

*LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO*



Thomas, L. (1944). La mirada de las mil yardas (Retrato)

Materia: Metodología de la Investigación

Autor: Dra. Graciela Iglesias

Fecha de presentación: 11 noviembre de 2022

Fundación Barceló, Facultad de Medicina, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud

Carrera: Medicina Legal

Director: Roberto Foyo

Tutora: Dra. María Norma Derito

i. ÍNDICE

Presentación.....	1
Índice.....	2
I. Resumen.....	4
I. Introducción.....	8
II. Fundamento.....	11
III. Marco Teórico.....	12
IV. Definición y formulación del problema.....	18
V. Hipótesis.....	20
VI. Objetivos.....	21
VII .Materiales y Métodos.....	22
1. Tipo de Investigación.....	22
2. Población y Muestra.....	22
3. Variables de estudio.....	23
4. Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación .....	23
5. Fuente y unidad de estudio.....	23
6. Ámbito y período de estudio.....	24
VIII. Presentación y análisis de los resultados.....	25
1. Población estudiada.....	25
1.1. Características de la población.....	25
1.2. Distribución geográfica de la población .....	25
1.3. Distribución según sexo.....	26
1.4. Distribución según edad.....	26
2. Muestra. Casos de TEPT.....	27
2.1. Distribución geográfica.....	27

2.2.	Distribución según sexo.....	28
2.3.	Distribución según edad.....	28
2.4.	Casos de TEPT según actividad específica.....	29
2.5.	Casos de TEPT según severidad del cuadro clínico.....	30
3.	Características de la Escala de Trauma de Davidson.....	31
3.1.	Ítems con mayor y menor positividad (subescala de frecuencia).....	33
3.2.	Ítems con mayor y menor positividad (subescala de intensidad).....	36
3.3.	Puntuación total y subtotales.....	38
IX.	Conclusiones.....	41
X.	Discusión.....	44
IX.	Anexos.....	45
1.	Anexo 1 Distribución geográfica de la población en estudio.....	45
2.	Anexo 2 Distribución etaria de la población en estudio.....	46
3.	Anexo 3 Casos de TEPT según edad.....	47
4.	Anexo 4 TEPT y actividad específica.....	48
5.	Anexo 5 Escala de Trauma de Davidson.....	49
6.	Anexo 6 Criterios para el diagnóstico del TEP (DSM-IV-TR).....	52
7.	Anexo 7 Asociación de síntomas con ítems de la DTS.....	55
8.	Anexo 8 Criterios para el diagnóstico del TEP (DSM-V).....	56
9.	ANEXO 9: Puntuaciones sub-escala de Frecuencia .....	59
10.	ANEXO 11: Puntuaciones sub-escala de intensidad .....	61
X.	Bibliografía.....	63

## I. RESUMEN

El trastorno de estrés postraumático es una patología de alta prevalencia que en muchos casos puede provocar distintos grados de discapacidad y disfunción social.

El cuadro clínico puede presentarse con distinta magnitud. Sus síntomas no son uniformes, sino que varían en tipo, intensidad y frecuencia. Para determinar el grado de disfuncionalidad que produce en los pacientes y su gravedad, en el presente trabajo se utilizó un instrumento psicométrico conocido como la Escala de Trauma de Davidson.

El objetivo de esta investigación fue demostrar la utilidad de esta escala como método de evaluación de la gravedad del trastorno de estrés postraumático en un grupo de militares que participaron en una Misión de Paz en Haití, luego de ocurrido un gran terremoto en 2010.

Se realizó un estudio descriptivo, de tipo cuantitativo, primario, retrospectivo y de corte transversal, obteniendo la información existente en las historias clínicas del Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Campo de Mayo. La población base del trabajo, fue de 282 personas, de las cuales 3 eran femeninas y 279 masculinas, observándose una edad promedio de 36 años. La muestra estuvo representada por 82 casos con trastorno de estrés postraumático diagnosticados al regreso de la comisión. El presente trabajo de investigación fue abordado teniendo en cuenta la distribución de los casos según el ámbito geográfico, la edad, el sexo y la actividad específica de las personas evaluadas.

Respecto a la Escala de Trauma de Davidson, y teniendo en cuenta que la misma está compuesta por dos subescalas (frecuencia e intensidad), se determinaron y analizaron los ítems con mayor y menor frecuencia en cada una, como así también los puntajes subtotales y totales.

Los resultados obtenidos evidenciaron que los síntomas más comunes fueron de reexperimentación (78,04%) y de pesadillas (70,73% de los casos). Dichas observaciones se obtuvieron de la subescala de frecuencia. En tanto que los fenómenos de evitación y los

trastornos de memoria y concentración (subescala de intensidad), se presentaron en un 74,39% y 73,17% respectivamente. Cabe destacar además, que dichos ítems también se percibieron con una intensidad extrema.

También se observó que los individuos más afectados, fueron los que se habían asentado en la Ciudad de Gonaïves, siendo todos masculinos, con una edad predominante entre 31 y 40 años, que desarrollaron tareas de aprovisionamiento a la comunidad siniestrada, tarea recaída en la Especialidad de Intendencia del Ejército.

Respecto a las puntuaciones obtenidas en la Escala, se puede afirmar que es necesario un mínimo de 40 puntos para confirmar la presencia de un TEPT, pero mayores puntuaciones evidencian una mayor gravedad del trastorno, es decir, es proporcional al puntaje obtenido. La severidad del cuadro clínico está directamente relacionada con la cantidad de síntomas presentes, la frecuencia de ocurrencia y la intensidad con que se los percibe.

Como conclusión, se pudo establecer que los resultados del presente estudio permiten considerar a la Escala de Trauma de Davidson como un instrumento útil para evaluar la gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático, según la frecuencia en la presentación de sus síntomas constitutivos (aplicando los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como así también por la intensidad con que los pacientes los perciben.

**Palabras claves:** Trastorno de estrés postraumático, escala de Trama de Davidson, gravedad del cuadro clínico

## I. SUMMARY

Post-traumatic stress disorder is a highly prevalent pathology that in many cases can cause different degrees of disability and social dysfunction.

The clinical picture can present with different magnitude. Its symptoms are not uniform, but vary in type, intensity and frequency. To determine the degree of dysfunction it produces in patients and its severity, a psychometric instrument known as the Davidson Trauma Scale was used in this study.

The objective of this research was to demonstrate the usefulness of this scale as a method of evaluating the severity of post-traumatic stress disorder in a group of soldiers who participated in a Peace Mission in Haiti, after a major earthquake in 2010.

A descriptive, quantitative, primary, retrospective and cross-sectional study was carried out, obtaining the existing information in the medical records of the Psychiatry Service of the Campo de Mayo Military Hospital. The base population of the work was 282 people, of which 3 were female and 279 males, observing an average age of 36 years. The sample was represented by 82 cases with post-traumatic stress disorder diagnosed upon return from the commission. This research work was approached considering the distribution of cases according to geographical area, age, sex and the specific activity of the people evaluated.

Regarding the Davidson Trauma Scale, and taking into account that it is composed of two subscales (frequency and intensity), the items with the highest and lowest frequency in each one were determined and analyzed, as well as the subtotal and total scores. .

The results obtained showed that the most common symptoms were re-experiencing (78.04%) and nightmares (70.73% of the cases). These observations were obtained from the frequency subscale. While the avoidance phenomena and the memory and concentration disorders (intensity subscale) occurred in 74.39% and 73.17% respectively. It should also be noted that the most frequent scores on both scales reflected an extreme intensity for these items.

It was also observed that the most affected individuals were those who had settled in the City of Gonaives, all of them male, with a predominant age between 31 and 40 years, who carried out supply tasks for the affected community, a task that fell to the Specialty Army Quartermaster.

Regarding the scores obtained on the scale, it can be stated that a minimum of 40 points is necessary to confirm the presence of post-traumatic stress disorder, but higher scores show a greater severity of this disorder, that is, it is proportional to the score obtained. The severity of the clinical picture is directly related to the number of symptoms present, the frequency of occurrence and the intensity with which they are perceived.

In conclusion, it was possible to establish that the results of this study allow the Davidson Trauma Scale to be considered as a useful instrument to assess the severity of Post-Traumatic Stress Disorder, according to the frequency of the presentation of its constitutive symptoms (applying the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) as well as by the intensity with which patients perceive them.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder, Davidson Trauma Scale, clinical severity

## II. INTRODUCCIÓN

Miedo, horror, terror, indefensión, desesperación, son algunos de los sentimientos que experimentamos cuando estamos frente a un evento violento, tragedia, muerte o accidentes en gran escala. La tragedia de Once, la explosión en Amia, la destrucción de las Torres gemelas, las guerras, las catástrofes ambientales...

El 12 de enero de 2010 sucedió en Haití, uno de los terremotos más devastadores en la historia de la humanidad de la cual se tenga registro. Su epicentro fue a 15 km de Puerto Príncipe, la capital haitiana y presentó una magnitud de 7,0 grados de la Escala de Richter, generando una extensión de 10 km. La tierra tembló por espacio de más de un minuto. Además, se activó durante dos horas la alarma por tsunami en varios países del Caribe, entre ellos Cuba, República Dominicana y las Bahamas.

Los efectos causados sobre Haití, el país más pobre de América en ese momento, fueron devastadores. Los cuerpos recuperados al 25 de enero superaban los 150 000, calculándose que el número de muertos excedería los 200 000. Gritos entre escombros, niños mutilados, decenas de hombres, mujeres y ancianos con extremidades o cráneos fracturados, miles de muertes, decenas de heridos. El peor escenario posible, un desastre superlativo, totalmente devastador.

Es muy frecuente pensar, que todas las personas que vivenciaron este evento traumático hayan sufrido algún grado de daño psicológico. Pero, se puede o no percibir estrés, luego de transitar un acontecimiento estresante, en función de la valoración que hace el individuo de sí mismo (autoestima, autoeficacia), del apoyo social que percibe y de la valoración de la situación como amenazante, desafiante o de daño o pérdida (González Ramírez y Landero Hernández, 2006)

Cuando el acontecimiento es de tal magnitud que pone en peligro la vida e integridad física del propio individuo o de un tercero, puede producir sentimientos de terror e indefensión y la víctima puede sentirse incapaz de afrontarlo por sí misma. Según Echeburúa, Corral y Amor (2014) esto sugiere un quiebre profundo en los sentimientos de seguridad de la persona. Los mecanismos psicológicos que disponemos para poder enfrentar estas situaciones límite pueden ser insuficientes, por lo que la patología mental

podría aparecer y en algunos casos, sus efectos ser tan persistentes y graves que debiliten y constituyan un trastorno.

Trastorno de estrés postraumático, depresión, trastorno de ansiedad, ideación suicida o intentos de suicidio, son algunas de las patologías observadas en personas con adaptación ineficaz.

Un grupo de militares argentinos, los cascos azules, en el contexto de una Misión de Paz, fueron enviados a Haití inmediatamente después de ocurrido el terremoto, con el objeto de desarmar a la población y brindar apoyo humanitario. Los mismos prestaron sus servicios allí durante seis meses y sus principales tareas fueron repartir alimentos y agua potable, prestar servicios sanitarios y de seguridad. A su regreso, se les realizó una evaluación psicológica, encontrándose casos de trastornos de estrés postraumático.

Este cuadro clínico cada vez más frecuente, ocurre en un individuo luego de haber estado expuesto (se incluye aquí el haber experimentado, que le hayan contado o que haya visto) a un evento altamente estresante ante el cual haya respondido con temor u horror intensos (Prieto, 2020 a) y se manifiesta con síntomas emocionales, psicológicos y/o físicos diversos como recuerdos angustiosos e intrusivos del suceso, sueños recurrentes, reacciones disociativas (como amnesia), hipervigilancia, conductas evitativas, síndrome depresivo con ausencia de emociones positivas, y sensación de futuro desolador (Aranda Rubio, Y., Aranda Rubio, L., Alcaraz-L y Isach Comallonga, 2021).

Esta patología de origen mental se manifestó en este grupo de militares, con síntomas emocionales aislados de escasa gravedad en muchos casos, pero en otros, con trastornos psicóticos más graves. Pero ¿por qué si todos fueron enviados a la misma misión, la enfermedad se manifestó con distinta intensidad en cada uno de ellos? ¿Qué factores influyen para que este trastorno sea más o menos grave? ¿Existe alguna forma de evaluar su gravedad?

Cuando el contingente regresó a la Argentina, como parte de la evaluación psicológica, se les solicitó que completaran una técnica psicométrica llamada Escala de Trauma de Davidson, que es un autoinforme sencillo de comprender y completar. El presente trabajo de investigación demostrará la utilidad de esta escala, para determinar la gravedad del

trastorno de estrés postraumático, en este grupo de militares que cumplió con la misión encomendada.

En la bibliografía internacional, se aprecia, que esta escala se ajusta a las necesidades asistenciales, investigativas y periciales.

## II. FUNDAMENTO

No todas las personas que experimentan un evento estresante desarrollarán un trauma. Algunas podrán presentar síntomas pasajeros de ansiedad, trastornos adaptativos o de duelo o trastorno de estrés agudo, pero en algunos casos, el trauma puede producir efectos prolongados en el bienestar de la persona. Si los síntomas persisten, y no disminuye su gravedad con el tiempo, puede indicar que se ha convertido en un problema de salud mental conocido como trastorno de estrés postraumático. (Bermúdez Durán, Barrantes Martínez y Bonilla Álvarez, 2020)

Este trastorno, puede aparecer inmediatamente después de un evento estresor o no aparecer hasta años después (TEPT retardado) y los pacientes que lo padecen, pueden presentar un cuadro clínico muy heterogéneo, con síntomas emocionales, psicológicos y respuestas físicas de distinta intensidad y gravedad y en algunos casos, pueden interferir gravemente en la vida cotidiana y en las relaciones interpersonales del individuo.

La evaluación clínica puede, en ocasiones, ser insuficiente para determinar la trascendencia del trastorno, por lo es necesario disponer de herramientas de cribado sencillo y fiable que, ajustándose a los criterios del DSM (Manual diagnóstico y estadístico), permitan evaluar la gravedad del cuadro clínico.

Estimar la gravedad de la enfermedad, es útil tanto en el área diagnóstica y clínica como en áreas externas al ámbito sanitario, como por ejemplo en el judicial (cada vez más exigente en lo referido a los métodos utilizados para acreditar daño moral post evento traumático).

Las implicaciones forenses deben ser plasmadas en los informes periciales para que los procesos judiciales se desarrollen disponiendo con el máximo de información posible y aval científico. (Azor y Asociados, 30 diciembre 2021). Así, el peritaje del TEPT se apoyará en diferentes pruebas psicométricas que permitirán determinar el grado de disfuncionalidad que produce y su gravedad, por lo cual, el presente trabajo demostrará la conveniencia del uso de la Escala de Trauma de Davidson, como instrumento capaz de evaluar la gravedad del trastorno de estrés postraumático según la intensidad y frecuencia de los síntomas.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 1) Definición de TEPT

Se ha denominado trastorno por estrés postraumático, al repertorio de reacciones que manifiesta un individuo luego de haber estado expuesto (se incluye aquí el haber experimentado, que le hayan contado o que haya visto) a un evento altamente estresante ante el cual haya respondido con temor u horror intensos (Prieto, 2020 b). El acontecimiento estresante resulta esencial en el diagnóstico, ya que es el punto de partida que dio origen al cuadro, Varios factores, además de la gravedad del suceso, pueden interactuar para que una experiencia sea considerada traumática, como la personalidad del sujeto (vulnerabilidad), los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles, el momento evolutivo en el que se encuentre, su historia vital, (posible concurrencia de con otros problemas actuales y pasados), si el evento sucede de forma puntual o reiterada en el tiempo, si se ha sufrido un daño previo, o si se cuenta con factores de protección, como una red social y familiar, entre otros ( Echeburúa 2010; Gaviria, et al. 2016)

El elemento crítico que torna traumático a un evento es la evaluación subjetiva de la víctima respecto de cuán desamparada o amenazada se haya sentido, es decir, las interpretaciones que le atribuyen al mismo. La descripción del suceso como una vivencia subjetiva (miedo, horror, indefensión) es fundamental para la determinación del carácter traumático (Crespo y Gómez, 2012; Friedman et al., 2014)

#### 2) Epidemiología

El trastorno de estrés postraumático tiene una prevalencia de entre un 5 -10 % a nivel mundial y puede estar presente en el 15%-30% de quienes sufren un suceso traumático, con una incidencia más baja en los supervivientes de una catástrofe o accidente y más alta en el caso de las víctimas de hechos violentos producidos en forma intencional (Echeburúa et al.2016; Galea, Vlahov, Tracy, Hoover, Resnick, y Kilpatrick, 2004).

### 3) Causas

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales Versión IV-TR (DSM-IV) reconoce distintos traumas que pueden dar lugar a la aparición de los síntomas. En este sentido el trauma se vincula directamente con los desastres, los que pueden clasificarse de acuerdo con su origen en naturales (terremotos, inundaciones, huracanes, tornados), accidentales (incendios, accidentes de tránsito, choques) o provocados deliberadamente por el hombre (violaciones, torturas, cautiverios, ataques terroristas, asaltos, maltrato infantil) (Errázuriz, Fischer, Behn, Letelier y Monari, 2019).

Estos eventos pueden ser experimentados en forma directa (lesión grave o amenaza de muerte) o indirecta (ser testigo de un tercero herido, muerto o con amenazas de muerte o tener conocimiento de sucesos traumáticos en familiares o amigos cercanos). Además, las víctimas pueden haber experimentado un único evento traumático o múltiples sucesos aterradores. (Prieto, 2020 c)

Los investigadores están estudiando la importancia de la resiliencia (Ortega, 2014) y los factores de riesgo para el TEPT. “También están estudiando cómo la genética y la neurobiología pueden afectar el riesgo de tener TEPT” (Zegarra-Valdivia, Chino-Vilca, 2019 p 25). Con más investigación, algún día será posible predecir quiénes podrán presentar TEPT. Esto también podría ayudar a encontrar formas de prevenirlo.

### 4) Síntomas Clínicos

El impacto de un trauma puede durar desde algunos segundos hasta horas, días o meses y además tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales tanto a nivel individual como colectivo (las que pueden aparecer de inmediato o a largo plazo) y pueden originar las más diversas manifestaciones clínicas que van desde síntomas emocionales aislados hasta un cuadro psicótico (Carvajal, 2002)

La clínica que define el TEPT comprende:

- La reexperimentación de los síntomas vividos durante el hecho traumático está fuera del control de la persona y en forma persistente pueden aparecer imágenes,

pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea o bien gatillados por estímulos que recuerdan el suceso traumático. Según Errázuriz, Fischer, Behn, Letelier y Monari (2019), estos fenómenos pueden ocurrir durante la vigilia o también durante el sueño en forma de pesadillas. La repetición vivencial del acontecimiento traumático puede tener lugar como “flashbacks”, ilusiones y como alucinaciones. Estos recuerdos invasores muchas veces se acompañan de síntomas autonómicos como taquicardia, polipnea, temblor fino generalizado, cambios de temperatura, sudoración e incluso piloerección.

- La evitación conductual o cognitiva de todo lo que pueda recordarles el acontecimiento traumático: para reducir o intentar eliminar la aparición de los fenómenos invasores surgen conductas de evitación. El paciente comienza a aislarse socialmente y evita conversaciones en torno a su situación traumática o temas relacionados (Seijas Gómez, 2013).
- Las alteraciones cognitivas o estado de ánimo negativo: la respuesta general del paciente ante los estímulos está reducida, al igual que la capacidad de expresar emociones ("embotamiento emocional"). Existen fenómenos disociativos que pueden presentarse como reacción aguda al suceso traumático como son la despersonalización, la desrealización, diversos trastornos de la percepción o de la temporalidad (Lorenzo Ruiz y Guerrero Ángeles, 2017).

Además, es frecuente la depresión y la disminución o falta de interés hacia actividades que antes resultaban gratificantes. Los afectados piensan de manera distorsionada en el hecho traumático que han experimentado, lo que les puede llevar a culparse a sí mismos o a los demás por lo ocurrido. Los sentimientos de culpabilidad son muy frecuentes. Es posible que sientan solo emociones negativas como vergüenza, temor, horror o ira y sean en cambio incapaces de sentir felicidad, satisfacción o amor (Cebrián, Mingote, Isla, Ruiz y Jurado, 2009).

- El aumento de la activación y reactivación psicofisiológica. Los cambios en las reacciones y el estado de alerta incluyendo conductas de riesgo o autodestructivas. Puede haber dificultad para dormir o para concentrarse, reacciones de sobresalto, menor capacidad para controlar las reacciones, lo que resulta en un

comportamiento imprudente o en ataques de ira. Algunas personas llevan a cabo actividades rituales para ayudar a reducir su ansiedad. Muchas personas con TEPT intentan aliviar sus síntomas a través del consumo de alcohol o drogas recreativas y desarrollan un trastorno por consumo de sustancias.(Galliano, Cervera-Goizueta, y Parada-Torres, 2001)

#### 5) Diagnóstico

Ante la sospecha de TEPT, la persona debe ser evaluada para su diagnóstico por un especialista en salud mental, quien por medio de entrevistas y de la aplicación de instrumentos específicos para este fin, podrá determinar la presencia de los criterios diagnósticos establecidos por Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

Para su evaluación se requiere, de un enfoque multidimensional y diversos métodos diagnósticos. Según Cicchetti, Fontana y Showalter (2009), los instrumentos más utilizados para la evaluación de la sintomatología relacionada con el TEPT han sido por un lado las entrevistas y por el otro los cuestionarios, inventarios y escalas. Los test proyectivos permiten, además, evaluar la personalidad de base y la predisposición a padecerlo.

Adicionalmente, en la actualidad los investigadores han dirigido también su interés a la búsqueda de marcadores biológicos y neurobiológicos característicos de los pacientes con TEPT (Miguel Tobal, González Ordi, y López Ortega, 2000)

#### 6) Exámenes psicométricos: Se aplican para medir ciertos aspectos y características de un individuo

Entre las múltiples clasificaciones de las pruebas psicométricas distinguiremos: (Bobes, Calcedo-Barba, García, François, Rico-Villademoros, y González, 2000)

1. Los Autoinformes: permiten adquirir información de diferente índole sobre diferentes aspectos de la persona. Algunos pueden ser:

- Conductas motoras: como la cantidad de veces que repite una acción por día.
- Respuestas fisiológicas: como sudoración excesiva, trastornos gastrointestinales, entre otras
- Pensamientos: como ideación suicida.
- Experiencia subjetiva: como sentirse poco querido.
- Atribuciones: como pensar que el origen de los problemas es por falta de cuidados
- Expectativas futuras: ¿cómo piensa que va a seguir con tal situación?

Permiten medir atributos de la personalidad, estados dependientes de situaciones, como ansiedad y miedos y recoger información sobre conductas problemáticas.

Tipos de Autoinformes (Buela-Casal y Sierra 1997).

a) Según el tipo de preguntas:

- Estructuradas: claramente definidas y formuladas
- Semiestructuradas: la pregunta le permite referirse a distintos aspectos (antes-después, antecedentes-consecuentes de una determinada acción)
- No-estructuradas: es una pregunta inespecífica.

b) Según los tipos de respuesta

- Abierta: el sujeto responde de la manera que mejor le parezca a la pregunta.
- Dicotómica: se responde si/no; verdadero/falso.
- Escalares: responde de una escala para valorar la pregunta.
- Por orden de preferencia: responde de una forma preferencial.

c) Según la estructura psicométrica

- Las entrevistas estructuradas son preguntas agrupadas por temas o categorías, según los objetivos de estudio.

- Las escalas psicológicas: son pruebas de menor extensión que los test, y miden características unidimensionales. Suelen ser de dos tipos: Escalas de sujetos (valoración de sí mismo) y Escalas de objetos (valoración a la realidad que rodea al individuo) (Cicchetti, Fontana, Showalter, 2009).
  - Los Autorregistros: técnica semiestructurada en la que se le da al sujeto una hoja de papel en donde se le pregunta sobre una determinada conducta y es el propio individuo quien la rellena. El evaluado registra su conducta, ya sea cognitiva, motora, fisiológica o emocional, en el mismo momento en el que ocurre.
  - Pensamientos en voz alta: Son procedimientos de recogida de información, preferentemente cognitivas, que se obtienen en el momento de producirse (generalmente en situaciones experimentales)
- 7) Bases del tratamiento: En todos los casos, los objetivos del tratamiento van dirigidos a disminuir los síntomas, prevenir complicaciones crónicas y lograr una rehabilitación social y ocupacional. Se puede utilizar diversas modalidades psicoterapéuticas individuales. También son de gran utilidad las terapias de grupo y de familia y los grupos de autoayuda. En casos graves, también puede ser necesario el uso de psicofármacos.]

#### IV. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En 1980 se acuñó oficialmente, en la terminología psiquiátrica, la denominación de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en la tercera versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III) de la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA,1980). Desde esa fecha en adelante este cuadro clínico ha cobrado gran importancia ya que constituye un problema de salud pública, por su alta prevalencia, por presentarse tanto en población general como en excombatientes, por la incapacidad que genera, por los altos costos de salud que implica y porque la población activa es la más afectada. Muchas veces, es un cuadro subdiagnosticado y por ende subtratado. (Cicchetti, Fontana y Showalter, 2009).

En atención primaria y especializada el TEPT no detectado, se manifiesta según Mingote Adán (2011) a menudo en forma de utilización exagerada de servicios (más de seis visitas en seis meses), depresión, abuso de sustancias, otros trastornos de ansiedad e intentos de suicidio. Además, en comparación con otros pacientes que padecen otros trastornos de ansiedad diferentes del TEPT, presentan un mayor número de enfermedades médicas actuales y a lo largo de la vida. La identificación temprana del trastorno y de los factores de riesgo sobre los que se pueda intervenir, así como su tratamiento precoz, pueden evitar que la patología se cronifique o se desarrollen otros trastornos asociados que, a su vez, podrían empeorar el pronóstico.

Al contrario de lo que se cree, la gravedad del síndrome no depende solamente de la naturaleza del trauma que lo desencadena. La reacción a una situación difícil e inusual depende mucho de la sensibilidad de las personas afectadas y de sus recursos para afrontar los traumas. Además, como los síntomas del trastorno de estrés postraumático no son uniformes, sino que varían en el tipo, intensidad y frecuencia, el cuadro clínico puede presentarse con distinta magnitud. Por eso, es necesario disponer de técnicas complementarias conocidas, sencillas y fiables que, ajustándose a los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, permitan estimar la gravedad del trastorno, Tener a disposición escalas que la midan, facilitarían la tarea del médico evaluador. Estas herramientas también podrían ser utilizadas en estudios epidemiológicos

para medir el impacto de dichos sucesos en las personas y las comunidades (Mendoza, et al. 2013).

Existen en la actualidad diversos métodos de valoración del TEPT; entre ellos puede mencionarse la Escala de Trauma de Davidson que es un instrumento de evaluación de la gravedad del trastorno de estrés postraumático.

Entonces surge la pregunta:

¿Es útil la escala de trauma de Davidson para evaluar la gravedad del trastorno de estrés postraumático?

## V. HIPÓTESIS

Hipótesis 1: La escala de trauma de Davidson es una herramienta útil para evaluar la gravedad del trastorno de estrés postraumático.

Hipótesis 0 La gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático no puede evaluarse a través de escalas psicométricas.

## VI. OBJETIVOS

### a) Objetivo general

Demostrar la utilidad de la escala de trauma de Davidson como método de evaluación de la gravedad del trastorno de estrés postraumático en un grupo de militares que fueron a una Misión de Paz en Haití luego de ocurrido un gran terremoto en 2010.

### b) Objetivos específicos

- 1) Caracterizar la escala de trauma de Davidson
- 2) Identificar los ítems de la escala (síntomas) que obtengan mayor y menor puntuación en la población estudiada
- 3) Determinar porcentajes de casos de TEPT según edad, sexo, las zonas de asentamiento y actividad específica.

## VII. MATERIALES Y METODOS

1. Tipo investigación: se llevará a cabo una investigación no experimental, descriptiva, de campo, cuantitativo, primaria, retrospectiva y de corte transversal.

### 2. Población y muestra

Población: la población estuvo conformada por 282 militares del Ejército Argentino, que regresaron de la Misión de Paz en el extranjero (Batallón Conjunto Argentino- Haití 2010)

Es importante aclarar que todo el personal militar que despliega al extranjero destinado a una misión de paz es seleccionado previamente según su capacidad operativa y además realiza una serie de exámenes médicos y psicológicos para confirmar la ausencia de patología clínica o psicológica. Por lo cual todos viajan con el apto psicofísico otorgado por una junta médica.

El grupo militar que fue enviado a la República de Haití estaba compuesto por las tres Fuerzas Armadas (Ejército, Marina y Fuerza Aérea). La misión tuvo una duración de seis meses (enero a julio de 2010), El apoyo a la comunidad operó desde tres puntos, la Ciudad de Gonaïves, un Hospital Reubicable de la Fuerza Aérea y una Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea (Puerto Príncipe).

Muestra: representada por 82 militares a los que se les diagnosticó trastorno de estrés postraumático

Es de destacar que la evaluación fue realizada al mes de haber regresado el contingente desde Haití y a los siete meses de los eventos traumáticos acaecidos en la Ciudad de Gonaïves, suministrándose a cada individuo la escala de Trauma de Davidson, que debió responder en forma individual, previa explicación oral de la metodología, para el llenado de la misma. Primeramente, se completaron los datos filiatorios tales como nombre, apellido, edad, grado, cargo que ocupaba y actividad específica.

### 3. Variables:

Se estudiarán los casos de trastorno por estrés postraumático según:

- edad y sexo de los pacientes
- actividad específica que desarrollaba durante la misión
- distribución geográfica de los afectados
- síntomas más y menos frecuentes.

### 4. Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación

#### a. Criterios de inclusión:

Ser personal militar del Ejército Argentino que participó en la Misión Haití 2010

#### b. Criterios de exclusión:

- Ser personal militar y civil de otras fuerzas (Fuerza Aérea o Armada) enviados a esta misión de paz.

#### c. Criterios de eliminación

- Personal militar del Ejército Argentino que participó en la Misión Haití pero que no pertenecía al Batallón Conjunto Argentino (Minustah 2010).

### 5. Fuente e instrumento de análisis

- Fuente: historias clínicas
- Lugar de recolección de los datos: servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Militar Campo de Mayo
- Unidad de análisis: Escala psicométrica de trauma de Davidson

Escala psicométrica de trauma de Davidson fue diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Consta de 17 Ítems y dos subescalas (frecuencia y gravedad de los síntomas). Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV:

- a) La subescala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (Nunca: 0 puntos, 2-3 veces: 1 punto, 4-6 veces: 2 puntos , a diario: 4 puntos)
- b) La subescala de gravedad también presenta cinco posibles respuestas (Nada: 0 puntos, Leve: 1 punto, Moderada: 2 puntos, Marcada: 3 puntos y Extrema; 4 puntos)

Se pueden obtener tres resultados distintos.: la puntuación total (suma de todos los ítems) y suma de las respuestas de cada subescala.

La escala es autoadministrada y el marco de referencia es la semana anterior, incluyendo “el día de hoy”

#### 7. Ámbito de estudio: ubicación témporo-espacial

- Lugar: Ciudad de Gonaïves y de Puerto Príncipe (República de Haití)
- Período evaluado: agosto de 2010.

## VIII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 1) POBLACIÓN ESTUDIADA

El grupo militar que fue enviado a la República de Haití estaba compuesto por las tres Fuerzas Armadas (Ejército, Marina y Fuerza Aérea). En el presente estudio de investigación se excluyó a aquellos que no pertenecían exclusivamente a la Fuerza Ejército y también al personal civil. También fueron eliminados aquellos militares que participaron en la Misión Haití 2010 pero que no pertenecían al Batallón Conjunto Argentino (BCA 2010). De esta manera se obtuvo una población total de 282 personas

#### 1.1. Características de la población

El grupo estaba formado por oficiales y suboficiales de distinto rango y antigüedad y por soldados voluntarios. Se evaluaron un total de  $N = 282$  personas, de los cuales 3 eran femeninos y 279 masculinos. Respecto a la edad, la población tenía entre 20 y 56 años, con una edad promedio de 36 años.

#### 1.2. Distribución geográfica

El contingente de militares destinados a la Misión Haití fue distribuido en dos puntos geográficos, la Ciudad de Puerto Príncipe y la Ciudad de Gonaïves. Ésta última está situada a 142 km al norte de la capital y es una división administrativa, En Puerto Príncipe, se asentó la mayoría de la población y en la segunda se establecieron dos subunidades, un Hospital reubicable y una base de helicópteros, ambas pertenecientes a la Fuerza Aérea Argentina. La distribución en estas dos localidades fue según la siguiente repartición:

- Ciudad de Gonaïves: 205 personas
- Ciudad de Puerto Príncipe:

1. Hospital Reubicable de la Fuerza Aérea Argentina: 39 personas
2. Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina: 38 personas

(Gráfico - Anexo 1)

### 1.3. Distribución según sexo:

- Ciudad de Gonaïves N = 205, todos masculinos,
- Hospital Reubicable de la Fuerza Aérea Argentina: N = 39, de los cuales tres femeninos y 36 masculinos,
- Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina: N = 38, todos masculinos

Hay que tener en cuenta que la participación de las mujeres en las actividades de mantenimiento de la paz se ha ido incrementando paulatinamente a lo largo de los años. En 1993, éstas representaban solo el 1% del total del personal uniformado desplegado. Hacia 2012, el número se ha elevado a un 3% del personal militar y un 10% del personal de policía en las misiones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas. (Las mujeres en las actividades de mantenimiento de la paz, 2015)

### 1.4. Distribución de la población según edad:

- Ciudad de Gonaïves N = 205
  - ✓ 143 tenían menos de 30 años (69,75 %)
  - ✓ 98 tenían entre 31 y 40 años (47,80 %)
  - ✓ 64 personas tenían entre 41 y 56 años (31,21%)
- Hospital Reubicable de la Fuerza Aérea Argentina: N = 39
  - ✓ 6 tenían entre 20 y 30 años (15,38%)

- ✓ 22 personas entre 31 y 40 años (56,41%)
- ✓ 11 entre 41 y 56 años (28,20%)

- Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina: N = 38

- ✓ 7 tenían menos de 30 años (18,42 %)
- ✓ 13 entre 31 y 40 años (34%)
- ✓ 18 entre 41 y 56 años (47,36 %)

(Gráfico - Anexo 2)

## 2) MUESTRA: CASOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Al mes de haber regresado el contingente desde Haití se los citó en el Hospital militar Campo de Mayo (Servicio de Psiquiatría y Salud mental), donde se les hizo una evaluación psicológica hallándose 82 casos de trastorno de estrés posttraumático.

### 2.1. Distribución de los casos de estrés posttraumático

#### 1. Casos de TEPT según distribución geográfica en la que estuvieron destinados durante la misión

a. En la localidad de Gonaïves, del total de la población allí emplazada (N 205) se observó sintomatología compatible para estrés post traumático en el 40 % de los casos (N = 82)

b. En la Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina (N = 38), ubicada en la ciudad de Puerto Príncipe, no se observó sintomatología compatible para estrés post traumático (N = 0)

c. En el Hospital Reubicable de la Fuerza Aérea Argentina, instalado en la ciudad de Puerto Príncipe (N = 39), no se observó sintomatología compatible para estrés post traumático 0% de casos.

Si bien Puerto Príncipe fue la zona del epicentro del terremoto, este fenómeno climático, produjo grandes calamidades e inundaciones en la zona de Gonaïves, que afectó no sólo a la población local sino también al Batallón Conjunto Argentino (BCA). En otras palabras, la misión de MINUSTAH pasaba de ser además de una misión de paz, a una misión de asistencia humanitaria. Esta complejidad, llevó a que integrantes del BCA tuvieran llevar adelante tareas de asistencia humanitaria como entrega de alimentos, agua o medicamentos, entre otros efectos. Para calmar la inestabilidad social, se realizaban patrullajes permanentes en diferentes horarios debiendo afrontar situaciones decisorias de suma importancia y gravedad. Es por ello, que el 40 % de la población estudiada, (N=82) presentó afecciones emocionales en esta zona.

## 2.2. Casos de TEPT según sexo

- a. Masculinos: 82 casos (100 %)
- b. Femeninos: 0 casos (0%)

Si bien se describe en la literatura que las mujeres sufren más frecuentemente de TEPT, en este caso, no se observó afección en este sexo posiblemente por dos razones, el número de mujeres de la misión fue muy bajo (N=3) o porque las mismas estuvieron fuera de la Ciudad de Gonaïves (zona más afectada). Las mismas tuvieron asentamiento en la Base de Helicópteros de la Fuerza Aérea Argentina (Puerto Príncipe).

## 2.3. Casos de TEPT según edad

- a. 20-30 años: 29 (35,36%)
- b. 31-40 años: 34 (41,46%)
- c. 41-56 años: 19 (23,17%)

El TEPT, es una patología que se puede presentar a cualquier edad, asociado a una causa desencadenante o un evento traumático. Tanto niños, adultos como ancianos,

pueden padecerlo, no existiendo una edad particularmente predispuesta, En este estudio, pudo observarse una mayor afección en los individuos entre 31 y 40 años, desconociéndose la causa exacta de dicha distribución etaria.

(Gráfico - Anexo 3)

#### 2.4. Casos de TEPT según actividad específica

Si bien las actividades son variadas, se pueden dividir en las siguientes categorías:

- a. Seguridad
- b. Apoyo sanitario
- c. Intendencia (alimentación, vestimenta, abastecimiento en general)
- d. Servicios de apoyo a la comunidad

- Respecto al operativo de seguridad se realizaron tareas tendientes a garantizar un entorno seguro y estable, en las cercanías de las instalaciones militares, a través de servicios de guardia y patrullajes, realización de programas de desarme, desmovilización y reintegración social y protección en los accesos al aeropuerto de Puerto Príncipe.
- El apoyo sanitario contaba con servicios médicos, quirúrgicos, odontología y farmacia, para el propio personal y para los ciudadanos locales. Además, los helicópteros de la Fuerza Aérea realizaban observación y evacuaciones sanitarias. Se realizaron tareas de atención primaria de la salud, atención de las necesidades urgentes de salud creadas por la epidemia de cólera, cirugías menores y vacunación.
- El personal de intendencia fue el encargado del vestuario, alimentación y distribución del abastecimiento general de la propia tropa y además de la provisión de comida y agua potable a la población de la región que debido a la situación, la misma se encontraba aislada y sin posibilidades de obtención de estos recursos básicos.

- Los servicios de apoyo social procedieron a la distribución de artículos de socorro no alimentarios entre las víctimas del seísmo y colaboraron con la construcción de albergues transitorios o refugios para la población y operativos de rescate.

En este grupo, el TEPT se observó según las actividades de la siguiente manera:

- a. Seguridad: 5% (N= 4)
- b. Apoyo sanitario: 11 % (N = 9)
- c. Intendencia (alimentación, vestimenta, abastecimiento en general): 49% (N = 40)
- d. Servicios de apoyo a la comunidad: 35 % (N = 29)

El hacinamiento de los centros de refugio y albergues, en su mayoría improvisados generó altos niveles de riesgo social para las personas, principalmente para mujeres, niños y discapacitados creando un ambiente de vulnerabilidad extrema. La pobreza, el desabastecimiento y los saqueos, hicieron que el personal encargado de repartir los bienes básicos debiera hacerlo en medio de un clima hostil e inmerso en la desesperación y lucha contra el hambre. Toda esta situación facilitó a que el personal de intendencia se viera más afectado, ya que el reparto de comida y agua se convirtió en una herramienta para generar estrés o ansiedad, perturbando y afectando las emociones negativamente

(Gráfico - Anexo 4)

## 2. 5. Casos de TEPT según el grado de severidad

Para el analizar la gravedad del TEPT se utilizó la Escala de Trauma de Davidson (DTS; Davidson et al., 1997, traducida al Español por Bobes et al., 2000). Dicho instrumento fue administrado a todo el grupo de militares que participó en la misión. La misma se completó en forma individual, previa explicación oral para el llenado de las mismas. Primeramente, se completaron los datos filiatorios tales como nombre, apellido, edad, grado, cargo que ocupaba y actividad específica. Dicha escala fue completada por todos los participantes.

### 3) Características de la Escala de Trauma de Davidson

La DTS se trata de una escala autoadministrada, sencilla de 17 ítems que evalúan la frecuencia y la gravedad de los síntomas de TEPT presentes durante la última semana incluido el día de realización. Pese a que los 17 ítems son los mismos en la escala de frecuencia y la de gravedad, el formato de respuesta varía en cada una de estas subescalas. El formato de respuesta ofrece 5 alternativas para "frecuencia" y 5 para "gravedad".

Según la DTS, la frecuencia en que se presentan los síntomas de TEPT se completa tipo Likert con 5 opciones según

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0 puntos
A veces	1 punto
(2-3) veces	2 puntos
(4-6) veces	3 puntos
A diario	4 puntos

Según la DTS, la gravedad en que se presentan los síntomas de TEPT se completa tipo Likert con 5 opciones según

Gravedad	Puntuación
Nada	0 puntos
Leve	1 punto
Moderada	2 puntos
Marcada	3 puntos
Extrema	4 puntos

Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total (suma de todos los ítems) y la suma de las respuestas de cada subescala.

Mason, Lauterbach, McKibben, Lawrence & Fauerbach (2013), sugieren considerar una puntuación total, obtenida de la sumatoria del puntaje de las respuestas dadas tanto en la "frecuencia" como en la "gravedad" de cada síntoma. La puntuación total oscila entre 0 y 136 puntos, la puntuación de cada subescala oscila entre 0 y 68 puntos (a mayor puntuación, mayor gravedad del TEPT).

Los 17 ítems de la DTS están basados en criterios del DSM IV (APA, 2000) (Anexo 5). Los ítems 1 a 5 corresponden al criterio B, los ítems 6 a 12 se ajustan al criterio C y los ítems 13 a 17 al criterio D. (Anexo 6).

- Como se mencionó, los primeros 5 ítems (preguntas) corresponden al criterio B del DSM IV (APA 2000), que tienen que ver con la reexperimentación del evento traumático,
- De la pregunta 6 a la 12, el cuestionario se basa en el criterio C del DSM IV, que se asocian a conductas de evitación o sensación de embotamiento.
- Las últimas 5 consignas (ítems 13 a 17) pertenecen al criterio D del DSM IV que hacen referencia a una hiperactividad o reactividad, como estar irritable, presentar insomnio, tener trastornos de memoria o concentración y estar en alerta permanentemente

La asociación de los ítems de la Escala con los criterios del DSM IV se puede observar en el anexo 7.

Los ítems referentes a la intrusión y evitación se relacionan directamente con el acontecimiento, mientras que los ítems sobre el embotamiento, aislamiento e hiperactividad se requieren únicamente precisar su ausencia o presencia sin relacionarlos de forma directa con el acontecimiento. Este último aspecto difiere del DSM IV que exige que estos síntomas hayan surgido tras el acontecimiento, pero los autores se han tomado esta licencia ya que dudan de la capacidad del propio paciente para valorar este aspecto de forma precisa, en particular si se trata de un trauma acontecido hace mucho tiempo o ante la experimentación de traumas de forma repetida y crónica.

Dentro del DSM-V publicado en 2013, se llevó a cabo una reconceptualización del trastorno, llevando de la categoría de trastornos de ansiedad a la nueva categoría de "Trastornos relacionados al trauma y estrés", además se agregaron, removieron y revisaron

algunos de los criterios sintomatológicos, añadiendo además la detección de dos subtipos del TEPT: disociativo y preescolar.

En sintonía con el DSM IV, el nuevo Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2013) ( Anexo 8), incluye dentro del criterio B, que deje secuelas en forma de sueños, recuerdos recurrentes u otras formas de revivir lo ocurrido; en el criterio G que provoquen un gran malestar que afecta a la vida laboral o personal .cuando la persona inicia una estrategia de evitación contra las secuelas intentando eliminarlas, en el criterio D se describen otra serie de problemas emocionales y en el criterio E que se produzca también una alteración del estado de alerta. Además, incluye tiempo de evolución de los síntomas, repercusión en la vida personal o laboral del sujeto, También se agrega la presencia de otros signos como la despersonalización o la desrealización.

Como se puede ver, los parámetros clínicos tanto del DSM IV como del DSM V son semejantes pero los síntomas de alerta y aumento de la reactividad asociados al suceso traumático (criterio D del DSM IV) pertenecen en el último manual al criterio E.

## 5.2. Ítems de la Escala de Trauma de Davidson con mayor y menor positividad en la “subescala de frecuencia”

Se observó un aumento en la frecuencia de respuestas para los ítems 1 (78,04%) y 2 (70,73%). En el Ítems 1 se pregunta acerca de la presencia y frecuencia de imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento y en el ítem 2 sobre pesadillas sobre la situación traumática.

Ambos ítems se asocian, como se mencionó previamente, al criterio B (DSM IV y V) que se refieren a síntomas intrusivos que se presentan como recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes del hecho traumático o reviviscencia del hecho traumático como si estuviera sucediendo otra vez (flashbacks). Es decir, el sujeto revive y reacciona a esta experiencia con miedo e impotencia, debido que no pudo hacer una adaptación satisfactoria del evento, lo cual lo lleva a tener una disfunción comportamental, psicológica y biológica. Esta situación puede ocurrir tanto durante el día como también durante la noche.

Los recuerdos nocturnos a menudo se manifiestan como sueños angustiosos o pesadillas en los que se revive el evento. Para las personas con trastorno de estrés postraumático, las pesadillas no son solo sueños genéricos, en general, giran en torno a la experiencia traumática de la persona y obligan a los sobrevivientes a revivir el evento en sus pesadillas. Los despertares suelen ir acompañados de una sensación intensa y prolongada de miedo o ansiedad que causa un retraso en el regreso al sueño. Estos patrones de interrupciones del sueño nocturno a menudo se asocian con somnolencia excesiva, fatiga, dificultades para concentrarse, irritabilidad y sentimientos de impotencia, que tienen un efecto perjudicial en la calidad de vida del individuo. Dicho en otras palabras, estas personas pueden seguir experimentando el evento traumático mediante pesadillas, secuencias retrospectivas o recuerdos que no pueden controlar y como resultado, crean un dolor emocional grave asociado a problemas en el hogar, el trabajo, la escuela o relaciones interpersonales.

Es importante destacar que, si bien los ítems **1** y **2** fueron los más marcados por la mayoría, los ítems **13** y **14** fueron los que más se presentaron en su máxima expresión es decir con una frecuencia "a diario" (máxima=4 puntos), en las siguientes proporciones 23,17 % el primero y en el 17,07 % en el segundo.

El ítem **13** está asociado a dificultades para iniciar o mantener el sueño y el **14** hace referencia a estados de irritabilidad.

Los trastornos del sueño constituyen un grupo muy numeroso y heterogéneo de procesos. Hay muchísimas enfermedades que cursan con algún trastorno del sueño como uno más de sus síntomas. De hecho, es difícil encontrar alguna enfermedad que no altere en nada el sueño nocturno o la tendencia a dormir durante el día. El insomnio es el más frecuente de todos los trastornos del sueño en la población general presentándose como una dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, despertar precoz o un sueño poco reparador, a pesar de disponer de condiciones adecuadas para el sueño.

La ansiedad puede estar relacionada con el insomnio. Así pues, a menudo sucede que la ansiedad produce una sobreexcitación del sistema, provocando pensamientos

excesivos, preocupaciones y nerviosismo lo cual se manifiesta en forma de trastornos del sueño.

De forma general se puede considerar que la ansiedad normal es aquella se presenta frente a determinados estímulos. La ansiedad se considera patológica cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada, que interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento, afectando al individuo a nivel personal y social. La respuesta es exagerada tanto en intensidad como en duración.

Por lo cual, aunque los síntomas de reexperimentación y las pesadillas (reviviscencia nocturna) fueron los síntomas que se presentaron en más individuos, según lo previamente expuesto, se puede observar que, en este grupo, los trastornos del sueño y los signos de ansiedad, fueron considerados como síntomas muy frecuentes en los pacientes que los sufrían.

En este mismo grupo, se observó una disminución en la frecuencia de respuestas positivas para los ítems **8** (32,92%) y **10** (12,19%). El ítem **8** está asociado a la incapacidad de recordar partes importantes del acontecimiento y el ítem **10** hace referencia a sentimientos de desapego o lejanía con la gente.

Ambos ítems se basan en el criterio D (DSM IV y DSM V). En el caso del ítem **8**, la Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático se debe típicamente a la presencia de una amnesia disociativa. Esta última, es una pérdida de memoria más grave que un olvido normal y que no puede justificarse por la existencia de una enfermedad. El paciente no puede recordar información sobre sí mismo ni sobre acontecimientos ni personas de su vida, en especial los relacionados con el momento traumático.

En el caso del ítem **10**, se refiere al sentimiento de desinterés o extrañamiento hacia los demás. El desapego emocional puede tener muchas causas diferentes. Estos pueden incluir experiencias pasadas y condiciones psicológicas, pero también pueden ser comportamientos intencionales que se pueden usar como una forma de hacer frente o establecer límites en situaciones abrumadoras. Puede asociarse a alteraciones cognitivas

negativas y del estado de ánimo. Estas pueden caracterizarse por creencias o expectativas negativas sobre uno mismo, los demás o el mundo, presencia de miedos, enfados, sentimientos de culpa o vergüenza, disminución del interés o la participación en actividades significativas o incapacidad para experimentar emociones positivas incluso en su entorno familiar.

Si bien ambos ítems, **8** y **10**, fueron poco frecuentes, el ítem **8** fue el único que no se presentó “a diario” en ningún caso.

Según lo previamente expresado se puede determinar que en este grupo predominaron los síntomas de intrusión o reviviscencia del acontecimiento traumático tanto durante la vigilia como en ocasiones del sueño, provocando una repetida y dominante invasión de sensaciones y sentimientos asociados al trauma que el sujeto no puede controlar ocasionándole problemas familiares y sociales diversos. La baja frecuencia de los ítems 8 y 10 podría asociarse a tratamientos psicoterapéuticos, farmacológicos, poseer una contención familiar satisfactoria o una red social suficiente. Desafortunadamente estos datos no se mencionaban en las historias clínicas.

### 5.3. Ítems de la Escala de Trauma de Davidson con mayor positividad en la *subescala de intensidad (gravedad)*

Otro factor a tener en cuenta es la intensidad de los síntomas, ya que los tres grupos de manifestaciones clínicas, reexperimentación del trauma (criterio B), evitación persistente de estímulos asociados (criterio C) y signos de hiperactivación (criterio D), están asociados a la gravedad del cuadro cuando son calificados por los pacientes como intensos o muy intensos.

Con el tiempo, los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden variar en intensidad. Sin tratamiento y apoyo familiar y/o social, la enfermedad puede profundizarse y empeorar. Los casos graves, se asocian frecuentemente a adicciones al alcohol o drogas y en algunos casos hay ideación o intentos de suicidio.

Por ello, además de la frecuencia con que se presentan los síntomas, es muy importante evaluar con qué severidad se presentan y en qué magnitud son experimentados por los pacientes, porque ello puede señalar su gravedad, la incapacidad para afrontarlo, el pronóstico y la discapacidad del enfermo-.

Se observó que las respuestas para los ítems **6 y 15** obtuvieron las marcaciones más altas. La puntuación del ítem **6** para la subescala de intensidad fue la más señalizada (N= 61 - 74,39%) y el **15** fue el segundo más puntuado (N= 60 - 73,17%). Además ambas poseyeron más marcas de intensidad extrema (4 puntos).

La pregunta **6** de la escala DTS se refiere a la evitación. El TEPT puede ser definido en gran parte debido a la evitación experiencial que se asocia con el trauma. El individuo no está dispuesto a entrar en contacto con ciertas experiencias traumáticas y trabaja activamente para escaparse de tales. A corto plazo, esta evitación puede brindar alivio temporal, pero con el tiempo, raramente funciona y sobreviene la angustia y en muchos casos la depresión.

El intento repetido por liberarse de pensamientos, emociones, sensaciones e incluso cosas o lugares que puedan recordar el trauma, producen no sólo su fijación sino también su perpetuidad. Muchas veces, esto desenlaza en conductas autodestructivas, como el abuso de alcohol o drogas, la automedicación sin control, la asunción de conductas de riesgo (tales como conducir de forma temeraria o implicarse en deportes de riesgo), el aislamiento social o la práctica de conductas violentas. Todo ello tiene en común el deterioro de la calidad de vida de la persona y la profunda alteración de las relaciones interpersonales.

En tanto que la pregunta **15** se refiere a los trastornos de memoria y concentración. El estrés, la ansiedad o la depresión pueden causar olvidos, confusión, dificultad para concentrarse y otros problemas que interrumpen las actividades diarias.

Cuando la ansiedad es elevada y se convierte en crónica pueden aparecer ambos síntomas. Concretamente, la falta de concentración es un trastorno en la capacidad de atención que impide la realización de las tareas más cotidianas. Tales como entender una

conversación, leer, estudiar o hacer cualquier tipo de actividad mental. Normalmente es un problema transitorio, donde la ansiedad y la desmotivación tienen gran importancia. La falta de concentración está muy frecuentemente asociada a los problemas de memoria tornándose difícil no sólo recordar sino también retener información. Las causas más frecuentes son la depresión, ansiedad, miedos o traumas, consumos de drogas, alcohol o fármacos, estrés, cansancio o trastornos de la personalidad.

Por lo tanto, se puede inferir que este grupo presentaba una base ansiosa y/o depresiva. El TEPT es un tipo de trastorno de ansiedad y la depresión o las mismas son patologías concurrentes. La ansiedad es el mecanismo de defensa que utiliza el organismo para ponerlo en alerta ante una preocupación excesiva y muchas veces se manifiesta físicamente con síntomas neurovegetativos o enfermedades psicosomáticas-

En contrapartida, la pregunta **9** fue la menos frecuente (N= 34 que es el 41,46 %) y se refiere a la dificultad para disfrutar de las cosas.

Este síntoma se denomina anhedonia. La misma es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades de la vida. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otros trastornos. Es un tipo de bloqueo que impide reconocer estímulos positivos que crean placer, lo que conlleva habitualmente una pérdida de interés hacia actividades y aspectos habituales de la vida cotidiana.

Lamentablemente, en los instrumentos evaluados no había referencias a cerca de algún tipo de tratamiento psicológico, psiquiátrico o farmacológico que este grupo hubiera iniciado, que pudiera justificar el bajo porcentaje de este síntoma.

## 6. Puntuación total y subtotales

Para lograr mayor objetividad, además de poner en evidencia, cuáles fueron los síntomas más o menos frecuentes o intensos en estos sujetos, esta escala permite obtener

resultados cuantitativos. A cada variable sintomática se le otorga un número según la percepción o aparición de las mismas. Cada una de las 17 preguntas se responden con un valor numérico, siendo el cero un valor negativo y del 1 al 4 valores positivos. Se le pide al encuestado que le otorgue un valor cuantitativo a cada ítem, el cual se deduce según el orden creciente de frecuencia de presentación o percepción del parámetro preguntado. Así se pueden obtener tres cantidades distintas, una correspondiente a cada subescala y una puntuación total. Las cifras obtenidas en este caso fueron:

a. Subescala de frecuencia:

- puntaje máximo 50 puntos
- puntaje mínimo 17 puntos

b. Subescala de intensidad

- puntaje máximo 51 puntos
- puntaje mínimo 20 puntos

c. Puntuación total:

- puntaje máximo 75 puntos
- puntaje mínimo 40 puntos

Normalmente se sugiere considerar la puntuación total. Ésta oscila entre 0 y 136 puntos con un valor de corte de 40 puntos.

Se puede observar, que la mayor puntuación se observó en la subescala de intensidad (51 puntos), es decir aquella que tiene en cuenta la magnitud con que son experimentados los síntomas según la evaluación subjetiva que el individuo haga del evento traumático. Es importante recordar que la misma se relaciona con la valoración que hace el individuo de sí mismo (autoestima, autoeficacia), del apoyo social que presente y de la situación individual. Si existe incapacidad para afrontar el trauma, el pronóstico y la discapacidad del enfermo serán mayores.

En relación al puntaje total mínimo hallado, se observó que el 55,89 % de la muestra obtuvo 40 puntos, en tanto que sólo el 1,21 % (N=1), alcanzó 75 puntos como puntuación máxima, De ello surge que la mayoría de estos individuos eran portadores de un TEPT leve.

La ventaja de este instrumento psicométrico es que es breve y sencillo de corregir sirviendo de apoyo a la práctica profesional y a la investigación clínica. Asimismo ofrece un interés adicional desde una perspectiva dimensional, al permitir la cuantificación de la gravedad de los síntomas según su frecuencia e intensidad tanto en la escala global como en sus subescalas constitutivas.

Su utilidad reside tanto en la valoración de la gravedad del trastorno de estrés postraumático como así también en la valoración de la respuesta al tratamiento ya que se ha demostrado sensible al cambio a lo largo del tiempo

## VIII. CONCLUSIÓN

El trastorno de estrés postraumático es un cuadro clínico frecuente, asociado a diversos porcentajes de discapacidad y que muchas veces se relaciona con adicciones y suicidios. Este síndrome presenta una serie de síntomas descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales y su gravedad varía de un individuo a otro.

A fin de determinar la utilidad de la Escala de Trauma de Davidson para evaluar la severidad de este cuadro clínico, en el presente trabajo de investigación, se analizó una población de 282 militares que participaron en una misión de paz en Haití, poco tiempo después de haber ocurrido un terremoto en 2010. La muestra estuvo representada por 82 uniformados que presentaron Trastorno de Estrés Postraumático al momento de la evaluación.

Es importante aclarar que, si bien el TEPT se relaciona en general con eventos traumáticos de gran escala, también puede presentarse ante acontecimientos menores, ya que depende de la evaluación subjetiva que la víctima haga respecto al factor estresor, es decir, las interpretaciones de cuan amenazantes o desafiantes atribuyan al suceso. En el proceso de evaluación de los resultados se tuvieron en cuenta las características etarias, el sexo, la ubicación geográfica donde se prestaron servicios y las actividades realizadas durante la misión. Estas variables se consideraron tanto en la población general como en la muestra.

Los resultados indicaron que los más afectados de TEPT se asentaron en la Ciudad de Gonaïves. Cabe aclarar, que, si bien el epicentro del terremoto fue en Puerto Príncipe, las inundaciones afectaron mayormente a esta ciudad.

En relación con la edad y sexo predominantes, se advirtió que los más afectados tenían entre 31 y 40 años, siendo todos del género masculino. Es menester puntualizar que solo un reducido número de mujeres participaron en esta misión.

Dadas las repercusiones que tuvo el hambre, la desnutrición y la muerte sobre la población general, la actividad laboral que se vio más implicada fue la de intendencia. Esta

sección fue la encargada de la distribución de agua y alimentos a una población totalmente vulnerable y desesperada.

Para el análisis de los resultados de la escala de Trauma de Davidson, se procedió a examinar separadamente cada subescala constitutiva, la de frecuencia y la de gravedad de síntomas

Respecto a la subescala de frecuencia, los ítems más repetidos fueron los que se refieren a la presencia de imágenes o pensamientos dolorosos del acontecimiento y los que se relacionan con pesadillas acerca de la situación traumática (preguntas 1 y 2 de la DTS respectivamente).

Los ítems que fueron marcados como de “frecuencia diaria” fueron los asociados a irritabilidad y dificultades para iniciar o mantener el sueño (preguntas 13 y 14). En este sentido, la reexperimentación fue el síntoma predominante, pero ésta no se manifestó tan cotidianamente como el enfado o el insomnio.

Referente a la subescala de gravedad, se observó que las consignas más reiteradas y que a su vez obtuvieron las puntuaciones más altas (4 puntos) fueron las referidas a los fenómenos de evitación y los trastornos de memoria y concentración. Estas manifestaciones se relacionan con intentos repetidos por liberarse de pensamientos, sensaciones o lugares asociados al trauma que suelen asociarse a conductas de riesgo, aislamiento social y deterioro de la calidad de vida de la persona.

En cuanto a la dificultad para el disfrute de las cosas, referida en la pregunta 9 del autoinforme, fue marcada como positiva sólo por una minoría. De ello se deduce que los síntomas presentes en este grupo no fueron tan graves como para impedir el gozar de las actividades diarias

Considerando las puntuaciones totales de la Escala, se puede afirmar que es necesario un mínimo de 40 puntos para confirmar la presencia de un TEPT, pero mayores puntuaciones evidencian una mayor gravedad del trastorno, es decir, es proporcional al puntaje obtenido. La severidad del cuadro clínico está directamente relacionada con la

cantidad de síntomas presentes, la frecuencia de ocurrencia y la intensidad con que se los percibe.

Luego de presentar las conclusiones a las que se arribó en el presente estudio, se puede afirmar que la hipótesis fue validada y se puede considerar a la Escala de Trauma de Davidson como un instrumento útil para evaluar la gravedad del trastorno de estrés postraumático.

## IX. DISCUSIÓN

Dado que el estudio se realizó en una muestra pequeña, se hace necesario que futuras investigaciones trabajen con muestras más amplias y representativas que confirmen o refuten los resultados de este estudio.

Puesto que en este trabajo el porcentaje de personal femenino fue muy bajo (sólo el 1%) sería importante que nuevos estudios incluyeran una proporción similar de hombres y mujeres para poder obtener conclusiones fidedignas respecto al grado de afectación de este trastorno según el sexo.

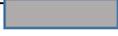
Además, en el presente, sólo se evaluaron adultos y con idéntico factor estresor, siendo menester evaluar la utilidad de esta escala también en pacientes pediátricos o cuyas causas traumáticas sean diversas.

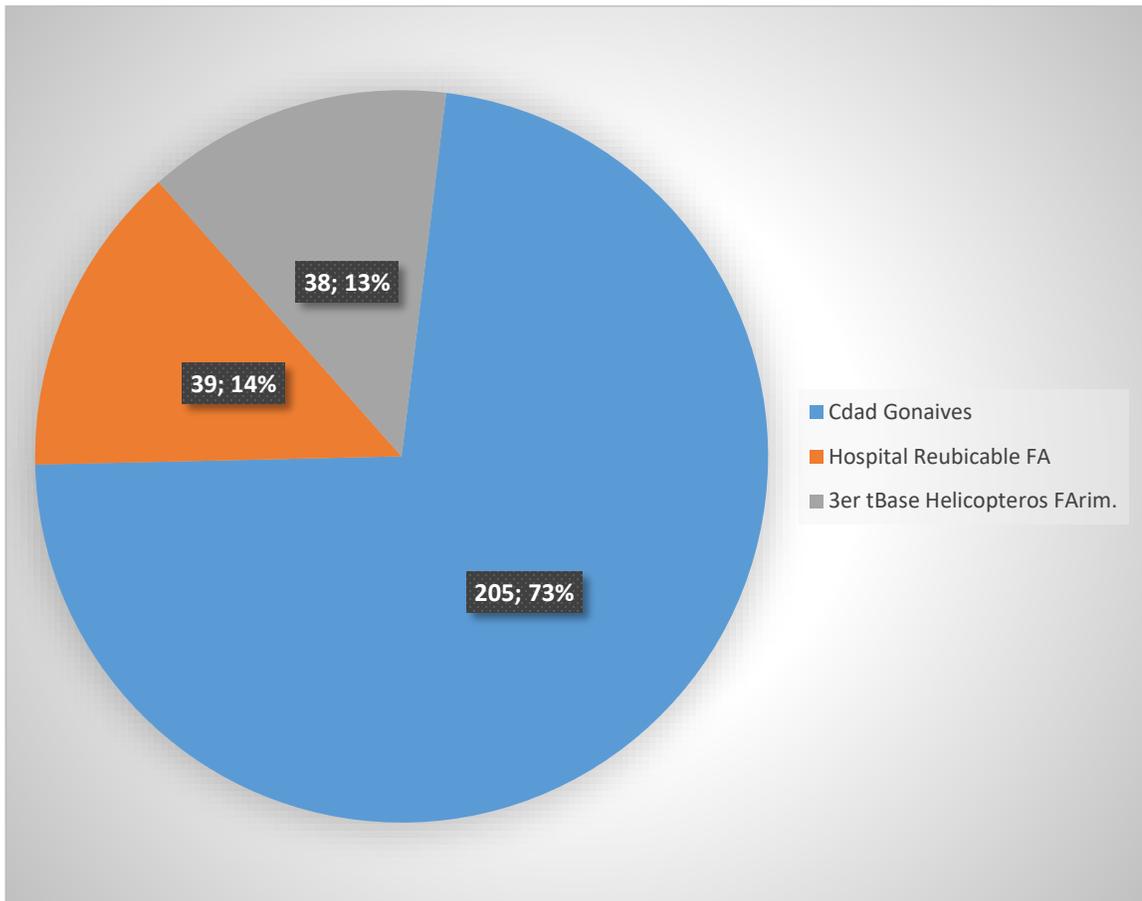
Siendo el factor subjetivo un elemento importante a la hora de padecer este trastorno, si se incluyeran participantes de diferentes estratos sociales, con distintas profesiones o niveles educativos se podrían analizar las valoraciones psicológicas en cada caso.

Si bien, se considera la severidad del cuadro clínico acorde a las puntuaciones halladas, sería necesario establecer rangos específicos que permitieran clasificar al trastorno en leves, moderados o graves.

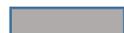
Por último, es oportuno señalar que cuando la semiología clínica psiquiátrica y los resultados de la escala fueran muy dispares o no equiparables, debería evaluarse cada caso en particular, ya que podrían tratarse de otros trastornos psicopatológicos o de cuadros no auténticos (simulación o disimulación de síntomas).

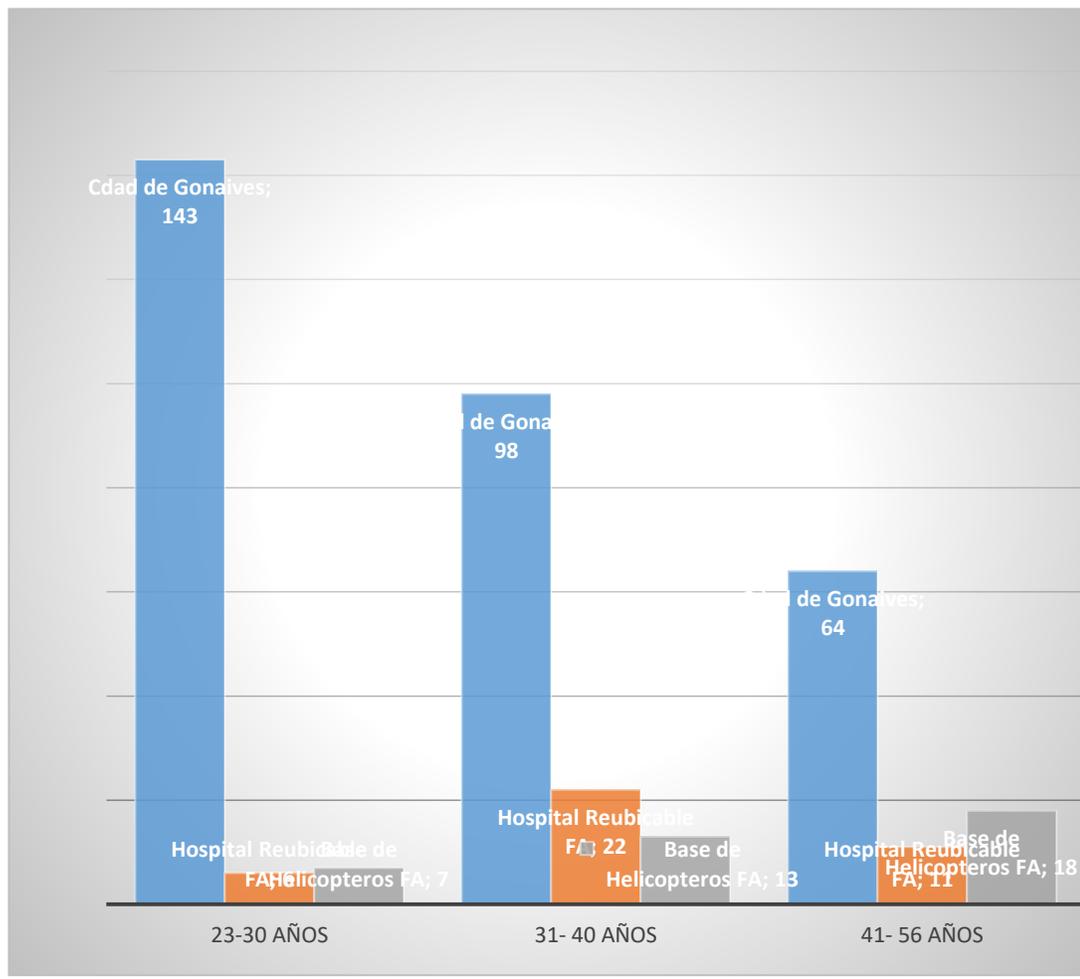
ANEXO 1: Distribución geográfica de la población en estudio

UBICACIÓN	POBLACION	% POBLACION	AREA GRAFICO
Ciudad Gonaïves	205	72,69 %	
Base Helicópteros FA	38	13,47%	
Hospital Reubicable FA	39	13,84%	

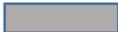


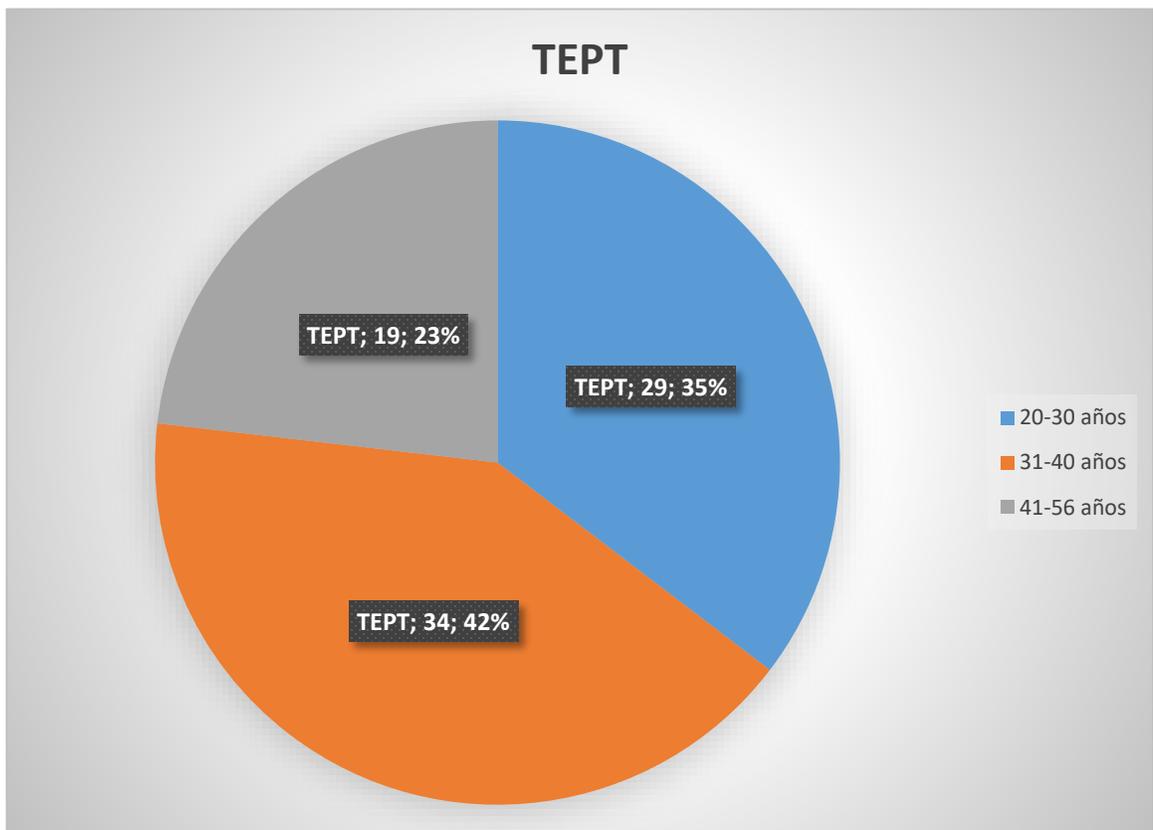
ANEXO 2: Distribución etaria de la población en estudio

UBICACION	23 -30 AÑOS	31 – 40 AÑOS	MAS 40 AÑOS	AREA GRAFICO
Ciudad Gonaïves	143	98	64	
Base Helicópteros FA	7	13	18	
Hospital Reubicable FA	6	22	11	



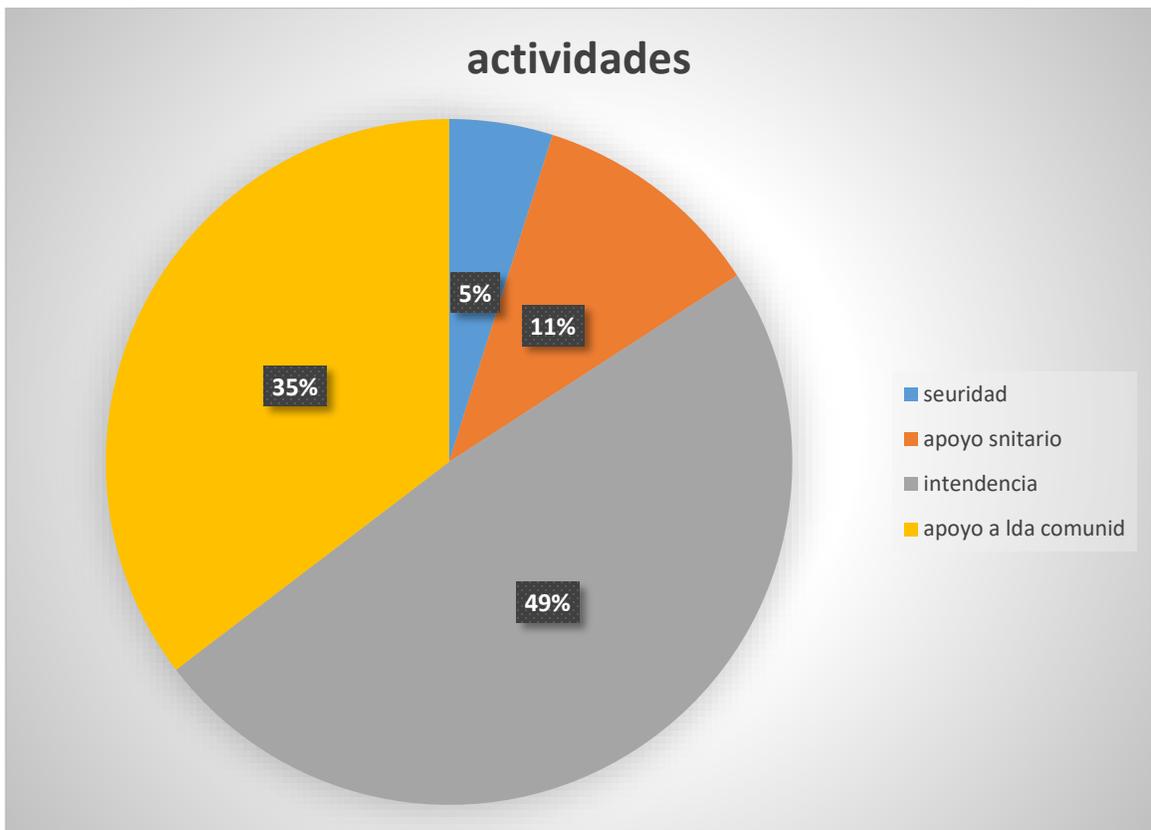
ANEXO 3: Casos de TEPT según edad

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE	AREA GRAFICO
20 -30 AÑOS	29	35,36 %	
31 – 40 AÑOS	19	23,17 %	
MAS 40 AÑOS	34	41,46 %	



ANEXO 4: Distribución de casos según la actividad específica

ACTIVIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE	COLOR
SEGURIDAD	4	5%	
APOYO SANITARIO	9	11%	
INTENDENCIA	40	49%	
APOYO A LA COMUNIDAD	29	35%	



ANEXO 5; Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS) (APA 2000)

Por favor, identifique el trauma que más le molesta \_\_\_\_\_

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0. Nunca	0. Nada
1. A veces	1. Leve
2. ( 2-3) veces	2. Moderada
3. (4-6) veces	3. Marcada
4. A diario	4. Extrema

	Frecuencia	Gravedad
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?		
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		

5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)		
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?		
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?		
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?		
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?		

16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?		
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		

ANEXO 6: Criterios para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

**A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:**

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

**B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:**

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al

despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

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

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

**E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.**

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

*Especificar si:*

**Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

*Especificar si:*

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

ANEXO 7: asociaciones entre los ítems de la DTS, los síntomas de TEPT y el criterio DSM correspondiente

Ítems	Síntoma del DSM	Nro	Criterio del DSM
Ítems 1	Recuerdos del acontecimiento	1	B
Ítems 2	Sueños recurrentes	2	B
Ítems 3	Actúa o tiene sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo	3	B
Ítems 4	Malestar psicológico intenso	4	B
Ítems 5	Respuestas fisiológicas	5	B
Ítems 6	Esfuerzos para evitar pensamientos	1	C
Ítems 7	Esfuerzos para evitar actividades	2	C
Ítems 8	Incapacidad para recordar	3	C
Ítems 9	Reducción acusada del interés	4	C
Ítems 10	Desapego o enajenación	5	C
Ítems 11	Restricción de la vida afectiva	6	C
Ítems 12	Sensación de futuro asolador	7	C
Ítems 13	Dificultades del sueño	1	D
Ítems 14	Irritabilidad	2	D
Ítems 15	Dificultades de concentración	3	D
Ítems 16	Hipervigilancia	4	D
Ítems 17	Repuesta de sobresalto exagerada	5	D

## ANEXO 8: Criterios del DSM5 para el trastorno por estrés postraumático (APA, 2013)

Definición del trastorno por estrés postraumático como:

### **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(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) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 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, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

***C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:***

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

***D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:***

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

***E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:***

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) 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 (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

**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**

(por ejemplo, medicamentos, alcohol, etc) o por alguna afección médica.

Especificar si:

**Con síntomas disociativos:** Los síntomas 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 si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

**2. Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). **Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

**Especificar si: Con expresión retardada:** Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

ANEXO 9: Puntuaciones sub-escala de Frecuencia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Tt
3	3	0	0	3	3	0	0	0	0	2	0	4	0	0	1	0	19
1	2	3	0	0	1	1	0	3	0	1	1	1	0	4	0	0	18
1	3	0	3	1	0	3	2	2	0	1	0	4	0	1	2	0	23
4	3	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	1	3	2	0	18
0	2	0	0	0	0	0	3	3	4	0	3	4	1	3	2	1	26
3	0	0	0	0	0	1	2	2	2	0	3	4	3	0	2	1	23
2	3	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1	0	3	2	0	18
0	0	0	0	0	3	3	3	3	0	0	1	0	0	3	1	1	18
3	3	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	0	4	20
1	0	0	2	3	4	0	0	4	0	0	0	0	4	0	0	2	20
3	3	3	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	18
3	3	3	0	3	0	3	3	2	2	0	3	4	4	2	3	3	41
3	0	1	0	0	4	0	0	0	3	0	3	0	0	3	1	0	18
1	4	0	1	0	2	3	0	0	0	3	0	0	4	0	0	0	18
3	3	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	2	0	2	18
3	3	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	4	2	0	1	1	19
2	1	3	0	3	0	3	3	0	0	1	3	2	4	0	1	1	27
0	2	4	0	0	2	0	0	3	0	1	3	1	0	3	0	0	19
1	3	0	3	1	0	4	3	4	2	1	0	1	0	1	2	0	26
0	3	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	4	19
1	1	0	0	2	3	0	0	3	0	0	1	0	2	2	0	3	18
3	0	0	0	2	3	0	0	0	1	1	0	3	1	3	1	1	19
2	4	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	4	0	3	4	0	20
0	1	3	0	3	0	0	0	3	0	1	0	1	4	0	0	3	19
3	2	1	0	0	1	0	3	2	0	3	0	3	0	0	0	0	18
4	3	0	0	3	4	3	0	0	0	0	3	3	4	3	0	1	31
2	2	0	0	0	4	0	3	4	3	2	0	4	4	4	4	3	39
1	3	0	0	0	4	0	0	0	4	1	3	3	1	0	1	0	21
1	0	3	0	0	3	1	0	4	1	0	0	2	4	0	0	0	19
3	1	0	1	0	3	3	0	0	0	0	1	0	0	4	1	1	18
1	3	0	0	0	2	0	0	2	0	4	0	1	1	3	0	1	18
2	4	1	0	0	4	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	2	18
0	1	3	0	0	1	1	0	3	0	0	3	3	0	0	0	3	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	4	4	2	18
3	3	2	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0	1	1	19
3	0	3	3	0	0	0	3	3	0	0	4	2	4	0	2	0	27
3	3	0	1	2	3	3	2	0	1	0	1	3	1	3	3	0	29
3	4	3	0	1	0	3	0	3	0	1	1	1	0	0	2	1	23
2	3	0	0	3	3	0	0	0	3	2	1	0	3	0	0	0	20
3	3	3	2	1	1	0	0	0	2	3	3	3	1	0	2	0	27
3	3	1	0	3	0	0	1	3	0	0	1	0	1	0	3	0	19

1	2	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	3	0	3	18
3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	2	50
0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	3	3	3	0	3	0	3	19
1	0	3	0	3	0	1	1	1	0	0	0	3	0	4	0	2	19
3	3	1	0	1	0	0	1	3	0	2	0	1	0	4	1	2	22
3	0	0	0	0	3	4	0	3	0	0	0	0	0	3	0	3	19
2	0	0	0	4	2	0	0	1	2	0	3	0	4	1	2	0	21
1	2	0	1	3	3	2	0	1	0	0	3	0	0	3	0	0	19
3	3	0	0	3	3	0	0	0	2	3	0	4	0	0	0	0	21
4	2	0	0	3	0	1	0	3	2	0	0	1	0	3	0	0	19
3	0	0	0	3	3	0	3	0	0	0	3	0	0	4	0	0	19
0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	4	0	2	3	4	19
3	3	2	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	4	0	3	0	21
3	3	1	0	0	3	1	0	1	3	1	0	1	0	0	1	4	22
3	3	0	0	3	4	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	18
3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	4	3	0	3	0	19
0	4	1	0	0	3	3	0	1	3	3	1	1	0	2	1	0	23
1	3	3	0	1	3	3	3	3	0	0	1	4	1	3	0	0	29
3	0	0	0	3	3	3	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	19
0	3	2	0	0	3	0	0	0	3	1	0	0	1	4	2	0	19
1	3	1	0	0	3	0	2	1	0	0	2	1	1	2	0	2	19
3	3	0	0	3	2	2	0	0	3	3	3	0	0	3	0	2	26
1	0	0	0	0	3	4	2	3	2	0	0	4	0	2	0	0	21
0	1	3	0	3	0	0	0	3	0	3	3	4	3	0	0	1	24
0	4	0	3	3	3	0	0	4	3	0	0	4	2	0	2	2	30
3	0	3	0	3	0	0	3	0	0	0	1	0	0	3	4	0	20
0	0	4	0	0	0	0	3	2	2	0	0	2	1	2	0	2	18
1	2	4	1	1	0	3	0	1	4	1	0	4	0	3	1	0	26
0	3	0	0	0	0	0	1	0	4	3	0	0	4	3	0	0	18
1	0	0	0	0	4	1	0	0	0	1	2	1	1	4	1	3	19
0	3	4	2	0	3	4	3	4	3	0	0	4	2	0	3	3	38
3	2	3	0	1	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4	0	18
0	4	0	0	3	3	1	0	0	1	0	2	0	1	3	0	2	20
3	0	0	0	2	3	3	0	0	4	1	0	0	3	0	1	0	20
4	0	0	0	0	3	0	2	3	1	0	1	3	0	2	0	0	19
4	0	3	0	3	2	2	0	3	0	0	0	0	3	4	2	0	26
3	1	0	0	3	0	4	0	3	0	2	0	0	1	0	2	2	21
3	0	4	0	4	0	0	0	0	3	3	0	3	3	0	2	2	27
1	1	2	0	0	3	0	0	0	0	1	4	1	1	2	2	4	22
3	3	4	0	2	3	3	0	4	3	0	2	4	0	4	3	0	38

ANEXO 10: Puntuaciones sub-escala de intensidad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Tt
3	4	0	0	2	4	0	0	0	0	1	0	0	1	3	3	0	21
0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	1	3	4	1	3	2	1	22
3	0	0	0	0	0	3	4	4	0	0	3	0	3	0	2	1	23
0	4	3	1	0	3	1	1	0	0	0	0	2	0	3	4	0	22
0	0	0	0	0	3	3	3	3	0	0	1	0	0	3	1	3	20
1	0	0	2	2	4	0	3	3	0	0	0	0	0	4	0	2	21
1	4	2	0	0	4	0	0	3	0	0	0	0	1	4	0	4	23
3	3	4	0	3	0	3	3	4	2	0	3	3	0	3	3	1	38
3	0	1	0	0	4	0	0	0	3	0	3	0	0	3	3	0	20
1	4	0	1	0	4	3	0	0	0	4	2	0	0	4	0	0	23
3	4	0	3	1	0	0	0	0	1	2	0	0	4	3	0	4	25
1	4	0	3	0	0	0	2	2	0	3	1	1	2	3	1	3	26
0	1	3	0	3	0	3	3	0	0	1	3	1	1	3	2	1	25
0	1	4	1	0	1	0	3	0	0	2	3	4	0	3	0	0	22
1	3	0	3	1	0	4	3	4	0	3	0	1	0	0	3	0	26
0	3	0	0	4	4	0	3	0	0	0	0	0	0	4	1	3	22
1	1	0	0	1	4	0	3	3	0	0	1	0	1	2	0	3	20
3	0	0	0	1	4	0	0	0	1	1	0	3	1	3	1	4	22
4	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	4	4	0	21
0	0	1	3	3	0	0	0	0	0	2	0	3	3	4	2	3	24
3	0	2	0	0	1	0	3	4	0	3	0	2	0	4	0	0	22
4	0	3	0	0	3	1	0	3	1	0	0	1	1	4	1	0	22
3	1	0	1	0	3	3	0	0	0	0	2	0	0	4	1	4	24
4	3	0	0	0	3	0	3	0	0	4	0	1	1	3	0	1	23
3	4	1	0	0	4	0	2	0	0	0	0	2	1	0	1	3	21
0	0	4	0	0	3	1	0	4	0	0	3	4	1	0	0	3	23
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	0	4	4	2	22
3	4	2	0	0	0	0	3	0	0	4	0	0	3	0	1	1	21
0	0	3	3	0	0	0	3	3	0	0	4	0	4	2	2	0	24
3	3	0	1	1	4	3	2	0	1	0	1	3	1	3	3	0	29
3	4	3	0	0	0	3	0	3	0	2	1	1	0	0	2	1	23
0	4	0	0	3	3	0	0	0	3	3	4	0	3	0	0	0	23
3	4	3	2	1	1	0	0	0	1	3	3	3	1	0	2	0	27
3	3	1	0	3	0	0	1	3	0	0	1	0	1	0	4	0	20
1	0	0	0	0	4	3	3	0	0	4	0	0	0	4	0	3	22
3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	51
0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	4	4	3	0	4	1	1	21
1	0	3	0	3	0	2	3	0	0	3	0	1	0	4	0	3	23
2	3	0	0	0	4	0	3	0	0	1	3	0	4	0	3	0	23
0	0	4	3	0	2	2	4	4	0	0	0	0	0	4	2	0	25

0	4	3	3	0	0	0	0	2	0	0	3	1	2	4	0	4	26
3	3	1	0	1	0	0	1	3	0	0	0	1	0	4	2	2	21
3	0	0	0	0	4	3	0	3	0	0	0	0	0	4	1	3	21
0	0	4	0	4	3	0	0	0	1	0	3	0	4	0	3	3	25
1	2	3	2	4	4	1	0	0	0	2	3	0	0	1	0	0	23
3	3	0	4	3	4	0	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0	26
4	2	0	2	3	0	1	0	3	0	0	0	1	0	4	1	0	21
3	0	0	3	3	3	0	3	0	0	0	3	0	0	4	0	0	22
0	1	1	2	0	0	0	2	0	0	2	1	2	0	4	3	3	21
3	4	0	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	0	22
3	3	1	3	0	3	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	4	22
3	3	0	4	3	4	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	23
3	0	1	4	0	3	0	0	0	0	3	0	3	3	0	3	0	23
0	4	0	2	0	4	0	0	0	0	3	0	2	0	4	3	0	22
0	3	3	0	1	3	3	3	3	0	1	1	3	1	3	0	0	28
3	0	0	4	3	4	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	23
0	4	0	3	1	3	0	0	0	3	1	0	0	1	4	2	0	22
1	3	1	0	0	4	0	2	0	0	0	0	1	1	4	0	3	20
3	3	0	0	3	2	0	0	0	0	3	3	0	0	3	0	2	22
1	0	0	2	0	4	4	0	3	1	0	0	3	0	4	0	0	22
0	0	3	0	3	0	0	0	3	0	3	3	3	3	0	1	1	23
0	4	0	3	1	4	0	0	4	0	0	0	4	3	0	2	2	27
3	0	3	0	3	4	0	3	0	0	0	0	0	0	4	2	0	22
0	0	4	4	0	4	0	3	2	0	0	0	1	2	4	0	2	26
1	4	4	0	3	0	0	3	0	0	1	0	3	0	4	1	0	24
0	3	0	4	0	4	0	2	0	3	0	0	0	2	4	1	0	23
2	0	0	4	0	4	2	0	0	0	1	0	1	1	4	1	3	23
0	3	4	0	0	3	4	4	4	4	0	0	4	0	4	4	3	41
3	2	3	0	1	4	0	0	0	0	1	0	0	0	4	2	0	20
0	4	0	4	1	4	0	0	0	3	0	0	0	1	3	0	2	22
3	0	0	3	2	3	0	0	0	1	1	0	0	3	4	2	0	22
1	0	0	0	0	4	0	2	3	1	0	3	3	0	4	1	0	22
4	0	3	1	3	4	1	1	3	0	0	0	0	3	4	2	0	29
3	2	0	0	3	4	4	0	3	0	3	0	0	1	4	2	2	31
0	0	4	0	4	4	0	3	0	3	3	0	3	3	3	2	2	34
0	1	1	3	0	4	0	0	0	0	1	4	1	1	1	2	4	23
1	4	4	0	1	3	3	0	4	0	0	1	4	0	4	4	1	34
4	0	0	0	3	4	3	2	0	0	0	3	3	3	3	0	2	30
0	0	0	0	0	4	0	4	4	0	1	0	4	4	4	3	4	32
1	0	0	3	0	4	0	0	0	4	1	3	3	1	0	2	0	22

## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Aranda Rubio, Y., Aranda Rubio, L., Alcaraz-L, C. e Isach Comallonga, M. (2021). *Repercusiones en la salud mental del paciente anciano tras padecer COVID-19: trastorno de estrés postraumático. A propósito de un caso Impactos en la salud mental del paciente anciano post COVID-19: Trastorno de estrés postraumático. Sobre caso clínico. Revista española de geriatría y gerontología*, 56 (2), 115–116. <https://doi.org/10.1016/j.reqg.2020.10.008>
2. Azor y Asociados (30 diciembre 2021) *Implicaciones clínicas y forenses del Estrés Postraumático. Psicología forense y criminalística*. Recuperado de <https://psicologiymente.com › forense › implicaciones->
1. Bermúdez Durán, L.V., Barrantes Martínez M.M., Bonilla Álvarez, G. (1 de septiembre de 2020) *Trastorno por estrés postrauma*. *Rev.méd.sinerg.* [citado 4 de julio de 2022]; 5(9):e568. Recuperado de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568>
2. Bobes, B. J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F. y González, M. (2000). *Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218. Recuperado de <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=VALIDACIxn TOP-8.pdf>
3. Carvajal, C. (2002). *Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-922720020006000036>
4. Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1997). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Cap. 12-13 .Madrid: Ed. Siglo Veintiuno
5. Cebrián, D., Mingote, J. C., Isla I., Ruiz F. y Jurado R. (2009). *El TEPT crónico como enfermedad sistémica relacionada con el estrés. Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 91, 7-18. Recuperado de <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=324>
6. Cicchetti, D., Fontana, A., Showalter, D.(2009) *Evaluating the reliability of multiple*

*assessments of PTSD symptomatology: multiple examiners, one patient.* Psychiatry Res. 2009 Apr 30; 166(2-3):269-80. [Doi: 10.1016/j.psychres.2008.01.014](#). Epub 2009 Mar 17. PMID: 19282035.

7. Crespo, M., Gómez, M. M. (2012). *La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).* *Clínica y Salud*, 23(1), 25-41. Recuperado en 02 de julio de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742012000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000100002&lng=es&tlng=es)
8. Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., 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. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
9. Errázuriz, P., Fischer, C., Behn, A., Letelier, C., Monari, M. (2019). *Orientaciones Prácticas para Psicoterapeutas que Atienden a Pacientes con TEPT Después de un Desastre Natural.* *Psykhe (Santiago)*, 28(1), 1-13. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.28.1.1218>
10. Galea, S., Vlahov, D., Tracy, M., Hoover, D.R., Resnick, H., y Kilpatrick, D. (2004). *Hispanic ethnicity and post-traumatic stress disorder after a disaster; evidence from a general population survey after September 11, 2001.* *Ann Epidemiol*, 14, 520-531 Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15350950/>
11. Galliano, S., Cervera-Goizueta, M., & Parada-Torres, E. (2001). *El CIPR (Procesamiento y Recuperación tras Incidentes Críticos): un marco para la intervención postrauma y el desarrollo del debriefing psicológico.* *Cuadernos de crisis*, 2(1), 12-4. Recuperado de <https://www.lexigene.com/static/references/lexigene-spanish-references.pdf>
12. Gaviria, S.L., Alarcón, R.D., Espinola, M., Restrepo, D., Lotero, J., Berbesi, DY, Sierra, G.M., Chaskel, R., Espinel, Z. y Shultz, J.M. (2016). *Patrones sociodemográficos del trastorno de estrés postraumático en Medellín, Colombia y el contexto de exposición al trauma a lo largo de la vida.* *Salud ante desastres*, 3 (4), 139–150. <https://doi.org/10.1080/21665044.2016.1263086>

13. González Ramírez, M. T. y Landero Hernández. J. (2006). *Síntomas psicossomáticos y teoría transicional del estrés. Ansiedad y Estrés*, 12,45-61. Recuperado de <https://www.academia.edu/33622907/Ansi edad y Estr%C3%A9s 1 45 61 S%C3%8DNTOMAS PSICOSOM%C3%81TICOS>
14. Guerra, C.I, Martínez, P, Ahumada, C. y Díaz, M. (2013). *Análisis Psicométrico Preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos. Summa psicológica UST (En línea)*, 10(2), 41-48. Recuperado el 19 de julio de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-448x2013000200004&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000200004&lng=pt&tlng=es).
15. Lorenzo Ruiz, A., Guerrero Ángeles, E. (2017) *Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? Revista Puertorriqueña de Psicología*;(28):252-265. Recuperado de <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/rep/article/view/363/32>
16. Mendoza Mojica, S. A., Márquez Mendoza, O., Guadarrama, R. y Ramos Lira, L. E. (2013). *Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. Salud mental*, 36(6), 493-503. Recuperado en 12 de julio de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252013000600007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600007&lng=es&tlng=es).
17. Miguel Tobal, J.J., González Ordi, H. y López Ortega, E. (2000). *Estrés Postraumático: Hacia una integración de los aspectos psicológicos y neurobiológicos. Ansiedad y Estrés*, 6, 255-280. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/255616939\\_Estres\\_postraumatico](https://www.researchgate.net/publication/255616939_Estres_postraumatico)
18. Mingote Adán, J.C. (2011) *Diagnóstico diferencial del trastorno de estrés postraumático. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. 2(2), 122-124 ISSN: 1989-9912 - <http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a2>
19. Ortega, J. (2014). *Estrés y evaluación psicológica: un acercamiento teórico relacionado al concepto de resiliencia. Anuario de investigaciones*, 21(1), 297-302. Recuperado el 12 de julio de 2022, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862014000100030&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000100030&lng=es&tlng=es)
20. Palacios, L. y Heinze, G. (2002). *Trastorno de estrés postraumático: una revisión*

*del tema (segunda parte). Salud mental, 25(5), 61-71. Recuperado de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/901](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/901).*

21. Prieto, B. (2020). *Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencia y catástrofes mediante técnicas de catarsis.* Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/338706075>
22. Seijas Gómez, R. (2013). *Trastorno por estrés postraumático y cerebro. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(119), 511-523. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000300004>*
23. Zegarra-Valdivia, J. A., Chino-Vilca, B. N. (2019). *Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. Revista mexicana de neurociencia, 20(1), 21-28. Epub 04 de abril de 2022. <https://doi.org/10.24875/rmn.m19000023>*