
Mantener relaciones sin protección durante el periodo menstrual no supone riesgo de embarazo	Utilizar preservativo puede ser una experiencia sexual placentera, y no tomarse solo como una obligación
Si solo se va a realizar sexo oral no es necesario el uso del preservativo	Pese a que en los periodos fértiles de la mujer hay una mayor posibilidad de embarazo, este puede darse durante todo el mes, incluyendo los periodos menos fértiles
Utilizar 2 preservativos superpuestos protege el doble ante embarazos e ITS	Cualquier persona que realice conductas sexuales de riesgo sin protección puede contagiarse de ITS si se expone a ellas

*Tabla 1.1 Mitos y realidades*

### **Actividad 3: ¿Qué es lo que siempre quisiste saber y no te atreviste a preguntar?**

Para comenzar el debate, se les lanzará la siguiente pregunta: ¿qué es eso que siempre quisiste saber sobre sexualidad, pero nunca te atreviste a preguntar?

Siempre se animará a las participantes a que participen, ofreciéndoles una respuesta adecuada a todas sus cuestiones. En caso de que a alguna de ellas le resulte complicado expresarse sobre su propia sexualidad, se le dará la opción de que deje por escrito sus dudas y se le responderán en privado más tarde. La duración del debate será de unos 20 minutos.

## **ANEXO 12: Sesión 7: Identidad de superviviente**

Las actividades realizadas en esta sesión están basadas en el taller “De la identidad de víctimas a la de supervivientes” propuesto en el programa de apoyo psicosocial para mujeres víctimas de violencia de género “Violencia: Tolerancia Cero” de la Fundación La Caixa (2007).

### **Actividad 1: Desmontando estereotipos**

Para crear una identidad real de mujer, se realizará esta actividad con el objetivo de identificar los estereotipos que rodean a lo femenino. Para ello, deberán escribir en una pizarra adjetivos que correspondan a la categoría “feminidad” respecto a las áreas de: trabajos, tareas del hogar, gustos, apariencia física, actividades que más disfrutan, ropa, colores favoritos y principales intereses y preocupaciones.

Una vez hayan terminado, se abrirá un debate que gire en torno a si realmente todo ello corresponde a todas las mujeres y exclusivamente a ellas. Se les animará a compartir sus propias experiencias para desmontar alguno de estos estereotipos, así como que hablen de conocidas que no cumplan con esta norma de género estereotipada.

La duración de la actividad será de unos 15 minutos.

### **Actividad 2: Una mujer maravillosa**

Esta actividad consiste en que cada participante busque a una mujer que considere maravillosa. Pueden elegir a la mujer que quieran, pudiendo ser tanto una famosa, como un personaje de ficción o una mujer normal que conozcan. Una vez la hayan elegido, se debatirá sobre diferentes cuestiones acerca de esa mujer y de ellas mismas:

- ¿Qué significa para mí ser maravillosa?
- ¿Por qué es esta mujer maravillosa?
- ¿En qué me parezco yo a ella?
- ¿Qué me hace a mí ser maravillosa?

La actividad tendrá una duración aproximada de 15 minutos.

### **Actividad 3: Mis capacidades**

Cada una de las mujeres deberá decir en voz alta cuál cree que es su mejor capacidad en distintas áreas (físico, fuerza, inteligencia, habilidades comunicativas y habilidades manuales). Después, se debatirá sobre sus definiciones a través de las siguientes preguntas:

- ¿Por qué crees que esas capacidades son las que mejor te definen?
- ¿Nos podrías contar alguna anécdota en la que esas capacidades te fueron de ayuda?

- ¿Te ha costado mucho definirte y encontrar tus mejores capacidades?
- ¿Crees que lo que han dicho tus compañeras son buenas habilidades que tú misma podrías aprender y utilizar?

El debate tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

#### **Actividad 4: Participando en el mundo: mi identidad social**

Para esta actividad se les ofrecerá a las mujeres 5 categorías para que individualmente se identifiquen con una de ellas: trabajadora o estudiante, hija, amiga, hermana y colaboradora o voluntaria en el entorno. Una vez hayan escogido su categoría, deberán escribir unas breves líneas que la definan dentro de la misma o dibujar en una cartulina lo que mejor las identifica dentro de la categoría. Cuando hayan terminado, cada una dirá en voz alta por qué ha escogido esa categoría y contará lo que ha escrito o dibujado. Más tarde, añadirán todas las cartulinas en un mismo lienzo, simbolizando así que todas ellas forman parte de un todo, es decir, de la sociedad, y que, con cada uno de los roles que han elegido, participan y colaboran en la misma.

La actividad tendrá una duración de unos 20 minutos.

### ANEXO 13: Sesión 8: Expresamos lo que pasó

La escritura reflexiva es un método estudiado para el tratamiento de trastornos psicológicos tales como la depresión o el TEPT, mostrando beneficios en cuanto a la salud física y emocional de los pacientes. La escritura reflexiva consiste en que las participantes escriban acerca de su experiencia traumática durante unos 30 minutos varios días consecutivos. Los beneficios emocionales que ha demostrado tener la escritura reflexiva frente a la depresión y el TEPT son el aumento del bienestar psicológico y la disminución de los pensamientos intrusivos y de evitación derivados del trauma. Además de ello, también ha resultado efectiva para la mejora del rendimiento académico y laboral, así como para el ejercicio de algunas funciones cognitivas, como la memoria de trabajo (Baikie y Wilhelm, 2005).

La sesión comenzará explicándoles a las participantes cómo debe realizarse el ejercicio, para lo cual se les repartirá la siguiente información (figura 1.4) con las instrucciones básicas:

#### Instrucciones básicas para la escritura reflexiva

Durante los siguientes 4 días, me gustaría que escribieras tus pensamientos y sentimientos más profundos sobre una experiencia traumática que hayas vivido o un problema emocional importante que te ha afectado a ti y a tu vida diaria.

En la escritura, déjate llevar y explora tus emociones y pensamientos más profundos. Puedes relacionar tu experiencia con otras personas, como padres, amantes, amigos o parientes; con tu pasado, tu presente o tu futuro; o con cómo eres o te gustaría llegar a ser.

Puedes escribir sobre los mismos problemas o experiencias traumáticas todos los días, o sobre distintos temas cada día.

Todo lo que escribas será confidencial a no ser que tú quieras hablar de ello y compartirlo con el grupo o con la psicóloga.

No te preocupes por la ortografía, la gramática o la estructura de las oraciones. La única regla es que una vez que empieces a escribir, continúes hasta que se acabe el tiempo, que será de unos 30 minutos al día.

*Figura 1.4 Instrucciones básicas para la escritura reflexiva*

Una vez hayan comprendido las instrucciones, se les explicará la utilidad del ejercicio, es decir, los beneficios a largo plazo que pueden obtener a través de la escritura (tanto para la salud física como para la emocional y psicológica), normalizando que sientan algo de angustia a corto plazo y mientras se escribe.

Tras ello, se dejará un tiempo de aproximadamente 30 minutos para que escriban y se les dará la oportunidad de que compartan con sus compañeras lo que han escrito y cómo se han sentido mientras lo hacían.

Por último, se les recomendará que continúen escribiendo durante los días siguientes, tal y como se dice en las instrucciones, y se les dará de nuevo la oportunidad de ponerlo en común o resolver dudas en la sesión siguiente, que se realizará a modo de despedida de las sesiones grupales.

## **ANEXO 14: Sesión 9: Cierre de talleres y sesión 10: Seguimiento 6 meses después**

### *SESIÓN 9: CIERRE DE TALLERES*

Antes de proceder con la actividad propuesta para esta sesión, se recordará a las participantes que lo deseen que pueden compartir lo que han escrito durante la semana y cómo se han sentido haciéndolo, así como si han experimentado algún cambio tras el ejercicio. Además, también se procederá a resolver las dudas que hayan podido surgir a lo largo de los talleres.

#### **Actividad 1: Nuestra gran aventura**

Esta dinámica grupal consiste en crear juntas una historia, representando el proceso de aprendizaje como un viaje o como una aventura. Para ello, se les dirá que cada una de ellas es una de las protagonistas de la historia, y juntas deben contar lo que han aprendido y los cambios que han experimentado en ellas mismas a través de metáforas que conformen la aventura. Pueden representar la historia como ellas decidan: en forma de cuento, de representación teatral o con dibujos.

La psicóloga les dará algunas preguntas que tendrán que responder a modo de guía:

- ¿Cómo era el paisaje al principio de la historia? ¿Qué cambios se van produciendo en el ambiente?
- ¿Qué peligros nos vamos a encontrar en esta aventura? ¿Qué herramientas y habilidades podemos usar para combatir esos peligros?
- ¿El trayecto de la aventura tiene muchos obstáculos? (por ejemplo: monstruos, montañas, cuevas, precipicios...)
- Si miro a mis compañeras, ¿me veo más cómoda y segura que al principio?
- Cuando he tenido problemas ante algún peligro, ¿mis compañeras me han ayudado a tranquilizarme y acabar con él?
- ¿Cómo ha cambiado mi forma de vivir esta aventura desde el principio hasta ahora?

### *SESIÓN 10: SEGUIMIENTO 6 MESES DESPUÉS*

En esta sesión se pedirá a las participantes que hablen sobre cómo se han visto durante los últimos meses y si han percibido cambios en sí mismas o en sus relaciones interpersonales. Se prestará atención especializada ante las dudas o problemas que hayan podido surgir con el paso de los meses y se les felicitará por las metas y objetivos que hayan logrado cumplir. Por último, realizarán los cuestionarios por tercera y última (T3) vez para evaluar los cambios sucedidos tras este tiempo.

## **ANEXO 15: Terapia individual: Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales**

Como se señala en la introducción de este trabajo, existe una gran comorbilidad entre el TEPT y otros trastornos psiquiátricos, tales como depresión, ansiedad y Trastorno de Abuso de Sustancias. Debido a esta comorbilidad, en el programa se incluirá la aplicación del Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, lo cual ha demostrado una gran eficacia para la regulación emocional en el TEPT (Barlow et al., 2015).

Se aplicarán diversas actividades del manual, tratando profundamente los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales del trastorno, como pueden ser las reacciones de culpa, vergüenza, tristeza, ansiedad y miedo. Estas sesiones serán individuales para poder prestar atención a las diferencias individuales de las pacientes en cuanto a su forma de reaccionar ante el trauma, así como para llevar a cabo las actividades del manual sin realizar cambios o adaptaciones para una terapia en grupo con esta población específica.

Toda la información recogida para el diseño de las sesiones proviene del manual del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. (2015). Es importante destacar que en cada sesión se revisará junto a la paciente su trabajo en casa y se resolverán las posibles dudas que hayan surgido.

### **Sesión 1: Presentación del tratamiento y entrevista motivacional**

Es necesario promover la motivación en las pacientes desde la primera sesión, ya que deben comprometerse con la realización de tareas para casa y el seguimiento del tratamiento. El objetivo de esta sesión es incrementar la motivación para el cambio de conducta y el establecimiento de los objetivos. Para ello, se mandarán, como tarea para casa, las fichas de balance decisional (figura 1.5) y de establecimiento de objetivos del tratamiento (figura 1.6).

Utiliza este registro para analizar todos los pros y contras que puedas pensar para cambiar (comprometerte con este tratamiento) y para permanecer igual.

	<b>Pros/Beneficios</b>	<b>Contras/Costes</b>
<b>Cambiar</b>		
<b>Permanecer igual</b>		

*Figura 1.5 Hoja de balance decisional*

<b>Clarificando los problemas importantes</b> <i>¿De qué manera tus emociones (p. ej., sentirte triste, ansioso, culpable) han causado problemas en tu vida?</i>	<b>Establecimiento de objetivos concretos</b> <i>¿Cuáles son algunos objetivos concretos para solucionar tus problemas más importantes? ¿Qué harías si consiguieras tu objetivo?</i>	<b>Dividir en pasos</b> <i>Divide tus objetivos en pasos más pequeños; así tendrás una idea más clara de cómo avanzar hacia tus objetivos</i>
<b>Problema importante 1</b>	<b>Objetivo concreto 1</b>	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
	<b>Objetivo concreto 2</b>	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
<b>Problema importante 2</b>	<b>Objetivo concreto 3</b>	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
	<b>Objetivo concreto 4</b>	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.

Figura 1.6 Hoja de establecimiento de objetivos del tratamiento

**Sesión 2: Entender las emociones: Modelo de los tres componentes**

La sesión consistirá en psicoeducar acerca de la naturaleza adaptativa y funcional de las emociones. El objetivo es ayudar a entender a las pacientes que sentir emociones negativas no es malo y, por tanto, no deben eliminarse, sino que tienen la función de alarmarnos ante situaciones importantes para poder dar una respuesta. Para asegurar que lo ha entendido, se realizará un ejercicio en el que debe identificar la función que desempeñan distintas emociones (positivas y negativas).

Tras ello, se explicará el modelo de los tres componentes de las emociones (fisiológico, cognitivo y conductual), proponiendo ejemplos y estableciendo qué relaciones guardan entre ellos. El objetivo de este modelo es ayudar a las pacientes a identificar cada parte de sus emociones por separado, para que puedan experimentarlas de forma menos angustiosa. Como tarea para casa se completará la ficha de registro del modelo de los tres componentes (figura 1.7).

Utiliza este registro siempre que estés sintiendo una emoción intensa para descomponerla en sus tres partes. También puedes utilizar este registro después de una experiencia emocional para repasar cómo fue escalando tu emoción.

Situación: \_\_\_\_\_ Emoción(es): \_\_\_\_\_

**Sensaciones físicas**  
(Qué estás sintiendo en tu cuerpo)

**Pensamientos**  
(Qué estás pensando)

**Conductas**  
(Qué estás haciendo o tienes ganas de hacer)

Figura 1.7 Hoja de registro del modelo de los tres componentes

### **Sesión 3: Analizando las emociones: ARC de las emociones**

En esta sesión se continuará ayudando a las participantes a entender sus propias emociones. El objetivo de la sesión es ser capaz de reconocer sus emociones, esta vez situándolas en un contexto e identificando qué evento ha desencadenado la emoción (A), qué respuesta se ha dado desde cada uno de los tres componentes de la emoción (R), y qué consecuencias a corto y largo plazo han tenido estas respuestas (C). Como tarea para casa, deberán completar la hoja de registro de ARC (figura 1.8).

Una vez se haya trabajado más profundamente en el análisis de las experiencias emocionales, se llevará a cabo un ejercicio de inducción emocional a través de la música. Su objetivo es que la paciente sea capaz de observar sus emociones y centrarse en ellas desde un punto de vista objetivo y sin juicios, analizando y modificando las posibles respuestas desadaptativas que desencadenaría la emoción. La actividad consiste en que la paciente elija una canción que le genere una reacción emocional intensa. Durante la canción, la paciente deberá observar sus propias sensaciones, sentimientos y pensamientos, los cuales podrá compartir con la psicóloga cuando finalice la canción.

Fecha/ Hora	Antecedente ¿Qué ha desencadenado tu respuesta emocional?	Respuesta		Consecuencias	
		Pensamientos	Sensaciones físicas	Corto plazo ¿En qué te ayuda esta respuesta?	Largo plazo ¿Cómo podría producir esta respuesta más emociones negativas en el futuro?

Figura 1.8 Hoja de registro del modelo de ARC

#### Sesión 4: Pensamiento y reevaluación cognitiva

En esta sesión se ayudará a la paciente a comprender que, para una misma situación, pueden existir diversas interpretaciones dependiendo de a qué estímulos se atiende en ese momento. Se explicará cómo la atención funciona como un filtro que capta solo determinada información identificada como importante. De la misma forma, las emociones y el estado de ánimo actúan sobre las interpretaciones que se hacen acerca de una situación, destacando unos u otros elementos determinados.

Posteriormente, se realizará el ejercicio de la escena ambigua (figura 1.9), mediante el cual deben describir lo que está sucediendo en la imagen y, después, evaluarla bajo diferentes puntos de vista. Además, se aprovechará este ejercicio para preguntar a la paciente cómo describiría la imagen si sintiese distintas emociones (tristeza, alegría, miedo, ira...). A través de las diferentes reevaluaciones que se hacen de la imagen, se ejemplifica la forma en la que las evaluaciones automáticas solo representan una posible interpretación de la situación, dejando de lado todas las demás. Como tarea para casa, se realizará la ficha de registro de identificación y evaluación de los pensamientos automáticos (figura 1.10), para que se tengan en cuenta distintas evaluaciones acerca de los sucesos vividos diariamente por la paciente.



*Figura 1.9 Escena ambigua*

Utiliza este registro para ayudarte a dejar atrás tus primeras interpretaciones identificando si estás cayendo en un error de pensamiento negativo y genera formas alternativas de pensamiento sobre la situación. Utiliza las preguntas que ofrecemos a continuación para ayudarte a evaluar tus pensamientos automáticos.

¿Sé seguro que \_\_\_\_\_ pasará o es cierto?

¿En qué medida *sientes* que \_\_\_\_\_ es cierto? ¿Cuál es la posibilidad más *realista* de que \_\_\_\_\_ sea cierto?

¿Qué evidencias tengo a favor y en contra sobre este pensamiento o creencia?

¿Mi pensamiento negativo automático viene impulsado por las emociones intensas que estoy experimentando?

¿Podría haber alguna otra explicación?

Si \_\_\_\_\_ fuera cierto, ¿podría afrontarlo? ¿Cómo podría manejarlo?

Incluso si \_\_\_\_\_ fuera cierto, ¿podría vivir con ello?

Situación/ Desencadenante	Pensamiento(s) automático(s)	¿Es un error de pensamiento? SI/NO	Otra(s) interpretación(es)  <i>Suelen incluir «los pensamientos automáticos no tienen por qué ser ciertos» e «incluso si lo son, podría afrontarlo»</i>

Figura 1.10 Ficha de registro de identificación y evaluación de los pensamientos automáticos

## **Sesión 5: Conductas de evitación emocional**

En esta sesión se trabajará sobre cómo las conductas de evitación emocional contribuyen a mantener el trastorno. La evitación impide a la paciente habituarse a la emoción y reducir la intensidad de la respuesta. Además, la evitación interfiere en el proceso de extinción de la respuesta, ya que sin ella se presentaría el estímulo sin consecuencias aversivas.

Cada trastorno se caracteriza por unas estrategias de evitación emocional. En el caso del TEPT, son comunes las conductas de distracción ante recuerdos relacionados con el trauma (evitación cognitiva, para ausentarse mentalmente de la situación) y estar provisto de herramientas de autodefensa en todo momento (señal de seguridad para evitar el desbordamiento emocional ante la sensación de indefensión e inseguridad). Además, también pueden realizarse conductas de evitación sutiles, utilizadas en situaciones de las que no puede escapar y que le provocan una alta intensidad emocional. Para que la paciente pueda identificar estas estrategias no adaptativas, se realizará la ficha de registro de estrategias de evitación emocional (figura 1.11) como tarea para casa.

Evitación abierta o manifiesta	
Conductas sutiles de evitación	
Evitación cognitiva	
Conductas de seguridad	
Conductas impulsadas por las emociones	

*Figura 1.11 Hoja de registro de estrategias de evitación emocional*

## **Sesión 6: Conductas impulsadas por la emoción (CIE)**

En esta sesión se explicará a la paciente el concepto de CIE recuperando los conceptos trabajados sobre la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones. Cada emoción es una señal de alerta que indica qué respuesta se debe dar ante una situación concreta. Este mecanismo es adaptativo, pero, en ocasiones, las CIE son desproporcionadas para la situación, llevando a unas respuestas perjudiciales para la paciente. Esto ocurre porque las emociones se basan en lo que un estímulo ha provocado en el pasado, aunque el contexto no sea igual, como puede ser estar en presencia de estímulos asociados al evento traumático.

Para contrarrestar la evitación emocional y las CIE, se ayudará a la paciente a utilizar conductas alternativas a las CIE desadaptativas que estaba llevando a cabo. De esta manera, se ofrecen conductas alternativas que la paciente puede llevar a cabo para cambiar la forma de experimentar una emoción. Para ayudar a la paciente a identificar y planificar conductas alternativas a las CIE desadaptativas se mandará para casa la ficha de registro de cambio de las CIE (figura 1.12).

Situación/Desencadenante	Emoción(es)	Conducta emocional	Acciones alternativas	Consecuencias de las acciones alternativas
				Corto plazo. Largo plazo.
				Corto plazo. Largo plazo.
				Corto plazo. Largo plazo.

Figura 1.12 Hoja de registro de cambio de las CIE

**Sesión 7: Fin de sesiones**

En esta última sesión, se llevará a cabo una revisión de las habilidades y estrategias desarrolladas por la paciente para manejar sus emociones y se procederá a resolver las dudas que pueda tener la paciente. Se hará un repaso de todo lo aprendido en cuanto a regulación emocional, reevaluación cognitiva y estrategias de evitación.

Por último, se ayudará a la paciente a planear la consecución de sus propios objetivos a largo plazo, que podrán corresponderse con los establecidos al comienzo de las sesiones.

## **ANEXO 16: Terapia individual: Realidad Virtual**

Como se indica en la introducción del trabajo, diversas investigaciones demuestran la eficacia de la RV para el tratamiento del TEPT. La RV ofrece un entorno interactivo, válido y atractivo, que cuenta con ventajas como un mayor control de los estímulos, la posibilidad de repetir la exposición las veces que sean necesarias y la opción de recrear situaciones muy similares a la realidad en un entorno seguro y controlado. Además de ello, a través de RV se puede inducir al paciente a reacciones de estrés comparables a las observadas en la vida real, pudiendo así trabajar bajo una reacción normal de ansiedad ante el estímulo (Kothgassner et al., 2019).

Para Stevens et al. (2021), la evitación de estímulos, emociones y pensamientos relacionados con el trauma funciona como un fuerte mantenedor del trastorno. Por ello, la terapia de exposición a estos estímulos es útil para promover el procesamiento emocional de los mismos y la habituación al miedo, siendo que la RV reduce estos síntomas de forma más directa y rápida debido a su carácter multisensorial.

Al igual que en el estudio de Loranger y Bouchard (2017) con RV en mujeres víctimas de agresión sexual, el software utilizado en el programa situará a la participante en un entorno virtual con el avatar de un hombre con el que tendrá que interactuar progresivamente a lo largo de las sesiones. De la misma manera, durante las sesiones de RV se registrará la frecuencia cardiaca de las participantes por medio de una pulsera con sensor, para evaluar sus niveles de somatización del trauma y cómo es su progreso a lo largo de las sesiones.

**Sesión 1:** En primer lugar, se explicará el objetivo de estas sesiones, así como el funcionamiento de la RV y la función de la medida de la frecuencia cardiaca. Después, se realizará un primer contacto con la RV en un entorno virtual tranquilizador (montaña, mar, playa...). Por último, se situará a la paciente en una calle virtual de día y de noche por la que puede encontrar gente paseando.

**Sesión 2:** Entorno virtual en una calle de día y de noche en el que se encuentra sola, sin gente paseando. Puede sentir cómo camina por la ciudad y entrar a bares, pasar frente a portales y por calles más estrechas.

**Sesión 3:** Entorno virtual de una calle de día y de noche con gente paseando. Progresivamente, los paseantes van desapareciendo y se sitúa al avatar a la vista, pero alejado de la paciente.

**Sesión 4:** Entorno virtual en una calle de día y de noche en el que hay gente paseando. Se sitúa al avatar delante y cerca de la paciente, pero este no puede hablar ni gesticular nada.

**Sesión 5:** Entorno virtual en una calle de día y de noche en el que se encuentra sola con el avatar delante y cerca de ella. El avatar podrá verbalizar algunas frases y gesticular, todo ello de forma no amenazante. Se animará a la paciente a que interactúe con él.

**Sesión 6:** Se presentará de nuevo la misma situación que en la sesión anterior. El avatar podrá gesticular y verbalizar un mayor número de frases, algunas de ellos en un tono más amenazante que en la sesión anterior. Se animará a la paciente a que interactúe con él expresando sentimientos de seguridad y autodefensa.

**Sesión 7:** Para terminar con las sesiones de RV, se realizará un balance de las medidas fisiológicas (frecuencia cardiaca) recogidas a lo largo de todas las sesiones, evaluando así los cambios que han ido sucediendo con cada inmersión.

Debido a que esta sesión corresponde al fin del programa de intervención (a excepción de la sesión de seguimiento 6 meses después), las participantes deberán rellenar los cuestionarios por segunda vez (T2) para evaluar su progreso, así como la encuesta de satisfacción con el programa de intervención, recogida en el Anexo 17.

## **ANEXO 17: Terapia con familiares y amigos**

Tal y como indican diversas investigaciones, es necesario incluir a las familias y personas de confianza de las víctimas en terapia. El acto de una violación no solo conlleva una crisis para la paciente que la ha sufrido, sino que también supone cambios y desequilibrios en sus relaciones interpersonales. Generalmente, las personas que ayudan a las víctimas se sienten bien mostrándoles su apoyo, aunque también pueden sentir miedo e ira, y frustrarse fácilmente si consideran que sus esfuerzos por ayudarla no están siendo efectivos (Ahrens y Campbell, 2000).

De igual manera, en familiares y personas con una relación muy cercana a la víctima pueden aparecer problemas de salud mental graves, tales como depresión mayor o TEPT, debido a su mayor preocupación y autoexigencia por dar un apoyo adecuado a la paciente (Christiansen et al., 2012).

Por otra parte, otro riesgo que se ha encontrado para el entorno de la víctima es que es más frecuente la revelación del suceso a amistades que han sufrido experiencias vitales traumáticas pasadas. Este hecho es importante, ya que escuchar un relato traumático puede llevar a problemas psicológicos por la reexperimentación del propio trauma (Rich et al., 2021).

En las sesiones participarán 2 parientes o amigos de las mujeres, elegidos por ellas mismas (padres, madres, amigos, parejas, hermanos...). Los contenidos sobre los que se trabajará en las sesiones son:

**Sesión 1: Presentación y recopilación de información.** Siguiendo el estudio de Christiansen et al. (2012), la sesión inicial del programa servirá para recopilar información acerca del estado de los participantes: cambios en la relación con la paciente, cuál fue su reacción inicial al enterarse de la violación, conductas de sobreprotección o evitación con la paciente, pensamientos recurrentes e intrusivos sobre el suceso, atribución de culpa y dificultades en el apoyo a las pacientes.

**Sesión 2: Psicoeducación acerca del TEPT y la violencia sexual.** En este bloque se explicará cuál es la sintomatología principal de este trastorno, centrándose tanto en la víctima como en los síntomas que hayan podido sentir los mismos familiares. Además de ello, también se informará y educará acerca de la violencia sexual, ya que se ha demostrado que estos conocimientos conllevan una menor confusión e ineficacia percibida en personas que ayudan a las víctimas (Paul et al., 2014).

**Sesiones 3 y 4: Apoyo emocional en grupo.** En estas sesiones, los participantes tendrán la oportunidad de compartir sus emociones y pensamientos con las profesionales y el

resto del grupo. El hecho de que otras personas hayan pasado por unas experiencias similares a las suyas propias puede resultar muy beneficioso para la persona, ya que aumenta la percepción de comprensión y de pertenencia al grupo. Se ha estudiado que la terapia psicológica sumada al apoyo recibido por parte de familiares de mujeres en la misma situación, funcionan como destacados factores de protección, disminuyendo los síntomas depresivos y traumáticos de los allegados (Christiansen et al., 2012).

**Sesiones 5 y 6: Desarrollo de habilidades y estrategias de ayuda a la paciente.** En estas sesiones se ofrecerán a los participantes métodos para ayudar a las víctimas a recuperar su vida diaria normal. Por ejemplo, se explicará cómo funciona la técnica de desensibilización sistemática y se realizarán casos prácticos sobre cómo utilizarla para ayudar a las chicas a superar sus miedos o disminuir sus conductas de evitación (salir a la calle solas, hablar con desconocidos...). Las técnicas que se enseñen deberán adaptarse a las necesidades de las pacientes.

Además de ello, en estas sesiones se ayudará a los participantes a potenciar habilidades como la empatía y la comunicación asertiva, ya que es posible que si han percibido cambios en la relación con ellas se deba a problemas de comunicación, inseguridad al dirigirse a la víctima, miedo a su reacción al conversar con ella sobre el suceso... (Christiansen et al., 2012).

En la sesión 6, se reservará un espacio de tiempo para volver a realizar algunas de las preguntas de la sesión 1, para evaluar así el cambio que han percibido en su situación gracias al programa de intervención.

### Anexo 18: Cuestionario de satisfacción con el programa

1. ¿Cómo valoras el contenido del programa?

- Nada adecuado..... 0
- Poco adecuado..... 1
- Bastante adecuado..... 2
- Muy adecuado..... 3

Comentarios:

2. ¿En qué medida consideras adecuados los contenidos de los talleres grupales?

- Nada adecuados..... 0
- Poco adecuados..... 1
- Bastante adecuados..... 2
- Muy adecuados..... 3

Comentarios:

3. ¿En qué medida consideras adecuada la terapia individual de protocolo unificado?

- Nada adecuada..... 0
- Poco adecuada..... 1
- Bastante adecuada..... 2
- Muy adecuada..... 3

Comentarios:

4. ¿En qué medida consideras adecuada la terapia individual con RV?

- Nada adecuada..... 0
- Poco adecuada..... 1
- Bastante adecuada..... 2
- Muy adecuada..... 3

Comentarios:

5. ¿En qué medida ha sido interesante este programa para ti?
- Nada interesante..... 0
  - Poco interesante..... 1
  - Bastante interesante..... 2
  - Muy interesante..... 3

Comentarios:

6. ¿En qué medida calificas tu implicación con el curso?
- Nula..... 0
  - Escasa..... 1
  - Aceptable..... 2
  - Muy buena.....3

Comentarios:

7. ¿En qué medida crees que se han logrado cumplir tus objetivos?
- Nada..... 0
  - Poco..... 1
  - Bastante..... 2
  - Totalmente..... 3

Comentarios:

8. ¿Cómo valoras el trabajo de los profesionales?
- Nada adecuado..... 0
  - Poco adecuado..... 1
  - Bastante adecuado..... 2
  - Muy adecuado..... 3

Comentarios:

9. ¿Qué es lo que más ha despertado tu interés del programa? ¿Y lo que menos?

10. ¿Consideras que se ha dejado sin tratar algún tema de gran importancia?

11. ¿Qué sugerencias tienes para mejorar el programa?