

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Calidad de vida en mujeres después de ser abusadas sexualmente. Guatemala, julio 2017.

TESIS DE GRADO

ANDREA FERNANDA RIVERA AMAYA

CARNET 11821-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Calidad de vida en mujeres después de ser abusadas sexualmente. Guatemala, julio 2017.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

ANDREA FERNANDA RIVERA AMAYA

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. WALTER WILLIAM RINZE TURTON

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. LUIS PEDRO GARCÍA VELÁSQUEZ
LIC. LESTER ARIEL GIRÓN ROMERO
LIC. RUTH MARIA GUERRERO CABALLEROS

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 17 de julio de 2017

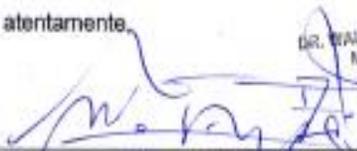
Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **Calidad de vida en mujeres después de ser abusadas sexualmente**, Guatemala, julio 2017, del estudiante **Andrea Fernanda Rivera Amaya** con **carne N° 1182111**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,


DR. WALTER W. RINZE TURTON
Medico y Cirujano
P.E.S.
Col. 972

Walter William Rinze Turton
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09781-2017

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANDREA FERNANDA RIVERA AMAYA, Carnet 11821-11 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09776-2017 de fecha 24 de agosto de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Calidad de vida en mujeres después de ser abusadas sexualmente. Guatemala, julio 2017.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 29 días del mes de agosto del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

DEDICATORIA

A Dios: Por darme la vida, nunca dejarme sola y sembrar en mí, sentimientos de paz y alimentarme cada día para darle mi luz al mundo.

A mis padres: por siempre estar presentes y no dejar que me diera por vencida. A mi mamá que me dio estas maravillosas alas para volar. A mamá que alimento cada día mis sueños. A mi papá que es mi roble, el árbol que me da sombra y protege siempre. A Jorge Mario que me brindo su amor y apoyo.

A mis hermanos: Marito, Jorge, Beto, Majo, Gaby, Santiago y Luna por siempre estar y por ayudarme a cumplir mis metas. Sin ustedes no sería lo mismo.

A todos los maravillosos seres que conocí en el camino de la vida y que han compartido junto a mí sus enseñanzas y logros, así como quienes han estado para darme una voz de aliento en los momentos difíciles. En especial a: Marta, Hugo, Iris, Silvia, María Teresa y Erick que no solo recorrieron junto a mí este camino sino me ayudaron a construir mi presente.

Al Dr. Walter Rinze: por brindarme su apoyo incondicional y siempre estar cuando lo necesite.

Al Centro de Salud No. 1: por abrirme las puertas y permitir que realizara este trabajo.

A la vida: que me permitió llegar a este punto, que me permite finalizar el primero de muchos logros y el inicio de una nueva etapa la cual la viviré con mayor intensidad.

RESUMEN

Antecedentes: A nivel mundial se estima que una de cada cinco mujeres ha sufrido abuso sexual en la infancia, y una de cada tres mujeres ha sido víctima de violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. La violencia contra las mujeres tiene graves consecuencias en el bienestar general ya que afecta su salud física, emocional y social, deteriora el concepto de sí misma, sus actividades cotidianas en el trabajo, y en las relaciones interpersonales por lo que su calidad de vida disminuye. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en mujeres después de sufrir abuso sexual. **Diseño:** Transversal, observacional, descriptivo. **Lugar:** Centro de salud No. 1. Ciudad de Guatemala. **Materiales y métodos:** Mujeres abusadas sexualmente que recibieron atención en el Centro de Salud No. 1, Guatemala. Para medir la calidad de vida se utilizó la escala GENCAT, compuesta por 8 subescalas. Se empleó la prueba de Wilcoxon para significancia estadística ($p < 0.05$) **Resultados:** El 76 % de las víctimas presentan edad media de 16 años. El 78 % conocía al agresor. Posterior a un abuso sexual la calidad de vida de la víctima disminuyó estadísticamente en forma significativa ($p = 0.011$) a expensas de subescalas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico. **Conclusiones:** En general la calidad de vida disminuye con un abuso sexual. La mayoría de víctimas reconoce a su agresor. Las subescalas afectadas son: bienestar emocional, relaciones interpersonales y bienestar físico.

Palabras clave: Calidad de vida, abuso sexual

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2
1. Violencia sexual.....	2
1.1 Definición	2
1.2 Tipos de Violencia Sexual.....	3
1.3 Violencia sexual en los y las adolescentes	4
1.4 Violencia contra la niñez.....	4
1.5 Ciclo de violencia de Género.....	5
2. Marco legal	5
3. Epidemiología.....	6
3.1 Acoso Sexual	7
3.2 Violación en el contexto de los Conflictos	8
4. Consecuencias psicológicas.....	9
4.1 Trastorno de estrés postraumático	10
4.2 Trastorno de estrés agudo	13
4.3 Trastorno del estado de ánimo.....	14
4.4 Trastornos de ansiedad.....	15
4.5 Trastornos de la personalidad	17
5. Calidad de vida	24
5.1 Tipos de Calidad de Vida	25
4. OBJETIVO.....	27
General.....	27
5. METODOLOGÍA.....	28
1. Diseño del estudio.....	28
2. Población	28
3. Muestra	28
4. Instrumento.....	28
6. RESULTADOS.....	29
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
8. CONCLUSIONES.....	34

9. RECOMENDACIONES.....	35
10. BIBLIOGRAFÍA.....	36
11. ANEXOS.....	41
ANEXO 1.....	41
ANEXO 2.....	43
ANEXO 3.....	54

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se estima que, una de cada cinco mujeres ha sufrido abuso sexual en la infancia, y una de cada tres mujeres ha sido víctima de violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. (22)

Según la Organización Mundial de la Salud en un estudio realizado en 10 países en vías de desarrollo, en mujeres entre 15-49 años, se estima que el 71% a lo largo de su vida ha sufrido violencia física o sexual la cual es producida por su pareja y en muchos casos la primera experiencia sexual ha sido forzada. (21,22)

Acorde al reporte de personas atendidas para el reconocimiento médico legal por delitos sexuales, del año 2012 a junio 2015 con los datos obtenidos del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) se obtiene lo siguiente:

Según el INACIF en 3 años se han atendido 21,704 mujeres víctimas de agresión sexual, siendo estas en su mayoría entre 13-18 años. (18)

La calidad de vida se puede definir como el bienestar, satisfacción y felicidad del ser humano, la cual le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. (14)

La violencia contra las mujeres tiene graves consecuencias en el bienestar general ya que afecta su salud física, emocional y social, deteriora el concepto de sí misma, sus actividades cotidianas en el trabajo, y en las relaciones interpersonales por lo que su calidad de vida disminuye.

El vínculo entre el agresor y la agredida dificulta que éstas denuncien ya que por miedo, cultura, tradición y preservación de ciertos estatutos sociales se considera como normal, lo que conduce a que las mujeres enfrenten el abuso desde el silencio, la soledad y el aislamiento.

2. MARCO TEÓRICO

1. Violencia sexual

1.1 Definición

La organización mundial de la salud (OMS) define la violencia sexual como: “Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”

La coacción puede abarcar: uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión, amenazas. (1)

El Centro Para el Control y Prevención de Enfermedades EE. UU (CDC 2004) define violencia sexual como: “Violencia sexual es un acto sexual completado o intentado en contra de la voluntad de una víctima o cuando una víctima es incapaz de consentir debido a su edad, enfermedad, incapacidad o la influencia del alcohol u otra droga. Puede envolver fuerza física o amenaza de la misma, uso de armas, coacción, intimidación, presión.

Incluye: tocar los genitales intencionalmente, el ano, la ingle o los senos en contra de la voluntad de la víctima o cuando la víctima esta incapacitada para consentir. También voyerismo, exposición al exhibicionismo o exposición no deseada a pornografía. Puede ser cometida por extraños, amigos, miembros de la familia o pareja intima.” (6)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2004) la define como: “La violación es la forma más mencionada de violencia sexual, en muchas sociedades es definida como el contacto sexual con otra persona sin su consentimiento, la violación cometida cuando la resistencia de la víctima es dominada por la fuerza o el miedo o cualquier otra forma de coerción.” (6)

El término violencia sexual basada en el género, encierra una amplia variedad de abusos que incluyen: amenazas sexuales, explotación, humillación, asaltos, violencia doméstica, incesto, prostitución involuntaria, tortura, inserción de objetos en orificios genitales y tentativa de violación. (6)

Según la Ley Contra el Femicidio y otras formas de Violencia Contra la Mujer, Artículo 3 literal n) define violencia sexual como: las acciones de violencia física o psicológica, cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la prostitución forzada, la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual. (7)

Desde el nacimiento cada ser humano inicia un proceso de aprendizaje por medio de valores, creencias, estereotipos, límites y aprobaciones sociales, de los cuales se establece la diferencia entre ser hombre o ser mujer. Acorde al área geográfica se aprenden actitudes, conductas o expectativas consideradas apropiadas para cada sexo, lo cual se define como socialización de género. En esta socialización los hombres son educados para ser sujetos dominantes y las mujeres deben asumir ese rol de dominadas y débiles sometidas al control masculino. La sociedad tolera esta violencia y estimula a los hombres a tener más compañeras sexuales, usando el sexo para confirmar su hombría. (2)

1.2 Tipos de Violencia Sexual

- Incesto
- Abuso sexual en menores
- Abuso sexual en pareja
- Contacto sexual o caricias no deseadas
- Acoso sexual

- Explotación sexual
 - Masturbación pública
 - Mostrarles los genitales o el cuerpo desnudo a otros sin su consentimiento
 - Observar a otra persona en un acto sexual sin su consentimiento
- (3)

1.3 Violencia sexual en los y las adolescentes

Es toda conducta que entrañe amenaza o intimidación que afecte la integridad o la autodeterminación sexual de la o el adolescente. Todo acto en el que, a través de varios medios, como fuerza física, seducción, persuasión, intimidación, coerción, presión o amenaza, se obliga a la o el adolescente que ejecute actos sexuales contra de su voluntad o que participe en actividades sexuales que le hacen sentir mal. Es en la adolescencia y la juventud, donde las mujeres son más vulnerables a sufrir hechos de violencia sexual. (4)

1.4 Violencia contra la niñez

La violencia sexual en la niñez, es todo acto generado en una relación de poder o confianza que involucre a un niño o niña, en una actividad encaminada al sometimiento o victimización para proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación a un adulto o joven, aprovechándose para ello de su superioridad y su poder, incluyendo cualquier forma de acoso sexual. (2)

“El National Center of Child Abuse and Neglec”, en 1978 define el abuso sexual contra la niñez como los contactos e interacciones entre un niño o una niña y un adulto y también cuando el adulto (agresor) utiliza al niño o niña para estimularse sexualmente. La violación puede también ser cometida por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño o niña, o cuando el agresor está en una posición de poder o control. (2)

1.5 Ciclo de violencia de Género

La antropóloga Leonor Walker en su libro “las mujeres agredidas” estipula la teoría de ciclo de violencia la cual consta de tres fases: (24)

1. Acumulación de la tensión

La tensión es el aumento de los conflictos en la pareja. El agresor se vuelve más susceptible, responde con más agresividad y hostilidad (aunque no lo demuestre con violencia física) y encuentra motivos de conflictos en cada situación. La víctima trata de calmar la situación y evitar hacer aquello que cree que disgusta a su pareja. La tensión va aumentando y la irritabilidad del agresor también, sin motivo comprensible para la víctima. (2,4)

2. Estallido de la tensión o explosión violenta

Es el resultado de la tensión acumulada en la fase 1, en donde se pierde toda forma de comunicación y entendimiento, y la violencia explota dando lugar a la agresión.

Aparecen las agresiones verbales, psicológicas, físicas, sexuales, etc. (2,4)

3. “Luna de miel” o Arrepentimiento

La tensión y la violencia desaparecen; el agresor se muestra arrepentido por lo que ha hecho, pide disculpas a la víctima y la colma de promesas de cambio. A menudo a la víctima le concede otra oportunidad creyendo firmemente en sus promesas.

Ésta etapa dará paso nuevamente a una nueva fase de acumulación de tensión y es así como el ciclo inicia nuevamente. Tras varias repeticiones del ciclo la fase de arrepentimiento llega a desaparecer pasando de la acumulación de la tensión y estallido de manera inmediata. (3)

2. Marco legal

De acuerdo a la normativa guatemalteca en el artículo 173 del código penal para el delito de violación sexual se presentan dos supuestos:

- a. Artículo 173 Violación: quien con violencia física o psicológica tenga acceso carnal vía vagina, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos por cualquiera de las vías señaladas, u obligue a otra persona a introducirse a sí misma, será sancionado con pena de prisión de ocho a doce años.

Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no medie violencia física o psicológica.

La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos. (5,7)

- b. Artículo 173 Bis. Agresión sexual: Quien, con violencia física o psicológica, realice actos con fines sexuales o eróticos a otra persona, al agresor o a sí misma, siempre que no constituya delito de violación será sancionado con prisión de cinco a ocho años.

Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva aun cuando no medie violencia física o psicológica.

La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos. (5,7)

3. Epidemiología

Acorde a la encuesta nacional de salud materno infantil en el año 2002, en Guatemala, en la población de mujeres entre 15 y 49 años, el 2.9% sufrió abuso por primera vez antes de los 12 años. De ellas, el 10.4% habían sido violadas sexualmente antes de los 7 años y de este grupo, en el 71.1% el acto lo cometió un familiar, amigo o conocido. En el 31.5 % de esa misma población el hecho ocurrió cuando tenían 11 años. (10)

Según los datos por países disponibles, entre un 15 % y un 76 % de las mujeres sufren violencia física y/o sexual a lo largo de su vida. Esta violencia se produce mayormente en el seno de las relaciones íntimas y muchas mujeres (entre un 9 % y un 70 %) señalan al conyugue o pareja como el maltratador. (12)

A través de los 28 Estados de la Unión Europea, un poco más de una de cada cinco mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de un conocido. (11)

En todo el mundo, hasta un 50% de las agresiones sexuales son cometidas contra mujeres menores de 16 años. (11)

Se calcula que 150 millones de mujeres menores de 18 años sufrieron algún tipo de violencia sexual sólo en 2002. (11)

La primera experiencia sexual en mujeres ha sido forzada en aproximadamente el 30 %, de este porcentaje más del 15 % corresponde a menores de 15 años y de éstas solo el 45 % denuncia que la experiencia ha sido forzada. (11)

3.1 Acoso Sexual

Entre el 40 % y el 50 % de las mujeres de países de la Unión Europea soportan insinuaciones sexuales a contacto físico indeseados, u otras formas de acoso sexual en el trabajo. (11)

En Asia diversos estudios llevados a cabo en Japón, Malasia, Filipinas y Corea del Sur muestran que entre el 30 % y el 40 % de las mujeres son acosadas sexualmente en el trabajo. (11)

En Nairobi, el 20% de las mujeres ha sufrido de acoso sexual en el trabajo o en la escuela. (11)

En los Estados Unidos, el 83 % de las chicas entre 12 y 16 años experimentan algún tipo de acoso sexual en las escuelas públicas. (11)

3.2 Violación en el contexto de los Conflictos

Según estimaciones conservadoras, entre 20.000 y 50.000 mujeres fueron violadas durante la guerra en Bosnia y Herzegovina ocurrida de 1992 a 1995, mientras que aproximadamente entre 250.000 y 500.000 mujeres niñas fueron víctimas del genocidio cometido en Rwanda en 1994. (11)

Entre 50.000 y 64.000 mujeres que habitaban en campos para desplazados internos en Sierra Leona sufrieron agresiones sexuales a manos de soldados entre 1991 y 2001. (11)

En la parte oriental de la República Democrática del Congo, desde 1996 se han documentado al menos 200.000 casos de violencia sexual, en su mayoría contra mujeres y niñas, y se cree que las cifras reales son mucho más elevadas. (11)

Durante los 36 años del conflicto armado interno que tuvo lugar en Guatemala, la violación sexual constituyó una práctica generalizada, masiva y sistemática realizada por agentes del Estado como parte de la política contrainsurgente. Fue utilizada como un instrumento de guerra y herramienta para generar terror, vulnerando los derechos humanos y el derecho internacional humanitario. Fue una práctica generalizada durante las masacres, siendo en la gran mayoría de los casos la antesala a la muerte. (24)

4. Consecuencias psicológicas

Los efectos psicológicos varían considerablemente de persona a persona. En términos generales el abuso sexual debe sospecharse en personas que presentan problemas de salud, particularmente repetitivos tales como: trastorno de estrés post traumático, fobias sociales (especialmente en víctimas de violencia marital o violación por citas amorosas), uso frecuente o abuso de drogas, conductas suicidas, etc. (13)

A mediano y largo plazo las victimas pueden llegar a quejarse de lo siguiente: cefalea crónica, fatiga, alteraciones del sueño, náuseas recurrentes, desórdenes alimenticios, dolor menstrual, dificultades sexuales. (13)

En adultos que han sobrevivido el abuso sexual durante la niñez, los síntomas son frecuentemente una extensión de aquellos detectados en niños y podrían incluir: Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, distorsiones cognitivas, sufrimiento emocional exteriorizado, dificultades interpersonales, dificultades sexuales. (13)

Generalmente las víctimas inician cambios en su estilo de vida, tales como mudarse de residencia, cambiar el número de teléfono, pedir no aparecer en las guías telefónicas y algunas personas deciden irse al hogar de algún familiar o amigo en el interior o exterior de la república.

Otras personas presentan dificultades en el desarrollo de sus labores en el hogar, estudios y trabajo. Posiblemente presentan fobias tales como; temor a las multitudes o a estar solos; esto también depende del lugar en donde ocurrió la violación.

Otros problemas comunes que se presentan como secuelas son la disfunción sexual o cambios en la vida sexual, frecuentemente la persona puede terminar una relación existente con una pareja íntima.

Algunos de los problemas sexuales que las mujeres pueden presentar después de la agresión son: aversión sexual, recordar lo vivido en la violación durante su relación sexual, disfunción orgásmica, entre otros. (13)

4.1 Trastorno de estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático (TEPT), es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que se define por su etiología más que por su sintomatología. Con el paso de los años se han relacionado determinadas alteraciones psíquicas con la aparición de diferentes situaciones traumáticas que ocurren en la vida, como: catástrofes naturales, agresiones sexuales y con relativa frecuencia accidentes de tránsito.

Es más común en mujeres que en hombres y, suele aparecer en cualquier edad. El trastorno a menudo se acompaña por depresión, abuso de sustancias o uno o más trastornos de ansiedad. En los casos más graves la persona puede desarrollar problemas en el trabajo o en las relaciones sociales.

El acontecimiento que dispara el trastorno puede ser algo ocurrido en la vida de la persona o algo ocurrido a una persona cercana a él o ella, o quizá el simple hecho de ser testigo, como la muerte y destrucción masiva. (17)

4.1.2 Criterios según DSM-V para Trastorno de estrés postraumático

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).

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

- B. Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involucrados e intrusivos del suceso traumático.
En los niños mayores de 6 años, se puede producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso traumático.
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
 3. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático.
En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático.
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente.
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño.
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica. (19)

Especificar si:

- Con síntomas disociativos: los criterios cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:
 1. Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como su uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal.
 2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno.
- Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento. (19)

4.2 Trastorno de estrés agudo

El trastorno de estrés agudo es similar al trastorno de estrés postraumático, pero a diferencia de éste, el trastorno de estrés agudo dura menos de 1 mes después del trauma.

Se caracteriza por la re experimentación, evitación y el aumento de excitación. (23)

4.2.1 Criterios DSM-V para trastorno de estrés agudo

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático. (19)

B. Presencia de nueve o más de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso traumático.

Síntoma de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso.
3. Reacciones disociativas en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

Síntomas disociativos

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo.
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático.

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño.
 11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 12. Hipervigilancia.
 13. Problemas con la concentración.
 14. Respuesta de sobresalto exagerada. (19)
- C. La duración del trastorno (Síntomas del criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición del trauma. (19)
- D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (19)
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve. (19)

4.3 Trastorno del estado de ánimo

Los trastornos del estado del ánimo, abarcan un extenso grupo, en el que las alteraciones patológicas del estado de ánimo y otras relacionadas dominan el cuadro clínico. (17)

El estado de ánimo se define como un tono emocional generalizado que influye de manera profunda en la perspectiva personal y en la percepción de uno mismo, los demás y el ambiente. Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes, potencialmente mortales y sumamente tratables; los pacientes experimentan depresión o exaltación anormal del ánimo. Las anomalías del estado de ánimo se acompañan de numerosos signos y síntomas que afectan a casi todas las áreas funcionales. (17)

4.3.1 Depresión

Freud describió la ambivalencia interiorizada hacia un objeto querido, que puede producir una forma patológica de aflicción si se pierde o se cree

perder. Esta aflicción adopta la forma de depresión grave con sentimientos de culpa, inutilidad e ideación suicida. La pérdida simbólica o real del objeto querido se percibe como un rechazo. (17)

La depresión es la sensación subjetiva de tristeza, abatimiento o de “encontrarse hundido” durante mucho tiempo. Se puede encontrar la presencia de anhedonía, falta de motivación, escasa tolerancia de la frustración, pérdida de libido, adelgazamiento o anorexia, aumento de peso e hiperfagia, disminución de la energía, fatigabilidad, alteraciones menstruales, despertar matutino temprano, variación diurna. (17)

4.4 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un estado que se acompaña de una sensación intensa de temor y de molestias somáticas, como palpitations y sudoración, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad influye en la cognición y tiende a distorsionar la percepción.

“Es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva”. (17)

4.4.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como actividad laboral o escolar).

Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses)

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
2. Fácilmente fatigado
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Problemas de sueño

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

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

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. (19)

4.4.2 Trastorno de pánico

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro o más de los siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca
2. Sudoración
3. Temblor o sacudidas
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia
5. Sensación de ahogo
6. Dolor o molestias en el tórax
7. Náuseas o malestar abdominal
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor
10. Parestesias
11. Desrealización
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”
13. Miedo a morir

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes o más de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques

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

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (19)

4.4.3 Agorafobia

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos o más de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público
2. Estar en espacios abiertos
3. Estar en sitios cerrados
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud

5. Estar fuera de casa solo
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos.
 - C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
 - D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
 - E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que planten las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
 - F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
 - G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - H. Si existe afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
 - I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro estado mental. (19)

4.5 Trastornos de la personalidad

La personalidad es el término universal utilizado para describir el comportamiento característico de una persona, en respuesta a sus experiencias internas y externas; es previsible y estable. El trastorno de la personalidad se diagnostica cuando el comportamiento difiere del intervalo de una variación hallado en la mayoría de las personas y se acusa y desvía tanto que produce sufrimiento personal o una alteración significativa de la capacidad de adaptación. (17)

Según el DSM-V se evalúan los siguientes criterios en todos tipos de trastornos de personalidad:

- A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos o más de los ámbitos siguientes:
 - 1. Cognición.
 - 2. Afectividad.
 - 3. Funcionamiento interpersonal.
 - 4. Control de los impulsos.
- B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

- C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
- E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médicas. (19)

4.5.1 Clasificación según DSM-V

El trastorno de la personalidad se clasifica en tres grupos:

1. Grupo A: el grupo extraño y excéntrico; lo forman los trastornos paranoides, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Estos trastornos implican el uso de la fantasía y de la proyección y se asocian a una tendencia hacia la desorganización cognitiva en caso de estrés.
2. Grupo B: el grupo dramático, emocional y errático; comprende los trastornos histriónico, narcisista, antisocial y límite de la personalidad. Estos trastornos implican el uso de la disociación, la negación, la escisión y el paso al acto. Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes.
3. Grupo C: el grupo ansioso o temeroso; comprende los trastornos de personalidad pro evitación, o por dependencia y los trastornos obsesivo compulsivo de la personalidad. Estos trastornos implican el uso del aislamiento, la agresión pasiva y la hipocondría. (19)

4.5.1.1 Trastornos de la personalidad Grupo A.

- **Trastorno de personalidad paranoide**

- A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro o más de los hechos siguientes:
 1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
 2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.

3. Poca disposición a confiar en los demás, debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
 4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
 5. Rencor persistente.
 6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
 7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (19)

- **Trastorno de la personalidad esquizoide**

- A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro o más de los hechos siguientes:
1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia
 2. Casi siempre elige actividades solitarias.
 3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
 4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
 5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
 7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.
- B. O se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (19)

- **Trastorno de la personalidad esquizotípica**
- A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los hechos siguientes:
1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normativas subculturales.
 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
 4. Pensamientos y discurso extraños.
 5. Susplicacia o ideas paranoides.
 6. Afecto inapropiado o limitado.
 7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
 8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo. (19)

4.5.1.2 Trastornos de la personalidad Grupo B

- **Trastorno de la personalidad antisocial**
- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres o más de los hechos siguientes:
1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
 2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilizadas de alias o estafa para provecho o placer personal.
 3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.

4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
 5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
 6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
 7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar. (19)

- **Trastorno de la personalidad límite**

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (19)

- **Trastorno de la personalidad histriónica**

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones que carece de detalles.
6. Muestra autodeterminación, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad. (19)

4.5.1.3 Trastornos de la personalidad Grupo C

- **Trastorno de la personalidad evasiva**

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro o más de los hechos siguientes:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación
6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o interior a los demás

7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas. (19)

- **Trastorno de la personalidad dependiente**

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los hechos siguientes:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación.
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo
5. Va demasiado lejos para obtener aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo. (19)

- **Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo**

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro o más de los siguientes hechos:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos.
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores.

5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental.
6. Esta poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras
8. Muestra rigidez y obstinación. (19)

4.5.2 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La valoración de la personalidad debe tener en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y sociales del sujeto. Los trastornos de la personalidad no se deben confundir con problemas asociados a la adaptación a una cultura diferente que se da tras la inmigración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos propios de la cultura de origen del sujeto. (17)

5. Calidad de vida

La calidad de vida se puede definir como el bienestar, satisfacción y felicidad del ser humano, la cual le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. (14)

El inicio del término “calidad de vida” se dio hacia los años 60, en donde se pretendía conocer si las personas tenían una buena percepción de su vida, si se sentían cómodos, confiados y seguros en la vida diaria o si se sentían económicamente estables. (15)

Acorde a lo anterior Calidad de vida se define como un conjunto de factores que la persona presenta a lo largo de su vida, tales como el hogar, la familia, educación, comida, vestuario, servicios básicos y el ambiente en el que se rodea, para poder determinar si la persona presenta una percepción positiva o negativa de su vida.

Es así como la calidad de vida es una percepción que el individuo tiene sobre su existencia, dependiendo al contexto de vida, a los valores, objetivos y

expectativas, incluyendo salud física y mental, las relaciones sociales y la relación con elementos esenciales en su entorno. (15)

5.1 Tipos de Calidad de Vida

La calidad de vida se utiliza en diferentes ámbitos tales como salud, economía, política, educación. (16)

Actualmente el término calidad de vida incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales, cada una de las cuales ha promovido un punto de vista diferente sobre el término, es por eso que se presentan diferentes definiciones aportadas por diversos autores al momento de referirse a “calidad de vida” (16)

- Ferrans (1990): Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
- Hornquist (1982): Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas psicológica, física, social, material, de actividades y estructural.
- Sahw (1977): Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad.

Sin embargo, en esta definición la calidad de vida no la estaría aportando el paciente en su totalidad por lo que el resultado no sería confiable.

- Lawton (2001): se define como una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales, y socio normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
- Haas (1999): evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
- Bigelow (1991): Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar

- Calman (1987): Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar, medición de la diferencia en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente
- Martin & Stockler (1998): Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad, a menor intervalo, mejor calidad de vida.
- Opong (1987): condiciones de vida o experiencias de vida. (16)

4. OBJETIVO

General

- **Determinar la calidad de vida en mujeres después de sufrir abuso sexual.**

5. METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

- Transversal, observacional, descriptivo

2. Población

- Mujeres abusadas sexualmente que recibieron atención en el Centro de Salud No. 1, Guatemala

3. Muestra

- 50 mujeres víctimas de abuso sexual. 45 casos nuevos y 5 casos de seguimiento, del 01/05/2016 al 24/06/2016

4. Instrumento

Se utilizó la escala GENCAT para calidad de vida, la cual se evalúa a través de 69 ítems distribuidos en 8 subescalas que corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo): bienestar emocional (BE), relaciones interpersonales (RI), bienestar material (BM), desarrollo personal (DP), bienestar físico (BF), autodeterminación (AU), inclusión social (IS) y conocimiento de los derechos individuales (DR).

Cada pregunta tiene una ponderación de 1-4 (siempre, frecuentemente, algunas veces o nunca). Se realizaron dos cuestionarios por persona, el primero es sobre su vida previa al abuso sexual y el segundo sobre su vida posterior al abuso sexual.

Luego de contestarlas el entrevistador realizó la sumatoria total de puntos, y en base a clasificaciones y gráficas del cuestionario se estableció en que rango se encuentra su calidad de vida y se realizó una comparación entre el antes y el después para determinar si la calidad de vida de la persona disminuyó o se mantuvo.

Para validarlo estadísticamente se utilizó la prueba de Wilcoxon la cual es una prueba no paramétrica en donde se comparan dos muestras relacionadas para determinar si existe una diferencia entre ellas. Todo valor que se encuentre por debajo de 0.05 se considera significativo para una diferencia.

6. RESULTADOS

Se determinó la calidad de vida en 50 mujeres que habían sufrido abuso sexual, empleando el cuestionario GENCAT ⁽²⁰⁾ que consta de dos partes: antes y después del abuso.

Tomando en cuenta aspectos epidemiológicos como edad, escolaridad, conocimiento del agresor y subescalas del instrumento.

Cuadro No. 1 Pacientes víctimas de abuso sexual atendidas en el centro de salud No. 1 durante el periodo mayo-junio 2016. Clasificadas por grupo etáreo.

GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
11 – 22 años	38	76 %	Media = 16 +/- 3 años
23-53 años	12	24 %	Media = 30 +/- 9 años
TOTAL	50	100 %	

Fuente: Informe final de tesis

Cuadro No. 2 Pacientes víctimas de abuso sexual atendidas en centro de salud No. 1 durante el periodo mayo-junio 2016. Clasificadas por nivel de escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	5	10 %
Primaria	13	26 %
Básico	22	44 %
universidad	10	20 %
Total	50	100 %

Fuente: Informe final de tesis

Cuadro No. 3 Conocimiento del agresor en pacientes víctimas de abuso sexual atendidas en centro de salud No. 1 durante el periodo mayo-junio 2016.

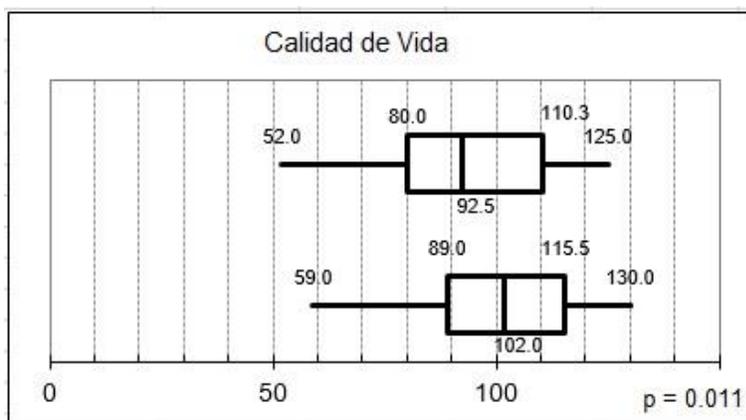
Conoce agresor	Frecuencia	Porcentaje	IC* 95%
No	11	22 %	12-36 %
Si	39	78 %	64-88 %
Total	50	100 %	

Fuente: Informe final de tesis

*IC = Intervalo de Confianza

Gráfica No. 1

Calidad de vida antes y después de sufrir abuso sexual en pacientes que asisten al centro de salud No. 1 durante meses mayo-junio 2016.



Fuente: Informe final de tesis p = 0.011

Cuadro No. 4

Subescalas de GENCAT después del abuso sexual.

SUB ESCALA GENCAT	PRUEBA WILCOXON
BIENESTAR EMOCIONAL	0.000
RELACIONES INTERPERSONALES	0.001
BIENESTAR FÍSICO	0.02

Fuente: Informe final de tesis

Cuadro No. 5

Reducción de las diferentes subescalas GENCAT

SUB ESCALA GENCAT	SI CONOCE AL AGRESOR		NO CONOCE AL AGRESOR	
	PRUEBA WILCOXON		SUB ESCALA GENCAT	PRUEBA WILCOXON
BIENESTAR EMOCIONAL	0.01		BIENESTAR EMOCIONAL	0.012
RELACIONES INTERPERSONALES	0.01			
BIENESTAR FÍSICO	0.02			

Fuente: Informe final tesis

Cuadro No. 6

Subescala GENCAT de acuerdo a grupos de edad

11-22 años		23-53 años	
SUB ESCALA GENCAT	PRUEBA WILCOXON	SUB ESCALA GENCAT	PRUEBA WILCOXON
BIENESTAR EMOCIONAL	0.02	BIENESTAR EMOCIONAL	0.000
RELACIONES INTERPERSONALES	0.01	RELACIONES INTERPERSONALES	0.02
		BIENESTAR FÍSICO	0.01

Fuente: Informe final tesis

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Durante los meses de mayo y junio del año 2016 se realizó el presente trabajo de investigación para medir el impacto en la calidad de vida en mujeres víctimas de abuso sexual. La muestra incluyó un total de 45 mujeres víctimas de abuso sexual captadas en el servicio y 5 mujeres víctimas de abuso sexual en seguimiento

La muestra se dividió en 7 grupos etéreos distribuidos de la siguiente manera: 11-16 años 44 %, 17-22 años 32 %, 23-28 años 8%, 29-34 años 8 %, 35-40 años 4 %, 41-46 años 2% 47-53 años 2 %.

Los rangos de edad más bajo registrado fueron 11 años y el rango de edad más alto 53 años. Siendo el 76% (38) menores de 22 años con una media de 16 años y el 24 % (12) 23- 53 años, con una media de 30 años. Como se observa en el cuadro No. 1.

Los resultados del cuadro No.2 evidencian que en cuanto a la escolaridad de las víctimas el 90 % es alfabeta, 20 % asiste a la universidad, 44 % se encuentra en nivel básico, 26 % se encuentra en primaria y el 10 % es analfabeta.

Al cruzar variables entre cuadros 1 y 2 no parece haber una relación causal entre la escolaridad y abuso sexual. Y al parecer las mujeres adolescentes y adultos jóvenes son más propensas de ser abusadas, 76 % de la muestra.

Como se muestra en el cuadro No. 3 en la mayoría de los casos (78 %) las víctimas conocían al agresor.

Al administrar a las mujeres el instrumento GENCAT de calidad de vida se obtuvo una puntuación general antes y después del abuso sexual, como evidencia la gráfica 1, en donde se evidencia que la calidad de vida disminuye. Para determinar si existe diferencia significativa se aplicó la prueba de Wilcoxon con resultado de $p: 0.01$ lo que nos confirma la disminución en la calidad de vida.

Al aplicar la prueba de Wilcoxon en las subescalas específicas se obtuvo que existe una disminución en: bienestar emocional ($p=0.00$), relaciones interpersonales ($p=0.00$) y bienestar físico ($p=0.02$). Sin embargo, al existir un mayor conocimiento sobre los derechos que se tienen como individuo la calidad de vida de las pacientes aumento con $p= 0.01$.

Debido a que el 76% de las pacientes (38), son menores de 22 años se determinaron las subescalas en donde la calidad de vida se ve afectada las cuales fueron: bienestar emocional ($p=0.02$) y relaciones interpersonales ($p=0.01$), y un

aumento de la calidad de vida en el reconocimiento de las pacientes sobre sus derechos ($p=0.05$).

Debido a que solo 2 subescalas están afectadas la calidad de vida en general no se ve afectada en adolescentes.

Se determinaron las subescalas afectadas en el resto de las pacientes (23-53 años), las cuales fueron: bienestar emocional ($p=0.00$), relaciones interpersonales ($p=0.02$) y bienestar físico (0.002). al momento de existir 3 subescalas afectadas la calidad de vida general disminuye ($p=0.04$).

Al momento de comparar la calidad de vida entre las mujeres que conocen a su agresor y quienes no, se demuestra que aquellas quienes no conocen a su agresor, la calidad de vida no disminuye y únicamente se ve afectada el bienestar emocional ($p=0.012$), sin embargo en aquellas pacientes que si conocen a su agresor (78%) su calidad de vida general se ve afectada con una $p=0.03$ con afección en las subescalas: bienestar emocional ($p=0.01$), relaciones interpersonales ($p=0.01$), bienestar físico ($p=0.02$). y un aumento de la calidad de vida en el reconocimiento de sus derechos ($p=0.05$).

8. CONCLUSIONES

1. En general la calidad de vida disminuye con un abuso sexual.
2. La mayoría de víctimas reconoce al agresor.
3. Las subescalas afectadas son: bienestar emocional, relaciones interpersonales y bienestar físico.

9. RECOMENDACIONES

1. Aumentar el conocimiento de las personas sobre sus derechos y como reconocerlos.
2. Brindar mejor acompañamiento a las pacientes en el área emocional y afectiva.
3. Se debe brindar educación sobre abuso sexual tanto en casa como en las escuelas.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres Violencia sexual Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013. [Versión en línea] [Citado 10 de agosto 2015] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Protocolo de atención a víctimas sobrevivientes de Violencia Sexual. Violencia sexual una emergencia médica que amerita atención integral. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. Guatemala 13 de noviembre 2009. [Versión en línea]. [Citado 10 agosto 2015] Disponible en:
<http://mspas.gob.gt/decap/files/descargas/bibliotecaVirtual/Programa%20Nacional%20de%20Salud%20Reproductiva/COMPONENTE%20SALUD%20Y%20EDUCACION/Protocolo%20victimas%20violencia%20sex%202.pdf>
3. Mora Chamorro H. *Manual de protección a víctimas de violencia de género*. San Vicente Alicante. Editorial Club universitario. [Versión en línea]. [Citado 08 agosto 2015] Disponible en: <http://editorial-club-universitario.es/pdf/2988.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública y asistencia social. Programa nacional de salud mental. Programa nacional de salud reproductiva. Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. Guatemala abril 2006. [Versión en línea]. [citado 20 agosto 2015] Disponible en:
<http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/progrmaSaludMental/Violencia%20sexual.pdf>
5. Congreso de la República de Guatemala. *Código Penal* 1973. Guatemala, Guatemala [Versión en línea]. [Citado 15 mayo 2015] Disponible en:
http://www.un.org/depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/PDFFILES/GTM_codigo_penal.pdf

6. Muruaga S. Efectos de la violencia sexual en las mujeres. *Mujeres para la Salud. Atención especializada para mujeres. La Boletina No. XXIV*. 2005 Madrid, España- [Versión en línea]. [Citado 16 agosto 2015] Disponible en: <http://www.mujeresparalasalud.org/spip.php?article136>
7. Congreso de la República de Guatemala. Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial. Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer. Decreto Número 22-2008. Guatemala. [Versión en línea]. [Citado 20 agosto 2015] Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/Ley_contra_el_Femicidio_y_otras_Formas_de_Violencia_Contra_la_Mujer_Guatemala.pdf
8. Portillo I. "Análisis Jurídico de las causas de impunidad en los delitos de violación sexual". Tesis para adquirir el título de Abogada y Notaria. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad San Carlos de Guatemala. Guatemala junio 2010. Versión en línea disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_8434.pdf
9. Gonzáles E. Martínez V. Leyton C. Bardi A. Características de los abusadores sexuales. *Revista SOGIA* 2004. 11(1): 6-14 [Versión en línea] [Citado 29 agosto 2015] Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2004/XI1abusadores.pdf>
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Instituto Nacional de Estadística INE. Universidad del Valle de Guatemala. Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional. Embajada de Suecia en Guatemala. Centros para el control y prevención de enfermedades. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Mujeres ENSMI 2008-2009. Informe final. Guatemala Diciembre 2010. [Versión en línea] [Citado 30 julio 2015]. Disponible en: <https://hablandoguatemala.files.wordpress.com/2011/10/encuesta-nacional-de-salud-materno-infantil-2008-2009.pdf>

11. Organización de las Naciones Unidas. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. ONU Mujeres. Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra las mujeres. España 2012. [Versión en línea]. [Citado 5 agosto 2015] Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/299-datos-basicos-.html>
12. Organización de las Naciones Unidas. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. ONU Mujeres. Datos de la prevalencia de la violencia contra las mujeres: encuestas por país. Diciembre 2012. [Versión en línea]. [Citado el 4 agosto 2015] Disponible en:
http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vawprevalence_matrix_june_2013_sp.pdf
13. Echeburúa E. de Corral P. Secuelas emocionales de víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense*.12(43,44). Enero-Abril 2006. [Versión en línea]. [Citado el 28 agosto 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
14. Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de calidad del sistema Nacional de Salud. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes afectados por determinadas patologías. Madrid, mayo 2008. [Versión en línea]. [citado 28 julio 2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudios_calidad_vida_pacientes.pdf
15. Gómez-Vela M, Sabeh EN. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración de la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. [Versión en línea]. [Citado 28 julio 20215] Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
16. Urzúa A. Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto Artículo de revisión. *Terapia Psicológica* Vol 30 No. 1 61-71. Chile 2012. [Versión en línea] [Citado el 28 julio 2015]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07188082012000100006&script=sci_arttext

17. Sadock B, Sadock V. *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Wolters Kluwer Health España, S.A. Lippincott. Williams & Wilkins . 4ta edición 2007. Pag. 129-166
18. Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala. “Reporte de personas atendidas para reconocimiento médico legal por delitos sexuales del año 2012 a junio 2015. Secretaria Contra la Violencia sexual, explotación y trata de personas. [informe proporcionado en formato pdf por la entidad a solicitud personal] Guatemala julio 2015.
19. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría 2013. Pags: 103-128, 129-144, 159-174.
20. Verdugo MA, Arias MB, Gómez LE, Schalock RL. ESCALA GENCAT. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Generalitat de Catalunya. Instituto Catalán de Asistencia y Servicio Social. Barcelona, enero 2009. [Versión en línea] [Citado el 17 noviembre 2015]. Disponible en: <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
21. Organización Mundial de la salud. “Violencia contra la mujer”. Octubre 2013. [Versión en línea] [Citado el 17 abril 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
22. Organización de las Naciones Unidas. United Nations Secretary-General’s Campaign to end Violence against women. *Violencia contra las Mujeres* Department of Public Information. Noviembre 2009. [Versión en línea] [Citado el 17 abril 2015]. Disponible en: http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf
23. Sadock B.J, Sadock V.A. *Libro de texto comprensivo de psiquiatría*. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins Publishers Philadelphia, USA.; 7ma edición, 2000. Pag 267
24. Walker L. *The Battered Women (Las mujeres agredidas)*. Las mujeres agredidas. Harper and Row Publishers, Inc. Nueva York. 1979. Pag. 55
25. Soria MA; Hernandez JA. *El agresor sexual y la víctima*. Marcombo S.A. Gran Vía de los Corts catalanes 594. Barcelona España 1994. Pag 10-11.

26. Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala (CICIG). *Tribunal de conciencia contra la violencia sexual hacia las mujeres*. Guatemala, marzo 2005. [Versión en línea] [Citado el 24 enero 2016]. Disponible en: <http://www.cicig.org/index.php?page=tribunal-de-conciencia-contra-la-violencia-sexual-hacia-las-mujeres>
27. Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala. “Reporte de personas atendidas para reconocimiento médico legal por delitos sexuales del año 2016. Secretaria Contra la Violencia sexual, explotación y trata de personas. [informe proporcionado en formato pdf por la entidad a solicitud personal] Guatemala julio 2016.

11. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Calidad de vida en mujeres después de sufrir abuso sexual.¹

A continuación, si usted está de acuerdo, le invitaremos a participar en un estudio que tiene como propósito determinar la calidad de vida en mujeres después de una agresión sexual, por lo que se requiere de su información personal sobre su estado emocional previo y posterior a la agresión.

Si usted presenta dudas sobre participar en el estudio, puede rechazar participar en éste sin que existan repercusiones para su persona. Usted puede hacer preguntas o resolver dudas antes de resolver el cuestionario, y usted tiene libertad de retirarse del estudio en el momento que usted lo desee, así como negarse a que se utilice su información aún después de haber resuelto el cuestionario.

El presente cuestionario consta de 69 preguntas las cuales están divididas en 8 secciones.

Al ser partícipe de este estudio únicamente estará brindando su autorización para el uso de la información que responda durante el cuestionario. Debido a la naturaleza de este estudio, el participar no implica riesgo alguno. No recibirá dinero a cambio ni tendrá que pagar por participar.

Usted no necesita participar, y su participación es completamente voluntaria.

Sin importar si decide o no participar en este estudio, se le atenderá según sus necesidades como paciente y se le brindará la misma atención y servicios que se brindan a todos los pacientes dentro de la institución a la cual usted asiste.

La información proporcionada será utilizada únicamente para fines de esta investigación, sin revelar sus datos personales a ninguna persona o institución.

Usted recibirá una copia completamente firmada de este consentimiento.

¹ Estudio: Calidad de vida en mujeres después de ser abusadas sexualmente.

Yo, _____ de _____ años de edad, que me identifico con DPI No. _____ confirmo que deseo participar en este estudio, he comprendido que solamente daré información sin incluir mi nombre, y todas mis dudas han sido resueltas.

Padre o representante legal, en caso de ser menor de edad:

Yo, _____ de _____ años de edad, que me identifico con DPI No. _____ doy mi autorización para que la paciente participe en este estudio, he comprendido que solamente dará información sin incluir su nombre, y todas las dudas han sido resueltas.

Puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin perder mis derechos y con la completa certeza que mi información no será dada a personas ajenas al estudio.

Al aceptar participar en este estudio sé que no implica riesgo alguno para mi persona, así mismo no recibiré dinero a cambio ni tendré que pagar por participar.

Sin importar si decida o no participar en este estudio, se me atenderá según mis necesidades como paciente y se me brindará la misma atención y servicios que se brindan a todos los pacientes dentro de la institución a la cual asisto.

La información proporcionada será utilizada únicamente para fines de esta investigación, sin revelar mis datos personales a ninguna persona o institución.

He recibido una copia completamente firmada de este consentimiento².

Participante

Nombre Completo _____

DPI No. _____

Fecha: _____

Firma

Testigo

Nombre Completo _____

DPI No. _____

Fecha: _____

Firma

Investigador

Nombre Completo _____

DPI No. _____

Fecha: _____

Firma

² Estudio: Calidad de vida en mujeres después de ser abusadas sexualmente.

ANEXO 2

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DESPUES DE SUFRIR ABUSO SEXUAL

1. Antes de iniciar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted. Haga un círculo en la respuesta correcta o responda en el espacio en blanco.

1. Fecha de nacimiento: _____

2. Año de la agresión: _____

3. Que estudios tiene Ninguno Primaria Básicos Universidad

Cuál es su estado civil Soltera Casada Divorciada Unida Viuda

4. Conocía al agresor? Sí No

Instrucciones: El presente cuestionario consta de diferentes áreas que forman la calidad de vida de una persona los cuales son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está segura de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones
Con el siguiente cuestionario se pretende establecer si su calidad de vida disminuyó o permaneció igual, luego del abuso sexual.

ANTES DEL ABUSO SEXUAL

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1.	Se mostraba satisfecha con su vida	4	3	2	1
2.	Presentaba síntomas de depresión	1	2	3	4
3.	Estaba alegre y de buen humor	4	3	2	1
4.	Mostraba sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4
5.	Presentaba síntomas de ansiedad	1	2	3	4
6.	Se mostraba satisfecha consigo misma	4	3	2	1
7.	Tenía problemas de comportamiento	1	2	3	4
8.	Se mostraba motivada a la hora de realizar alguna actividad	4	3	2	1
		Puntuación directa TOTAL _____			

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9.	Realizaba actividades que le gustaban con otra persona.	4	3	2	1
10.	Mantenia con su familia la relación que deseaba.	4	3	2	1
11.	Se quejaba de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12.	Valoraba negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13.	Manifestaba sentirse infravalorada por su familia.	1	2	3	4
14.	Tenía dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15.	Mantenia una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16.	Manifestaba sentirse querida por las personas importantes para ud.	4	3	2	1
17.	La mayoría de las personas con las que interactuaba tenían una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18.	Tenía una vida sexual satisfecha.	4	3	2	1
		Puntuación directa TOTAL _____			

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19.	El lugar donde vivía le impedía llevar un estilo de vida saludable (humo, ruidos, olores, oscuridad, desperfectos, inaccesibilidad, etc.).	1	2	3	4
20.	El lugar donde trabajaba cumplía con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21.	Disponía de los bienes materiales que necesitaba.	4	3	2	1
22.	Se mostraba descontenta con el lugar donde vivía.	1	2	3	4
23.	El lugar donde vivía era limpio.	4	3	2	1
24.	Disponía de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25.	Sus ingresos eran insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26.	El lugar donde vivía estaba adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
27.	Mostraba dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentaban.	1	2	3	4
28.	Tenía acceso a nuevas tecnologías (internet, celular, etc.).	4	3	2	1
29.	El trabajo que desempeñaba le permitía el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30.	Mostraba dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le planteaban.	1	2	3	4
31.	Desarrollaba su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32.	El servicio al que acudía tomaba en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33.	Participaba en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34.	Se mostraba desmotivada en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35.	Tenía problemas de sueño.	1	2	3	4
36.	Disponía de ayudas técnicas si las necesitaba.	4	3	2	1
37.	Sus hábitos de alimentación eran saludables.	4	3	2	1
38.	Su estado de salud le permitía llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39.	Tenía una buena higiene personal.	4	3	2	1
40.	En el servicio que acudía u hogar se supervisa la medicación que tomaba.	4	3	2	1
41.	Sus problemas de salud le producían dolor y malestar.	1	2	3	4
42.	Tenía dificultades de acceso a recursos de atención médica.	1	2	3	4
		Puntuación directa TOTAL _____			
49.	Cuando personas recibían la hora a la que se acostaba.	1	2	3	4
50.	Organizaba su propia vida.	4	3	2	1
51.	Elegía con quién vivir	4	3	2	1
		Puntuación directa TOTAL _____			

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52.	Utilizaba entornos comunitarios (piscinas públicas, teatros, cine, museos, etc.).	4	3	2	1
53.	Su familia la apoyaba cuando lo necesitaba.	4	3	2	1
54.	Existían barreras físicas, sociales, o culturales que dificultaban su inclusión social.	1	2	3	4
55.	Carecía de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56.	Sus amigos la apoyaban cuando lo necesitaba.	4	3	2	1
57.	En su hogar se fomentaba la participación en diversas actividades de la comunidad.	4	3	2	1
58.	Sus amigos se limitaban al área en donde vivía.	1	2	3	4
59.	Era rechazada o discriminada por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60.	Su familia vulneraba su intimidad (leía sus mensajes, entraban a su cuarto sin tocar la puerta...).	1	2	3	4
61.	En su entorno era tratada con respeto.	4	3	2	1
62.	Disponía de información sobre sus derechos como ciudadana.	4	3	2	1
63.	Mostraba dificultades para defender sus derechos cuando éstos eran violados.	1	2	3	4
64.	En su hogar se respetaba su intimidad.	4	3	2	1
65.	En su hogar se respetaban sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66.	Tenía limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67.	En su hogar se respetaban y defendían sus derechos.	4	3	2	1
68.	En su hogar se respetaba la privacidad.	4	3	2	1
69.	Sufría situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DESPUÉS DEL ABUSO SEXUAL

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi
RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9.	Realiza actividades que le gustaban con otra persona.	4	3	2	1
10.	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11.	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12.	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13.	Manifiesta sentirse infravalorada por su familia.	1	2	3	4
14.	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15.	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16.	Manifiesta sentirse querida por las personas importantes para ud.	4	3	2	1
17.	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18.	Tiene una vida sexual satisfecha.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL		_____			

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19.	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (humo, ruidos, olores, oscuridad, desperfectos, inaccesibilidad, etc.).	1	2	3	4
20.	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21.	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22.	Se muestra descontenta con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23.	El lugar donde vive es limpio.	4	3	2	1
24.	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25.	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26.	El lugar donde vive esta adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
27.	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28.	Tiene acceso a nuevas tecnologías (internet, celular, etc.).	4	3	2	1
29.	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30.	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31.	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32.	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33.	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34.	Se muestra desmotivada en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

BIENESTAR FISICO		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35.	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36.	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37.	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38.	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39.	Tiene una buena higiene personal.	4	3	2	1
40.	En el servicio que acude u hogar se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41.	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42.	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención médica.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52.	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, teatros, cine, museos, etc.).	4	3	2	1
53.	Su familia la apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54.	Existen barreras físicas, sociales, o culturales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55.	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56.	Sus amigos la apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57.	En su hogar se fomenta la participación en diversas actividades de la comunidad.	4	3	2	1
58.	Sus amigos se limitan al área en donde vive.	1	2	3	4
59.	Es rechazada o discriminada por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43.	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44.	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45.	En su hogar toman en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46.	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47.	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48.	Otras personas deciden como gastar su dinero.	1	2	3	4
49.	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50.	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51.	Eligió con quién vivir	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60.	Su familia vulnera su intimidad (leía sus mensajes, entraban a su cuarto sin tocar la puerta...).	1	2	3	4
61.	En su entorno es tratada con respeto.	4	3	2	1
62.	Dispone de información sobre sus derechos como ciudadana.	4	3	2	1
63.	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64.	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65.	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66.	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67.	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68.	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69.	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

PARA EL INVESTIGADOR

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de vida			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de vida			

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones			
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles			
3. Introducir el Índice de Calidad de vida			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
Puntuación estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida

Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de vida.
Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

ANEXO 3



Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina
Coordinación de Práctica Hospitalaria
16 calle 5-82, zona 11. Colonia Mariscal
Guatemala, Ciudad. 01011.

Guatemala, 4 marzo del año 2016

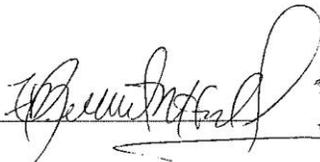
Dirección Médica
Centro de Salud, Zona 1
Dra. Guerra
Presente

Estimada Dra Guerra.

Reciba un cordial saludo, por medio de la presente solicitamos de su autorización para que la estudiante de la Licenciatura en Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar, Andrea Fernanda Sandoval Rivera quien se identifica con número de carné 1182111, pueda realizar su trabajo de tesis el cual se titula "Calidad de vida en mujeres después de una agresión sexual" dentro de su institución.

Agradezco de antemano su respuesta favorable y en espera de su notificación

Atentamente,





13:01
03-4-16