

Prevalencia y afectaciones de Estrés Postraumático en sobrevivientes, familiares y socorristas del accidente del By Pass del 26/07/07

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Psicología



Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología

Tema: Prevalencia y Afectaciones de Estrés Postraumático en sobrevivientes, familiares y socorristas del accidente del By pass del 26/07/07

Elaborada por:

Br. Glember Vinicio Munguía Vásquez.

Br. Carlos Manuel Téllez Mendoza.

Tutor. Dr. José Trinidad Caldera Aburto. PHD

Médico Psiquiatra.

León, 10 de agosto del 2009.

¡A la libertad por la universidad!

Prevalencia y Afectaciones de Estrés Postraumático en sobrevivientes, familiares y socorristas del accidente del By pass del 26/07/07.

Br. Glember Vinicio Munguía Vásquez. Br. Carlos Manuel Téllez Mendoza. Tutor. Dr. José Trinidad Caldera Aburto. PHD. Médico Psiquiatra. Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología.

Resumen

El trastorno de estrés postraumático, se puede presentar inmediatamente después de un trauma mayor. Debido a la frecuencia de accidentes de tránsito en el país, y sabiendo de antemano que este es un posible hecho desencadenante del Trastorno de Estrés Postraumático, se ha hecho importante desarrollar el estudio. **Objetivo:** Identificar la prevalencia y afectación de Estrés Postraumático en sobrevivientes, familiares y socorristas del accidente de tránsito ocurrido en el By Pass el 26/07/07. **Diseño:** Estudio descriptivo de corte transversal, Instrumentos; Escala para el trastorno por Estrés Postraumático administrada por el clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS), Entrevista a profundidad, Muestra; 29 sujetos. **Resultados:** El grupo etario más frecuente es el de los adultos, representando al 86.2% de la población, 55.17%, mujeres, 72.42% profesan la religión católica, 62.06% casados, y 44.83% concluyeron la educación básica. La prevalencia del trastorno es de 31.04%. Las respuestas de los sujetos evidencian aspectos emocionales: tristeza, miedo, angustia, nerviosismo. Las actividades que los sujetos realizan se ven interrumpidas por el asalto de recuerdos intrusos, estos con el fin de evitar conversaciones, gestos optan por aislarse de los demás. **Conclusión:** El perfil socio-demográfico nos permite distinguir las principales formas en que se encontraba la población y cómo estos podían responder a tal problemática. El índice de prevalencia; nos da el indicio del riesgo que existe en esta población de desarrollar el TETP. Las principales afectaciones; ponen en riesgo a la población estudiada de desarrollar otras alteraciones como estrés agudo y/o ansiedad. Poseen herramientas de afrontamiento adecuadas.

Palabras Claves: Prevalencia, Afectaciones, Estrés Postraumático, accidente de tránsito, Sobrevivientes, Personal de socorro.

DEDICATORIA

- En primer lugar a Dios padre, Hijo y Espíritu Santo, a quien amo y en quien confío, ya que nunca me dejó sólo y me cargo en más de una ocasión.
- A la Santísima Virgen María, consuelo en mis tristezas y compañera en mis dichas.
- Al Seráfico San Francisco y Santa Clara, dos hermanos que me han enseñado a ser mejor cristiano cada día y sobre todo en un ser más humano.
- A mi familia, mi madre que me apoyo desde mi infancia a pesar de las dificultades; a mi hermano que no me permitió alejarme del buen camino e hizo un buen papel de padre; y a mi hermana, inspiración y consejera como ninguna.
- A todos mis hermanos de la Juventud y Orden Franciscana Seglar, ya que sin sus oraciones y alientos hubiera caído.
- A los amigos, compañeros y docentes que son tantos, les doy un humilde saludo de Paz y Bien.

Carlos Manuel Téllez Mendoza.

DEDICATORIA

- A nuestro ser supremo, Dios todo poderoso. Quien es fuente de sabiduría, fortaleza y motivación, el cual merece todo lo mejor de nosotros.
- A mis padres y hermanos quienes con su ejemplo edificaron y mantuvieron siempre viva la esperanza de lograr llegar a este largo camino.
- A mi novia, Meyling Karina Salgado Montes, fuente de mi inspiración, quien con su ejemplo, impulso a construir el camino al que he llegado.
- A mi compañero de Tesis, Carlos Manuel Téllez Mendosa, quien con paciencia y esmero pulió el sendero al cual hemos logrado llegar.
- A todas las personas de mi patria Nicaragüense y en especial, a mi pueblo León Santiago de los caballeros, quienes me han apoyado en las diferentes investigaciones y han sido partícipe de cosechar este nuevo fruto de saber. Por las cuales he tomado este camino y así poder trabajar hacia ellos.

Glember Vinicio Munguía Vásquez

AGRADECIMIENTO

- A nuestro tutor, Dr. José Trinidad Caldera Aburto, maestro quien con sus conocimientos, paciencia y comprensión nos ha guiado en este largo y difícil camino.
- A las Instituciones como la Policía y Dirección General de Bomberos, quienes nos brindaron su apoyo para la culminación de este trabajo monográfico, en especial a Tnte. Saturnino Mejía y Cmte. Eleazar Rivera, ambos representantes de estas instancias.
- A la población del sector Sur-este de la ciudad de León, en especial al compañero y líder comunal de la Villa 23 de julio, Eugenio Manzanares, quien nos apoyo con la ubicación de la población afectada y familiares que estuvieron involucradas en el accidente.
- Al Dr. Alberto Berrios, responsable del área de investigación de la carrera de Psicología, quien en su momento nos apoyo moralmente y de manera permanente, facilitándonos su oficina y equipo computador para el avance y culminación de este trabajo.
- A todos aquellos, compañeros y maestros que de alguna u otra manera nos apoyaron y alentaron para no ser abatidos por el desanimo de alcanzar tan difícil meta.

Glember Munguía, Carlos Téllez.

INDICE

I. Introducción

II. Problema

III. Objetivos

IV. Marco Teórico

V. Diseño Metodológico

VI. Resultados

VII. Discusión de los Resultados

VIII. Conclusión

IX. Recomendaciones

X. Bibliografía

XI. Anexos

I. INTRODUCCIÓN

El trauma producido por un accidente automovilístico puede, desde el punto de vista psicológico abarcar una gama de síntomas que van desde cuadros clínicos ligeros (angustia, insomnio labilidad emotiva, expectación ansiosa) hasta reacciones más severas como la depresión. ⁽¹⁾

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se puede presentar inmediatamente después de un trauma mayor o demorar más de seis meses después del acontecimiento. Cuando se presenta inmediatamente después del trauma, recibe el nombre de estrés agudo y usualmente mejora después de tres meses; sin embargo, algunas personas tienen una forma más prolongada de la enfermedad, que puede durar por muchos años. Es un tipo de trastorno de ansiedad que ocurre después de haber observado o experimentado un hecho traumático que involucra una amenaza de lesión o de muerte. ⁽²⁾

Las causas de este trastorno se desconocen, aunque hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales involucrados. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés, al afectar las hormonas y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores). El hecho de haber estado expuesto a un trauma en el pasado puede incrementar el riesgo de este trastorno. ⁽³⁾

Cada día, miles de personas pierden la vida o sufren traumas en nuestras carreteras. Hombres, mujeres y niños, que se dirigen a pies, en bicicleta o en coches a las escuelas o al trabajo, que juegan en las calles o que emprenden largos viajes que nunca volverán a casa y dejarán tras de sí familias y comunidades destrozadas. Cada año millones de personas pasarán largas semanas hospitalizadas a causa de choque graves y muchas de ellas nunca podrán vivir, trabajar o jugar como solían hacerlo. ⁽⁴⁾

Los traumatismos causados por el tránsito constituyen un problema de salud pública que afecta de forma desproporcionada a grupos vulnerables de usuarios de las vías públicas, en particular a los pobres. Más de la mitad de personas fallecidas por causa de choques en la vía pública son adultos-jóvenes de las edades comprendidas entre 15 a 44 años y muchos de estos eran el sustento familiar. Además el trauma causado por el accidente de tránsito, representan en los países de ingresos bajos y medios, un costo

del 1% al 2% de su producto nacional bruto, superior al volumen total de la ayuda para el desarrollo recibidos por esos países.⁽⁵⁾

Mucho antes que se inventaran los automóviles, en las lesiones causadas por el tránsito se veían involucrados, carruajes, carros, animales y personas. Las cifras aumentaron exponencialmente con la aparición y constante proliferación de automóviles. El de un ciclista de la ciudad de New York fue el 1^{er} caso registrado de traumatismo en el que participó un vehículo motor, el 30 de mayo de 1896, y el de un peatón en Londres fue el 1^{er} caso registrado de muerte causado por un vehículo motor, el 17 de agosto de ese mismo año.⁽⁶⁾

Los sucesos de tipo traumático tienen una probabilidad potencial de ocurrir en forma de accidentes en cualquier momento de la vida de los individuos. Según la Organización Mundial de la Salud (Informe Mundial sobre prevención de los Traumatismos causados por el tránsito, 2004.), Un evento traumático accidental es un hecho instantáneo, inesperado y prevenible que es producto de situaciones y actos inseguros previos; suele tener como consecuencia lesiones, muerte o daños materiales. El factor humano interviene en él la mayor parte de las veces. Desde la perspectiva de diversos profesionales de la salud, este tipo de hechos se puede predecir, prevenir y podría estar alejado de situaciones meramente aleatorias.⁽⁷⁾

El 26 de Julio del año 2007, ocurrió un accidente de tránsito, entre un microbús y un furgón, el cual dejó como resultado 20 personas fallecidas y 19 sobrevivientes, algunos con serias secuelas físicas, niños quedaron en orfandad, y el impacto fue tal que conmocionó a la ciudad entera. Situación nunca vista por la comunidad leonesa y que representó la movilización del personal de socorro y población en general.

Por lo antes mencionado, existe alto riesgo de que los sobrevivientes, familiares de las víctimas y personal de socorro que atienden estas emergencias, desarrollen trastorno de estrés postraumático.

Este estudio nos permitirá brindar evidencia científica a quienes quieran abordar o conocer esta temática, también será útil en nuestro aprendizaje sobre este trastorno de ansiedad y de igual forma será un valioso aporte a nivel epidemiológico en términos de salud mental y conocimiento general sobre los efectos de los accidentes de tránsito a la población en general.

II. PROBLEMA

El Estrés Postraumático por accidentes de tránsito en nuestro contexto conforma un problema de salud pública primaria, el cual ha dejado muchas personas fallecidas y otras con secuelas físicas y psíquicas graves, afectando no solo a las personas víctimas de estos accidentes sino que también a sus familias, e inclusive al personal de socorro que presta atención de emergencia a los implicados en estos hechos.

Debido a la frecuencia de accidentes de tránsito en el país, y sabiendo de antemano que este es un posible hecho desencadenante del Trastorno de Estrés Postraumático, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia y afectación de Estrés Postraumático en los sobrevivientes, familiares y personal de socorro del accidente de tránsito ocurrido en el By Pass el 26/07/07?

III.OBJETIVOS

GENERAL

- Identificar la prevalencia y afectación de Estrés Postraumático en sobrevivientes, familiares y socorristas del accidente de tránsito ocurrido en el By Pass el 26/07/07.

ESPECIFICOS

- Describir las características socio-demográficas de los sobrevivientes, familiares y socorristas participantes en nuestro estudio.
- Determinar el grado actual del cuadro clínico de Estrés Postraumático en los sujetos de estudio (Sobrevivientes, sus familiares y personal de socorro).
- Conocer las afectaciones sufridas en sobrevivientes, familiares y personal de socorro, debido a la presencia de esta sintomatología a nivel personal, laboral y social.
- Identificar en los sujetos, que sean diagnosticados con Estrés Postraumático, factores que pudieran contribuir al desarrollo de este.

IV. MARCO TEÓRICO

1. Prevalencia

1.1 Definición

Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo de tiempo determinado ("prevalencia de periodo"). ⁽⁹⁾

En este sentido, la prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en riesgo de tener el atributo o la enfermedad en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la probabilidad (riesgo) de que un sujeto de esa población tenga la enfermedad en ese momento ⁽⁹⁾.

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicativas. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública.

1.2 Características

Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.

1. Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.
2. La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta la población, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.
3. En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.
4. La prevalencia no debe confundirse con la incidencia. La incidencia es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un periodo de tiempo determinado. La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Una enfermedad de larga duración que se

extiende ampliamente en una comunidad en 2002 tendrá una alta prevalencia en 2003 (asumiendo como duración larga un año o más), pero puede tener, sin embargo, una tasa de incidencia baja en 2003. Por el contrario, una enfermedad que se transmite fácilmente pero de duración corta, puede tener una baja prevalencia y una alta incidencia. La prevalencia es un parámetro útil cuando se trata de infecciones de larga duración, como por ejemplo el SIDA, pero la incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración, como por ejemplo la varicela ^(9,10).

1.3 Formula

La prevalencia se estima con la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia I} = \text{Ct/Nt}$$

Ct= número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinados.

Nt= número total de individuos en la población en ese momento o edad determinados.
(10)

2. Estrés Postraumático.

2.1 Definición

Es un tipo de trastorno de ansiedad que ocurre después de haber observado o experimentado un hecho traumático que involucra una amenaza de lesión o de muerte ⁽²⁾. Según Jonatán Rapaport, el estrés postraumático, o trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), es el conjunto de síntomas físicos y psicológicos que experimentan las víctimas y testigos de situaciones traumáticas breves o duraderas (catástrofes naturales, guerras, accidentes graves, muertes violentas, torturas y violaciones, etc.), que surgen como respuesta tardía o diferida a tales acontecimientos estresantes y pueden persistir largo tiempo después de los mismos. ⁽¹⁶⁾

2.2 Causas, incidencia y factores de riesgo

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se puede presentar inmediatamente después de un trauma mayor o demorar más de seis meses después del acontecimiento. Cuando se presenta inmediatamente después del trauma, usualmente

mejora después de tres meses; sin embargo, algunas personas tienen una forma más prolongada de la enfermedad, que puede durar por muchos años ⁽³⁾.

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, o como una guerra, un encarcelamiento, un asalto, maltrato familiar o violación ⁽⁵⁾. Las causas de este trastorno se desconocen, aunque hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales involucrados. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés, al afectar las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores). El hecho de haber estado expuesto a un trauma en el pasado puede incrementar el riesgo de este trastorno. ⁽¹⁵⁾

Tener un buen apoyo social ayuda a proteger contra este trastorno. En estudios realizados con los veteranos de guerra de Vietnam, aquellos con sistemas de apoyo fuertes tenían menos probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático que aquellos que no tenían ese tipo de apoyo social. ⁽¹⁸⁾

Las personas con trastorno de estrés postraumático experimentan de nuevo el hecho una y otra vez en, por lo menos, una de varias formas. Pueden tener sueños y recuerdos atemorizantes del acontecimiento, sensación de estar pasando por la experiencia nuevamente (reviviscencia) o tornarse perturbado durante los aniversarios del evento. ⁽²⁰⁾

2.3 Síntomas

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático se clasifican en tres categorías principales:

1. "Reviviscencia" repetitiva del evento, lo cual perturba las actividades diarias

- Recuerdos reiterativos y angustiantes de la situación.
- Sueños repetitivos con la situación.
- Episodios de reviviscencias, en donde el evento parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.
- Reacciones corporales a situaciones que hacen recordar el evento traumático.

2. Evasión

- Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma.
- Falta de interés en las actividades normales.
- Sentimientos de despreocupación e indiferencia.
- Sensación de un futuro incierto.
- "Insensibilidad" emocional o sentimiento de que nada importa.
- Menos expresión de estados de ánimo.
- Aislamiento de las personas, lugares u objetos que hacen recordar el evento.

3. Excitación

- Irritabilidad o ataques de ira.
- Dificultad para dormir.
- Dificultad para concentrarse.
- Respuesta exagerada a las cosas que los sobresalta.
- Conciencia excesiva (hipervigilancia).

La persona también podría tener sentimientos de culpa acerca del evento (incluyendo "culpa del sobreviviente") y los siguientes síntomas que son característicos de ansiedad, estrés y tensión:

- Palidez.
- Sensación de latidos del corazón en el pecho (palpitaciones).
- Dolor de cabeza.
- Fiebre.
- Desmayo.
- Mareo.
- Agitación o excitabilidad.

2.4 Las secuelas psicológicas tras sufrir un accidente de tránsito

Las personas que atraviesan por esa vivencia, padecen graves consecuencias psicológicas como el temor, la desesperanza y el desinterés por la vida cotidiana.

El Centro de Estudios Especialista en Trastornos de Ansiedad (CEETA) demostró que los accidentes graves pueden activar en los protagonistas o en quienes los presencian trastornos que surgen por estrés postraumático como insomnio, falta de memoria y desapego afectivo. "Este tipo de trastorno surge tras un cuadro traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad psicofísica", explicó la psicóloga especialista en el tema y directora del CEETA, Gabriela Martínez Castro. ⁽²¹⁾

La especialista señaló que tienen incapacidad para recordar episodios del trauma, sienten que su futuro es desolador, tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño, están irritables o con ataques de ira, así como pierden la concentración y la memoria, y se asustan fácilmente. ⁽²¹⁾

2.5 El trauma en un accidentes de tránsito.

Es el accidente que se produce en una vía abierta a la circulación o tiene su origen en la misma, a consecuencia de la cual una o varias personas resultan muertas o heridas o se producen daños materiales y en el cual al menos un vehículo en movimiento está implicado. Son el principal grupo de trauma.

Los factores que influyen en los accidentes de tránsito son variados, entre ellos se mencionan:

- 1. Características de persona:** tales como edad (jóvenes y ancianos), género (más frecuentes en varones), consumo de alcohol y/o de sustancias psicoactivas previo al hecho, fatiga y sueño, problemas emocionales e inestabilidad afectiva y enfermedades (diabetes, epilepsia, defectos visuales mal corregidos y otros) así como inexperiencia en la conducción.
- 2. Características del vehículo:** relacionadas con el tipo de automotor, sus características estructurales (cinturón de seguridad, apoya la cabezas en cada asiento

del automóvil, bolsas de aire, almohadillado de ciertas zonas interiores, defectos en neumáticos, frenos o en luces entre otros), y su antigüedad.

3. Características ambientales: como el estado de la vía (deficiente pavimentación, obstáculos próximos al borde de la vía, falta de señalización, falta de iluminación), del tiempo (lluvia, viento, niebla, congestión) y del lugar (áreas urbana o rural). ⁽⁷⁾

2.6 El personal de primeros auxilios.

Durante un desastre e incluso, luego de un evento menos extenso como un accidente, el personal de primera respuesta : médicos, paramédicos, bomberos, personal de la defensa civil, voluntarios, etc., se expone a emociones intensas, que implican demandas físicas y psíquicas extraordinarias, realizadas en condiciones especiales de trabajo; se enfrentan a la experiencia desagradable de presenciar la muerte masiva de personas y compañeros con excesivo dolor humano a lo que se suma la posibilidad de realizar el trabajo bajo amenaza física real, poniendo a prueba el coraje y las capacidades técnicas y de liderazgo. Por otra parte, pueden presentarse dificultades a largo plazo en las relaciones laborales, a lo que se denomina “estrés del personal de primera respuesta”. Estas condiciones adversas de trabajo de primera respuesta, producen una serie de reacciones cognitiva-conductuales, emocionales y físicas, que se pueden manifestar, tanto en el propio momento de realizar su trabajo, interfiriendo con éste, como posteriormente en su reincorporación a la vida familiar y social. ⁽¹⁸⁾

Los trastornos cognitivos que se describen incluyen pesadillas, ideas fijas y sobrevaloradas de peligro, recuerdo de olores desagradables vinculados al episodio, y preocupaciones excesivas por la familia; los conductuales incluyen el evitar lugares específicos, retraimiento social, aumento del consumo de tabaco y otras sustancias; los emocionales son tristeza, sentimiento de minusvalía y soledad, labilidad afectiva, irritabilidad, intranquilidad.

Hay que tener en cuenta que los rescatadores son víctimas indirectos de los desastres y, por tanto, sufren de manifestaciones psicológicas relacionadas a los eventos a los que se enfrentan, y es el trastorno de estrés postraumático (TEPT) el más frecuente. ⁽²⁰⁾

2.9.1 Manifestaciones clínicas

- Relacionados con el sujeto: que incluyen experiencias previas, los antecedentes de enfermedades mentales y crónicas, no contar con un sistema de apoyo social y psicológico, encontrarse en crisis vital reciente.
- Relacionados con el evento: tipo e intensidad del desastre, dimensión de la destrucción y el número de fallecidos, duración y rapidez con la que ocurrieron los hechos, conocimiento previo de que ocurriría.
- Relacionados con la falta de preparación: social, comunitaria, familiar individual con la crisis, que incluyen las dificultades en la comunicación y cooperación de las instituciones que participan, ausencia de preparación del personal y de las atenciones pre-hospitalarias entre otras.

2.9.2 Factores de riesgo

Mala selección del personal ya que pueden incluirse personas sin condiciones para desarrollar este tipo de trabajo.

- Mala preparación técnica.
- Ausencia de red de apoyo social y alta vulnerabilidad previa al estrés.
- Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes, como fallecimiento de familiares, divorcios, etc.
- Problemas psicosociales previos como pobreza, desempleo, discriminación, etc.
- Exposición prolongada a las consecuencias del desastre o al propio desastre vivenciando situaciones muy psicotraumáticas.
- Problemas de organización del trabajo como demandas laborales excesivas, asumir riesgos sin la preparación o el equipamiento necesario.

En ocasiones se olvida que hay que atender la salud mental del personal que ha trabajado directamente en la emergencia, bajo la premisa, no siempre real, de que se trata de un personal preparado y que la preparación le concede una total inmunidad.

2.9.3 Indicadores que permiten determinar la presencia de disfunción

En lo individual:

- Síntomas aislados de TEPT (tendencia a la hiperactividad, al aislamiento, al insomnio).
- Presencia de trastornos psicosomáticos.

- Problemas en la comunicación.
- Identificación con la experiencia traumática del otro.
- Cambios en el estilo de vida.
- Uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

En el equipo:

- Dificultades en las dinámicas internas del equipo en aspectos como la comunicación, la solución de problemas, y los conflictos interpersonales.
- Formación de subgrupos por alianzas contradictorias y subvaloración de los roles y funciones de los otros.

En la familia:

- Alteraciones de la dinámica familiar, en los roles habitualmente desempeñados.
- Subvaloración de las dificultades de la familia comparándolas a las víctimas de la catástrofe.
- Baja tolerancia a los conflictos, chantajes afectivos, tendencia a propiciar desarmonías.
- Se recomienda un grupo de acciones que debe desarrollar el personal que participa en emergencias causantes de gran carga emocional, para cuando estos se reintegren a su vida cotidiana, lo que incluye:
 - Volver a la rutina previa lo antes posible.
 - Realizar ejercicios físicos y de relajación.
 - Descansar, dormir y alimentarse de manera adecuada.
 - Evitar el uso de alcohol o drogas.
 - Conversar con otros las experiencias vividas durante el desastre, compartiendo sentimientos y pensamientos.
 - Participar en actividades familiares y sociales.

V. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Enfoque del estudio: Cualit-Cuantitativo.

Área de estudio: Ciudad de León, ubicada en la región noroccidental del país.

Población de estudio: Los sobrevivientes de la catástrofe, familiares en primer grado de consanguinidad de los fallecidos y personal de socorro que atendió esta emergencia.

Tipo de muestreo: No probabilística, por conveniencia.

Muestra: 10 sobrevivientes del accidente, 2 familiares por cada víctima del accidente y 16 socorristas (12 oficiales de policía y 4 bomberos), correspondientes al 100% de nuestra población.

Criterios de inclusión:

- Haber sido víctima del accidente.
- En el caso de los familiares, pertenecer al núcleo familiar primario de los fallecidos en el accidente.
- Como personal de socorro, haber prestado servicios de atención a las víctimas en el lugar de los hechos posterior al accidente.
- Respecto a las edades, se tomaron en cuenta aquellas que sean mayores de 14 años de edad cronológica.
- Habitar en el municipio de León.
- Tener la voluntad de participar en el estudio.

Procedimiento de recolección de información:

Durante el proceso de recolección de datos, nos convocamos en primera instancia con los líderes comunitarios de los sectores más afectados por este suceso (Villa 23 de Julio, Reparto Rubén Darío, Providencia), con el objetivo de reconocer a la población afectada, en este caso, los sobrevivientes y familiares de estos y de las personas fallecidas. En el caso del personal de socorro sus datos fueron suministrados por las diferentes instituciones a las que pertenecen (Policía Nacional, Dirección de Bomberos, Cruz Roja). Tras esto se introdujo en una caja a todos los involucrados, divididos por subgrupos, seleccionando a aquellos que nos apoyarían en el estudio, luego se solicitó el consentimiento pertinente a las personas en estudio. Pero durante este proceso se nos presentaron diversos inconvenientes: se contaba con una población estipulada de

46 personas, pero al momento de ir a entrevistarlas, algunas no se encontraban en sus casas, otras habían cambiado de domicilio posterior al accidente y otras no quisieron participar, ya que manifestaban no sentirse preparadas para hablar del tema ya que les causaba incomodidad, tratamos de usar la persuasión realizando posteriores visitas pero aun así obtuvimos respuestas negativas.

Con respecto al personal de socorro, ya que las unidades de turno cambian constantemente o son removidos a otros departamentos, se nos hizo bastante difícil encontrar a todos los que participaron en el accidente. En las ocasiones que acordábamos con el responsable de las unidades realizar las entrevistas, pero estos se movían a prestar servicio. Se logró trabajar con algunos ya que estos estaban en la unidad pero no les tocaba turno de trabajo.

De esta manera, la muestra del estudio se redujo a 29 sujetos del total de la población, siendo esta representativa, ya que corresponde a un 60% de del total.

Luego de obtener estos datos se inicio con el proceso de aplicación de nuestro instrumento, el cual se realizó de manera individual y guiado por nosotros en condición de evaluadores con el fin de atender y responder cualquier interrogante que las personas tuviesen respecto al instrumento.

Posteriormente realizamos una entrevista dirigida específicamente a quienes obtuvieron resultados positivos de Estrés Postraumático en la escala aplicada, con el fin complementar la investigación a través de datos cualitativos sobre factores ajenos al accidente que pudiesen haber contribuido al desencadenamiento de Estrés Postraumático y las afectaciones producidas.

Instrumentos de recolección de la información:

- Escala para el trastorno por Estrés Postraumático administrada por el clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS). El cual es un instrumento diseñado para la ayuda al diagnóstico (CAPS-1) y la evaluación de la gravedad de los síntomas (CAPS-2) del trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Consta de 30 ítems que evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además, evalúa otros 5 síntomas que frecuentemente se asocian al TEPT: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia, desrealización y despersonalización, el marco de referencia temporal para

la evaluación es doble: en el momento actual y a lo largo de la vida. Evalúa afectaciones en las relaciones sociales del individuo y en su desempeño laboral. Es un instrumento heteroaplicado por personal previamente entrenado. Esta validada en español.

- Entrevista a profundidad, piloteada y acomodada a un vocabulario entendible y de fácil comprensión, aplicada a los diagnosticados con el trastorno de Estrés Postraumático, dirigida por los evaluadores, consta de 7 ítems enfocados en la identificación de factores externos ajenos al accidente que hubiesen contribuido al desarrollo de Estrés Postraumático y las principales afectaciones producidas, en las diferentes áreas psicosociales.

Plan de análisis:

Luego de haber recolectado la información procedimos a la corrección de la Escala para el trastorno por Estrés Postraumático administrada por el clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS) de la siguiente manera : primero hicimos una evaluación cuantitativa o de gravedad (CAPS-2) donde en cada síntoma se sumaron las puntuaciones de frecuencia e intensidad, proporcionando una puntuación de gravedad del síntoma que oscilan entre 0 y 8; la suma de las puntuaciones de los síntomas de cada uno de los criterios diagnósticos proporcionó las puntuaciones de cada uno de los criterios sintomatológicos del TEPT: re-experimentación, evitación, y embotamiento e hiperactivación, finalmente de la suma de los 17 síntomas se obtuvo una puntuación final de gravedad del cuadro.

Como segundo paso en la corrección de la escala, realizamos la evaluación categorial o de presencia diagnóstica (CAPS-1), siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Prosiguiendo con el análisis de los datos recolectados se aplicaron las entrevistas a los sujetos, realizadas de manera individual e inmediatamente posterior a la corrección del test aplicado.

Las respuestas obtenidas fueron evaluadas a través de un análisis de contenido, la cual se inicio con la categorización en las áreas a evaluar, tales como; familiar, social y personal, indicando la similitud en cada pregunta. Luego de esto se transcribieron entre comillas las expresiones más importantes, que respondieron al objetivo planteado.

Consideraciones éticas:

Se tomaron en cuenta criterios de la declaración de Helsinki como:

- ❖ Mantener el respeto para los diferentes participantes incluidos en la investigación, evitando la emisión de juicios o críticas por parte del equipo investigador.
- ❖ Respetar siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad físico mental y su personalidad.
- ❖ Toda información captada obtenerla de manera voluntaria de parte de los participantes con consentimiento voluntario de la expresión de dos voluntades (investigador-investigado) que intervinieron en el proceso de investigación.
- ❖ Todos los participantes en esta investigación serán informados suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.
- ❖ Seguidamente, el investigador debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
- ❖ Se utilizara un lenguaje razonable, comprensible a fin de obtener su consentimiento informado.
- ❖ El investigador debe mantener la mayor confidencialidad, pues resulta difícil predecir como interpretaran o utilizaran otros las respuestas de la gente.
- ❖ En caso de que los entrevistados sean menores de edad, se pedirá e consentimiento informado a los padres o tutores de estos.

Operacionalización de las variables:

Variable Independiente:

- Estrés Postraumático.

Variable Dependiente:

- Características sociodemográficas
- Prevalencia
- Afectaciones.
-

Esquema Explicativo de las variables

Variable	Definición	Indicadores
Estrés Postraumático	Trastorno de ansiedad que surge luego de la experimentación de un hecho traumático que sobrepasa el nivel de tolerancia de la persona	Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
Características socio-demográficas	Es un conjunto de datos propios de cada sujeto en el que se especifica cada sujeto.	Por medio de la selección de diferentes ítems relacionados a los datos generales tales como:
Edad	Tiempo, época, años.	Elección del grupo de edad.
Sexo	Características sexuales que nos determinan como hombre o mujer.	Pertenencia expresada hacia uno de los sexos.
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Manifestación a un determinado estado.
Prevalencia	Frecuencia en que el trastorno se hace presente en la población de estudio.	Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
Afectaciones	Manifestaciones de daño que pueden producirse como efecto de la presencia de un trastorno	Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
Religión	Es un elemento de la actividad humana que se compone de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Identificación hacia los diferentes grupos religiosos
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	A través de los niveles de educación

VI. Resultados

1. Resultados cuantitativos

En nuestro estudio participaron, población afectada directamente en el accidente, familiares de estos y personal de socorro (Bomberos y Policías de tránsito), los que corresponden a 29 sujetos del total de la población que quiso participar en el estudio, representando estos al 100% de la población estudiada.

1.1 De los datos generales

El grupo etario más frecuente es el de los adultos, representan el 86.2% de la población los que, corresponden a 25 personas partiendo de los intervalos de edad de entre 19 años y 58 años. Mientras que los adolescentes, encontrados entre los intervalos de 14 a 18 años, corresponden a 4 con el 13.8%.

Se encuentran 16 mujeres con una representatividad del 55.17%, en contraste con el sexo masculino que representa el 44.83% con un total de 13 hombres

Respecto a la religión, 2 personas que representan el 6.89% de la población, manifestaron ser ateos al igual que los agnósticos, 21 que en su mayoría profesan la religión católica, representan al 72.42% de la población y 4 sujetos de religión evangélica con el 13.8%

De la población en estudio 4 se encuentra en unión libre, equivalente a 13.8% de los involucrados, el 62.06% equivalentes a 18 personas están casados y 7 sujetos con el 24.14% manifestaron ser solteros.

En cuanto a la escolaridad, 1 de estos, equivalente a 3.45% de la población, es analfabeta, 2 con el 6.9% expresaron haber llegado a la primaria y 13 de ellos, con un 44.83% concluyeron la educación básica (Secundaria) al igual de quienes estuvieron en educación superior (Universitarios). (Ver en anexos, tablas de los datos generales).

1.2 Respecto al cruce de variables, donde se represento la relación de Prevalencia de estrés postraumático global y los datos sociodemográficos.

La prevalencia del trastorno esta presente con mayor porcentaje en los adultos, con un índice de prevalencia del 24.14% en 7 personas, en comparación con los adolescentes quienes tienen una prevalencia del trastorno de 6.9% presentes en 2 sujetos que conforman el total de adolescentes.

En relación al sexo. 3 hombres, tiene una prevalencia de estrés postraumático del 10.35%. Y en las mujeres 6 tienen una prevalencia de estrés postraumático del 20.69%. En consideración a la religión, podemos observar que, de los católicos 8 presentaron una prevalencia del trastorno del 27.59%. Por último, 2 personas, manifestaron ser agnósticos, uno de ellos presentó una prevalencia del trastorno con un 3.45%.

Respecto a la relación de estado civil con la prevalencia global, los casados, 7 de ellos tienen una prevalencia actual de estrés postraumático de 24.13%. Y 2 que son solteros presentaron una prevalencia del 6.90%.

En relación a la escolaridad 2 personas expresaron haber llegado a la primaria, donde una de estas presentó prevalencia trastorno de 3.45%. De las personas que indicaron haber cursado la secundaria, 5 de estas, presentan prevalencia del trastorno en un 17.24%. Tres presentan prevalencia del trastorno de 10.35% habiendo cursado la universidad.

1.3 En relación al grado actual del cuadro clínico de Estrés Postraumático en los sujetos de estudio (Sobrevivientes, sus familiares y personal de socorro).

1.3.1 De la gravedad de los síntomas

Según los síntomas del Manual Diagnostico de enfermedades mentales DSMIVR-TR y el instrumento aplicado, 20 personas (un 68.96%), tienen presencia nula de los síntomas del trastorno, 2 personas equivalentes a 6.9% de la población presenta actualmente Trastorno de Estrés Postraumático, 4 de estos que representan al 13.8% de la población tienen presencia de estrés postraumático en el curso de sus vidas y 3 de ellos que son el 10.35%, presentan un cuadro mixto del trastorno (Actualmente y en el curso de sus vidas).

1.3.2 Según los puntajes actuales y el curso vital

28 de sujetos que representan el 96.55%, obtuvieron una gravedad mínima de los síntomas y 1 sujeto equivalente a 3.45%, obtuvo gravedad alta de los síntomas. (Ver en anexos, Tablas de gravedad de los síntomas).

2. Resultados cualitativos

Del análisis realizado de las entrevistas realizadas a las personas que obtuvieron calificación positiva en la Escala para Trastorno de Estrés Postraumático, con respecto a las afectaciones sufridas por la presencia de este trastorno y posibles factores ajenos al accidente que hubiesen podido contribuir a su desarrollo, encontramos lo siguiente:

2.1 Principales afectaciones a nivel personal, laboral y social:

2.1.1 Personal:

“Ayy..., pues yo creo que muchas, porque es difícil, sinceramente es difícil, siento que no puedo estar en paz, como aquí no mas queda la carretera se oye cuando se le explotan las llantas a los furgones y eso me pone fatal, porque me acuerdo de ese sonido en el bus, ayy.. Es feo, feo”

(Entrevista a familiar)

“Ya no soy la misma persona, antes era mas alegre, ahora como que me da miedo las cosas y eso me impide disfrutar, pues, vos me entiendes”

(Entrevista ha afectado)

Las respuestas de los sujetos evidencian malestares que les impiden mantener una vida normal a como la llevaban poco antes de la accidente. Las secuelas sufridas trascienden más allá de lo físico ya que involucran el aspecto emocional: tristeza, miedo, angustia, nerviosismo.

2.1.2 Laboral:

“Yo ahorita no me siento bien como para volver a trabajar, no es solo por el dolor en el hombro, sino que me da miedo porque, ayyy...a veces me acuerdo de ese día y me dan ganas de llorar, además si regreso donde mismo tendría que pasar por ese lugar (del accidente) y.. No, no, me siento mal, mejor ahorita no”

(Entrevista ha afectado)

“Mira yo no trabajaba pero por lo menos, las cosas que hacia aquí en la casa se me hacia difícil hacerlas, bueno todavía se me hace difícil, porque talvez estoy lavando y me acuerdo que yo le lavaba la camisa y me agarra una cosa fea en el pecho y me tengo que ir a acostar porque no me siento bien”

(Entrevista a familiar)

Las actividades que los sujetos realizan se ven interrumpidas por el asalto de recuerdos intrusos que les causan malestar. Estos recuerdos se dan con frecuencia y limitan el desarrollo de actividades, ya que se producen manifestaciones fisiológicas como palpitaciones, nerviosismo, escalofríos, entre otros, limitando la reinserción laboral

2.1.3 Social:

“Que me digan vamos a un cumpleaños o algo así, no ya no, prefiero estar sola, en mi casa, vos sabes la gente es morbosa y si se dan cuenta que vos estuviste ahí, te comienzan a preguntar y...ay a mi me cae mal eso”

(Entrevista ha afectado)

“La gente no respeta el dolor de uno, yo prefiero apartarme, sabes porque hijo, porque te ven como un fenómeno, hasta tu casa agarran como se dice, de punto de referencia y dicen: mira fulano de la casa de la niña muerta tres casas para arriba, por ejemplo pues, o sino ya pasan estirando el pescuezo para ver a uno, lo detesto, lo detesto... ”

(Entrevista a familiar)

Las personas con el fin de evitar conversaciones, gestos o actividades que les recuerden el accidente optan por aislarse de los demás. Las principales razones que los llevan a tomar esta actitud es el hecho de que a su criterio las personas formulan preguntas relacionadas con el accidente que les produce incomodidad, enojo, temor y por ende aislamiento.

2.2 Factores ajenos al accidente que contribuyan al desarrollo de estrés postraumático.

“Cuando estaba joven yo anduve en la guerra de los 80, eso fue horrible amigo, ahí íbamos a matar y yo participaba en los asesinatos, me tire a varios, pero también me escaparon de tirar a mi, y los muertos se miraban como en ese accidente, ahí volados te los encontrabas en el camino”

(Entrevista a socorrista)

“yo andaba mal en ese momento porque mira, mi niña tenía apenas un mes de haberseme muerto, ahí en el hospital me dijeron que ella tenía un tumor en el corazón,

después que tenía cáncer en la sangre y todo eso fue en una semana, y al mes la desgracia, esas cosas son muy duras”

(Entrevista a familiar)

“Mira, te voy a contar después de ese accidente tuve como tres choques con el carro, no eran graves pero yo sentía como que se me salía el corazón, si yo ya no quería taxear”

“no,..Jamás he usado drogas, ni he bebido licor, aquí no acostumbramos eso en la casa”

(Entrevista ha afectado)

“Pues yo siempre he sido bueno echarme mis cervecita, pero después de eso pase que no me daban ganas, solo encerrado...ahora si, ya me echo unas de vez en cuando”

(Entrevista a socorrista)

En las respuestas obtenidas los sujetos del estudio manifiestan que anterior y posterior al accidente sufrido pasaron por acontecimientos estresantes en mayor o menor grado que tuvieron cierta significancia en su vida. Algunos de estos hechos guardan aspectos parecidos al accidente de tránsito (multitud de muertos, accidente automovilístico, muerte inesperada) mientras que otros manifiestan no haber pasado por hechos que ellos consideren traumáticos o estresantes. Con respecto al uso de sustancias psicotrópicas antes o después del accidente las respuestas de la mayoría de los sujetos negaron el uso de estas, mientras que una minoría aceptó ingerir bebidas alcohólicas de manera ocasional.

VII. DISCUSION DE RESULTADOS

La prevalencia en el estudio es significativa, ya que nos permite identificar una problemática de salud pública, donde se pone de manifiesto las afectaciones de la población de estudio, así como también las formas de cómo estos responden al TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático), siendo estas sus predictores para ponerlos en una situación de riesgo a tal afectación. Esto se demuestra en un estudio denominado Estilos de defensa en el trastorno por estrés postraumático, realizado por la Dra. Patricia Di Nasso que el riesgo de padecer el trastorno por estrés postraumático se relaciona con los estilos de defensa empleados por el individuo, siendo las personas neuróticas las más susceptibles, y la formación reactiva el mecanismo de defensa más utilizado por estos. Las personas en estudio utilizaban la formación reactiva como mecanismos de defensa aun así no se identificó que estas hayan sido del tipo neurótico ya que no era parte del estudio difiriendo con el estudio anterior.

En el estudio denominado Trastorno por estrés postraumático en pacientes con lesiones no intencionales producidas en accidentes de tránsito, realizado por Ernesto Pérez-Rincón, et al. Se describen entre las características sociodemográficas más relevantes, donde 37 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión. De éstos, 57% fueron hombres y 43% mujeres, con un promedio de edad de 35 años ($DE=12.44$); 40.5% eran solteros, 51.4% casados; 43.2% de los sujetos tenía nivel de educación básica y 56.8% media superior y superior. Distinguiéndose en el presente estudio, diferencias tales como: una mayor participación del sexo femenino, debido a que estas eran quienes estaban en más contacto con los familiares afectados en el accidente; Y que se agregó la categoría de la religión, representando este último un aspecto importante dentro de las características propias de nuestra cultura, en la cual en su mayoría eran de religión católica.

Estas características nos permiten distinguir, en relación a la prevalencia que, entre el rango de edades y el sexo, los adultos y principalmente las mujeres presentan una prevalencia mayor del TEPT, lo que nos indica que a pesar de la carga de estresores que han acumulado en el transcurso de sus vidas, estos aun no han podido aprender a afrontar positivamente estas situaciones, dentro de los grupos de los católicos, casados, nivel de educación de secundaria y superior, estos representan al igual que la

edad y el sexo, alto índice de prevalencia, distinguiendo que a pesar de que estas formas constituyen unas de las herramientas importantes para poder responder positivamente a este tipo de situaciones, estos no lo han podido tomar de esta manera y esto constituye factores de riesgo a desarrollar el TEPT. En un estudio de los accidentados por el descarrilamiento de un tren, atendidos en el Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", de la Habana denominado Intervención terapéutica en pacientes con trastorno agudo por estrés luego de accidente ferroviario realizado por Reynol Moreno Puebla et al, no se encontró asociación entre la aparición del TPET y factores sociodemográficos similar a lo encontrado en otros trabajos. Sí se encontró, sin embargo, relación con los antecedentes de enfermedad psiquiátrica (trastornos emocionales), que coincidió con la gravedad del TEA (Trastorno de Estrés Agudo) en 2 pacientes, que habían recibido ayuda psiquiátrica antes del evento traumático. Todo esto confirma que el estrés psicosocial, estrés acumulativo y las formas de afrontamientos, son asumidos como importantes en la aparición del TPET.

Al determinar el grado actual del cuadro clínico del TEPT, podemos distinguir que existe un alto riesgo en las personas en estudio a desarrollar el TEPT, mostrando en su mayoría síntomas del TEPT, que no los diagnostica como tal, pero si son altamente potenciales a desarrollarlo si no se les da la debida atención y seguimiento, a diferencia de dos sujetos los cuales presentan claramente TEPT.

Se evidencia que la gravedad de los síntomas actualmente es mínima en la mayoría de los sujetos, no representando esto en una persona quien puntuó alto en la gravedad de su sintomatología. En el curso vital la gravedad de la mayoría de los sujetos en estudio, representa el mínimo, no siendo así en el mismo sujeto quien puntuó alto en la gravedad de sus síntomas.

De esta manera el hecho de presentan sintomatología característica del TEPT, aun siendo mínima, representa en la población de estudio factores de riesgo a desarrollar el TEPT, así como cada una de las formas de afrontamiento que aun no ha podido adaptarlas para poder superar las situaciones de este tipo, tales como la religión, su estado civil, el nivel de escolaridad y por supuesto poner atención en las mujeres y la edad, sin dejar a un lado a las personas que tuvieron un mínimo de puntuación de

prevalencia ya que esto representa el punto de partida para poder identificar tempranamente cualquier forma de alteración.

Refiriéndonos al ámbito cualitativo de la investigación, tenemos dos aspectos a evaluar: las afectaciones causadas por la presencia de síntomas de TEPT y factores ajenos al accidente que hubiesen contribuido al desarrollo de este. En el caso del primero se manifiesta un bajo estado de ánimo que se remarca mas aun con la presencia de estímulos que les hagan recordar el accidente, tendiéndose algunos a tornarse agresivos con el fin de que el estímulo cese, ya que les produce angustia y tristeza, cuadro mas característico de los sobrevivientes que se sienten revictimizados, y en el caso de los familiares de los fallecidos los recuerdos evocados son referentes a sus seres queridos.

A nivel laboral las afectaciones se presentan mas en los sobrevivientes, la interrupción de las actividades es el síntoma principal, no solo tienen que ver las secuelas físicas, sino que para trasladarse a su lugar de trabajo deben pasar por el lugar del accidente, el cual afecta a varios de los implicados, de manera que prefieren evitar ese estímulo aunque eso implique perder su trabajo; aunque por otro lado también el interés por ir a trabajar fue disminuido por las insistentes preguntas acerca del accidente que muchos de los sujetos recibieron por parte de compañeros de trabajo, insistencia que algunos catalogaron como “acoso” y que les incomodaba.

Algo similar ocurrió a nivel social con algunos amigos y vecinos que realizaban similitudes de preguntas relacionadas con el accidente que perturbaba la tranquilidad de los sujetos, quienes en su afán de evitar estas situaciones optaron por alejarse de estas personas y preferían quedarse en sus casas. Esta actitud de alejarse de las personas que les estimulaban a recordar el accidente es quizás una opción favorable para superar el duelo mas sanamente, aunque el conversar sobre estos hechos es medicina útil para sanar las heridas, parece que estas personas preferían vivir su duelo de manera mas privada.

Ahora respecto a factores ajenos al accidente que pudiesen haber contribuido al desarrollo de TEPT, es de suma importancia señalar el hecho de que algunos de los entrevistados han pasado anteriormente por situaciones de peligro para la preservación de la vida tanto de ellos como de otras personas, siendo la mas notable la participación

en las guerras de los 70 y 80, que sin ninguna duda los marcaron debido a la muerte de familiares y amigos caídos en combate. Probablemente el accidente en si no hubiese generado estrés postraumático en estas personas, pero al verse combinado con un pasado de horror y muerte como es una guerra, favoreció la aparición de la sintomatología, lo cual no quiere decir que el accidente por si mismo no puede ocasionar el trastorno, sino que las personas contaban con herramientas de afrontamiento para superar el problema, armas que ya habían sido usadas para superar los recuerdos de la guerra pero que revivieron al ver una escena con varios cadáveres mutilados de adultos, jóvenes y niños y otros mas gravemente heridos lo cual desencadena una serie de recuerdos que hasta ese momento se encontraban almacenados en el subconsciente, los cuales desbordan el nivel de tolerancia del sujeto.

Otro tópico a evaluar aquí fue el uso y/o abuso del consumo de sustancias psicotrópicas, que pudiesen haber facilitado la aparición del cuadro clínico de Estrés Postraumático, ahora bien los sujetos manifiestan que no han consumido mas que lo normal en lo que alcohol se refiere en los que lo consumían y que otros tipos de sustancias no las han usado nunca, ni antes ni después del trauma, lo cual deja entrever que a pesar del cuadro de tristeza y bajo estado de animo que presentaban estas personas no optaron por medios de escape que otros usan para huir de sus problemas: el alcohol u otra sustancia, mas en cambio unos de ellos después del accidente afirmaron que dejaron de tomar a como lo hacían regularmente, es decir luego del suceso bajaron el consumo de esta sustancia, según ellos porque quieren disfrutar de esta nueva oportunidad de vida que han recibido.

VIII. CONCLUSIÓN

➤ El perfil socio-demográfico predominante del estudio es: las de sexo femenino, edad de adultez-joven, con educación media y universitaria, casados y de religión católica. Este perfil nos permite distinguir las principales formas en que se encontraba la población y por ende realizar una relación en cuanto a como estos podían responder a tal problemática.

De esta manera se describe que:

- ❖ Las personas que profesan la religión católica, de estado civil; casados, de escolaridad; media y universitaria, de edad; adulto-joven y de sexo; femenino, presentan una prevalencia del trastorno mayor que los demás. Todo esto refleja que tales características, propias de cada sujeto, no representan ser determinantes de apoyo, para poder superar las crisis.
- El índice de prevalencia de estrés postraumático en la población es del 31.04%. El cual a pesar de ser mínimo, en comparación con el índice de ausencia, nos da el indicio del riesgo que existe en esta población de desarrollar el TETP. En este sentido el cuadro clínico predominante fue de estrés agudo y dos sujetos que presentaron TEPT.
- Las principales afectaciones manifestadas por los sujetos, parte de nuestro estudio, se caracterizan por presentar: bajo estado de ánimo, aislamiento social, interrupción de actividades cotidianas, abandono laboral, pérdidas de interés por actividades recreativas. Situaciones que a pesar de no describir un TEPT, si representan una problemática común entre estos, que ponen en riesgo a la población estudiada de desarrollar otras alteraciones como estrés agudo y/o ansiedad y por ende una problemática social.
- La mayoría de las personas que participaron en nuestro estudio poseen herramientas de afrontamiento adecuadas, las cuales les ha permitido responder de manera favorable a la situación vivida evitando de esta manera el desarrollo marcado de un Estrés Postraumático.

IX. RECOMENDACIONES

A las instituciones de socorro (Policías y Bomberos):

- Prestar atención al personal que atienden este tipo de situaciones, brindando la alternativa a estos, de participar en atención psicológica.
- Incluir en sus presupuestos, la atención psicológica, así como también personal de psicología, que brinden la atención a su personal.

Al Ministerio de Salud.

- Brindar la asistencia psicológica a la población afectada y de igual manera preparar al personal de primeros auxilios para afrontar este tipo de situaciones de la mejor manera.
- Dar seguimiento a las personas afectadas, hasta su pronta recuperación, formando grupos de especialistas que les atiendan.

A las personas afectadas y sus familiares

- Involucrarse en las actividades que el ministerio de salud estime para su recuperación tanto física como psicológica.
- Apoyar a sus parientes, que estuvieron directamente afectados, en todo lo necesario para su recuperación efectiva.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno R, Ventura RE, Columbié AM, Menéndez J, Ortega I, Quevedo C. Intervención terapéutica en pacientes con trastorno agudo por estrés luego de accidente ferroviario (sitio en Internet). Rev. Hosp. psiquiátrico de la habana 2005; 2. Disponible en:
<http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0205/hph020605.htm>. Acceso el 16 de junio de 2009.
2. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV TR. Editorial Masson. 1995. Versión española.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). Editorial Médica Panamericana. 2003.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el transito/Resumen OMS/Ginebra 2004. 58 páginas.
5. Pérez E, González C, Ramos L, Jiménez JA, Trastorno por Estrés Postraumático en pacientes con lesiones no intencionales producidas en accidentes de tránsito (sitio de Internet). Salud Mental, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007. Disponible en:
<http://www.alcoholinformate.org.mx/investigaciones.cfm?...> - 29 de Mayo 10:34:40
6. Peden M, Scurfield R, Sleet D, et al. (Sitio en Internet).Informe mundial de traumatismo. Resumen OMS/Ginebra 2004. Disponible en:
www.paho.org/.../resumen_informe_mundial_traumatismos.pdf. Acceso el 24 de junio de 2009.
7. OMS. World's first road death. (Sitio en internet). London, Road Peace 2003. Disponible, en:
<http://www.roadpace.org/articles/worldfirstDeath.html.accessed>. Acceso el 29 de julio de 2009
8. Haeg M. Accidentes de tránsito, prevención y control (sitio de Internet). Salud mundial. Disponible en:

- <http://www.msc.es/ciudadanos/accidentes/docs/informemundial-1.pdf> -. Acceso el 30 de junio de 2009.
9. Wikipedia, la enciclopedia libre (sitio de Internet). Prevalencia. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Prevalencia>. Acceso el 26 abril2009.
 10. Legionelosis (sitio de Internet). Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Disponible en: http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Astillero%20Pinilla_3/Prevalencia.htm. Acceso el 30 de junio de 2009.
 11. Tele SUR (sitio de Internet). "300 mil soldados de EEUU sufren problemas mentales, según estudio". Disponible en: www.multinoticias.tv/index.php?option=com_content&task=view&id=462&Itemid=18. Viernes, 18 de abril de 2008.
 12. Sánchez S. F. "Gestión de la conservación vial en Colombia, (sitio de Internet) Instituto Nacional de Vías. Bogotá – Colombia. Disponible en: www.col.ops-oms.org/sivigila/2004/BOLE17_04.pdf. Acceso el 24/04/08
 13. Gonzáles L. Catorce muertos por accidente de tránsito en León. El Nuevo Diario. Managua, Nicaragua-Jueves 26 de [Julio](#) de [2007](#) - Edición 9680.
 14. Rivera J. Anuario estadístico 2007. Policía Nacional. Managua-Nicaragua 2008. 1^{ra} ed. 200p
 15. Lange JT, Lange CL, Cabaltica RBG. [Tratamiento de atención primaria del trastorno de estrés postraumático](#) (sitio de Internet), Trastorno de Estrés Postraumático. Disponible en: <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/mentalhealth/anxiety/624.html>. Acceso el 02/05/08
 16. Haegi M. Accidentes de Tránsito: El día después de las víctimas y sus familiares (sitio de Internet). Revista "luchemos por la vida" - Año 6 - N° 16. Disponible en: www.luchemos.org.ar/espa/rev16/rev16p02.htm - 8k -. Acceso el 17/04/08
 17. Chaparro PE. Accidentes de tránsito (sitio de Internet). Traumas y Accidentes. Disponible en: www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n3/Rev39.htm - 63k. Acceso el 26/03/08

18. [Ventura RE, Toca LA, Couso O, Ojeda M, Medero B, Ortega I](#). Trastorno de estrés postraumático en miembro de equipo de primera respuesta. Servicio de Psiquiatría. Instituto Superior de Medicina Militar: "Dr. Luís Díaz Soto". La Habana.
19. Di Nasso P, Estilos de defensa en el trastorno por estrés postraumático (sitio de Internet). The Journal of Nervous and Mental Disease. Disponible en: <http://www.saludpublica.com/ampl/ampl07/00807019.htm>. Acceso el 27/05/2009.
20. Carvajal C, Carbonel CG. Trastorno agudo por estrés: Clínica y evolución. Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatría 2002; 40:195-200.
21. Martínez G. Trastornos de ansiedad (sitio de Internet). secuelas psicológicas tras sufrir un accidente de tránsito. Disponible en: www.infobae.com/contenidos/371301-100935-0-

Prevalencia y afectaciones de Estrés Postraumático en sobrevivientes, familiares y socorristas del accidente del By Pass del 26/07/07

ANEXOS

Tabla de datos Generales.

Datos Generales														
Edad			Sexo			Religión			Estado Civil			Escolaridad		
Intervalo s	N	T. %	Tipo	N	T. %	Tipo	N	T. %	Tipo	N	T. %	Tipo	N	T. %
14-18	4	13.8	M	13	44.83	Ateos	2	6.89	Unión Libre	4	13.8	Analfabetas	1	3.45
						Agnósticos	2	6.89	Casados	18	62.06	Primaria	2	6.9
19-58	25	86.2	F	16	55.17	Católicos	21	72.4	Solteros	7	24.14	Secundaria	13	44.83
						Evangélicos	4	13.8				Universitarios	13	44.83

De las relaciones.

Tabla # 1
Relación de prevalencia y Edad

Intervalos de Edad		Prevalencia Global		Total %
		Prevalencia TEPT	Ausencia TEPT	
14 a - 18 a	Cantidad	2	2	4
	% de prevalencia	6.9%	6.9%	13.8 %
19 a - 58 a	Cantidad	7	18	25
	% prevalencia	24.14%	62.06%	86.2 %
Total	Cantidad	9	20	29
	Total % de prevalencia	31.04%	68.96%	100.0%

Tabla # 2
Relación de Prevalencia según el Sexo

Sexo		Prevalencia Global		Total %
		Prevalencia TEPT	Ausencia TEPT	
Hombre	Cantidad	3	10	13
	% prevalencia	10.35%	34.48%	44.83%
Mujer	Cantidad	6	10	16
	% prevalencia	20.69%	34.48%	55.17%
Total	Cantidad	9	20	29
	Total % prevalencia	31.04%	68.96%	100.0%

Tabla # 3
Relación entre Religión y Prevalencia

Religión		Prevalencia Global		Total %
		Prevalencia TEPT	Ausencia TEPT	
Ateos	Cantidad	0	2	2
	% prevalencia	.0%	6.89%	6.89%
Agnóstica	Cantidad	1	1	2
	% prevalencia	3.45	3.44%	6.89%
Católicos	Cantidad	8	13	21
	% prevalencia	27.59	44.83%	72.42%
Evangélicos	Cantidad	0	4	4
	% prevalencia	.0%	13.8%	13.8%
Total	Cantidad	9	20	29
	Total % prevalencia	31.04%	68.96%	100.0%

Tabla # 4.Relación entre Prevalencia y Estado Civil

Estado Civil		Prevalencia Global		Total %
		Prevalencia TEPT	Ausencia TEPT	
Unión Libre	Cantidad	0	4	4
	% prevalencia	.0%	13.18%	13.8%
Casado	Cantidad	7	11	18
	% prevalencia	24.13%	37.93%	62.06%
Soltero	Cantidad	2	5	7
	% prevalencia	6.90%	17.24%	24.14%
Total	Cantidad	9	20	29
	Total % prevalencia	31.03%	68.97%	100.0%

Tabla # 5
Relación entre Prevalencia y Escolaridad

Escolaridad		Prevalencia Global		Total %
		Prevalencia TEPT	Ausencia TEPT	
Analfabetas	Cantidad	0	1	1
	% prevalencia	.0%	3.45%	3.45%
Primaria	Cantidad	1	1	2
	% prevalencia	3.45%	3.45%	6.9%
Secundaria	Cantidad	5	8	13
	% prevalencia	17.24%	27.59%	44.83%
Universitario	Cantidad	3	10	13
	% prevalencia	10.35%	34.48%	44.83%
Total	Cantidad	9	20	29
	Total % prevalencia	31.04%	68.96%	100.0%

Tabla # 6
Relación entre Prevalencia y Puntaje Actual

Puntaje Actual		Prevalencia Global		Total %
		Prevalencia TEPT	Ausencia TEPT	
Gravedad Mínima de los síntomas	Cantidad	8	20	28
	% prevalencia	27.59%	68.96%	96.55%
Gravedad Alta de los síntomas	Cantidad	1	0	1
	% prevalencia	3.45%	.0%	3.45%
Total	Cantidad	9	20	29
	Total % prevalencia	31.04%	68.96%	100.0%

Tabla # 7

Relación entre Prevalencia y la Puntuación en Curso Vital

Curso Vital		Prevalencia Global		Total %
		Prevalencia TEPT	Ausencia TEPT	
Gravedad Mínima de los síntomas	Cantidad	8	20	28
	% prevalencia	27.59%%	68.96%	96.55%
Gravedad Alta de los síntomas	Cantidad	1	0	1
	% prevalencia	3.45%	.0%	3.45%
Total	Cantidad	9	20	29
	Total % prevalencia	31.04%	68.96%	100.0%

Tablas de gravedad de los síntomas

Presencia TEPT

Validos	Cantidad	Porcentaje
TEPT nulos	20	68.96%
TEPT Actual	2	6.9%
TEPT Curso vital	4	13.8%
TEPT Mixto	3	10.35%
Total	29	100.0%

Puntaje Actual

Validos	Cantidad	Porcentaje
Gravedad Mínima de los síntomas	28	96.55%
Gravedad Alta de los síntomas	1	3.45
Total	29	100.0

Curso Vital

Validos	Cantidad	Porcentaje
Gravedad Mínima de los síntomas	28	96.55%
Gravedad Alta de los síntomas	1	3.45%
Total	29	100.0%

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

Criterio A: La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el cual las dos características siguientes estaban presentes:

- (1) La persona experimentó, fue testigo o se enfrentó a un acontecimiento o acontecimientos que supusieron la presencia real de peligro de muerte o de lesiones graves o amenazas a la integridad física de sí misma o de otras.
- (2) Las respuestas de la persona incluyeron miedo intenso, indefensión o terror. *Nota:* en niños, puede ser expresado mediante una conducta desorganizada o agitada.

Le voy a preguntar sobre algunas cosas difíciles o estresantes que algunas veces les ocurren a las personas. Algunos ejemplos de esto son: haber estado en algún tipo de accidente grave, en un incendio, huracán, terremoto; haber sido asaltado, golpeado o atacado con un arma; o bien haber sido forzado sexualmente. Comenzaré por pedirle que mire una lista de experiencias como éstas y marque alguna que le haya afectado a usted. Entonces, si alguna de ellas le afectó, le pediré que describa brevemente qué sucedió y cómo se sintió en ese momento.

Algunas de estas experiencias pueden ser duras de recordar, o pueden traer recuerdos o sentimientos desagradables. Las personas con frecuencia encuentran que hablar sobre ellos puede ayudarles, pero usted decidirá cuánto me quiere decir. A medida que avancemos, si se siente incómodo/a, hágamelos saber y podremos ir más despacio y hablar sobre ello. También, si tiene alguna pregunta o no entiende algo, por favor, dígamelo. ¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

Entregue la lista, después revise y pregunte sobre tres acontecimientos. Si señala más de tres, determine sobre qué tres va a preguntar (p. ej., el primero, el peor y el más reciente; o los tres acontecimientos peores; o el trauma de interés y los otros dos peores, etc.)

Si no se han identificado acontecimientos en la lista: (¿Ha habido alguna situación en la cual su vida ha estado en peligro o ha sido herido o lesionado gravemente?)

Si no: ¿Ha habido alguna situación en la que estuvo amenazado/a de muerte o con daño grave, aun cuando no haya sido directamente herido/a o lesionado/a?

Si no: ¿Ha presenciado algún hecho similar, ocurrido a otra persona, o ha tenido conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted?

Si no: ¿Cuáles cree que han sido las experiencias más estresantes que ha tenido en su vida?

ACONTECIMIENTO N° 1

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligro su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1)

¿Amenaza vital?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

¿Lesión grave?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

¿Amenaza de la integridad física?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

A (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No ☐ Sí ☐ [Durante ☐ Después ☐

Criterio A

¿Se cumple? No ☐ Probable ☐ Sí ☐

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

2

ACONTECIMIENTO N° 2

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1)

¿Amenaza vital?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

¿Lesión grave?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

¿Amenaza de la integridad física?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

B (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No ☐ Sí ☐ [Durante ☐ Después ☐

Criterio A

¿Se cumple? No ☐ Probable ☐ Sí ☐

ACONTECIMIENTO N° 3

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1)

¿Amenaza vital?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

¿Lesión grave?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

¿Amenaza de la integridad física?

No ☐ Sí ☐ [Sujeto ☐ Otro ☐

C (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No ☐ Sí ☐ [Durante ☐ Después ☐

Criterio A

¿Se cumple? No ☐ Probable ☐ Sí ☐

Durante el resto de la entrevista, quiero que mantenga en la mente (los acontecimientos) cuando le pregunte cómo pueden haberle afectado.

Le voy a hacer 25 preguntas. La mayoría de ellas tienen dos partes. Primero, le preguntaré si alguna vez ha tenido un problema en particular, y en ese caso, con qué frecuencia en el mes pasado. Entonces le preguntaré cuánto malestar o molestia le ha causado ese problema.

lez.

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

3

Criterio B. El acontecimiento traumático es revivido persistentemente en una o más de las siguientes formas.

1. (B-1) Recuerdos molestos e intrusos del acontecimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones.
Nota: en niños pequeños puede ocurrir juego repetitivo en el cual son expresados temas o aspectos del trauma.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha tenido alguna vez recuerdos no deseados? (del acontecimiento)? ¿Cómo fueron? (¿Qué recuerda usted?) (Si no está claro) ¿Estos recuerdos ocurrieron mientras estaba usted despierto o solamente en sueños? <i>[Excluir en el caso de que los recuerdos sólo aparecieran durante el sueño]</i> ¿Con qué frecuencia ocurrieron durante el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____	¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Fue capaz de quitárselos de la mente y de pensar en otra cosa? ¿Cuánto esfuerzo tuvo que hacer? ¿Cuánto interfirieron estos recuerdos en su vida? 0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderada: angustia presente claramente, pero controlable. Alguna interrupción de actividades 3. Grave: angustia considerable. Dificultad para quitar de la memoria los recuerdos. Marcada interferencia con las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante, no puede quitar de la memoria los recuerdos, incapaz de continuar con las actividades Validez cuestionable (VC) (especificar) _____	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

2. (B-2) Sueños con el acontecimiento, angustiosos y recurrentes. *Nota:* en niños pueden ocurrir pesadillas sin un contenido que pueda ser reconocido.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha tenido alguna vez sueños desagradables acerca del acontecimiento? Describa un sueño típico (¿qué sucedió?) ¿Con qué frecuencia ha tenido estos sueños en el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____	¿Cuánta angustia o molestia le han causado estos sueños? ¿Le despertaron estos sueños? (si la respuesta es sí) ¿Qué pasó cuando se despertó? ¿Cuánto tardó en volverse a dormir? <i>[Preste atención al nivel de ansiedad, comentarios tales como despertarse gritando, actuando en las pesadillas, etc.]</i> ¿Han afectado estos sueños a alguna otra persona? ¿Cómo? 0. Nada 1. Leve: mínima angustia, puede que no se haya despertado 2. Moderada: se despertó angustiado pero se volvió a dormir rápidamente 3. Grave: considerable angustia. Dificultad en volver a dormirse 4. Extrema: angustia incapacitante, no volvió a dormir VC (especificar) _____	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

4

3. (B-3) Actuando o sintiendo como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo de nuevo. (Incluyendo sensaciones de revivir la experiencia), ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (<i>flashbacks</i>). Incluyendo aquellos que ocurren al despertar o cuando se está intoxicado. <i>Nota:</i> en los niños pequeños puede ocurrir la representación del acontecimiento traumático específico.		
<i>Frecuencia (F)</i> ¿Alguna vez, de repente, ha actuado usted o sentido como que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo? ¿Ha experimentado imágenes del acontecimiento? Si no está claro: ¿Esto sucedió cuando estaba despierto o sólo en sueños? [<i>Excluya si sólo ocurrió durante los sueños</i>]. Dígame más sobre eso. ¿Con cuánta frecuencia le ocurrió en el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____	<i>Intensidad (I)</i> ¿Con qué intensidad le pareció que el acontecimiento estaba pasando otra vez? (estaba confundido acerca de dónde estaba realmente o qué estaba haciendo en ese momento). ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras estaba ocurriendo? ¿Se dio cuenta otra gente de su conducta? ¿Qué le dijeron? 0. No ha revivido el acontecimiento. 3. Leve: algo más real que pensar en el acontecimiento 4. Moderada: consciente pero próximo a disociación transitoria. Todavía consciente de lo que pasa a su alrededor, como soñar despierto 5. Grave: disociación intensa (comunica imágenes, sonidos, olores) pero tiene alguna conciencia de lo que pasa a su alrededor 6. Extrema: disociación completa (<i>«flashback»</i>) (imágenes). No se da cuenta de lo que pasa a su alrededor. Puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna)	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
4. (B-4) Malestar psicológico intenso, al verse expuesto a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.		
<i>Frecuencia (F)</i> ¿Alguna vez se ha disgustado cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (Algo le ha desencadenado malestar relacionado con el acontecimiento) ¿Qué clase de recuerdos le han disgustado? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____	<i>Intensidad (I)</i> ¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Cuánto tiempo duró y cuánto interfirió con su vida? 0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderado: angustia claramente presente pero todavía controlable. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: angustia considerable. Marcada interrupción de las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante. Incapaz de continuar con las actividades	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

Prevalencia y afectaciones de Estrés Postraumático en sobrevivientes, familiares y socorristas del accidente del By Pass del 26/07/07

5. (B-5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha tenido alguna vez alguna reacción física cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (¿Su cuerpo ha reaccionado de alguna manera cuando algo le ha recordado el acontecimiento?) ¿Puede dar algunos ejemplos? ¿Se aceleró su corazón o cambió su ritmo respiratorio? ¿Sudó, o se sintió tenso o tembloroso? ¿Qué clase de recuerdos le provocaron estas reacciones? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____	¿Cuánta intensidad tuvieron (reacciones físicas)? ¿Cuánto duraron? (¿Duraron aun después de la situación?) 0. Sin respuesta física 1. Leve: respuesta mínima 2. Moderada: respuesta física claramente presente. Puede mantenerse si la exposición continúa 3. Grave: respuesta física marcada. Mantenido durante la exposición 4. Extrema: respuesta física sostenida. Puede mantenerse incluso después que la exposición haya terminado	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
Criterio C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal como indican tres (o más) de los siguientes síntomas.		
6. (C-1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha tratado usted alguna vez de evitar pensamientos o sentimientos acerca del acontecimiento? (¿Qué clase de pensamientos o sentimientos trató de evitar?) ¿Intentó evitar hablar con otras personas acerca de ello? (¿por qué?) ¿Con qué frecuencia durante el último mes? 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	¿Cuánto esfuerzo hizo para evitar <i>pensamientos, sentimientos, conversaciones</i>? ¿Qué clase de cosas hizo? ¿Bebió o usó medicación o drogas? [Considerar todos los intentos de evitación, incluyendo distracción, supresión y uso de alcohol o drogas] ¿Cuánto interfirió esto en su vida? 0. Nada 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderada: algún esfuerzo, evitación claramente presente. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de las actividades, o participación en ciertas actividades como estrategia de evitación 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, o involucrarse intensamente en ciertas actividades como estrategia de evitación. Especifique _____	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

9. (C-4) Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Se ha sentido menos interesado/a en actividades con las que disfrutaba? (¿En qué tipo de cosas ha perdido el interés? ¿Hay algunas cosas que ya no hace? ¿Por qué?) <i>[Excluya si es debido a falta de oportunidades, si no es capaz físicamente, si no es apropiado desde el punto de vista de la maduración o debido a cambios en preferencias]</i> En el último mes, ¿en cuántas actividades ha estado menos interesado? ¿Qué clase de cosas todavía disfruta? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?) 0. Ninguna 1. Pocas actividades (menos del 10 %) 2. Algunas actividades (20-30 %) 3. Muchas actividades (aproximadamente el 50-60 %) 4. La mayoría de las actividades (más del 80 %)	¿Fue fuerte su pérdida del interés? (¿Disfrutaba de las actividades una vez que las comenzaba?) 0. No hay pérdida del interés 1. Leve: leve pérdida del interés 2. Moderada: clara pérdida del interés, pero todavía puede disfrutar de algunas cosas 3. Grave: pérdida marcada del interés en las actividades 4. Extrema: completa pérdida del interés, ya no participa en ninguna actividad Especifique _____ _____ _____ _____ _____ ¿Está relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
10. (C-5) Sensación de desapego o aislamiento de los demás.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Se ha sentido distante o aislado de otras personas? ¿Cómo fue? Durante el último mes, ¿cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10 %) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %) 3. La mayor parte del tiempo (50-60 %) 4. Casi todo el tiempo (más del 80 %)	¿Fue fuerte su sentimiento de estar distanciado/a o aislado/a de otras personas? (¿A quién siente más cerca?) ¿Con cuánta gente se siente usted comfortable hablando sobre cosas personales?) 0. Ningún sentimiento de distanciamiento o aislamiento 1. Leve: puede sentirse apartado de las otras personas 2. Moderada: sentimientos de distanciamiento claramente presentes, pero todavía siente alguna conexión interpersonal 3. Grave: sentimientos marcados de distanciamiento o enajenación de la mayoría de la gente. Puede que se sienta cerca de sólo una o dos personas. 4. Extrema: se siente completamente aislado o enajenado de los demás, no se siente cerca de ninguna persona. Especifique _____ _____ _____ _____ _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

11. (C-6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapaz de tener sentimientos de amor).		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha habido momentos en los que se sintió emocionalmente embotado o tuvo problemas experimentando sentimientos como amor o felicidad? ¿Cómo fue eso? (¿Qué clase de sentimientos le causaron problemas?) ¿Con cuánta frecuencia? ¿Cuándo comenzó a tener problema para sentir las emociones? (¿Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10% del tiempo) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %) 3. La mayoría del tiempo (aproximadamente el 50-60 %) 4. Casi todo el tiempo (más del 80 %) Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____	¿Cuánto problema tuvo sintiendo emociones? (¿Qué clase de sentimientos es capaz de experimentar todavía?) [Incluya observaciones de la variación del afecto durante la entrevista] 0. No ha habido reducción para experimentar emociones 1. Leve: mínima reducción de la experiencia emocional 2. Moderada: reducción clara de la experiencia emocional, pero todavía es capaz de experimentar la mayoría de las emociones 3. Grave: reducción marcada de la experiencia de por lo menos dos de las emociones primarias (p. ej., amor y felicidad) 4. Extrema: No puede experimentar emociones	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
12. (C-7) Sensación de un futuro acortado (p. ej., no espera tener obtener un empleo, casarse, tener hijos o, en definitiva, llevar una vida normal).		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha habido veces en las que ha sentido que no había necesidad de planear el futuro? ¿Que de alguna manera su futuro se va a acortar? ¿Por qué? [Descartar riesgos tal como condiciones médicas que pueden afectar el transcurso de la vida] ¿Con cuánta frecuencia en el último mes? ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?) 0. En ningún momento 1. Muy pocas veces (menos del 10 %) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %) 3. La mayor parte del tiempo (50-60 %) 4. Casi todo el tiempo (más del 80 %). Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____	¿Qué intensidad tenía este sentimiento de que su futuro se va a acortar? (¿Cuánto tiempo piensa que va a vivir? ¿Hasta qué punto está convencido/a de que se va a morir prematuramente?) 0. No hay sentimientos de que el futuro se ha acortado 1. Leve: sentimientos leves de un futuro interrumpido 2. Moderado: sentimientos de que el futuro se ha acortado están claramente presentes, pero no hay una predicción específica sobre la longevidad 3. Grave: sentimiento marcado de un futuro interrumpido, puede hacer predicciones específicas sobre la longevidad 4. Extrema: sentimiento abrumador de un futuro interrumpido, completamente convencido/a de una muerte prematura Especifique _____ _____ _____ _____ _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

Criterio D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) (ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas.		
13. (D-1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.		
<i>Frecuencia (F)</i> ¿Ha tenido algún problema para iniciar o mantener el sueño? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de sueño? (¿Después del <i>acontecimiento</i>?) 0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro veces 4. Todas o casi todas las noches Problemas al iniciar el sueño Sí ☐ No ☐ Despertar durante la noche Sí ☐ No ☐ Despertar temprano por la mañana Sí ☐ No ☐ Número total de horas de sueño/noche _____ Número deseado de horas de sueño/noche _____	<i>Intensidad (I)</i> ¿Cuánto problema ha tenido con el sueño? (¿Cuánto tiempo tardó en quedarse dormido? ¿Con qué frecuencia se despertó durante la noche? ¿Se despertó antes de lo que quería? ¿Cuántas horas durmió en total?) 0. Ningún problema con el sueño 1. Leve: prolongación leve de la latencia o dificultad leve para mantener el sueño (hasta 30 minutos de pérdida de sueño) 2. Moderado: alteración clara del sueño, latencia prolongada o dificultades para mantener el sueño (30-90 minutos de pérdida de sueño) 3. Grave: latencia más prolongada, dificultad marcada para mantener el sueño (de 90 minutos a 3 horas de pérdida de sueño) 4. Extrema: latencia muy larga o dificultad profunda para mantener el sueño (más de 3 horas de pérdida de sueño) VC (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
14. (D-2) Irritabilidad o ataques de ira.		
<i>Frecuencia (F)</i> ¿Se ha sentido especialmente irritable o mostrado sentimientos de ira? ¿Podría darme algunos ejemplos? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo se comenzó a sentir de esa manera? (¿Después del <i>acontecimiento</i>?) 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<i>Intensidad (I)</i> ¿Qué intensidad tenía su rabia? (¿Cómo la mostró?) <i>Si comunica inhibición</i> (¿Qué dificultad tuvo para no mostrar su ira? ¿Cuánto tiempo tardó en calmarse? ¿Su rabia le causó algún problema?) 0. Ninguna irritabilidad o ira 1. Leve: irritabilidad mínima, puede haber levantado la voz 2. Moderada: irritabilidad clara o intentos para reprimir la ira. Puede recuperarse rápidamente 3. Grave: irritabilidad marcada o intentos marcados para reprimir la ira, puede ponerse agresivo verbal o físicamente cuando está enfadado 4. Extrema: rabia intensa o intentos drásticos para reprimir la ira, puede tener episodios de violencia física VC (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

15. (D-3) Dificultades para concentrarse.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Le ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaba haciendo, o en las cosas que estaban ocurriendo a su alrededor? ¿Cómo fue eso? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de concentración? (¿Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10%) 2. Algo (aproximadamente el 20-30%) 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%) Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	¿Cuánto dificultad tuvo para concentrarse? [Incluya observaciones de atención y concentración durante la entrevista] ¿Cuánto ha interferido con su vida? 0. No dificultades con concentración 1. Leve: sólo necesita un ligero esfuerzo para concentrarse. Ligera o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderado: pérdida de concentración, pero se puede concentrar con esfuerzo, alguna interrupción de las actividades 3. Grave: pérdida marcada de la concentración, incluso con esfuerzo. Interrupción marcada de las actividades 4. Extrema: dificultad completa para concentrarse. Incapaz de concentrarse en las actividades VC (especifique) _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
16. (D-4) Hipervigilancia.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha estado especialmente alerta o vigilante, aun cuando no había necesidad real? ¿Se ha sentido como si estuviese constantemente en guardia? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a actuar así? (Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10%) 2. Algo (aproximadamente el 20-30%) 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%) Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	¿Cuánto esfuerzo le costó estar pendiente de las cosas que pasaban a su alrededor? [Incluya hipervigilancia durante la entrevista] ¿Estar hipervigilante le causó algún problema? 0. No hipervigilancia 1. Leve: mínima hipervigilancia, leve aumento de la vigilancia 2. Moderado: hipervigilancia claramente presente, alerta con público (escoge un lugar seguro donde sentarse en el restaurante o cine) 3. Grave: hipervigilancia marcada, muy alerta, examina con cuidado los peligros del entorno, preocupación exagerada por la seguridad personal/familiar/y de la casa 4. Extrema: hipervigilancia excesiva, esfuerzos para sentirse seguro/a, ocupan una gran parte del tiempo y de la energía en medidas de seguridad excesivas, conductas de comprobación, y marcada hipervigilancia durante la entrevista ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

17. (D-6) Respuesta exagerada de sobresalto.			
Frecuencia (F)	Intensidad (I)		
¿Ha tenido reacciones de sobresalto? ¿Cuándo ocurrió? ¿Qué tipo de cosas le hicieron sobresaltarse? ¿Con qué frecuencia en el último mes? ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo estas reacciones? (¿Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro o cinco veces 4. Diariamente o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	¿Cómo fueron estas reacciones? ¿Qué fuertes fueron, comparadas con la reacción de la mayoría de las personas? ¿Cuánto duraron? 0. No reacción de sobresalto 1. Leve: reacción mínima 2. Moderada: clara reacción de sobresalto, se siente asustadizo 3. Grave: reacciones marcadas de sobresalto, alerta mantenida tras la reacción inicial 4. Extrema: reacción de sobresalto excesiva, claras conductas de afrontamiento (p. ej., veterano de guerra que se tira al suelo) VC (especifique) _____ _____ _____ _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐	
Criterio E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.			
18. Aparición de los síntomas.			
[Si no está claro todavía] ¿Cuándo fue la primera vez que comenzó a tener (los síntomas de TEPT) que me dijo? (¿Cuánto tiempo después del trauma comenzaron? ¿Más de 6 meses?)	_____ nº total de meses de demora en la aparición de los síntomas Demora en la aparición de los síntomas (≥ 6 meses)? No ☐ Sí ☐		
19. Duración de los síntomas.			
Actual. ¿Cuánto tiempo (síntomas de TEPT) duraron en total? En la vida. ¿Cuánto tiempo estos (síntomas de TEPT) duraron en total?	¿Duración de más de un mes? Nº total de meses de duración Agudo (< 3 meses) o crónico (≥ 3 meses)?	Actual No ☐ Sí ☐ Agudo ☐ Crónico ☐	Alguna vez en la vida No ☐ Sí ☐ Agudo ☐ Crónico ☐
Criterio F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.			
20. Malestar subjetivo.			
Actual. Sobre todo, ¿cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? [Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores] A lo largo de la vida. ¿Cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? [Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores]	0. Ninguno 1. Leve, malestar mínimo 2. Malestar moderado claramente presente, pero todavía controlable 3. Grave: malestar considerable 4. Extremo: ansiedad incapacitante		
Actual ☐ Alguna vez en la vida ☐			

21. Deterioro social.		
<i>Actual. ¿Estos síntomas (síntomas de TEPT) le han afectado en su relación con otras personas? ¿Cómo? [Considere deterioro en el funcionamiento social manifestado en las preguntas anteriores]</i> <i>A lo largo de la vida. ¿Estos síntomas de TEPT afectan su vida social? ¿Cómo? [Considere el deterioro social referido en los ítems anteriores]</i>	0. Ausencia de impacto adverso 1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento social 2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos 3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos 4. Extremo: poco o ningún funcionamiento social	<i>Actual</i> ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> ☐
22. Deterioro laboral o otras áreas importantes de la actividad del individuo.		
<i>Actual. [Si no está ya claro.] ¿Está trabajando?</i> <i>Sí: ¿Han afectado estos (síntomas de TEPT) su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta]</i> <i>No: ¿Le han afectado estos (síntomas de TEPT) otra área importante de su vida? [Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.] ¿Cómo?</i> <i>En toda su vida. [Si aún no está claro] ¿Estaba usted trabajando entonces?</i> <i>Sí: ¿Afectaron estos síntomas de TEPT su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta]</i> <i>No: ¿Afectaron estos síntomas de TEPT otra área importante de su vida? [Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.] ¿Cómo?</i>	0. Ausencia de impacto adverso 1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento laboral/otra área 2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos 3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos 4. Extremo: poco o ningún funcionamiento laboral/otra área	<i>Actual</i> ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> ☐
CALIFICACIONES GLOBALES		
23. Validez global.		
Estime la validez general de las respuestas considerando factores tales como colaboración con el examinador, estado mental (p. ej., problemas de concentración, comprensión de los ítems, disociación), y evidencias de esfuerzos para exagerar o minimizar los síntomas	0. Excelente, no hay razón para sospechar que las respuestas no sean válidas 1. Buena: hay factores presentes que pueden afectar negativamente la validez 2. Adecuada: hay factores presentes que disminuyen en la validez 3. Pobre: validez reducida sustancialmente 4. Respuestas no válidas, estado mental gravemente afectado, o posible simulación o disimulación	

24. Gravedad global.		
Estime la gravedad global de los síntomas de TEPT. Considere el grado de malestar subjetivo, el grado de deterioro funcional, observaciones de la conducta durante la entrevista, y juicio con respecto al estilo de relato	0. Sin síntomas clínicamente significativos, ni de malestar o deterioro funcional 1. Leve: malestar mínimo o escaso deterioro funcional 2. Moderada: malestar o deterioro funcional claro, pero funciona satisfactoriamente con esfuerzo 3. Grave: malestar o deterioro funcional marcado, funcionamiento limitado aun con esfuerzo 4. Extremo: malestar o impedimento funcional importante en dos o más áreas de funcionamiento	Actual ☐ Alguna vez en la vida ☐
25. Mejoría global.		
Califique la mejoría total presente desde la calificación inicial. Si no ha habido una calificación inicial, pregunte cómo los síntomas han cambiado durante los últimos seis meses. Califique el grado de cambio sea o no, a su juicio, debido al tratamiento	0. Asintomático 1. Mejoría considerable 2. Mejoría moderada 3. Mejoría leve 4. Sin mejoría 5. No hay suficiente información	
SÍNTOMAS ACTUALES DE TEPT		
Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio B	_____ n° de síntomas (≥ 1)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio C	_____ n° de síntomas (≥ 3)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio D	_____ n° de síntomas (≥ 2)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio E	¿Cumple (duración ≥ 1 mes)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO ☐ SÍ ☐
TEPT ACTUAL. ¿Cumple (criterio A-F)?		NO ☐ SÍ ☐
<i>Si cumple el criterio para TEPT actual, vaya directamente a las características asociadas.</i> <i>Si el criterio para TEPT actual no se ha cumplido, evalúe TEPT a lo largo de la vida. Identifique un período, de por lo menos un mes, desde el momento del acontecimiento traumático en el cual tuvo los peores síntomas.</i> - Desde el acontecimiento ¿ha habido algún momento en el que estos síntomas de TEPT fueron peores que lo que han sido en el mes pasado? ¿Cuándo? ¿Cuánto duró? (¿Por lo menos un mes?) - Si ha habido múltiples episodios en el pasado: ¿Cuándo le molestaron más estos síntomas de TEPT? - Si por lo menos ha habido un período, pregunte ítems 1-17, cambiando la connotación de las preguntas de frecuencia para referirse al período peor. ¿Durante ese tiempo experimentó síntomas? ¿Con qué frecuencia?		
SÍNTOMAS DE TEPT A LO LARGO DE LA VIDA		
Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio B	_____ n° de síntomas (≥ 1)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio C	_____ n° de síntomas (≥ 3)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio D	_____ n° de síntomas (≥ 2)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio E	¿Cumple (duración ≥ 1 mes)?	NO ☐ SÍ ☐
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO ☐ SÍ ☐
TEPT a lo largo de la vida. ¿Cumple (criterio A-F)?		NO ☐ SÍ ☐

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS		
26. Culpa sobre actos de comisión u omisión.		
<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
¿Se ha sentido culpable por alguna cosa que hizo o dejó de hacer durante el <i>acontecimiento</i>? Dígame algo más: ¿Sobre qué se sintió culpable? ¿Cuánto tiempo durante el último mes se sintió así? 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10 %) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %) 3. La mayor parte del tiempo (50-60 %) 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80 %) Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____	¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron? 0. Sin sentimientos de culpa 1. Leve: sentimientos leves de culpa 2. Moderada: sentimientos de culpa claramente presentes, algún malestar pero todavía controlable 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, malestar considerable 4. Extrema: sentimientos generalizado de culpa, autocondenación con respecto a la conducta, malestar incapacitante VC (especifique) _____ _____ _____ _____	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
27. Culpa del superviviente (aplicable solamente si hubo múltiples víctimas).		
<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
¿Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al <i>acontecimiento</i> cuando los otros no? Dígame algo más: ¿De qué se siente culpable? ¿Cuánto tiempo, durante el mes pasado se sintió así? 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10 %) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %) 3. La mayor parte del tiempo (50-60 %) 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80 %) 5. NA (no aplicable) Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____	¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron? 0. Sin sentimientos de culpa 1. Leve: sentimientos leves de culpa 2. Moderada: sentimientos de culpa definitivamente presentes, algún malestar pero todavía controlable 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, considerable malestar 4. Extrema, sentimientos generalizados de culpa, autocondenación por haber sobrevivido, malestar incapacitante VC (especifique) _____ _____ _____ _____	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

28. Reducción de la conciencia de lo que le rodea (p. ej., «estar como en una nube»).		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha habido momentos en los que se sintió fuera de contacto con lo que estaba sucediendo a su alrededor, como si estuviera aturdido? ¿Cómo fue? <i>[Distingalo de las memorias repentinas disociativas (flashbacks) del episodio]</i> ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el mes pasado? <i>[Si no está claro]</i> (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto de drogas o del alcohol?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces a la semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente, o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	¿Cómo de fuerte fue ese sentimiento de estar fuera de contacto o aturdido? (¿Estaba confundido en relación con donde estaba realmente, o con lo que estaba haciendo en ese momento?) ¿Cuánto tiempo duró? ¿Qué hizo usted mientras esto estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?) 0. No reducción de la capacidad de darse cuenta 1. Leve: reducción ligera en la capacidad de darse cuenta 2. Moderada: reducción clara pero transitoria de la capacidad de darse cuenta, puede manifestar sentirse como despistado 3. Grave: reducción marcada en la capacidad de darse cuenta, puede durar varias horas 4. Extrema: pérdida completa de la capacidad de darse cuenta de lo que pasa en el entorno, puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna) VC (especifique) _____ _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐ Actual ☐ A lo largo de la vida ☐	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
29. Sensación de falta de realidad.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Ha habido veces que las cosas que estaban pasando a su alrededor parecían irreales o muy extrañas y no familiares? <i>[Si no]</i> (¿Ha habido veces que las personas que conocía de repente no le parecían familiares?) ¿Cómo fue? ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el último mes? <i>[Si no está claro]</i> (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto del alcohol o las drogas?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces a la semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente, o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	¿Cómo de fuerte fue (la sensación de falta de realidad)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo cuando esto estaba ocurriendo? (¿Otras personas se dieron cuenta? ¿Qué dijeron?) 0. No sensación de falta de realidad 1. Leve: sensación ligera de falta de realidad 2. Moderada: sensación clara pero transitoria de falta de realidad 3. Grave: considerable sensación de falta de realidad, confusión marcada sobre qué es real, puede durar varias horas 4. Extrema: profunda sensación de falta de realidad, pérdida dramática del sentido de realidad o familiaridad VC (especifique) _____ _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐ Actual ☐ A lo largo de la vida ☐	<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐

30. Despersonalización						
Frecuencia (F)			Intensidad (I)			
¿Ha habido momentos en los que se ha sentido como si estuviera fuera de su cuerpo, mirándose a usted mismo/a como si fuera otra persona? [Si no] (¿Ha habido momentos en los que sintió extraño su cuerpo, no familiar, como si hubiera cambiado de alguna manera?) (¿Cómo fue eso? ¿Con qué frecuencia ha ocurrido durante el mes pasado? [Si no está claro] (¿Fue debido a enfermedad o al uso de alcohol o drogas?) ¿Cuándo fue la primera vez que se sintió de esa manera? (¿Después del acontecimiento?) 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces a la semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente, o casi todos los días Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____			¿Cómo de fuerte fue (la despersonalización)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo usted cuando estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?) 0. Sin despersonalización 1. Leve: despersonalización ligera 2. Moderada: despersonalización clara pero transitoria 3. Grave: despersonalización considerable, sentimiento marcado de separación de la propia persona, puede persistir varias horas 4. Extrema: despersonalización profunda, sensación dramática de separación de la persona misma VC (especifique) _____ _____ _____ ¿Relacionado con el trauma? Seguro ☐ Probable ☐ Posiblemente no ☐ Actual ☐ A lo largo de la vida ☐			<i>Actual</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐ <i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____ Síntomas Sí ☐ No ☐
HOJA RESUMEN DEL CAPS-DIAGNÓSTICO						
Nombre: _____ Nº de ID.: _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____						
A. Suceso traumático: _____						
B. Síntomas reexperimentados	Actual			Curso vital		
	F	I	F + I	F	I	F + I
(1) Recuerdos intrusivos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(2) Sueños angustiantes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(3) Actuar o sentir como si el suceso volviera a ocurrir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(4) Angustia psicológica ante hechos que le recuerdan el suceso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(5) Reacción fisiológica al exponerse a hechos que le recuerdan el suceso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B subtotales	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Número de síntomas del criterio B (se necesita uno)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C. Síntomas de evitación y paralización						
(6) Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(7) Evitación de actividades, lugares o personas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(8) Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(9) Disminución del interés o de la participación en actividades	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(10) Sensación de desapego o alejamiento	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(11) Afecto restringido	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(12) Sensación de un porvenir acortado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C subtotales	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Número de síntomas del criterio C (se necesitan tres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Prevalencia y afectaciones de Estrés Postraumático en sobrevivientes, familiares y socorristas del accidente del By Pass del 26/07/07

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

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-León.

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Psicología

Entrevista.

1. Posterior al accidente de tránsito, ¿Qué otro hecho significativo a tenido lugar en su vida?

2. ¿Antes de este accidente había estado usted involucrado en otro hecho relevante que hubiese sido estresante para usted?

3. ¿Encontró usted respaldo de sus familias y amigos posterior al accidente?

4. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas u otro tipo de sustancias con frecuencia antes y después del accidente?

5. ¿Cuales han sido las principales afectaciones a nivel laboral que ha sufrido por la presencia de estos síntomas?

6. ¿Cuales han sido las principales afectaciones a nivel social que ha sufrido por la presencia de estos síntomas?

7. ¿Cuales han sido las principales afectaciones a nivel personal y familiar que ha sufrido por la presencia de estos síntomas?