

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Trastorno por estrés postraumático en militares de una institución del
Ejército del Perú

Por:

Andrei Karpov Laura Ccosi

Asesor:

Psic. Cristian Edwin Adriano Rengifo

Lima, diciembre de 2018

DECLARACION JURADA
DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

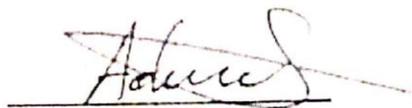
Psic. Cristian Edwin Adriano Rengifo, de la Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: " TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN MILITARES DE UNA INSTITUCIÓN DEL EJERCITO DEL
PERÚ" constituye la memoria que presenta el bachiller Andrei Karpov Laura Ccosi
para aspirar al título Profesional de Psicólogo, ha sido realizada en la Universidad
Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del
autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Juliaca a los veinte días del
mes de noviembre del año dos mil dieciocho.



Asesor
Psic. Cristian Edwin Adriano Rengifo

"Trastorno por estrés postraumático en militares de una institución del
Ejercito del Perú"

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

JURADO CALIFICADOR



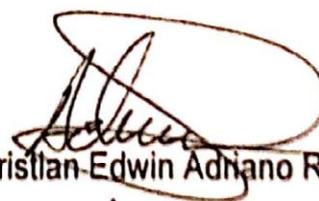
Psic. Josías Trinidad Ticse
Presidente



Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro
Secretario



Mg. Katty Esther Puente Guedez
Vocal



Psic. Cristian-Edwin Adriano Rengifo
Asesor

Ñaña, 18 de diciembre de 2019

Agradecimientos

A Dios por su manera tan única de enseñarme lo que necesito saber de la vida.

A mis padres que a pesar de la distancia sentía su respaldo para cada decisión que tomaba

También agradecer a mi asesor Psic. Cristian Edwin Adriano Rengifo por su paciencia y sus ganas de enseñar.

De manera especial al Ejército del Perú institución a la que aprecio mucho, en la que pasé unos de los mejores años de mi vida.

Dedicatoria

A mi familia que fue soporte importante durante el desarrollo de este trabajo.

Índice General

Agradecimientos.....	iv
Índice de Tablas	vii
Índice de anexos	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi
Capítulo I El problema.....	12
1. Planteamiento del problema.....	12
2. Pregunta de investigación	15
2.1 Pregunta general.....	15
2.2 Preguntas específicas.....	15
3. Justificación.....	15
4. Objetivos de la investigación	16
4.1 Objetivo general.....	16
4.2 Objetivos específicos	16
Capítulo II Marco teorico	17
1. Presuposición filosófica.....	17
2. Antecedentes de la investigación	18
2.1 Antecedentes internacionales	18
3. Marco conceptual.....	23

3.1 Trastorno por estrés postraumático	23
3.1.1 Definición	23
3.1.2 Características	23
3.1.3 Criterios diagnósticos actuales	24
3.1.4 Características clínicas del Trastorno Por Estrés Postraumático	26
3.2 Marco conceptual referente a la población de estudio.	33
4. Definición de términos	35
5. Hipótesis de la investigación	36
5.1 Hipótesis general.	36
5.2 Hipótesis específicas.	36
Capítulo III Materiales y metodos	37
1. Diseño y tipo de investigación	37
2. Variables de la investigación	37
2.1 Definición conceptual de las variables	37
2.2 Operacionalización de las variables	38
3. Delimitación geográfica y temporal	38
4. Participantes.....	38
4.1 Criterios de inclusión.....	38
4.2 Criterios de exclusión.....	38
Características de la muestra.....	39
5. Instrumentos.....	40

5.1. Checklist del Estrés Postraumático.....	40
6. Proceso de recolección de datos	42
7. Procesamiento y análisis de datos	42
Capítulo IV Resultados y discusión	43
1. Resultados	43
1.1 Análisis descriptivo.....	43
1.1.2 Niveles de Trastorno por estrés postraumático según datos sociodemográficos	44
2. Discusión.....	46
Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones.....	50
1. Conclusiones	50
2. Recomendaciones	52
Referencias bibliográficas	53
Anexos	61

Índice de Tablas

Tabla 1: Análisis de las características de la muestra	39
Tabla 2: Presencia de Trastorno de Estrés Postraumático y sus dimensiones....	44
Tabla 3: Presencia de Trastorno de Estrés Postraumático según datos sociodemográficos de los participantes.....	45
Tabla 4: Fiabilidad del Test Checklist del Estrés postraumático	73
Tabla 5: Correlaciones sub test - Test Checklist del Estrés postraumático	74

Índice de anexos

Anexo 1: Operacionalización de constructo.....	67
Anexo 2: Instrumento utilizados	68
Anexo 3: Traducción del instrumento.....	69
Anexo 4: Criterios generales de validez de constructo.....	70
Anexo 5: Tabla de fiabilidad y validez del instrumento.....	71
Anexo 6: Carta de autorización.....	76
Anexo 7: Consentimiento informado.....	77

Resumen

El objetivo de la investigación es describir el nivel de Trastorno por Estrés Postraumático en una institución del ejército del Perú, la presente investigación es no experimental de corte transversal puesto que se trata de un estudio de tipo descriptivo. La población está conformada por militares cuyas edades oscilan entre 17 a 37 años, de ambos sexos, siendo ellos personal militar que desempeña funciones tanto administrativas y operativas estos se encuentran distribuidos en varias unidades, debido a que es la primera vez que se realiza un estudio como este se trabajara con 300 militares, en los resultados se halló que en el 22% de militares existen síntomas que hacen sospechar de la presencia de Trastorno por estrés postraumático, un 43% desarrollo síntomas de reexperimentación, 35% síntomas de evitación y el 43% síntomas de hiperactivación. Se concluye por tanto que en el personal militar de las unidades del ejército del Perú evaluadas existen militares que padecen de este trastorno.

Palabras clave: TEPT, estrés, traumas, shock emocional, militares.

Abstract

The objective of the research is to describe the level of Post-traumatic Stress Disorder in an institution of the Peruvian army, 2018, for the present research is not experimental cross-sectional since it is a descriptive type of study. The population is made up of military personnel whose ages range from 17 to 37 years, of both sexes, being military personnel who perform both administrative and operational functions. They are distributed in several units, due to the fact that this is the first time that a study has been carried out as this one with 300 military personnel, in the results it was found that in 22% of the military there are symptoms that make one suspect the presence of Post-traumatic Stress Disorder, 43% develop symptoms of re-experimentation, 35% avoidance symptoms and 43% hyperactivation symptoms. It is therefore concluded that in the military personnel of the Peruvian army units evaluated there are soldiers who suffer from this disorder.

Key words: PTSD, stress, trauma, emotional shock, military

Introducción

El ser humano desde sus primeros segundos de vida fuera del vientre materno pasó ya por varios eventos estresantes como, los estados de ánimo de la madre, el proceso de nacimiento, los procedimientos médicos para evaluar su salud al momento de nacer y seguirá atravesando por muchas situaciones estresantes hasta el final de sus días.

Los militares son una población cuyo objetivo es salvaguardar la integridad territorial de una nación en caso de una guerra, en nuestro país los militares tienen funciones diversas obviamente entre ellas están entrar en operaciones y mantenerse en constante entrenamiento, estas actividades generan estrés en distintas proporciones, pero a lo que nos enfocamos en este trabajo es a las consecuencias de experimentar eventos traumáticos en el ejército es decir al Trastorno por Estrés Postraumático.

El Trastorno por Estrés Postraumático es una problemática que si no se atiende a tiempo puede generar consecuencias tan letales como el suicidio, el punto de partida que los profesionales pueden usar para sospechar de la presencia de este trastorno es la presencia de algún evento estresante como guerras, conflictos armados, violencia física o psicológica, violación sexual, accidentes de tránsito, agotamiento físico.

En este sentido este trabajo dará un aporte en datos y teorías de la realidad de este trastorno en una institución militar del Perú

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

Al exponerse a un suceso altamente impactante, en el cuerpo comienza a aparecer el estrés, que funciona de manera adaptativa, es necesaria para conservar y defender el organismo. Pero cuando el suceso supera el límite de la tolerancia, capacidad de respuesta y adaptación de la víctima, se produce entonces una reacción de estrés exagerada o desadaptativa (Abbene, 2010). El conjunto de respuestas rápidas, intensas ante estímulos externos, el enlentecimiento para el restablecimiento del estado de ánimo equilibrado inicial se la denomina Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Montt y Hermosilla, 2001). Se sabe que en la actualidad el TEPT afecta a millones de personas en el mundo, aunque comúnmente se cree que es efecto de las experiencias vividas por el personal militar expuesto a la guerra, sin embargo, cualquier persona que pase por algún evento traumático puede experimentar este trastorno que es crónico y tiene un impacto significativo social e individual (Rojas, 2016).

Belloch, Sandín, y Ramos (2009) definen al TEPT como un cuadro clínico que aparece en sujetos que han sido víctimas de catástrofes como: inundaciones, terremotos, incendios, choques de trenes, bombardeos, violaciones, torturas, secuestros, asesinatos de seres queridos; el trastorno es más grave cuando es

causado por el ser humano (secuestro, asesinatos, violaciones) y su intensidad es elevada.

En un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) se estima que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un TEPT en el último año y que en Estados Unidos se estima que solo el 38% de las personas con TEPT está en tratamiento. La principal razón para no recibir tratamiento, entre el 62% restante, es que las personas no pensaban que tuvieran un problema. Además, existen otros factores que contribuyen a que sea bajo el número de individuos con TEPT que reciben tratamiento efectivo, como un proceso de referencia insuficiente o la falta de médicos apropiados entrenados en el tratamiento de este trastorno.

Para que el TEPT se desarrolle en los militares existen diversos factores que intervienen. En primer lugar, está el entrenamiento militar que puede llevar a un personal de tropa a mecanismos de adaptación y afrontamiento al estrés a su límite y dejar secuelas que con el tiempo y la doctrina militar se logran enmascarar. En segundo lugar, se encuentran las dificultades en las relaciones de autoridad con los superiores que se tornan en muchas ocasiones ambiguas, negativas y subestimantes. En tercer lugar, se encuentran todas las circunstancias que rodean el regreso a casa, en donde experimentaron sentimientos de abandono, culpa y desesperación (Alford, Mahone, y Fielstein, 1988). En cuarto lugar, se encuentran los factores del desarrollo, que están directamente relacionados con la edad en la que estos combatientes fueron a la guerra (juventud) y también intervienen los traumas de la infancia, los cuales interactúan con las alteraciones producidas en su comportamiento en combate (Goodman y Weiss, 1998). Como indican las estadísticas de estudio realizado en militares donde el 65,38 % de la población es

vulnerable al estrés y sólo el 34, 62 % de la muestra total no lo es; desde el 7,2 al 77 % de los sujetos presentan signos ligeros y severos de estrés(Cabrera, Simón, Fernández, Palazón, y Santo domingo, 2000). En este sentido, el personal dedicado a labores de protección y seguridad como los policías y militares están expuestos a situaciones altamente traumáticas como: violencia, muerte, lesiones, secuestro, explosiones, desastres; estos hechos que afectan y deterioran su salud mental (Tapias, 2006). Así mismo en un estudio realizado en México con personas que documentaron hechos bélicos de lucha contra el narcotráfico un 42.9% presentó sintomatología de TEPT, también el personal desplazado o afectado por combates resulta afectado. En este sentido un 55.6% de desplazados por enfrentamientos en Colombia sufre síntomas de TEPT (Alejo, Rueda, Ortega, y Orozco, 2007). Por otro lado, algunos estudios realizados con personal militar en México indican que la presencia del TEPT se deben a hechos traumáticos fuera de la actividad militar (Martínez-Salazar, 2016). A consecuencia de situaciones como las anteriores, es frecuente observar temor generalizado, estados de angustia y de hiperalerta, conductas que corresponden a respuestas de adaptación normales a una situación extrema (Cohen, 2008).

Es necesario conocer más sobre el TEPT a partir de las secuelas psicológicas que van dejado los conflictos armados en los militares que están involucrados en éstas y también comprobar la necesidad de preparación de las tropas para el afrontamiento al estrés, lo que hace imprescindible el conocimiento de las características individuales de los combatientes y la presencia del TEPT que intervienen en la capacidad de adaptación para el desempeño exitoso de sus

labores profesionales(Cabrera, Noriega, Fernández, Palazón, y Santo domingo, 2000).

2. Pregunta de investigación

2.1 Pregunta general

¿Cuál es la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en militares de una institución del ejército del Perú?

2.2 Preguntas específicas

¿Cuál es la prevalencia de síntomas de reexperimentación sobre acontecimientos traumáticos en militares de una institución del Ejército del Perú?

¿Cuál es la prevalencia de síntomas de evitación a estímulos asociados al trauma en militares de una institución del Ejército del Perú?

¿Cuál es la prevalencia de síntomas de hiperactivación en militares de una institución del Ejército del Perú?

3. Justificación

Esta investigación en aumentará la poca atención que se le pone a la salud mental de los militares que se encuentra en constante entrenamiento para luchar contra el narcotráfico y los remanentes terroristas en el Perú, especialmente porque el TEPT es un padecimiento que no se ha estudiado con la debida seriedad en las fuerzas militares del Perú. Al finalizar el estudio se podrá determinar el nivel de TEPT que tienen los oficiales, suboficiales y tropa servicio militar voluntario (TSMV) del ejército que integran las patrullas destacadas en la zona del Valle del Rio Apurímac Ene y Mantaro (VRAEM), y las unidades de fuerzas especiales (FFEE).

La información servirá como medida de prevención e información de los padecimientos psicológicos que sufrirán durante el tiempo que se encuentren en zona de operaciones, para evitar que el impacto psicológico propio de sus labores afecte de manera negativa su equilibrio psicológico. A nivel teórico este trabajo aportará información nueva sobre el desarrollo de TEPT en militares peruanos, esta información se podrá comparar con población militar de otros países y determinar si se pueden imitar los programas de prevención e intervención psicológica frente a este trastorno, se podrá realizar una mejor selección de personal que realizará labores de patrullaje, valorar el estado de salud mental de las unidades militares antes, durante y después de distintas actividades militares, brindar datos al área de epidemiología de la sanidad militar del ejército, involucrar a los líderes militares y a familia a coadyuvar para mejorar la salud mental del personal militar.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo general.

Describir la prevalencia TEPT en militares de una institución del Ejército del Perú

4.2 Objetivos específicos

Describir la prevalencia de síntomas de reexperimentación sobre acontecimientos traumáticos en militares de una institución del Ejército del Perú.

Describir la prevalencia de síntomas de evitación a estímulos asociados al trauma en militares de una institución del Ejército del Perú

- Describir la prevalencia de síntomas de hiperactivación en militares de una institución del Ejército del Perú.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

Cuando se tienen vivencias que dan una carga de estrés, la oración es una herramienta que aplaca las tensiones. Y la Biblia lo corrobora diciendo "En Dios solamente esta acallada mi alma; de El viene mi salvación. El Solamente es mi roca y salvación; es mi refugio, no resbalaré mucho" (Salmos 62:1-2)

Las consecuencias de las tensiones que no se pueden controlar ayudan a aumentar la fe y formar el carácter. También está en la Biblia en Romanos 5:3-4, "Y no sólo esto, sino que también nos gloriamos en las tribulaciones, sabiendo que la tribulación produce paciencia; y la paciencia, prueba; y la prueba, esperanza".

Los problemas y tensiones que ocurran no necesariamente significan la aparición de estrés interno y la Biblia lo explica de manera clara en Filipenses 4: 6-7 "Por nada estéis afanosos, sino sean conocidas vuestras peticiones delante de Dios en toda oración y ruego, con acción de gracias. Y la paz de Dios, que sobrepasa todo entendimiento, guardará vuestros corazones y vuestros pensamientos en Cristo Jesús"

En todo momento se está en paz si mantiene los pensamientos en Dios, Isaías 26:3 "Tú guardarás en completa paz a aquel cuyo pensamiento en ti persevera; porque en ti ha confiado".

2. Antecedentes de la investigación

2.1 Antecedentes internacionales

Tapias (2006) realizó un estudio en Colombia para describir la existencia de estrés postraumático en militares y policías, la muestra estuvo compuesta por 50 sujetos entre policías y militares; el instrumento utilizado fue Síntomas de estrés postraumático de Echeburúa y del Corral 1997, se concluyó que el 31% de los participantes lo padece y el 8% lo ha desarrollado como consecuencia del trabajo y que hay mayor incidencia de esta psicopatología en los que tienen mayor tiempo de servicio y mayor rango, por lo cual se sugiere realizar actividades de prevención e intervención.

Flores, Reyes, y Reidl (2000) llevaron a cabo, en México, un estudio descriptivo para identificar síntomas de ansiedad, depresión, TEPT, consumo de alcohol y tabaco en periodistas que cubren la guerra contra el narcotráfico. La muestra estuvo compuesta por 140 periodistas mexicanos; los instrumentos con los que se evaluaron fueron la lista de chequeo (PTSD Checklist, PCL), Inventario de ansiedad y depresión de Beck, test de identificación de trastorno de uso de alcohol (AUDIT) y la Prueba de Fagerström. Los resultados indican que los periodistas que cubren noticias de narcotráfico y crimen organizado presentan puntajes significativamente más altos que aquellos que trabajan en otro tipo de temas.

Britvić, et al. (2015) realizaron un estudio comparativo en Croacia para comparar la frecuencia de trastornos somáticos en veteranos de guerra y personas no expuestas a la experiencia traumática del campo de batalla y determinar si la exposición a factores socio-demográficos en tiempo de guerra puede predisponer

a traumas, alteraciones o trastornos somáticos. El estudio se efectuó con 1558 pacientes croatas entre expuestos y no a combate. Todos los participantes fueron evaluados sistemáticamente mediante la Escala Mississippi para el Trastorno por Estrés Postraumático relacionado con Combate (M-PTSD) (Keane, Zimering, y Cadell, 1985). Los resultados indican que los veteranos con TEPT, como resultado de la exposición a experiencias traumáticas del campo de batalla, incrementan la posibilidad de desarrollo de trastornos somáticos.

Hewitt et al.(2016) realizaron un trabajo de investigación descriptiva en Colombia, para conocer la afectación psicológica, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia en adultos expuestos al conflicto armado en Colombia, fueron 677 adultos expuestos a conflicto armado los que conformaron la muestra, para la obtención de datos se utilizaron los siguientes instrumentos; Encuesta de características socio demográficas, evaluación de la percepción y necesidad de atención en salud mental y de las situaciones traumáticas relacionadas con el conflicto armado, Cuestionario de síntomas, Prueba de Estrés Postraumático, Escala de Resiliencia de Adultos, Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada. Los resultados demostraron que las afectaciones psicológicas encontradas son el sentimiento de que alguien trata de hacerle daño, consumo de alcohol, alteraciones del estado de ánimo y síntomas de estrés postraumático. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son la religión y esperar que las cosas se arreglen solas. El nivel de resiliencia es moderado. La percepción de salud es baja y la necesidad de atención es alta.

Barrera y Calderón (2016) realizaron una investigación de tipo descriptivo correlacional en Colombia, para describir el rendimiento cognitivo en un grupo de

personas que fueron afectadas por un atentado con carro bomba, la muestra estuvo conformada por 50 personas; los instrumentos utilizados fueron Checklist de síntomas de estrés postraumático con base en los criterios del D.S.M. IV y *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.), los resultados demostraron que el desempeño en los dos grupos fue muy similar aunque llama la atención los resultados en tareas que implican memoria de trabajo, el recobro de memoria a largo plazo en las cuales se puede observar un desempeño más pobre en el grupo de TEPT, sin embargo en la prueba “stroop” (tiempo conflicto), los resultados indican un mayor esfuerzo cognitivo en el grupo de TEPT, con valores que sugieren una diferencia importante entre los dos grupos, tanto desde el punto de vista estadístico como clínico.

Cigrang et al.(2015) realizaron un estudio experimental en Estados Unidos para determinar el resultado de un programa de intervención a largo plazo; participaron una muestra de 24 militares en servicio activo (15 hombres y 9 mujeres), se utilizó un breve protocolo de atención primaria cognitivo-conductual desarrollado específicamente para el TEPT relacionado con el despliegue militar, los resultados mostraron reducciones estadísticamente y clínicamente significativas de síntomas del TEPT, también se mantuvieron reducciones similares en los síntomas depresivos y en las puntuaciones del funcionamiento global de la salud mental.

Jacobson, Donoho, Crum-Cianflonen y Maguen (2015) llevaron a cabo un estudio comparativo con militares estadounidenses desplegados en las operaciones recientes de Irak o Afganistán con la finalidad de examinar si el riesgo de nueva aparición de TEPT y el nivel de gravedad del TEPT son diferentes según

el género. Participaron 4684 sujetos (2342 mujeres y 2342 hombres) todos miembros militares estadounidenses desplegados en apoyo de operaciones recientes, fueron seguidos durante aproximadamente 7 años, todos los participantes tenían como mínimo una exposición a combate y cinco exposiciones durante el seguimiento. Los hallazgos luego del análisis dieron como resultado que la asociación entre el género y el TEPT en los 4684 sujetos, el 6,7% de las mujeres y el 6,1% de los hombres desarrollaron TEPT durante el seguimiento también se sugiere que, si bien el personal desplegado en combate desarrolla TEPT, las mujeres no tienen un riesgo significativamente diferente de desarrollar TEPT que los hombres después de experimentar el combate.

Goldstein, Dinh, Donalson, Hebenstreit & Maguen (2017) ejecutaron una investigación descriptiva en un Hospital de Veteranos de guerra en Estados Unidos, el objetivo fue determinar la relación de los síntomas depresivos y de TEPT con traumas de agresiones sexuales y situaciones de combate, participaron un total de 403 veteranos, para medir se utilizó midió utilizando la Lista de Verificación del TEPT para el DSM-5 PCL-5 y los síntomas depresivos se midieron con el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), como resultado se obtuvo que las agresiones sexuales, la sensación de peligro de muerte y el ver a otros muertos/heridos se asociaban con síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Morales (2016) realizo un estudio para describir los eventos estresantes o traumáticos y otras características de sujetos evaluados en la junta Medico pericial psiquiátrica que fueron diagnosticados de un trastorno psiquiátrico relacionado con un evento los resultados obtenidos fueron los siguientes. El tipo de evento más frecuente en la muestra fue el llamado entorno laboral desagradable u hostil, se

constató una amplia mayoría de hombres frente a las mujeres, la edad media a la que sucedió el acontecimiento fue de casi 34 años, la Guardia Civil acaparó a cerca del 60% de los casos de la muestra, el empleo más frecuentemente encontrado fue el de soldado, mariner o guardia civil (OR-1) y el diagnóstico más utilizado lo constituyó el trastorno por estrés postraumático

2.2 Antecedentes nacionales

Hermoza (2013) llevó a cabo una investigación del tipo descriptivo en la provincia de Huancavelica, el objetivo fue saber la incidencia del TEPT, describir factores sociodemográficos y clínicos relevantes, los que participaron del estudio fueron 106 adolescentes, los datos fueron recolectados mediante un cuestionario de Experiencias Traumáticas, escala de Trauma de Davidson y una encuesta de Apoyo Social. Los resultados que se obtuvieron fueron que la incidencia del TEPT en adolescentes de extrema pobreza de la provincia de Huancavelica fue de 18.9%. La edad promedio y el sexo son similares entre el grupo con estrés y sin estrés postraumático. Respecto a las características co-habitacionales son similares entre ambos grupos. Los accidentes de trabajo y los accidentes de coche, tren, moto o caballo se relacionan con TEPT. Los adolescentes que experimentaron alguna amenaza, agresión u otros acontecimientos no se relacionan con TEPT. En los pacientes con algún acontecimiento postraumático, tuvieron mayor frecuencia de interacción social positiva y apoyo afectivo y mayor apoyo instrumental.

Herrera y Cruzado (2014) realizaron un estudio descriptivo en Cuñi, Huancavelica; el objetivo del estudio fue determinar las características sociodemográficas, prevalencia del TEPT, comorbilidad psiquiátrica y factores asociados en víctimas de violencia política, el diseño del trabajo fue descriptivo; la

muestra estuvo conformada 121 pobladores, para la medida se utilizó el Cuestionario *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), la información arrojó que la mayoría de encuestados estaban en extrema pobreza, el promedio de eventos traumáticos como consecuencia de la violencia política fue de 2,26%, la prevalencia de vida de TEPT fue 25,6% y todas las personas encuestadas tuvieron al menos un trastorno psiquiátrico comórbido: los más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión.

No se encontraron estudios con la variable TEPT realizado en población militar o policial en el Perú, pero si se encontraron estudio con la variable TEPT relacionada a conflictos armados

3. Marco conceptual

3.1 Trastorno por estrés postraumático

3.1.1 Definición

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación breve o duradera de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por si misma malestar generalizado en casi todo el mundo (Clasificación Internacional de enfermedades - 10 [CIE-10], 1992).

3.1.2 Características

Investigaciones enseñan que la aparición del trastorno está relacionada con el padecimiento de una situación traumática concreta, son limitados los estudios donde se informa sobre el tipo de trauma que definitivamente desencadena en un TEPT (Ayala y Ochotorena, 2003).

Para Rueda, Ortega y Orozco (2007) el TEPT está presente una gran parte de personas que atravesaran conflictos armados, no es el único problema psicológico que aparece, pero es uno de los que más prevalencia tiene (Citado en Diaz y Serrano, 2010).

Tras un hecho traumático, la persona puede sentirse desolado, deprimido, ansioso, culpable y enfadada. También puede tener flashbacks y pesadillas (revivir el suceso en su mente una y otra vez), buscar estar ocupado y rehuir cualquier cosa o persona que le recuerde al acontecimiento para evitar pensar sobre ello y los síntomas acompañantes; estar en guardia, permanecer alerta todo el tiempo, no poder relajarse, sentirse ansioso y no poder dormir. Tener síntomas físicos como dolores, diarrea, palpitaciones, dolor de cabeza, depresión, sensación de pánico y de miedo. Empezar a beber mucho alcohol o a consumir fármacos en exceso (Sociedad Española de Psiquiatría [SEP], 2010).

3.1.3 Criterios diagnósticos actuales

EL padecimiento de este trastorno puede verse reflejado en el paciente de distintas maneras, la primera considerado el criterio B, es que el hecho traumático pueda ser re-experimentado de diversas maneras, es usual que el paciente tenga recuerdos recurrentes o intrusivos, también pesadillas donde el acontecimiento estresante vuelve a suceder o es visto de otra manera; En otros casos muy rara vez el paciente experimenta estados de desconexión como falta de continuidad en sus pensamientos (disociación), donde se reviven detalles del suceso y el paciente actúa como si el evento estuviera ocurriendo en el lugar, esto puede durar desde unos segundos, horas e incluso días. A estos episodios se les denomina *flashbacks*, son breves, pero pueden estar asociados a una hipervigilancia y

malestar prolongado. Cuando el paciente se expone a situaciones desencadenantes similares a las del evento estresante que vivió se suele experimentar malestar psicológico y respuestas de tipo fisiológico.

El paciente pone de manifiesto el criterio C, evitando persistentemente los hechos asociados al trauma, el paciente se esfuerza para no pensar, sentir y conversar sobre el suceso; también evita actividades, situaciones o personas que puedan aflorar en el paciente recuerdos sobre el evento. Por la constante evitación puede considerarse la amnesia total de una parte exacta del evento. El embotamiento emocional inicia después de experimentar el evento traumático, el paciente manifiesta desinterés por actividades que antes le resultaban gratificantes, se percibe en la una sensación de alejamiento de los demás, disminución de la capacidad de sentir emociones y el paciente describe una sensación donde el futuro esta limitado.

El paciente manifiesta también el criterio D, aumentando niveles de ansiedad y la activación que no tenía antes del evento traumático, su capacidad para conciliar el sueño se ve disminuida asociada a las pesadillas donde se revive el evento estresante, aparecen los estados de hipervigilancia, respuestas de sobresalto, irritabilidad e ira y dificultad para concentrarse o ejecutar tareas (American Psychiatric Association [APA], 2000)

La Clasificación Internacional de Enfermedades ([CIE -10], 1992), desarrolla una categoría separada de trastornos provocados por el estrés y el trauma, sea un estresor grave, o una situación traumática sostenida. Este cuadro clínico ha cobrado gran importancia caracterizando por una triada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiper-alerta en respuesta a un

acontecimiento traumático, presentándose en cualquier sujeto y edad (Carvajal, 2002).

El trastorno surge como una respuesta tardía a la exposición breve o prolongada a un evento muy estresante o traumático de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que generaría malestar generalizado en todo el Mundo (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de una muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen), las principales características del TEPT según el CIE-10 son: Episodios frecuentes de experimentar el trauma en forma de reviviscencias o sueños. Las sensaciones de entumecimiento, embotamiento emocional, distanciamiento de los demás, falta de capacidad de respuesta al medio, anhedonia, evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma; suelen temerse e incluso evitarse situaciones que sugieren o recuerden el trauma. El estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, incremento en la reacción de sobre salto e insomnio y sus síntomas se acompañan de ansiedad y depresión, aunque no son raras las ideaciones suicidas. El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses), es de curso fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos.

3.1.4 Características clínicas del Trastorno Por Estrés Postraumático

- Reacciones y características del TEPT en población adulta

El TEPT entra en clasificación y se reconoce que su sintomatología característica conforma una entidad clínica patológica. Esto quiere decir que, si una persona se expone a un evento traumático, como indican los manuales y cumple

los criterios diagnósticos, sufrirá un trastorno psicopatológico, sin embargo, si las características se presentan en menor intensidad, tendrá una reacción normal ante un estrés extremo. Es decir que el grado de afectación psicológica a causa del estrés depende de la intensidad y duración de los acontecimientos externos, de la reacción del sujeto, su debilidad psicológica, factores que ponen en riesgo o fortalecen los mecanismos de adaptación (el momento en que ocurre el evento, el lugar, el acervo cultural y social del individuo, periodo evolutivo y otros tantos factores). En resumen, un mismo suceso traumático, genera una reacción diferente a cada persona.

Guillén (2008) señala que la persona puede tener diferentes reacciones ante las distintas categorías de estresores. Reacciones esperables, frecuentes y usuales que duran poco tiempo y su característica principal es la tristeza, ansiedad, enfado y problemas de conducta; también están las reacciones emocionales y del comportamiento más intensas que alteran su funcionamiento normal durante tiempo prolongado, hay también casos sensibles que inmediatamente después de un evento estresante desarrollan la sintomatología y posteriormente el diagnóstico del TEPT, hay ciertas personas que luego de vivir el hecho traumático afecta su equilibrio emocional de manera severa y quedan atrapados, ensimismados por el hecho; finalmente están las personas resilientes a quienes el acontecimiento estresor es una oportunidad de crecimiento personal.

- Prevalencia del TEPT

En un estudio mundial realizado por Stein et al (2014) realizado en 13 países por entrevistadores de salud mental que pidieron a los encuestados que enumeraran todos sus eventos traumáticos (ET) de toda la vida y seleccionaran

aleatoriamente un ET por encuestado para la evaluación del TEPT. El DSM - IV y el TEPT de la CIE-10 fueron evaluados en 23.936 encuestados que informaron sobre ET en su vida a través de las encuestas. En los resultados se puede observar que un total de 5,6% de los encuestados cumplieron con los criterios de TEPT cabalidad, con prevalencia que oscilaba entre 3,0% para el DSM-5 y 4,4% en el CIE-10. Sólo un tercio de los casos cumplían criterios en los cuatro sistemas y otro tercio en un solo sistema (casos estrechamente definidos). Las diferencias entre los sistemas en los indicadores de gravedad clínica sugieren que los criterios de la CIE-10 son los menos estrictos y los criterios del DSM-IV más estrictos. Sin embargo, el resultado más sorprendente es que se hallaron indicadores significativamente elevados de significación clínica incluso para casos estrechamente definidos para cada uno de los cuatro sistemas de diagnóstico.

El personal de soldados que se han visto inversos en diferentes situaciones de estrés: fuertes combates, minas antipersonales, secuestros, entrenamiento heridas; etc. Presentan una gran prevalencia de sintomatología de estrés postraumático, la cual al no contar con una intervención temprana genera no solo la presencia de TEPT, sino también de sus comorbilidades: depresiones, problemas familiares (divorcios, violencia) problemas sociales y económico (falta de oportunidades de trabajo, incapacidad para mantener un trabajo estable, etc.), problemas de abuso de sustancias (consumo de alcohol y sustancias psicoactivas) entre otros, también el rango de edad de mayor afectación es de 31-40 años, siendo este el rango de edad más productivo en la vida de un individuo, factor grave ya que no solo se ve afectado directamente el individuo sino su grupo familiar que depende económica y emocionalmente de él (Avella, 2017)

-Curso del TEPT

La OMS (1998) explica que luego del trauma se espera que aproximadamente después de unas semanas o meses, sin superar los seis meses, se dé inicio al trastorno, su curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolucionar hacia un cambio persistente de la personalidad.

El TEPT puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma. Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo (TEA). Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación, y síntomas de hiperactivación pueden variar a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor que lo predisponga, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático (APA, 2013).

Para la APA, (2013) se debe tomar en cuenta lo siguiente para determinar el inicio y duración de los síntomas del TEPT: El trastorno puede ser agudo cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses, tornarse crónico cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses y de inicio demorado que indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

-Comorbilidad del TEPT con otros trastornos

En un estudio realizado con veteranos de guerra, por Britvić et al. (2015) se obtuvieron los siguientes datos sobre comorbilidad: Los veteranos estudiados con más frecuencia padecían enfermedades cardiovasculares, pulmonares (asociados al consumo de tabaco), metabólicas y enfermedades del aparato locomotor que un grupo control más numeroso que no estaba expuesto a la experiencia de guerra. El desarrollo de la comorbilidad en veteranos estaba relacionado más aun por la edad, la duración de su participación en la guerra y el hecho de haber sido herido. Mientras más tiempo era la estancia en la zona de combate las arritmias aumentaban en los veteranos con TEPT, complicando su situación con el desarrollo de comorbilidades psiquiátricas. Entonces el TEPT que es consecuencia de la exposición al trauma de la guerra aumenta la posibilidad del desarrollo de enfermedades somáticas.

-Factores de riesgo y protectores del TEPT

Los factores de riesgo sin los que intervienen en el desarrollo del TEPT se pueden clasificar en varias categorías según factores personales de la víctima, con el acontecimiento traumático o con el contexto socio familiar de la víctima. A continuación, se menciona los factores personales de la víctima que influyen en el riesgo de desarrollar TEPT, estos son, la edad y nivel de desarrollo, sexo, antecedentes psicopatológicos, personalidad, locus de control, estrategias de afrontamiento, reacción en el momento posterior al evento y el nivel educacional. Mientras que los factores relacionados con el acontecimiento traumático son, el tipo de evento, nivel de exposición, tiempo recorrido desde la exposición al evento, cronicidad del evento, terror e imprevisibilidad del evento, magnitud del evento, proximidad afectiva al agresor e historias de traumas previos y finalmente los factores relacionados con el contexto familiar y social de la víctima que son los antecedentes psicopatológicos familiares, falta apoyo familiar, el nivel de bienestar emocional de la madre, presencia de estrés postraumático en la madre, ausencia de apoyo social y factores culturales (Castro, 2011).

Sobre los factores protectores Wolak y Finkelhor, (1998)informan que existen tres categorías de factores protectores o de resistencia a la adversidad: Factores personales de la víctima como una autoestima positiva, facilidad para la adaptación, optimismo, capacidad para relacionarse, creatividad, inteligencia, buenos resultados académicos, talento e intereses especiales; Los factores familiares son protectores cuando existe un vínculo afectivo y apego seguro con un adulto que se ocupe de la víctima, finalmente factores protectores extra familiares ante un evento traumático es el apoyo de personas en su mismo nivel de educación,

edad, profesores u otros adultos y finalmente que estos se involucren en actividades de su entorno (Castro, 2011).

- Modelos teóricos

La teoría del aprendizaje fue de las primeras teorías en surgir en relación a la explicación sistemática del trastorno. Su inicio estuvo relacionado con los intentos de muchos investigadores y psicólogos de conocer las respuestas intensas de ansiedad que aparecían después de una situación traumática bélica (Keane et al, 1985).

El TEPT se explica desde estos modelos a través del condicionamiento clásico y operante, y como señala Rincón (2003) a través del condicionamiento clásico se explica especialmente el desarrollo de los síntomas de activación y malestar del TEPT.

La teoría del aprendizaje explica que el trauma sería el estímulo incondicionado (EI) que provoca en la persona un temor extremo, que es la respuesta incondicionada (RI). El estímulo provocador del trauma (EI) se asocia con el recuerdo del trauma y con una serie de estímulos que se encuentran presentes en el momento del suceso, los que se convierten en estímulos condicionados (EECC). Así, cada vez que se recuerda el trauma, se reviven los estímulos asociados a él o vuelven a estar presentes estos estímulos, la presencia de ellos o dicho recuerdo (EC), lo que provocan un temor extremo que se convierte en la respuesta condicionada (RC.)

Por generalizar los estímulos y asociar el trauma a varios estímulos que poco o nada tienen que ver con el trauma ocurre que no sólo el recuerdo del trauma, sino

también las señales asociadas con el recuerdo y aquellas señales neutrales que evocan esos estímulos desencadenantes, se convierten en estímulos condicionados que provocan un temor extremo (RC) (Orr et al., 2000). Es por eso que Castro (2011) explica que, a partir de aquí, se supone que la asociación entre el EC y la RC se extinguirá con el tiempo, si no se presentase el (EI) original. Según el condicionamiento operante, por tanto, al producir el recuerdo del trauma o los estímulos asociados (EC) una ansiedad extrema (RC), se intenta evitar el recuerdo (EC) reduciéndose la ansiedad.

3.2 Marco conceptual referente a la población de estudio.

- *Militares.*

Según Sanjuan (2011) los militares de fuerzas especiales son preparados para llevar a cabo misiones que normalmente no pueden realizarse por unidades convencionales, están instruidos para intervenir en todo tipo de escenarios y en conflictos de cualquier naturaleza, tienen una composición diversa, están altamente especializados y habituados a manejar armamento, material y equipo de tecnología muy avanzada, su formación es muy completa, tanto en el plano físico como en el intelectual y también en los medios que utilizan para llevarla a cabo. Para formar parte de las diferentes unidades, los militares que aspiran a pertenecer a las FFEE deben poseer una gran preparación, deben pasar unas pruebas físicas muy exigentes para acceder a los correspondientes cursos de formación, se les obliga a superar una serie de pruebas de gran dificultad.

- *Militares de FFEE peruanos en el VRAEM*

El almirante Jorge Moscoso en una entrevista para el diario El Peruano (2015) explicó que la lucha en el VRAEM obedece a una estrategia integral, multisectorial implementada por el Gobierno para mejorar la calidad de vida de la población de esa zona y que ha tenido resultados positivos y concretos como la neutralización de los remanentes de Sendero Luminoso, la recuperación de población cautiva que era sometida por esta organización terrorista, la incautación de gran cantidad de armas de fuego, explosivos, pertrechos militares que estaban en poder de estos criminales. Sobre los remanentes de Sendero Luminoso en el VRAEM no representan un peligro para el Estado peruano. Gracias a la intervención de los militares el VRAEM está cerca de la pacificación y no solo lograron neutralizar a las huestes terroristas, sino también hacen un trabajo arduo para combatir el narcotráfico, fortalecer la presencia del Estado y llevar desarrollo productivo a zonas históricamente abandonadas, para que la población lleve adelante sus propios proyectos de vida en el VRAEM y el Perú, simultáneamente las FF.AA. ejecutan otras acciones, como protección al eje energético como el gasoducto de Camisea que es un proyecto estratégico para el país y su seguridad depende de las Fuerzas Armadas.

-Militares peruanos ante los desastres naturales

Respecto a las acciones en desastres el jefe del CC.FF.AA. Moscoso en una entrevista para el diario El Peruano (2015) señala que de igual modo las FFAA participan en la preparación y en la respuesta ante la ocurrencia de El fenómeno del niño. Para ello, las tareas que cumplen están orientadas a búsqueda y rescate, atención hospitalaria, control y seguridad, evaluación de daños, apoyo en instalación de albergues, hospitales de campaña, remoción de escombros,

habilitación de las vías de comunicación, entre otras. También mediante las acciones cívicas emprendidas por las Fuerzas Armadas se permiten atender a personas que viven en situación de pobreza, para que reciban atención médica gratuita y atención multisectorial orientada a mejorar su calidad de vida. Por otro lado, las FF. AA. de velan por el orden interno en resguardo del acto de sufragio en las elecciones generales y locales, apoyan a los organismos del Estado en el control de la minería ilegal, tráfico de insumos químicos y de municiones. También ejecutan tareas de protección fluvial y trabajan en el fortalecimiento de los comités de autodefensa.

4. Definición de términos

- Salud mental: La salud mental es parte fundamental de la salud, es un estado de total equilibrio biológico, psicológico y social; y se considera a la salud mental un nivel mucho mayor que el de la ausencia de trastornos o discapacidades mentales (OMS. 2016)

- Crisis: Para Slaikeu (1995) La vida del ser humano se suelen presentar diversos tipos de crisis, pero no todas se limitan al proceso natural, en el desarrollo de un individuo. Muchas crisis son completamente impredecibles, como un accidente de tránsito, una enfermedad terminal, ser tomado como rehén bajo amenaza de muerte, inundaciones, la muerte de un ser querido entre otros, este tipo de eventos se denominan crisis circunstancial, porque puede afectar al individuo en cualquier momento

5. Hipótesis de la investigación

5.1 Hipótesis general.

Existe una alta prevalencia del trastorno por estrés postraumático en militares de una institución del ejército del Perú

5.2 Hipótesis específicas.

Existe una alta prevalencia de síntomas de reexperimentación sobre acontecimientos traumáticos en militares de una institución del Ejército del Perú

Existe una alta prevalencia de síntomas de evitación a estímulos asociados al trauma en militares de una institución del Ejército del Perú

Existe una alta prevalencia de síntomas de hiperactivación en militares de una institución del Ejército del Perú

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El diseño de la investigación es no experimental porque el estudio se realizó sin la manipulación de la variable y solo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, Asimismo es de diseño transversal pues se recolectaron los datos en un solo momento. Finalmente es de tipo descriptivo porque se indagó la prevalencia de la variable (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

2. Variables de la investigación

2.1 Definición conceptual de las variables

- *Trastorno de estrés postraumático.*

Es un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por si mismos malestar generalizado en casi todo el mundo por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen (Secretaria de salud mexicana, 2011)

2.2 Operacionalización de las variables

Se realizó la operacionalización de la variable trastorno por estrés posttraumático.

3. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación comenzó en marzo de 2017 y tuvo una extensión hasta noviembre de 2018, llevándose a cabo en unidades militares del Ejército del Perú, estas bases se encuentran ubicadas en el distrito de Chorrillos en la ciudad de Lima.

4. Participantes

Participaron 300 Militares, de ambos sexos y con edades entre 17 a 50 años, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico intencional. Asimismo, Fueron Oficiales, Técnicos, Suboficiales y Tropa de servicio militar acuartelado activos en alguna unidad militar en Lima.

4.1 Criterios de inclusión

- Militares de ambos sexos
- Militares con edades entre 18 y 50 años
- Militares que se encuentren en actividad
- Militares que pertenezcan a unidades de fuerzas especiales

4.2 Criterios de exclusión

- Militares que no completen toda la prueba
- Militares que no respondan toda la ficha de datos

- Militares que invaliden el cuestionario respondiendo al azar

Características de la muestra

Tabla 1

Análisis de las características de la muestra

Datos socio demográficos	n	%
Sexo		
Masculino	270	90.0
Femenino	30	10.0
Edad		
17 a 25 años	288	96.0
26 a 37 años	12	4.0
Estado civil		
Soltero	285	95.0
Casado	13	4.3
Separado	2	.7
Procedencia		
Costa	126	42.0
Sierra	119	39.7
Selva	55	18.3
Grado de instrucción		
Primaria	11	3.7
Secundaria	141	47.0
Técnico	92	30.7
Universitario	56	18.7
Grado Militar		
Personal de Tropa Servicio Militar Voluntario	130	43.3
Personal de tropa reenganchada	28	9.3
Técnicos y suboficiales	90	30.0
Oficiales	52	17.3
Años de servicio		
1 a 5 años	250	83.3
6 a 12 años	50	16.7
Servicio en Zona de emergencia		
Si	31	10.3
No	269	89.7

En la tabla 1 se aprecia que el 90% de los participantes son varones y el 10% mujeres. El 96.0% de los participantes tienen entre 17 a 25 años de edad y el otro 4.0% tiene de 26 a 37 años de edad, el 95.0% está soltero en cambio el 4.3%

están casados y el 0.7% separado, el 42.0% procede de la costa el 39.7% de la sierra y el 18.3% de la selva, el 3.7% de participantes únicamente tiene grado de instrucción primaria el 47.0% instrucción secundaria el 30.7% instrucción secundaria y el 18.7% tiene instrucción universitaria, el 43.3% es PTSMV el 9.3% fue PT REE 30.0% fueron TCOS/SO y el 17.3% son personal de Oficiales, el 83.3% tiene de 1 a 5 años de servicio el 16,7% tiene de 6 a 12 años de servicio, como el 10.3% sirvió en zona de emergencia y el otro 88.97% no sirvió en zona de emergencia

5. Instrumentos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación del cuestionario, ver anexo 2: Lista de comprobación del Estrés postraumático de Frank Weathers, (1993)

5.1. Checklist del Estrés Postraumático

El instrumento *postraumatic stress disorder Check list* (PCL) y la versión *civilian postraumatic check list* (PCL-C) fue desarrollada por Frank Weathers y sus colegas en el Centro Nacional de PTSD (1993). La escala consta de 17 preguntas que ahora corresponden al DSM-IV. Estas preguntas exploran con qué frecuencia afectó cada síntoma en el mes pasado en una escala de gravedad de 5 puntos. Según los autores, las preguntas pueden ser formuladas genéricamente para referirse a "experiencias estresantes en el pasado" (PCL-C) o para describir reacciones a un evento específico (PCL-S). Los datos psicométricos iniciales se obtuvieron utilizando una versión militar del PCL (PCL-M) en una muestra de veteranos de Vietnam, en la que la prevalencia de TEPT era alta. Los coeficientes

de consistencia interna fueron muy altos para la escala total (0.97) y para cada subescala (0.92 - 0.93). La fiabilidad de la prueba-retest durante el 2do y 3er día era .96. El PCL-M se correlacionó altamente con la Escala de Misisipí para el TEPT Relacionado con el Combate (.93), la Escala PK del MMPI (.77), y la Escala del Impacto del Evento (.90). En esta muestra, el PCL-M era bastante predictivo respecto al TEPT al ser evaluado con el SCID; una puntuación de corte de 50 tenía una sensibilidad de 0.82, una especificidad de 0.83, y un kappa de 0.64.

La administración de este instrumento puede ser individual o colectiva, toma 10 minutos resolver el cuestionario. Hay varias maneras para calificar la lista de comprobación de TEPT (PCL), Quizás la manera más fácil de calificar el PCL es sumar todos los ítems para una puntuación de gravedad total. Se considera que una puntuación total de 44 es TEPT positiva para la población general, mientras que una puntuación total de 50 se considera TEPT positiva en poblaciones militares.

La prueba original se encuentra en idioma inglés es por eso que se procedió a traducir primeramente de inglés al castellano y luego la traducción obtenida en castellano fue también traducida al inglés por otro interprete; luego se envió el instrumento a 5 profesionales psicólogos para que se realice la validación por juicio de expertos. Para obtener la fiabilidad de la escala se valoró calculando el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, ver anexo 5 se puede observar que la consistencia interna global del Test Checklist del Estrés postraumático (17 ítems) en la muestra estudiada, es de .873, que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. Respecto a las dimensiones, se aprecia que la reexperimentación tiene un valor de .741, seguido de la dimensión

evitación con un Alpha de .729. La dimensión de hiperactivación, presenta un Alpha de .737, la cual es una confiabilidad aceptable. En cuanto a validez los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo.

6. Proceso de recolección de datos

En primer lugar, se coordinó previa autorización ver anexo 6 con las unidades militares, la fecha y el lugar de la aplicación de los instrumentos; previa autorización. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos en un ambiente tranquilo, respetando la fecha, el lugar y el horario disponible de la población. Los datos se recogieron en los meses de mayo, junio y julio del año 2018 con la ayuda de colaboradores debidamente entrenados. La aplicación fue de forma colectiva e individual al personal de oficiales, técnicos, suboficiales y tropa, en sus respectivas unidades. Se hizo lectura del consentimiento informado, ver anexo 7, luego se explicaron con claridad las instrucciones antes que los militares respondan los cuestionarios. Los cuestionarios, por su naturaleza, son de fácil aplicación, por lo que se usaron 20 a 25 minutos aproximadamente para ser resueltos.

7. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS para Windows versión 20, aplicado a las ciencias sociales. Una vez recolectada la información se transfirió a la matriz de datos del software estadístico para su respectivo análisis. Los resultados obtenidos fueron ordenados en tablas para su respectiva interpretación que permitió evaluar y verificar las hipótesis planteadas.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Se presentan los resultados del análisis estadístico de acuerdo a los datos de militares de una institución del Ejército del Perú.

1.1 Análisis descriptivo

1.1.1. Presencia de Trastorno por estrés postraumático por dimensiones

Tabla 2

Presencia de Trastorno de Estrés Postraumático y sus dimensiones

	Ausencia		Presencia	
	n	%	n	%
Trastorno Estrés Postraumático	234	78.0%	66	22.0%
Reexperimentación	170	56.7%	130	43.3%
Evitación	194	64.7%	106	35.3%
Hiperactivación	170	56.7%	130	43.3%

En la tabla 2 se ve que el 22 % de la población que representa a 66 militares que se presume tienen Trastorno de Estrés Postraumático, del total de militares un 43% que es representado por 130 militares quienes tienen síntomas de reexperimentación lo que significa que el paciente tiene recuerdos y sueños recurrentes e intrusos del acontecimiento que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, también el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo, en algunos casos malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. También el

35 % que es representado por 106 militares que presentan el síntoma de evitación que significa realizar esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones sobre el suceso traumático, actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, reducción del interés o la participación en actividades significativas, restricción de la vida afectiva y sensación de un futuro desolador. Finalmente, el 43.3% representado por 130 militares que presentan síntomas de hiperactivación aumentando niveles de ansiedad y la activación, dificultad para conciliar el sueño, pesadillas donde se revive el evento estresante, estados de hipervigilancia, respuestas de sobresalto, irritabilidad y desconcentración o ejecutar tareas.

1.1.2 Niveles de Trastorno por estrés postraumático según datos

sociodemográficos

Tabla 3

Presencia de Trastorno de Estrés Postraumático según datos sociodemográficos de los participantes

Trastorno Estrés Postraumático Según	Ausencia		Presencia	
	N	%	n	%
Sexo				
Masculino	215	79.6%	55	20.4%
Femenino	19	63.3%	11	36.7%
Edad				
17 a 25 años	232	80.6%	56	19.4%
26 a 37 años	2	16.7%	10	83.3%
Grado militar				
PTSMV	100	76.9%	30	23.1%
PTREE	25	89.3%	3	10.7%
TCOS/SO	80	88.9%	10	11.1%
Oficiales	29	55.8%	23	44.2%
Años de Servicio				
1 a 5 años	190	76.0%	44	88.0%
6 a 12 años	60	24.0%	6	12.0%
Zona de emergencia				
Si	27	87.1%	4	12.9%
No	207	77.0%	62	23.0%

En la tabla 3 Se aprecia que el 20.4% de varones tienen presencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático, seguidos del 79.6% de varones que no tienen ninguna sospecha de trastorno, frente al 36.7% de las mujeres que son sospechosas de tener síntomas de trastorno por estrés postraumático y un 63.3% de mujeres que no presentan ningún indicador de trastorno, lo que indica que el sexo no es determinante para desarrollar sintomatología de trastorno por estrés postraumático.

También se ve que el 19.4% de militares de 17 a 25 años de edad presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático, comparado con el 83.3% de militares de 26 a 37 años que también presentan síntomas, esto nos indica que en los militares de 17 a 25 años de edad la exposición a eventos estresantes es procesado de diversas maneras porque a esa los jóvenes suelen hablar de sus sentimientos y tener actividades recreativas en las que despejan la mente siendo todo lo contrario en los militares con 26 a 37 años que a esa edad suelen ser un poco más reservados y pasan la mayor parte de su tiempo libre con sus familias.

El 23.1% de Personal de tropa servicio militar voluntario desarrolló sintomatología de Trastorno de estrés postraumático, el Personal de tropa reenganchada un 10.7% tiene sintomatología de trastorno de estrés Postraumático, los técnicos suboficiales tienen un 10.7% de presencia de Trastorno por estrés postraumático y los oficiales desarrollaron un 44.2% de sintomatología; esto se puede explicar que cuando una persona inicia la vida militar sufre el impacto de los eventos estresantes y cuando ya lleva varios años la ausencia de prevención de síntomas hace que el trastorno por estrés postraumático de desarrolle mas

Se aprecia que el 24.0% de militares con 1 a 5 años de servicio presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático, comparado con el 12.0% de militares con 6 a 12 años de servicio que también presentan síntomas, lo que nos indica que los eventos estresantes están presentes en la vida de un militar de distintas maneras desde las primeras veces que inicia su formación hasta que ya sean varios años los que lleva de servicio

El 12.9% de militares que sirvieron en Zona de Emergencia presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático, comparado con el 23.0% de militares que no realizaron servicio en zona de emergencia, lo que nos indica es que realizar servicio en Zona de Emergencia influye al desarrollo de síntomas no es determinante para desarrollarlos de manera significativa

2. Discusión

El Trastorno de Estrés Postraumático es una problemática que genera cambios en quien lo padece, por lo general no se detecta a tiempo ni se le da la importancia que merece. En este sentido sobre la presencia de trastorno de estrés postraumático en militares se encontró que una gran mayoría de los militares participantes evidencian ausencia de sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático (78.0%) lo que significa que este porcentaje de militares no está afectado por el Trastorno. También es necesario mencionar a los militares en los que la sintomatología estaba presente en dos o una de las tres dimensiones que no eran suficiente para alcanzar la presunción diagnóstica de trastorno de estrés postraumático. Entonces es relevante señalar que los militares con puntuación alta (22.0%) posiblemente padecen el trastorno de estrés postraumático por ende es necesario realizar una intervención oportuna al personal de militares activos, en el

momento antes y después de estar expuestos a un evento que genere riesgo, en este caso es urgente la intervención del área de psicología con el que cuentan las grandes unidades para así disminuir el desarrollo y prevalencia de TEPT en el personal activo (Avella, 2017). Los datos obtenidos son similares al trabajo realizado por Hewitt et al. (2016) que en una muestra de 677 adultos expuestos a conflicto armado se encontraron síntomas de estrés postraumático. Es decir, este porcentaje presenta reexperimentación de eventos estresantes, evitación de situaciones que en su día a día le recuerden hechos traumáticos y también posiblemente tienen síntomas de activación al encontrarse en alguna situación asociada al hecho traumático.

La información obtenida del 20.4% de militares varones que posiblemente tengan síntomas de trastorno por estrés postraumático y el 36.7% de las mujeres que son sospechosas de tener síntomas de trastorno por estrés postraumático indica que la diferencia de sexo no es determinante para desarrollar sintomatología de trastorno por estrés postraumático. Estos resultados se asemejan a un estudio comparativo con militares estadounidenses para examinar si el riesgo de aparición de TEPT y el nivel de gravedad del TEPT son diferentes según el género, donde se encontró que el 6,7% de las mujeres y el 6,1% de los hombres desarrollaron TEPT y que las mujeres no tienen un riesgo significativamente diferente de desarrollar TEPT que los hombres después de experimentar el combate (Goldstein et al, 2017)

En cuanto al 19.4% de militares de 17 a 25 años de edad presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático, comparado con el 83.3% de militares de 26 a 37 años que también presentan síntomas, esto es corroborado por el estudio que indica que parte o la triada sintomática de fenómenos invasores, conductas de

evitación y síntomas de hiper-alerta en respuesta a un acontecimiento traumático, se presenta en cualquier sujeto y edad (Carvajal, 2002).

En cuanto al grado militar el 23.1% de personal de tropa servicio militar voluntario desarrolló sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático, el Personal de tropa reenganchada un 10.7% tiene sintomatología de trastorno de estrés Postraumático, los técnicos suboficiales tienen un 10.7% de presencia de Trastorno por estrés postraumático y los oficiales desarrollaron un 44.2% de sintomatología; esto se puede explicar que cuando una persona inicia la vida militar sufre el impacto de los eventos estresantes y cuando ya lleva varios años la ausencia de prevención de síntomas hace que el trastorno por estrés postraumático se desarrolle más, corroborado por Tapias (2006) que realizó un estudio para describir la existencia de estrés postraumático en militares y policías, donde concluyó que el 31% de los participantes lo padece y el 8% lo ha desarrollado como consecuencia del trabajo y que hay mayor incidencia de esta psicopatología en los que tienen mayor tiempo de servicio y mayor grado.

Respecto al 24.0% de militares con 1 a 5 años de servicio presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático y el 12.0% de militares con 6 a 12 años de servicio que también presentan síntomas, lo que nos indica que los eventos estresantes siempre están presentes en la vida de un militar independientemente de la cantidad de años de servicio, en el estudio realizado por Morales (2016) que realizó un estudio para describir los eventos estresantes y el tipo de evento más frecuente en la muestra fue el llamado entorno laboral desagradable u hostil, se constató una amplia mayoría de hombres frente a las mujeres, la edad media a la que sucedió el acontecimiento fue de casi 34 años, la Guardia Civil acaparó a cerca

del 60% de los casos de la muestra, el empleo más frecuentemente encontrado fue el de soldado, marinero o guardia civil y el diagnóstico más utilizado lo constituyó el trastorno por estrés postraumático, se encontró que lo estresante en la vida de un militar es su trabajo es por eso que hay personal que lleva diferentes cantidades de años de servicio que ya presenta sintomatología de trastorno por estrés postraumático. Y Tapias (2006) afirma que padecen mayor incidencia del trastorno los que mayor tiempo de servicio tienen.

Se menciona que el 12.9% de militares que sirvieron en Zona de Emergencia presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático, comparado con el 23.0% de militares que no realizaron servicio en zona de emergencia, lo que nos indica es que realizar servicio en Zona de Emergencia influye al desarrollo de síntomas no es determinante para desarrollarlos de manera significativa, en el estudio realizado con veteranos de guerra, por Britvić et al. (2015) se supo que, mientras más tiempo era la estancia en la zona de combate las arritmias aumentaban en los veteranos con TEPT, el TEPT es consecuencia de la exposición al trauma de la guerra, se puede inferir que es necesaria la presencia de combate para aumentar las posibilidades de desarrollar el trastorno, en el Perú si bien las Zonas de emergencias esta la expectativa de entrar en combate esto no es constante.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

De acuerdo con los datos y resultados obtenidos en esta investigación sobre la presencia de Trastorno de estrés postraumático en militares de una institución del Ejército del Perú se llega a las siguientes conclusiones.

- Respecto al objetivo general se encuentra que el 22.0% de los militares presentan sintomatología de Trastorno de estrés postraumático es decir que existen militares que son posibles casos de trastorno de estrés postraumático.
- En cuanto primer objetivo, el 43% de militares tiene puntajes altos en reexperimentación de acontecimientos traumáticos, es una de las dimensiones donde mayor puntaje se obtuvo, Es decir que una considerable cantidad de militares tiene recuerdos constantes e intrusivos del hecho que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, sueños recurrentes sobre el acontecimiento.
- De acuerdo al segundo objetivo de encontró que el 35% de los militares presenta evitación de estímulos que recuerden al evento estresante o traumático, significa que realizan esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, lugares, personas, actividades o conversaciones sobre el suceso traumático.

- En relación al tercer objetivo se halló que otra de las dimensiones donde se obtuvo un puntaje elevado respecto a las otras fue la de hiperactivación donde 43.3% de los militares tienen dificultades como: conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

2. Recomendaciones

Al término del presente estudio se realizan las siguientes recomendaciones:

Implementar un programa de salud mental dirigido exclusivamente a militares, con la finalidad de que el personal se encuentre preparado para poder hacer frente al estrés con que se encuentra en sus labores tanto en sus unidades como en operaciones.

Dirigir el estudio de la variable trastorno por estrés postraumático a distintos tipos de poblaciones militares que están sometidos a distintos tipos de estrés, militares que trabajan en el área administrativa u operativa.

Durante la aplicación del instrumento se observaron ciertos comportamientos o características en la población por lo que se recomienda realizar investigaciones incluyendo las variables de depresión, disfunción familiar, consumo de drogas y alcohol.

Que las escuelas de psicología incentiven a sus estudiantes a realizar estudios en esta rama puesto que la bibliografía relacionada a la variable y población es escasa y que según los resultados de la investigación existen necesidades considerables de atención psicológica.

Referencias bibliográficas

- Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M., & Orozco, L. C. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Univ. Psychol. Bogotá*, 6(3), 623–635. Recuperado a partir de www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n3/v6n3a14.pdf
- Abbene, A. I. (2010). Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). *Consejo Editorial de Educación Pública del Colegio Real de Psiquiatras.*, 14. Recuperado a partir de <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/tept.aspx>
- Alford, J. D., Mahone, C., & Fielstein, E. M. (1988). Cognitive and behavioral sequelae of combat: Conceptualization and implication for treatment, 1(4), 489–501. Recuperado a partir de 10.1002/jts.2490010408
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios diagnósticos* (Vol. 10). EE, UU. Recuperado a partir de <https://books.google.com.pe/books?id=1pmvBAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=dsm+v+pdf+español+completo&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiLneCX5qHZAhXGEpAKHaBJDEYQ6AEILjAB#v=onepage&q&f=false>
- American Psychiatric Association. (2002) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV-TR*, (2da ed) Washington es Elsevier Masson
- Ayala, J., Ochotoerna, J. (2003). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas, *Psicothema*, (16)1 45-49.

- Avella, Y. (2017). Estrés Postraumático en una muestra de personal retirado del ejército de Colombia: situación y caracterización primer trimestre del 2016. Universidad Santo Tomas, Facultad de Economía
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2009). Manual de Psicopatología. (C. Sánchez, Ed.) (2a ed.). España: McGrawHill. Recuperado a partir de https://3eroseccion1unergmedicina2017.files.wordpress.com/2017/06/manual_de_psicopatologia_ii_-_amparo_bel.pdf
- Britvić, D., Antičević, V., Kaliterna, M., Lušić, L., Beg, A., Brajević-Gizdić, I., ... Pivac, N. (2015). Comorbidities with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 81–92. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.002>
- Cabrera, P., Simón, E., Fernández, R., Palazón, A., & Santo domingo, O. (2000). Personalidad y estrés en el personal sometido a un trabajo de tensión y riesgo. *Revista cubana de medicina militar*, 29(2), 79–83. Recuperado a partir de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol29_2_00/mil200.pdf
- Cairo, J. B., Dutta, S., Nawaz, H., Hashmi, S., Kasl, S., & Bellido, E. (2010). The prevalence of posttraumatic stress disorder among adult earthquake survivors in Peru. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 4(1), 39-46. <http://dx.doi.org/10.1017/S1935789300002408>
- Castro Saenz, M. (2011). *Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género*. Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología

- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34.
- Cigrang, J. A., Rauch, S. A. M., Mintz, J., Brundige, A., Avila, L. L., Bryan, C. J., ... Peterson, A. L. (2015). Treatment of active duty military with PTSD in primary care: A follow-up report. *Journal of Anxiety Disorders*, 36(2015), 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.10.003>
- Cohen, R. E. (2008). Lecciones Aprendidas Durante Desastres Naturales: 1970-2007. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 25(1), 109–109. Recuperado a partir de www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n1/a13v25n1%0A
- Díaz, L., Serrano, C. (2016). Exposición al trauma: Trastorno de estrés postraumático (tept) en víctimas del conflicto armado colombiano y posibles retos del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (papsivi). *Revista Cambios y Permanencias*, (1), 801–814
- El Peruano. (2015). “Estamos cerca de pacificar Vraem en virtud al desarrollo productivo”. Recuperado a partir de <http://www.elperuano.com.pe/noticia-estamos-cerca-pacificar-vraem-virtud-al-desarrollo-productivo>35761.aspx5X2004000200014&script=sci_arttext&tlng=en
- Flores, R., Reyes, V., & Reidl, L. (2000). Síntomas de estrés postraumático (ept) en periodistas mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico. *Suma Psicológica*, 19(1), 7–17. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134224283001>

- Guillén Botella, V. (2008). *Tratamiento para las reacciones al estrés mediante realidad virtual*. Universitat de València. Retrieved from <http://roderic.uv.es/handle/10550/15697>
- Goldstein, L. A., Dinh, J., Donalson, R., Hebenstreit, C. L., & Maguen, S. (2017). Impact of military trauma exposures on posttraumatic stress and depression in female veterans, 281–285. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.009>
- Goodman, M., & Weiss, D. (1998). Double Trauma: A Group Therapy Approach for Vietnam Veterans Suffering from War and Childhood Trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1, 39–54. <https://doi.org/10.1080/00207284.1998.11491520>
- Herrera Lopez, V., & Cruzado, L. (2014). Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 144–159. Recuperado a partir de file:///sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000300003&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a03v77n3.pdf
- Hewitt Ramírez, N., Baños Juárez, F., Parada Luzardo, A., Guerrero Chávez, J., Romero Chávez, Y., Salgado Castilla, A., & Vargas Amaya, M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125–140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>
- Hermoza Vásquez, L. I. (2013). *Trastorno de estrés post traumático en adolescentes de extrema pobreza de la provincia de Huancavelica, 2012*.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado a partir de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3111/1/Hermoza_Vasquez_Linnette_Irene_2013.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Education. Recuperado a partir de www.worldcat.org/titl

Jacobson, I., Donoho, C., Crum-Cianflone, N., & Maguen, S. (2015). Longitudinal assessment of gender differences in the development of PTSD among US military personnel deployed in support of the operations in Iraq and Afghanistan. *Journal of Psychiatric Research*, 68(2015), 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.015>

Keane, T., Zimering, R., & Caddell, J. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist*, 8(June), 9–12. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/.../232496487_A_behavioral_formu...%0A

Martinez-Salazar, I. N. (2016). Trastorno por estrés postraumático en el Ejército y Fuerza Aérea mexicanos Posttraumatic Stress Disorder in the Mexican Armed Forces. *Revista San*, 70, 1

Montt, M. E., & Hermosilla, W. (2001). Trastorno de estrés postraumático en niños. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-9227200100020000395-202>.

R

- Morales R., Medina A., Gutiérrez O., Abejaro C., Hijazo V., Lo santos P. (2016) Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española. *Sanidad Militar* 72 (2). <http://scielo.isciii.es/pdf/sm/v72n2/informes1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. Ginebra. Recuperado a partir de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Cie 10: Clasificación de los trastornos mentales* (10ª ed.). USA: Organización Mundial de la Salud.
- Orr, S. P., Metzger, L. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., Peri, T., & Pitman, R. K. (2000). De novo conditioning in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 290–298. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.2.290>
- Sociedad Española de Psiquiatría (2010). Trastorno por estrés postraumático- Puntos Clave. Royal Colleg of Psychiatrists, 4(1) Recuperado a partir de http://www.sepsiq.org/file/Royal/5_-TEPT.pdf
- Rojas Campos, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, (619), 233–240. Recuperado a partir de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf>
- Santa Biblia. Versión de Casiodoro Reina (1569) Revisada por Cipriano Valera (1602) -Revisión 1960. Philadelphia, Pensilvania, USA: Sociedades Bíblicas en América Latina, National Publishing Company.

Secretaria de salud de México (2011) Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del estrés postraumático. *Consejo de general*. Recuperado a partir de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GPC_Estrespostraumatico/GER_EstresPostraumatico.pdf

Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C. (2014). Dsm-5 and icd-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating “narrow” and “broad” approaches. *National Institute of Health*, 31(6), 494–505. <https://doi.org/10.1002/da.22279>.DSM-5

Rincon Gonzales, P. P. (2003). *Trastornos de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia: Evaluación de Programas de Intervención*. UNIVERSIDAD COMPLUTENCE DE MADRID. Recuperado a partir de biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26887.pdf

Sanjuán Martínez, C. (2011, diciembre). LAS UNIDADES DE OPERACIONES ESPECIALES DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS. UN LARGO CAMINO RECORRIDO. *Instituto Español de Estudios Estratégicos*, 89, 1–13. Recuperado a partir de www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/.../DIEEEO89-2011_UOE_GDSanjuan.pdf

Tapias, Á. C. (2006). Estrés Postraumático en policías y militares de grupos especializados en secuestro. *Hallazgos-Producción de conocimiento*, 6, 121–130. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835165008>

Wolak, J., & Finkelhor, D. (1998). Children exposed to partner violence. *Cahiers de Psychologie*, 11(1), 73–112. <https://doi.org/10.1023/A:1008970312068>

Anexos

Anexo 1

Operacionalización del constructo

OPERACIONALIZACIÓN DEL CONSTRUCTO “LISTA DE VERIFICACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MILITARES (PCL-M)” **LISTA DE VERIFICACION DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO EN MILITARES**

Objetivo General: Establecer un índice de conocimiento fonológico en niños de 5 y 6 años de edad.

Variables	Dimensiones	Definición operacional	Ítems	Categorías de respuesta
Trastorno por estrés post traumático	Reexperimentación persistente del acontecimiento traumático	Puntaje obtenido a través de la Lista de comprobación del Estrés posttraumático Frank Weathers, (1993)	1, 2, 3, 4, 5.	1 = En absoluto 2 = Un poco 3 = Moderadamente 4 = Mucho 5 = Extremadamente
	Evitación de estímulos asociados al trauma		6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.	1 = En absoluto 2 = Un poco 3 = Moderadamente 4 = Mucho 5 = Extremadamente
	Síntomas de hiperactivación		13, 14, 15, 16, 17.	1 = En absoluto 2 = Un poco 3 = Moderadamente 4 = Mucho 5 = Extremadamente

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MILITARES (PCL-M)

DEFINICION CONCEPTUAL DEL CONSTRUCTO

¿Qué es el PCL-M DSM-IV?

El PCL es una medida de autoinforme de 17 ítems que refleja los síntomas del TEPT en el DSM-IV

EL PCL TIENE UNA VARIEDAD DE PROPOSITOS, INCLUYENDO:

- Cribado de personas para el TEPT
- Ayudar en la evaluación diagnóstica del TEPT
- Monitoreo del cambio en los síntomas del TEPT

DIMENSIONES DEL CONSTRUCTO:

- 1) Reexperimentación persistente del acontecimiento traumático: Revivir de nuevo el hecho traumático con todos los detalles de manera constante.
- 2) Evitación de estímulos asociados al trauma: Alejarse de situaciones, lugares, personas u objetos que recuerden o estén relacionados con el hecho traumático.
- 3) Síntomas de hiperactivación: Aumento del ritmo cardiaco, sudoración excesiva, hipervigilancia.

Anexo 2

Instrumento utilizado

P.C.L. – M

A continuación, se presenta una lista de problemas y quejas que los militares en actividad y en retiro presentan en respuesta a experiencias militares estresantes. Lea cada una de las preguntas, marque (X) al lado derecho para indicar cuanto le ha afectado ese problema en el último mes.

Anexo 3

Sexo: M () F ()		Edad: ()		Estado Civil: Soltero () Casado () Separado () Viudo ()		
Procedencia: Costa () Sierra () Selva ()						
Grado Instrucción: Primaria () Secundaria () Técnico () Universitario ()						
Grado Militar: PTSMV () PT REE () TCOS/SO () Oficiales ()				Años de Servicio: ()		
Serviste en zonas de emergencia (VRAEM, Época de violencia política): SI () NO ()						
Especifique:						
N°	Pregunta	En absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1	¿Tiene recuerdos, imágenes o pensamientos inquietantes repetitivos de una experiencia militar estresante?					
2	¿Tiene sueños inquietantes y repetitivos de una experiencia militar estresante?					
3	¿De pronto se siente o actúa como si una experiencia militar estresante estuviera volviendo a pasar (como si la estuviera reviviendo)?					
4	¿Se siente muy molesto cuando algo le recuerda una experiencia militar estresante?					
5	Tiene reacciones físicas (por ejemplo: palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración) cuando algo le recuerda una experiencia militar estresante.					
6	¿Evita pensar o hablar acerca de una experiencia militar estresante o evitar tener sentimientos relacionados con ellos?					
7	¿Evita actividades o situaciones porque le recuerdan una experiencia militar estresante?					
8	¿Tiene dificultad para recordar partes de una experiencia militar estresante?					
9	¿Ha perdido el interés en actividades que antes solía disfrutar?					
10	¿Se siente distante o aislado de las otras personas?					
11	¿No siente ninguna emoción o es incapaz de tener sentimientos de amor por las personas que están cerca de usted?					
12	¿Siente como si su futuro fuera muy corto?					
13	¿Tiene problemas para quedar dormido o permanecer dormido?					
14	¿Se siente irritable o tiene estallidos de ira?					
15	¿Tiene dificultad para concentrarse?					
16	¿Se encuentra "súper alerta", vigilante o en guardia?					
17	¿Se siente nervioso o se sobresalta fácilmente?					

Traducciones



The undersigned Certified Translator, Member of the Peruvian Association of Professional Licensed Translators (CTP) with No. 0747, is currently working in the ICPNA's Translation and Interpretation Center, and is authorized by the CTP to sign certified translations.

Lima, November 09, 2017



Eduardo M. Castillo Vargas
CTP N° 0747

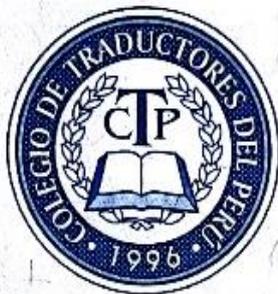


TRADUCCIÓN CERTIFICADA

TC n.º 0492-2017

CUESTIONARIO PCL-M

CENTRO NACIONAL PARA PTSD-DIVISIÓN DE CIENCIA
DEL COMPORTAMIENTO



Verónica

Verónica Herrera Fernández-Prada
CTP N° 0543

Nº 0250565

Valor 3,50 Soles

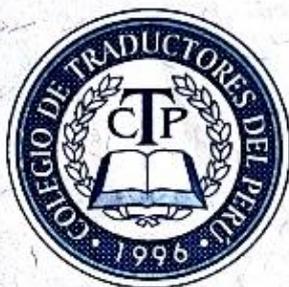
VER INDICACIONES AL REVERSO

CERTIFIED TRANSLATION

CT No. 0491-2017

PCL-M FOR DSM-IV

NATIONAL CENTER FOR PTSD-
BEHAVIORAL SCIENCE DIVISION



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Eduardo M. Castillo Vargas'.

Eduardo M. Castillo Vargas
CTP N° 0747

N° 0250711

Valor 3.50 Soles

VER INDICACIONES AL REVERSO



P.C.L. – M

INSTRUCCIONES: A continuación presentamos una lista de problemas y quejas que los veteranos dan a veces en respuesta a experiencias militares estresantes. Sirvase leer cada una de ellas, encierre en un círculo uno de los números que se encuentran al lado derecho para indicar cuanto le ha mortificado ese problema en el último mes.

		En absoluto	Un poquito	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1	¿Tiene recuerdos, imágenes o pensamientos inquietantes repetitivos de una experiencia militar estresante?	1	2	3	4	5
2	¿Tiene sueños inquietantes y repetitivos de una experiencia militar estresante?	1	2	3	4	5
3	¿De pronto se siente o actúa como si una experiencia militar estresante estuviera volviendo a pasar (como si la estuviera reviviendo)?	1	2	3	4	5
4	¿Se siente muy molesto cuando algo le recuerda una experiencia militar estresante?	1	2	3	4	5
5	¿Tiene reacciones físicas (por ejemplo: palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración) cuando algo le recuerda una experiencia militar estresante?	1	2	3	4	5
6	¿Evita pensar o hablar acerca de una experiencia militar estresante o evita tener sentimientos relacionados con ello?	1	2	3	4	5
7	¿Evita actividades o situaciones porque le recuerdan una experiencia militar estresante?	1	2	3	4	5
8	¿Tiene dificultad para recordar partes de una experiencia militar estresante?	1	2	3	4	5
9	¿Ha perdido el interés en actividades que antes solía disfrutar?	1	2	3	4	5
10	¿Se siente distante o aislado de las otras personas?	1	2	3	4	5
11	¿No siente ninguna emoción o es incapaz de tener sentimientos de amor por las personas que están cerca a usted?	1	2	3	4	5
12	¿Siente como si su futuro fuera muy corto?	1	2	3	4	5
13	¿Tiene problemas para quedar dormido o permanecer dormido?	1	2	3	4	5
14	¿Se siente irritable o tiene estallidos de ira?	1	2	3	4	5
15	¿Tiene dificultad para concentrarse?	1	2	3	4	5
16	¿Se encuentra "súper alerta", vigilante o en guardia?	1	2	3	4	5
17	¿Se siente nervioso o se sobresalta fácilmente?	1	2	3	4	5

FCL-M para DSM-IV (01/11/94) Weathers, Litz, Huska, & Keane Centro Nacional para PTSD – División de Ciencia del Comportamiento

Verónica Herrera Fernández-Prada
CTP N° 0543



P.C.L. – M

INSTRUCTIONS: Below there is a list of problems and complaints that veterans sometimes have related to stressful military experiences. Please read each one of them, circle one of the numbers on the right to indicate how much this problem has disturbed you in the past month.

		Not at all	A little	Moderately	A lot	Extremely
1	Do you have disturbing and repetitive <i>memories, images or thoughts</i> of a stressful military experience?	1	2	3	4	5
2	Do you have disturbing and repetitive <i>dreams</i> of a stressful military experience?	1	2	3	4	5
3	Do you suddenly <i>feel or act</i> as if a stressful military experience were <i>happening again</i> (as if you were reliving it)?	1	2	3	4	5
4	Do you feel <i>very upset</i> when <i>something reminds you</i> of a stressful military experience?	1	2	3	4	5
5	Do you have <i>physical reactions</i> (e.g. palpitations, shortness of breath, sweating) when <i>something reminds you</i> of a stressful military experience?	1	2	3	4	5
6	Do you avoid <i>thinking or talking</i> about a stressful military experience or avoid <i>having feelings</i> related to this?	1	2	3	4	5
7	Do you avoid <i>activities or situations</i> because they <i>remind you</i> of a stressful military experience?	1	2	3	4	5
8	Is it hard for you to <i>remember parts</i> of a stressful military experience?	1	2	3	4	5
9	Have you <i>lost interest</i> in activities you used to enjoy?	1	2	3	4	5
10	Do you feel <i>distant or isolated</i> from other people?	1	2	3	4	5
11	Do you feel <i>emotionally numb</i> or unable to feel love for the people close to you?	1	2	3	4	5
12	Do you feel as if your <i>future</i> is very short?	1	2	3	4	5
13	Do you have problems to <i>fall asleep or stay asleep</i> ?	1	2	3	4	5
14	Do you feel <i>irritable</i> or have <i>outbursts of anger</i> ?	1	2	3	4	5
15	Do you have <i>trouble</i> concentrating?	1	2	3	4	5
16	Do you feel " <i>super alert</i> ", watchful or ready for action?	1	2	3	4	5
17	Do you feel <i>nervous</i> or get scared easily?	1	2	3	4	5

PCL-M for DSM-IV (11/01/94) Weathers, Litz, Huska, & Keane National Center for PTSD - Behavioral Science Division

E. Casillo
Eduardo M. Casillo Vargas
CTP Nº 0747

Anexo 4

Validez Contenido por Criterio de Jueces

La validez de contenido se obtuvo mediante el criterio de expertos. El grupo de jueces estuvo conformado por 5 especialistas en psicología.

Escurra (1998) menciona que los reactivos cuyos valores sean mayores o iguales a 0.80 se consideran válidos para el test. De esta manera se procedió a calcular los coeficientes mediante el método de validez V de Aiken para el test; Teniendo estas tres dimensiones, los ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no presentan dificultad en los enunciados de los ítems, teniendo relación con el constructo, sus palabras son usuales para nuestro contexto.

Dimensiones	Ítems	V(cia)	V(cong)	V(cont)	V(dcon)
REEXPERIMENTACIÓN	1	1.00	1.00	1.00	1.00
	2	1.00	1.00	1.00	1.00
	3	1.00	1.00	1.00	1.00
	4	1.00	1.00	1.00	1.00
	5	1.00	1.00	1.00	1.00
EVITACIÓN	6	1.00	1.00	1.00	1.00
	7	1.00	1.00	1.00	1.00
	8	1.00	1.00	1.00	1.00
	9	1.00	0.80	1.00	0.80
	10	1.00	1.00	1.00	1.00
	11	1.00	0.80	1.00	0.80
	12	0.80	0.80	0.80	0.80
HIPERCATIVACIÓN	13	1.00	1.00	1.00	1.00
	14	1.00	1.00	1.00	1.00
	15	1.00	1.00	1.00	1.00
	16	1.00	1.00	1.00	1.00
	17	1.00	1.00	1.00	1.00

Resumen por dimensiones de la validez del contenido

Finalmente, el contenido de validez V para el análisis de contenido respecto al Checklist del Estrés postrumático presenta valores mayores de 0.80, indicando el consenso que existe relación con el constructo, las palabras son usuales para nuestro contexto y evalúa específicamente el test, obteniendo la validez del contenido del instrumento.

N.º	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Sumatoria	V de Aiken
1	1	1	1	1	1	5	1
2	1	1	1	1	1	5	1
3	1	1	1	1	1	5	1
4	1	1	0	1	1	4	0.8
5	1	1	1	1	1	5	1
6	1	1	1	1	1	5	1

Anexo 5

Tabla de fiabilidad y validez del Checklist del Estrés postraumático de Frank

Weathers

Fiabilidad del Checklist del Estrés postraumático de Frank Weathers

Tabla 4

Fiabilidad del Test Checklist del Estrés postraumático

Dimensiones	Nº ítems	Alpha
Re experimentación	5	.741
Evitación	7	.729
Hiperactivación	5	.737
TEPT	17	.873

Para obtener la fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 4 se puede observar que la consistencia interna global del Test Checklist del Estrés postraumático (17 ítems) en la muestra estudiada, es de .873, que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad. Respecto a las dimensiones, se aprecia que la reexperimentación tiene un valor de .741, seguido de la dimensión evitación con un Alpha de .729. La dimensión de hiperactivación, presenta un Alpha de .737, la cual es una confiabilidad aceptable.

Tabla de Validez de Checklist del Estrés postraumático de Frank Weathers

Validez de constructo sub test – Test Checklist del Estrés postraumático

Tabla 5

Correlaciones sub test - Test Checklist del Estrés postraumático

Dimensiones	r.	P
Reexperimentación	.864**	.000
Evitación	.914**	.000
Hiperactivación	.806**	.000

Como se observa en la tabla 5 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son elevados en su mayoría, además de ser altamente significativos; estos datos evidencian la existencia de validez de constructo del instrumento.

Tabla de Baremos y percentiles del Checklist del trastorno por estrés postraumático

Estadísticos

		B_Reexperimentación	C_Evitación	D_Hiperactivación	Total_TEPT
N	Válido	300	300	300	300
	Perdidos	0	0	0	0
Media		8.58	13.71	10.22	32.50
Mediana		8.00	13.00	10.00	32.00
Moda		5	8	9	21 ^a
Desviación estándar		3.344	4.885	3.835	10.472
Varianza		11.181	23.865	14.705	109.662
Mínimo		5	7	5	17
Máximo		18	31	25	65
Percentiles	1	5.00	7.00	5.00	17.00
	2	5.00	7.00	5.00	17.00
	3	5.00	7.00	5.00	17.00
	4	5.00	7.00	5.00	17.04
	5	5.00	7.00	5.00	18.00
	10	5.00	8.00	5.00	19.00
	20	5.00	9.00	6.20	22.00
	25	6.00	9.00	7.00	23.25
	30	6.00	10.00	8.00	25.00
	40	7.00	12.00	9.00	28.00
	50	8.00	13.00	10.00	32.00
	60	9.00	15.00	11.00	35.00
	70	10.00	17.00	12.00	38.70
	75	11.00	18.00	13.00	40.00
	80	11.00	18.00	14.00	42.00
	90	14.00	20.00	15.00	48.00
	95	15.00	22.00	17.00	50.00
	96	16.00	22.00	17.96	51.96
	97	16.97	23.00	18.00	52.00
98	17.00	24.00	19.00	54.00	
99	17.99	26.98	21.99	56.00	

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

	Bajo	Medio	Alto
B	5 - 6	7 - 11	12 - 25
C	7 - 9	10 - 18	19 - 35
D	5 - 6	7 - 13	14 - 25
TEPT	17 - 22	23 - 40	41 - 85

Anexo 6

Carta de autorización de proyecto



EJERCITO DEL PERÚ

GU: 1º BRIG FFE **UNIDAD: BC N° 19**

YO TTE CRL INF JUAN AMAT Y LEON VILLANUEVA, COMANDANTE DEL
BATALLON DE COMANDOS "COMANDANTE ESPINAR" N° 19 - DE LA 1RA BRIGADA
DE FUERZAS ESPECIALES.

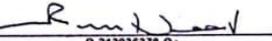
AUTORIZO:

Al bachiller en Psicología Andrei Karpov Laura Ccosi, que se encuentra realizando su tesis del programa de licenciatura en psicología, en la Universidad Peruana Unión, a utilizar información obtenida de la unidad para el proyecto denominado trastorno por estrés postraumático en militares de una unidad del ejército del Perú 2018. Como condiciones contractuales, el tesista está obligado a (1) no divulgar ni usar la información para fines personales que con objeto de la investigación fue obtenida; (2) no proporcionar a terceras personas, verbalmente o por escrito, directa o indirectamente, información alguna de las actividades y/o procesos de cualquier clase que fuesen observadas en la institución durante la duración del proyecto y (3) no utilizar completa o parcialmente ninguno de los productos (documentos, metodología, procesos y demás) relacionados con el proyecto. El estudiante asume que toda información y el resultado del proyecto serán de uso exclusivamente académico.

En caso de que alguna(s) de las condiciones anteriores sea(n) infringida(s), el tesista queda sujeto a la responsabilidad civil por daños y perjuicios que cause a la institución, así como a las sanciones de carácter penal o legal a que se hiciere acreedor.

Chorrillos, 09 de Abril del 2018.




0-213936378-0*
JUAN AMAT Y LEON VILLANUEVA
TTE CRL INF
CMDTE DEL BTN CMDOS N° 19

Anexo 7

Consentimiento Informado que usaron los participantes

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza de la Investigación, así como su rol de participante.

La presente investigación es conducida por el Bach. Psic. Andrei Karpov Laura Ccosi, de la Universidad Peruana Unión – Lima. El objetivo de este estudio es describir el nivel de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en militares de una Institución del Ejército del Perú.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Si no entiende alguna pregunta puede pedir al investigador que le explique. Asimismo, si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Los datos obtenidos en la encuesta serán procesados únicamente por el que dirige la investigación. Una vez que la información sea procesada en una base de datos, las hojas con los datos se destruirán.

Desde ya se agradece su participación.

-
- Acepto participar voluntariamente en esta investigación.
 - He sido informado (a) sobre el objetivo de este estudio es
 - Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.
 - Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha