

DOUTORAMENTO

PSICOLOGIA

**PAPEL DE LAS FIGURAS SIGNIFICATIVAS
EN LA VIVENCIA DEL TRASTORNO DE
ESTRÉS POST TRAUMÁTICO**

María Auxiliadora Ortuño Soria

D

2020





**PAPEL DAS FIGURAS SIGNIFICATIVAS
NA VIVENCIA DA
PERTURBAÇÃO DO STRESS POST TRAUMÁTICO**

María Auxiliadora Ortuño Soria

Outubro 2020

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e
de Ciências da Educação do Porto para obtenção
do grau de Doutor em Psicologia, orientada pela
Professora Doutora Cidália Duarte (FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta tese reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta tese pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta tese, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente tese quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

RESUMO

Viver em sociedade incentiva a criação de vínculos onde a reciprocidade é mediada pelo nível de sigilo, interesse, tempo e valor entre os indivíduos. O desenvolvimento de um vínculo afetivo excepcional entre duas pessoas destaca essa relação em momentos de necessidade e relaxamento. Principalmente na exposição a eventos positivos e negativos que variam em gravidade, duração e tempo de experiência, o que influencia na percepção do indivíduo bem como na adaptação ou dificuldade de recuperação ao evento. Diante de eventos traumáticos, pessoas significativas tornam-se parte essencial da recuperação das vítimas, no entanto, também são vulneráveis às consequências do evento traumático.

Esta pesquisa visa reconhecer o papel das pessoas significativas que são vítimas de eventos traumáticos, tendo como base fundamental a sua experiência física e psicológica como fundamento essencial. Ou seja, conhecer a pessoa significativa como o ator principal e sua experiência como vítima secundária do evento traumático após conviver e cuidar da vítima primária. A exposição constante aos detalhes do evento traumático, bem como aos sinais e sintomas da vítima primária, aumenta o risco dessa população desenvolver um trauma secundário, o que também é analisado juntamente com a importância de seu vínculo. 30 mulheres relacionadas com veteranos de guerra participaram voluntária e individualmente de entrevistas semiestruturadas e execução das versões em português do *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 1999), *World Health Organization Quality of Life* (Canavarro et al., 2007) e *Impact of Event Scale – Revised* (Weiss & Marmar, 1996).

Os resultados apontam como componentes essenciais que delineiam o papel das pessoas significativas ao tempo de convívio como casal, adaptação versus separação, empoderamento pessoal e do casal e estratégias de *coping*. Sendo a vida das mulheres perfilada para os casais e ver a doença como uma consequência externa que devem incluir em seu relacionamento. Destaca-se na expressão sintomática a depressão, obsessão-compulsão e ansiedade, referindo-se à personalidade de cada pessoa como variável mediadora e também à crença religiosa sociocultural, onde os sentimentos iniciais que as mulheres expressaram em relação ao veterano de guerra marcam um eixo importante. Sugere-se para estudos futuros a importância da pesquisa empírica com diversas variáveis sobre pessoas significativas para ajustar as diretrizes de prevenção, tratamento e controle voltadas para vítimas secundárias.

Palavras-chave: Pessoa Significativa, Transtorno de Estresse Traumático Secundário, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Vítimas Secundárias

RESUMEN

Convivir en sociedad fomenta a crear lazos donde el compartir esta mediado por el nivel de confidencialidad, interés, tiempo y valor entre los individuos. Desarrollar un vínculo afectivo sobresaliente entre dos personas destaca esta relación en momentos de necesidad y esparcimiento. Especialmente en la exposición a acontecimientos positivos y negativos que varían en gravedad, duración y tiempo de vivencia, lo que influye en la percepción del individuo así como la adaptación o dificultad de recuperación al evento. Ante eventos traumáticos las personas significativas se vuelven parte esencial para la recuperación de las víctimas, sin embargo, también son vulnerables a las consecuencias del evento traumático.

Esta investigación pretende reconocer el rol de las personas significativas de víctimas de eventos traumáticos, abarcando como fundamento esencial su experiencia física y psicológica. Es decir, conocer como actor principal a la persona significativa y su vivencia como víctima secundaria del evento traumático tras convivir y cuidar de la víctima primaria. La exposición constante a los detalles del acontecimiento traumático así como a los signos y síntomas de la víctima primaria, incrementan el riesgo de esta población para desarrollar trauma secundario, lo que igualmente se analiza junto a la trascendencia de su vínculo. 30 mujeres emparentadas a veteranos de guerra participaron voluntaria e individualmente en entrevistas semiestructuradas y ejecución de las versiones portuguesas del *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 1999), *World Health Organization Quality of Life* (Canavarro et al., 2007) e *Impact of Event Scale – Revised* (Weiss & Marmar, 1996).

Los resultados señalan como componentes esenciales que esbozan el papel de las personas significativas al tiempo convivido como pareja, adaptación versus separación, empoderamiento personal y de pareja y, estrategias de *coping*. Siendo la vida de las mujeres perfilada a las parejas y viendo la enfermedad como una consecuencia externa que deben incluir en su relación. La expresión sintomatológica se enfatiza en la depresión, obsesión-compulsión y ansiedad, refiriendo la personalidad de cada uno como variable mediadora así como la creencia sociocultural religiosa, donde marca un importante eje los sentimientos iniciales que las mujeres plasmaron hacia el veterano de guerra. Se sugiere para futuros estudios la importancia de investigaciones empíricas con diversas variables sobre las personas significativas para ajustar las guías de prevención, tratamiento y control enfocado en las víctimas secundarias.

Palabras clave: Persona Significativa, Trastorno de Estrés Traumático Secundario, Trastorno de Estrés Post Traumático, Víctimas Secundarias

ABSTRACT

Living in society encourages the creation of links where the exchange is mediated by the level of confidentiality, interest, time and value between individuals. Developing an outstanding bond between two people highlights this relationship in times of need and relaxation. Especially in the exposure to positive and negative events that vary in severity, duration and time of experience, which influences the perception of the individual as well as the adaptation or difficulty of recovery to the event. In the face of traumatic events, significant people become an essential part of the victims' recovery, however, they are also vulnerable to the consequences of the traumatic event.

This research aims to recognize the role of significant people who are victims of traumatic events, including their physical and psychological experience as a fundamental basis. That is, knowing the significant person as the main actor and their experience as a secondary victim of the traumatic event after living with and caring for the primary victim. Constant exposure to the details of the traumatic event as well as to the signs and symptoms of the primary victim, increase the risk of this population to develop secondary trauma, which is also analyzed along with the importance of their link. 30 women related to war veterans voluntarily and individually participated in semi-structured interviews and execution of the Portuguese versions of the Brief Symptom Inventory (Canavaro, 1999), World Health Organization Quality of Life (Canavaro et al., 2007) and Impact of Event Scale – Revised (Weiss & Marmar, 1996).

The results indicate as essential components that outline the role of significant people at the time of coexistence like a couple, adaptation versus separation, personal and couple empowerment and coping strategies. Being the woman's life profiled to couples and seeing the disease as an external consequence that they must include in their relationship. The symptomatological expression is emphasized in depression, obsession-compulsion and anxiety, referring to the personality of each one as a mediating variable as well as to the sociocultural religious belief, where the initial feelings that women expressed towards the war veteran mark an important axis. It is suggested for future studies the importance of empirical research with various variables on significant people to adjust prevention, treatment and control guidelines focused on secondary victims.

Keywords: Significant Person, Secondary Traumatic Stress Disorder, Post Traumatic Stress Disorder, Secondary Victims

RÉSUMÉ

Vivre en société encourage la création de liens où l'échange est médiatisé par le niveau de confidentialité, d'intérêt, de temps et de valeur entre les individus. Développer un lien affectif exceptionnel entre deux personnes met en évidence cette relation en période de besoin et de détente. Surtout dans l'exposition à des événements positifs et négatifs dont la gravité, la durée et la durée de l'expérience varient, ce qui influence la perception de l'individu ainsi que l'adaptation ou la difficulté de récupération à l'événement. Face aux événements traumatisants, les personnes importantes deviennent un élément essentiel du rétablissement des victimes, mais elles sont également vulnérables aux conséquences de l'événement traumatisant.

Cette recherche vise à reconnaître le rôle des personnes importantes qui sont victimes d'événements traumatisants, y compris leur expérience physique et psychologique comme base essentielle. C'est-à-dire connaître la personne importante en tant qu'acteur principal et son expérience en tant que victime secondaire de l'événement traumatique après avoir vécu et soigné la victime primaire. Une exposition constante aux détails de l'événement traumatique ainsi qu'aux signes et symptômes de la victime principale, augmente le risque de cette population de développer un traumatisme secondaire, qui est également analysé en même temps que l'importance de leur lien. 30 femmes liées à des anciens combattants ont participé volontairement et individuellement à des entretiens semi-structurés et à l'exécution des versions portugaises du *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 1999), *World Health Organization Quality of Life* (Canavarro et al., 2007) et *Impact of Event Scale – Revised* (Weiss & Marmar, 1996).

Les résultats indiquent comme des éléments essentiels qui décrivent le rôle des personnes importantes au moment passé ensemble en couple, l'adaptation par rapport à la séparation, l'autonomisation personnelle et du couple et les stratégies d'adaptation. Être la vie de femmes profilée aux couples et voir la maladie comme une conséquence externe qu'elles doivent inclure dans leur relation. L'expression symptomatologique est accentuée dans la dépression, l'obsession-compulsion et l'anxiété, faisant référence à la personnalité de chacun comme variable médiatrice ainsi qu'à la croyance religieuse socioculturelle, où les sentiments initiaux que les femmes ont exprimés envers l'ancien combattant marquent un axe important. Il est suggéré pour les études futures l'importance de la recherche empirique avec diverses variables sur les personnes importantes pour ajuster les lignes directrices de prévention, de traitement et de contrôle axées sur les victimes secondaires.

Mots-clés: Personne importante, Trouble de stress traumatique secondaire, Trouble de stress post-traumatique, Victimes secondaires

AGRADECIMIENTOS

La vida es un regalo donde la aventura y la experiencia se mezclan para transformar el pensamiento, sentimiento, el propio ser. La perspectiva respecto al mundo, respecto a uno mismo evoluciona mientras el corazón y la mente se adaptan y aprenden.

Agradezco especialmente a **Dios** por mi familia y por permitirme vivir, aprender y compartir. Con su bendición esta oportunidad me ha moldeado como profesional y como persona brindándome nuevas fronteras en la vida.

Agradezco a mis papis, **Walter** y **Norma**, su amor, apoyo, sabiduría y bondad siendo ello mi motivación para cada paso en mi vida. Son mi ejemplo de trabajo, perseverancia, humildad y afecto eterno. Especialmente agradezco por su paciencia y fortaleza que me han brindado en cada minuto desde que tengo memoria.

A mi ñaño, **Javier**, que por todo su labor, constancia, atención y cuidado durante toda mi vida. Hombre y profesional del cual estoy muy orgullosa agradeciendo el apoyo, respaldo dándome igualmente ejemplo en esta nueva generación de amor junto a **Danny**, mi cuñada, “el encuentro menos esperado pero más oportuno”.

A la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto por el acogimiento, enseñanzas impartidas, realización de proyecto y amabilidad y cooperación de cada funcionario. Sobre todo a mi orientadora **Dra. Cidália Duarte**, por su tiempo y junto con quien se alcanzaron los objetivos del programa doctoral así como la elaboración del proyecto investigado.

Al Hospital São João por abrirme las puertas para la ejecución de esta investigación en la Unidad de Psiquiatría e Salud Mental, especialmente a la directora del área, quien desde un inicio me apoyo con este proyecto y sobre todo al **Dr. Cassiano Santos** por su soporte y tiempo para desarrollar el estudio, así como las enseñanzas, calidez profesional y humana. A las participantes por su colaboración, gracias. Su interés demuestra la necesidad y trascendencia de abarcar el bienestar físico y mental de las personas significativas como entes primarios.

Mi eterno agradecimiento a la **Dra. Melita Guimmarra** por recibirme en su grupo investigativo para un entrenamiento profesional vinculado al programa doctoral, donde además de aprender invaluable componentes para el área laboral, haber compartido con doctores renombrados, se refuerza que el conocimiento es sinónimo de paciencia, humildad, aprendizaje y enseñanza; sobre todo mantener valores, ética, educación y respeto en la conversa formal como informal.

Agradezco a mis amigas y colegas de la facultad pero un sincero agradecimiento a **Catarina, Alexandra y Sacha**, quienes desde un inicio fueron parte de este etapa de mi vida, con consejos, apoyo, o simplemente relajándonos. Gracias por la confianza y amistad, son fiel constancia del arduo trabajo y espectaculares personas.

A mis amigas y amigos que han llenado esta experiencia de conocimiento multicultural, continental, siendo su compañía el refuerzo y respaldo en mi evolución profesional y personal.

A todos, muchas gracias, de cada uno me llevo un aprendizaje y han sido parte de esta contribución.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto a mis personas significativas, mi familia, mi base de vida, de valores, costumbres y cultura.

Y a todas las personas significativas que engrandecen al mundo.

“Se dibuja tu rostro en la armonía de este lugar

Y ahora yo logro oírte cantar

Si no curas la herida

Duele, supura, no guarda paz”

Rozalén

ABREVIATURAS

BSI - Inventario de Síntomas Psicopatológicos (por sus siglas en inglés, *Brief Symptom Inventory*)

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitario de São João

CIE-10 - Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.

DSM-V - Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*)

FPCEUP - Facultad de Psicología e Ciencias de la Educación de la Universidade do Porto

IES-R - Escala de Impacto de Eventos – Revisada (por sus siglas en inglés, *Impact of Event Scale – Revised*)

S.O. - Otro Significativo (por sus siglas en inglés, *Significant Other*)

TEPT - Trastorno de Estrés Póst Traumático

TETS - Trastorno de Estrés Traumático Secundario

TCC - Terapia Cognitivo Conductual

WHOQOL-Bref - Instrumento Abreviado de Avaliação de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (por sus siglas en inglés, *World Health Organization Quality of Life*).

Tabla de contenido

Resumen	
Portugués	3
Español	4
Inglés	5
Frances	6
Agradecimientos	7
Dedicatoria	9
Abreviaturas	11
Tabla de contenido	12
Introducción	16

PARTE I - MARCO CONCEPTUAL

Capítulo I - Fundamentos Teóricos	23
Revisión Contextual	24
Definición de Términos	26
Trastorno de Estrés Traumático Secundario	28
Etiología y Características	28
Curso y Desarrollo	34
Comorbilidad y Prevalencia	39
Factores de Riesgo y Protección	44

Capítulo II - Revisión Narrativa: enfoque en las personas significativas	50
Método	52
Diseño	52
Unidades de Análisis	52
Proceso de Revisión	52
Criterios de Inclusión	52
Criterios de Exclusión	53
Análisis	54
Resultados	55
Discusión	70
Conclusión	71

PARTE II – Estudios Empíricos

Capítulo III – Marco Investigativo	74
Relevancia del Estudio	76
El Problema	76
Preguntas de Investigación	77
Objetivos	78
Presunciones del Autor de la Investigación	80
Diseño y Proceso Investigativo	80
Descripción de Participantes	81

Capítulo IV – Estudio Cualitativo	86
Metodología Investigativa	87
Herramientas de Investigación	89
Cuestionario Sociodemográfico	89
Entrevista	90
Resultados	91
Discusión	106
Capítulo V - Estudio Cuantitativo	115
Metodología Investigativa	116
Herramientas de Investigación	116
BSI	117
WHOQOL – BREF	119
IES – R	120
Resultados	121
Discusión	140
Capítulo VI – Análisis Integrado	147
Importancia del Estudio	164
Limitaciones del Estudio	168
Recomendaciones para futuros estudios	170
Referencias Bibliográficas	172

Anexos	203
Anexo I: Constancia de Artículo para Publicación	204
Anexo II: Protocolo de Investigación para la Comisión de Ética de la FPCEUP .	205
Anexo III: Dictamen Académico Favorable	215
Anexo IV: Dictamen Hospitalar Favorable	216
Anexo V: Consentimiento Informado	219
Anexo VI: Cuestionario Sociodemográfico	221
Anexo VII: Guía de Entrevista Semi-estructurada	223
Anexo VIII: BSI	227
Anexo IX: WHOQOL – BREF	230
Anexo X: IES – R	235

INTRODUCCIÓN

Una de las primeras publicaciones extensas realizadas sobre el Estrés Post Traumático (EPT) pertenece al autor Erichsen en 1866 (Gómez & Crespo, 2012), quien describió las alteraciones que las personas presentaban después de vivir un accidente ferroviario. Pero fue en 1932 que Cannon Walter (Greenberg, 1980 como citado en Ventura, 1997) identificó por primera vez la respuesta de “lucha o fuga” mediante la cual el cuerpo responde ante una situación de estrés; es así que el hombre para adaptarse a los eventos inesperados tiende a modificar algunas respuestas primitivas para abordar las causas del estrés que experimenta (Greenberg, 1980 como citado en Ventura, 1997).

Tras la llegada de los veteranos de Guerra de Vietnam, se incorporó esta perturbación como una clasificación diagnóstica en la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-III] (*American Psychiatric Association [APA]*, 1980). De esta manera el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) paso a ser incluida dentro de los criterios de diagnóstico clínico en los años ochenta, habiéndose iniciado un campo de investigación en las áreas de salud, legislación y política social a nivel mundial (Williams & Somers, 2002; Wilson, Friedman, & Lindy, 2001).

Actualmente los datos internacionales puntuales sobre el TEPT son limitados, al ser reconocido que gran porcentaje poblacional en diversos países han sido expuestos al terrorismo, desastres naturales, reubicación forzosa y violencia, por lo que la prevalencia general de exposición a eventos traumáticos en todo el mundo se infiere a dos tercios de la población, comparando que solo en los Estados Unidos se ha recopilado que la quinta parte de la población puede experimentar un evento traumático en un año (Galea, Nandi, & Vlahov, 2005).

Este trastorno es caracterizado por la exposición real o amenaza de muerte, lesiones graves o violaciones sexuales siendo acentuada la percepción de la dimensión de los síntomas comportamentales y alteraciones cognitivas (APA, 2013). Anunciação (1997) afirma que este trastorno se caracteriza por ser un conjunto de síntomas homogéneos, estableciendo su habitual expresión por medio del miedo intenso, terror e incapacidad para descubrir soluciones a los eventos.

En el ámbito de trauma emocional, este trastorno es descrito como “un estado psíquico o comportamental alterado que resulta de un estrés mental o emocional, o de una lesión física” (Pereira & Pedras, 2010, p. 282). Carbonell (2002) describe el TEPT como una respuesta emocional intensa causada por la exposición a un evento potencialmente amenazador para la vida o salud de la persona o para una persona próxima a ella.

Es decir, existe una exposición directa al acontecimiento traumático y una observación/envolvimiento de las víctimas primarias (personas que corren el riesgo de vida o herida) y de las víctimas secundarias al vivir una exposición indirecta al evento traumático que pueden llegar a ser los familiares, amigos o conocidos íntimos (Matos, 2015).

Sea cual fuere la naturaleza del evento traumático, los familiares y las personas significativas tienen alto riesgo de desarrollar un Trastorno de Estrés Traumático Secundario (TETS) (Figley, 1986; McCann & Pearlman, 1990; Pereira & Pedras, 2010) como resultado de la acumulación y dificultades que surgen al lidiar el día a día con una persona diagnosticada con TEPT, en otras palabras, las manifestaciones del sufrimiento emocional pueden transmitirse de la víctima primaria a la víctima secundaria (persona significativa) (Ahmadzadeh & Malekian, 2004; Canfield, 2005; Davidson & Mellor, 2001; Goff & Smith, 2005; Jenkins & Baird, 2002).

Entre la creciente investigación realizada con respecto al Trastorno por Estrés Post Traumático, se ha distinguido una correlación entre las personas de combate militar/veteranos y la angustia psicológica de los cónyuges (Renshaw, Allen, Rhoades, Blais, Markman, & Stanley, 2011). Es con ello que se comienza a dar un énfasis a la relación que surge con el trauma secundario, sin embargo, se resalta que las investigaciones empíricas de ello se han quedado en forma de deducción (Renshaw *et al.*, 2011).

Baum (2014) señala la conexión emocional que existe entre la víctima y la persona significativa en el surgimiento del trauma secundario como consecuencia del “costo de cuidar” postulado por Figley (1982, p.12). Es por ello que sin las herramientas físicas y emocionales adecuadas se puede conllevar a generar un “cuidador quemado” (Baum, 2014, p. 226; Vitaliano, Young, & Russo, 1991). Sin embargo, al no ser todavía el TETS clínicamente diferenciado y al existir estudios limitados que abarquen específicamente al

trauma secundario especialmente en las personas significativas como ente principal la definición se asimila a la del TEPT.

Así mismo, se ha observado que la sintomatología presentada con mayor frecuencia incluye recordar el acontecimiento traumático por medio de pesadillas o *flashbacks*, evitación de estímulos asociados al evento, alteración negativa en la cognición o humor e *hyperarousal* en el sueño o problemas de concentración, con una persistencia de más de un mes con estos síntomas (APA, 2013). Además se pueden presentar una variedad de reacciones adversas, como por ejemplo, mayor estrés expresada a través de ansiedad, depresión, somatización así como problemas de funcionalidad en la intimidad, relaciones sociales, trabajo y/o escuela (Baum, 2014; Canfield, 2005; Davidson & Mellor, 2001; Jenkins & Baird, 2002; van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Sagi-Schwartz, 2003). Esta transición fue observada especialmente en las investigaciones de veteranos de guerra o de miembros de familia en servicio, donde el impacto en la familia, como en el cónyuge y los hijos, acarrea conflictos de roles, riesgo de violencia intrafamiliar, ansiedad y depresión (Brockman *et al.*, 2016). Por estos motivos, e inintencionalmente, los familiares y personas significativas pueden re-traumatizar a la persona con TEPT, por lo cual es importante que cada uno conozca su papel en conjunto con la presencia de intervenciones individuales, en grupo, de pareja y familiar (Pereira & Pedras, 2010).

Así, con lo expuesto se respalda y sustenta las razones para el desarrollo de este estudio, llenar un vacío que denota la importancia que requiere el cuidado del bienestar físico, cognitivo conductual y emocional de la persona significativa, quien día a día ejerce múltiples roles en un nuevo esquema de vida. En vista de la falta de estudios focalizados en la persona significativa de un evento traumático, se proyecta explorar la vivencia de las víctimas secundarias y, gracias a la participación de 30 mujeres portuguesas que cumplen con los criterios planteados se pueden abarcar los objetivos de esta investigación.

El desarrollo de este estudio busca ahondar en el tema propuesto anhelando poder contribuir con las líneas orientadoras de la psicología clínica tanto para la investigación nacional como internacional. Se aspira vincular las áreas de estudio, metodologías y perspectivas socioculturales incorporando las dimensiones de calidad de vida para reconocer el rol de la persona significativa. Con ello, intentar promover la trascendencia de técnicas y

programas de calidad y eficacia basados en la atención plena del cuidado personal, red familiar y social incluyendo la participación profesional y política.

De esta manera, igualmente se desea promover en las entidades de salud el acompañamiento mediante la transmisión de confianza y confidencialidad a las personas con TEPT así como a las personas significativas, para con ello fomentar y sostener el vigor físico y mental de esta población. Tomando en cuenta la evolución distintiva de la sintomatología de ambos y poder abarcar adecuadamente los esquemas de tratamiento y control. Al mismo tiempo, se reconoce que este contexto es nuevo para la sociedad en general, por lo que, se pretende levantar la necesidad de incorporar entes psicoeducativos con el objetivo de capacitar dentro del ámbito laboral y escolar para el reconocimiento de manifestaciones cognitivas, conductuales y / o emocionales en un tiempo prudente y poder prevenir actitudes agravantes en las personas significativas.

Contemplando la debida importancia que durante las últimas épocas este tema engloba por los diferentes eventos traumáticos surgidos, se puede constatar que es un tema personal, relativamente nuevo de estudiar y clínicamente susceptible de englobar, por lo que, existe una amplia gama de tópicos que se pueden desarrollar a futuro dentro de este campo de investigación para examinar el impacto en la salud de la población tanto en el estado físico como psicológico. Este trabajo se motiva para su elaboración mediante el proceso investigativo que abarca diversas fases empíricas, tanto cualitativa como cuantitativa, con el objetivo de reconocer la importancia que representa la persona significativa así como la trascendencia de su rol. Es por ello que comprende varios aspectos que envuelven sus experiencias, necesidades, creencias, dificultades, el labor como mujer, madre y esposa, al igual que, el bienestar físico y mental en el ámbito personal, familiar, de pareja y social.

El presente trabajo está constituido en dos partes, la primera se focaliza en el marco teórico que abarca la revisión de literatura que sustenta el trabajo desglosado; la segunda parte se desarrolla la investigación empírica realizada.

En la primera parte se pueden observar el Capítulo I que incorpora los fundamentos teóricos con la distinción de términos sobre el Trastorno de Estrés Secundario, seguido de la

etiología, características, sintomatología, desarrollo, comorbilidad y prevalencia, así como resiliencia y estrategias de *coping*.

El Capítulo II está enfocado en la persona significativa, es decir, se presenta la revisión narrativa puntualizada en las investigaciones actuales encontradas sobre la persona significativa de pacientes diagnosticados con TEPT. Se visualiza las estrategias de búsqueda, criterios de inclusión como de exclusión, proceso de estudio y los resultados así como la discusión pertinente. Representa un artículo publicado en la Revista Internacional de Psicología.

La segunda parte de esta investigación, estudio empírico, inicia en el Capítulo III, en el cual se desglosa el marco investigativo de este estudio así como la hipótesis planteada para la investigación, las preguntas de investigación al igual que los objetivos que se desean alcanzar y el diseño de la investigación así como la caracterización de los participantes.

El Capítulo IV representa el estudio cualitativo llevado a cabo para este estudio, el cual, incluye la descripción de la metodología, la descripción de los instrumentos y procedimientos del estudio así como los resultados encontrados.

A seguir con el Capítulo V, se presenta el estudio cuantitativo de esta investigación donde se observa la metodología abordada, las herramientas empleadas así como el procedimiento y resultados hallados.

El Capítulo VI expone un análisis integrado de los resultados de los estudios desarrollados en esta investigación. Es decir, se evalúa de manera acentuada los resultados tomando como base la discusión y conclusión de los estudios realizados y la relación entre las variables. Así mismo, se puede apreciar la importancia de este estudio, las limitaciones y, recomendaciones para futuras investigaciones.

Se finaliza con las referencias bibliográficas y los anexos.

PARTE I

MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Revisión Contextual

A pesar de existir textos antiguos que abarcan temas sobre el estrés, clínicamente se comienza a reconocer este tópico por medio de las descripciones realizadas por el doctor Mendes Da Costa en 1871. Su trabajo en el ámbito militar americano le permitió observar síntomas definidos como el “corazón irritable” que incluían dificultades respiratorias, insomnio, irritabilidad, taquicardia y depresión. Síntomas que durante la Primera Guerra Mundial fueron referidos como el “síndrome del corazón de combate” o “Síndrome de shock de Shell” (Trujillo, 2002). En 1941 el psiquiatra Kardiner emprende la diferenciación entre los síntomas físicos y psicológicos definiendo así el síndrome “neurosis de guerra” o “fatiga de combate” (Trujillo, 2002).

Fue en 1980 que se expone por primera vez el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) dentro de los diagnósticos clínicos del DSM-III (APA, 1980; Pai, Suris, & North, 2017). Desde entonces el TEPT ha venido evolucionando en cuanto a su definición así como en la distinción de signos y síntomas. Continuamente en las investigaciones de Westerink y Giarratano (1999) así como en las de Dirkzwager, Bramse, Adèr, & Van der Ploeg (2005) se encuadraron en esta perturbación los problemas somáticos junto con los síntomas psiquiátricos (Dekel & Monson, 2010). Es así como se ha postulado en investigaciones posteriores la relación entre acontecimientos traumáticos, el contacto cercano con personas con perturbación emocional (Ben Arzi, Solomon, & Dekel, 2000; Frančišković, Stevanović, Jelušić, Roganović, Klarić, & Grković, 2007; Koić, Francišković, Mužinić-Masle, Đorđević, & Vondraček, 2002) y la manifestación del estrés.

En la actualidad, el Trastorno de Estrés Post Traumático es diferenciado por ser una condición psicológica seria tras la exposición de un evento traumático cuyos síntomas reviven el acontecimiento traumático o elementos de miedo. Estos eventos traumáticos suelen ser diferenciados por ser suficientemente estresantes en el individuo para provocar reacciones emocionales y físicas de manera inadecuada hasta indeseables en el momento y/o posterior a ello (Jacobsson, Backteman-Erlanson, Brulin, & Hornsten, 2015; Lewis, 2003). Por lo que, este trastorno conlleva a la víctima a evitar pensamientos, memorias, personas y/o lugares asociados al trauma, al igual, la víctima puede presentar anestesia emocional o excitación elevada junto a una elevada tasa de comorbilidad con diferentes trastornos

psicológicos, discapacidad y deterioro en su funcionalidad vital (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009).

Durante las últimas décadas, a consecuencia del incremento de actos violentos, eventos traumáticos inesperados y desastres naturales o provocados, se ha enfatizado la trascendencia e importancia de los efectos que estos incidentes causan en la salud de las personas. Las teorías y constructos planteados sobre el trauma, en su mayoría, ligan al TEPT y al incremento de los problemas en las relaciones íntimas (Monson, Taft, & Fredman, 2009) al ser observado que el trauma afecta las habilidades para poder forjar y mantener vínculos con las personas cercanas (Hecker, 2007).

En varias investigaciones, especialmente relacionadas al combate o eventos traumáticos durante el servicio militar, se ha acentuado la relevancia sobre el desarrollo del trauma secundario así como su asociación y secuelas suscitadas entre las parejas (Dirkzwager *et al.*, 2005; Figley, 1995; Goff, Crow, Reisbig, & Hamilton, 2009). Estadística que va en aumento y constituye una alta tasa de población exponente de enfermedades psiquiátricas, siendo el TEPT el diagnóstico más común (Solomon *et al.*, 2008; Zerach, Greene, & Solomon, 2015), por ende, reportes de problemas en la salud física y mental de familiares, amigos y la comunidad cercana en general (Outram, Hansen, Macdonell, Deidre Cockburn, & Adams, 2009).

Al ser comprobado que los combatientes de guerra son expuestos física y mentalmente a amenazas hacia su integridad general, especialmente en los prisioneros de guerra que viven adicionales eventos traumáticos como tortura física y psicológica, humillación, privación de necesidades básicas y aislamiento (Engdahl, Harkness, Eberly, Page, & Bielinski, 1993; Lahav, Levin, Bensimon, Kanat-Maymon, & Solomon, 2017; Nazarian, Kimerling, & Frayne, 2012), se ha recalcado la importancia del reconocimiento y caracterización de este trastorno tanto primario como secundario. Es así como el TEPT y el Trastorno de Estrés Traumático Secundario (TETS) se han convertido en temas de considerable grado de incursión.

Entre las consecuencias psicológicas después de vivir y/o conocer un acontecimiento traumático y de cuidar a la persona íntima con los signos y síntomas del trauma, se ha

visualizado el incremento de la vulnerabilidad de la persona (Renshaw & Caska, 2012) y la probabilidad en desenvolver tanto síntomas agudos como crónicos. La sintomatología de tipo aguda o crónica se designa dependiendo del tipo de víctima, el desgaste del cuidador y el tipo de organización (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004). Así mismo, se ha visto que ciertas personas pueden remitir los síntomas de manera espontánea, o, pueden mantener e inclusive agravarse con el tiempo acarreado mayores problemas de salud mental (Samper, 2016). Entre los primeros estudios con las esposas de veteranos de guerra diagnosticados con TEPT se postularon manifestaciones de angustia emocional que incluían síntomas de tensión, estrés (Jordan *et al.*, 1992; Verbosky & Ryan, 1988) y soledad (Solomon *et al.*, 1992).

Definición de Términos

Durante el desarrollo de este trabajo se pueden observar algunos términos en varias ocasiones. Es por ello que a continuación desenvolvemos las definiciones de estos términos para que tengan un mismo significado para las personas de diversas carreras y así, todo lector conocer el sentido puntual al que se refiere en este trabajo.

Trastorno de Estrés Post Traumático: se caracteriza por la exposición real o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual poniendo énfasis sobre los síntomas conductuales como lo afirma el DSM – V (APA, 2013).

Trastorno de Estrés Traumático Secundario / Estrés Traumático Secundario o Indirecto: también conocido como co-victimización (Hartsough & Myers, 1985 en Dekel & Monson, 2010), persecución secundaria (Figley, 1982 en Moreno-Jiménez, Morante Benadero, Losada Novoa, Rodríguez Carvajal, & Garrosa Hernández, 2004), cuidador quemado (Beckhan *et al.*, 1996 como citado en Lyons, 2001; Zarit, Todd, & Zarit, 1986 en Fredman, Vorstenbosch, Wagner, Macdonald, & Monson, 2014), sobreviviente secundario (Remer & Elliott, 1988 en Moreno-Jiménez *et al.*, 2004; Remer & Elliot, 1988 en Dekel & Monson, 2010), tensión traumática secundaria (Figley, 1983, 1985, 1989 en Moreno – Jiménez *et al.*, 2004) se lo define como la presencia y reproducción de síntomas emocionales

y conductuales así como el sufrimiento expresado por quien cuida de la víctima primaria. Es decir, se manifiesta como la consecuencia de ayudar o deseo de ayudar a la víctima primaria tras conocer el evento traumático (Figley, 1995), siendo testigos directos de las secuelas que vive la víctima del acontecimiento traumático (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004) y, cuyos síntomas son similares a una exposición directa al trauma (Stamm, 1995 en Moreno-Jiménez *et al.*, 2004) dándose la mayor diferenciación en el tipo de estresor y la respuesta durante y después del acontecimiento traumático (Figley, 1995; Moreno-Jiménez *et al.*, 2004). Beckhan *et al* (1996 en Lyons, 2001) encontraron que la percepción de la carga del cuidador se encontraba significativamente proporcional con la severidad de los síntomas que presentaban los veteranos de combate diagnosticados con trastorno de estrés postraumático. Identificando las personas significativas, en el proceso de amar y cuidar, el grado en que perciben su propia salud emocional o física, su vida social o su situación financiera ser perjudicados tras el cuidado brindado a la persona con este trastorno (Zarit, Todd, & Zarit, 1986 en Fredman, Vorstenbosch, Wagner, Macdonald, & Monson, 2014).

Trauma Transgeneracional: hace referencia al trauma que se transmite de generación en generación sin vivencia de un evento traumático en la segunda generación (Dass-Brailsfor, 2007; Stahl, 2012) cuyo origen apunta a los hijos de padres sobrevivientes al Holocausto Nazi (Danieli, 1998; Stahl, 2012). Enfatizada y orientada por la rama freudiana, se define como una transmisión inconsciente y unidireccional a través de las generaciones (Iglesias, 2017; Kaës, 1996), actuando como un “legado” (Iglesias, 2017) no transformable (Varela, 2014).

Trauma Intergeneracional: es el impacto del trauma de un miembro de la familia a otro más joven independientemente si este segundo vivenció el evento traumático (Kaitz *et al.*, 2009; Stahl, 2012). Caracterizase por los nuevos esquemas cognitivos y comportamentales que surgen en el familiar que vivió el evento traumático, lo que conlleva a una angustia y confusión en el familiar más joven (Coates, Rosenthal, & Schechter, 2003; Krysińska & Lester, 2006; Stahl, 2012). Recalcando ser bidireccional según la línea freudiana, ya que, en esta transmisión de padre a hijo ambos se encuentran vivos (Iglesias,

2017; Kaës, 1996) transmitiendo una materia transformable (Varela, 2014) como parte esencial para la identificación, constitución y proyección del individuo (Iglesias, 2017).

Burnout: también conocido como el síndrome del quemado (Freudenberger, 1974), estrés laboral o desgaste profesional (Schaufeli & Greenglass, 2001) y trauma vicario descrito por McCann y Pearlman (1990; Torres-Godoy, 2010; Stahl, 2012; Pearlman & McKay, 2008; Lyons, 2001; Dekel & Monson, 2010). Se define por el agotamiento físico, emocional y mental como consecuencia del involucramiento de situaciones emocionalmente demandantes en el trabajo asistencial a personas durante un tiempo prolongado (Freudenberger, 1974; Pines, Aronson, & Kafry, 1981; Gil-Monte, 2003) por lo que es de progreso gradual (Stahl, 2012).

Fatiga por compasión / Desgaste por empatía / Victimización Secundaria: refiere a una clasificación específica del Estrés Traumático Secundario que se lo ha empalmado al agotamiento, “*burnout*”, del cuidador (Meffert, Henn-Haase, Metzler, Qian, Best *et al.*, 2014; Adams, Boscarino, & Figley, 2006). Figley (1995) definió estos conceptos como una consecuencia natural biológica, psicológica y social tras cuidar prolongadamente de las personas con experiencias de eventos estresantes, es decir, el coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional (Moreno-Jiménez *et al.*, 2004; Meffert *et al.*, 2014) causado por el trabajo constante sobre el trauma, la enfermedad y la muerte (Austin, Goble, Leier, & Byrne, 2009; Meadors *et al.*, 2009 en Rice, Warland, & Cert Ed, 2013) cuyos síntomas incluyen agotamiento, pérdida de compasión y empatía, así como vitalidad y energía reducidas (Thomas & Wilson, 2004 en Rice, Warland & Cert Ed, 2013).

Trastorno de Estrés Traumático Secundario

Etiología y Características

La palabra trastorno, del verbo trastornar de origen latín “*trans – al otro lado*” y “*tornare – girar, tornear, trepanar*”, se lo ha conceptualizado como el sinónimo de la palabra enfermedad con connotaciones más suaves y específicas para manifestar la alteración de la salud mental tras confirmado el diagnóstico de determinado “trastorno psicológico”

(Ezama Coto, Alonso, & Fontanil Gómez, 2010) que pudiera desencadenar un desorden comportamental o alteración psicopatológica conocidos como “enfermedad mental” o “trastorno psiquiátrico” (Psicología Clínica & Psiquiatría, 2003). El concepto estrés, originario del latín, “*stringere, stringo, strinxi, strinctum*” es referido a “apretar, comprimir, restringir” (Houaiss, Villar, & Franco, 2001).

Con origen griego, la palabra trauma posee el significado de herida, la cual, fue plasmada en el siglo II a.C. en una vasija donde se describe a dos hermanos negar haber golpeado a un tercero, siendo esta violencia el 95% del período de la existencia del ser humano un fenómeno universal (Díaz de León Ponce, Basilio Olivares, Cruz Vega, & Briones Garduño, 2016) y, el sufijo ico es relativo a. Por lo que la palabra traumático hace referencia a las heridas producidas por un golpe. Y, el término secundario con origen latín “*secundarius – secundus, (sufijo - a)*” conlleva el significado “*relativo a lo segundo, el que sigue al primero, (- relativo a)*” (Anders, 2019).

Enfatizando en el contexto del Trastorno de Estrés Traumático Secundario (TETS), se lo define como la aparición y remodelación de síntomas emocionales y conductuales de la víctima secundaria de un evento traumático, así como el sufrimiento emocional manifestado tras cuidar de la víctima primaria (Figley, 1986; Moreno-Jiménez, Morante Benadero, Losada Novoa, Rodríguez Carvajal, & Garrosa Hernández, 2004). En otras palabras, hace referencia a la cercanía física y emocional de la persona con la víctima primaria del acontecimiento traumático (Figley, 1986). Por lo cual, la asociación con el acontecimiento traumático y la relación con la persona diagnosticada con TEPT representan ser estresores significativos para la aparición del TETS (Goff, Crow, Reisbig, & Hamilton, 2009; Solomon *et al.*, 1992). Con lo que, se puede decir que la manifestación del trauma secundario depende de la exposición de la persona a la acumulación de detalles del evento traumático, así como a los comportamientos y síntomas de la persona diagnosticada con el Trastorno de Estrés Post Traumático (Stahl, 2012).

Su definición se sujeta al grado de exposición ante el evento traumático y al impacto causado en la persona cercana tras la convivencia y relación con la persona diagnosticada con TEPT (Kaitz *et al.*, 2009, p. 160). Por lo que, puede ser puntualizado como trauma secundario, fatiga por compasión, transgeneracional o intergeneracional. Igualmente es

conocido como trauma vicario y *burnout*. Sin embargo, estos últimos hacen hincapié al TETS dentro del área laboral (Corey, 1991; Schaufeli, & Greenglass, 2001), campo empíricamente desarrollado a mayor escala versus a las investigaciones existentes en base al TETS que destaquen a la persona significativa de la víctima primaria como ente principal (Goff, Crow, Reisbig, & Hamilton, 2009; Nachar, Lavoie, Marchand, O'Connor, & Guay, 2014).

Se reconoce a la persona significativa como el individuo, con posible origen familiar o no perteneciente a la red familiar, con la capacidad de influir profundamente en las decisiones del perceptor al igual como en las emociones y los comportamientos (Andersen, Chen, & Miranda, 2002). Incluso, se ha visto que las respuestas motivacionales pueden llegar a depender de las personas significativas, ya que, los perceptores han destinado un notable esfuerzo por conocer, convivir y compartir con estos individuos (Andersen, Glassman & Gold, 1998; Chen, 2003).

En los trabajos de Rodríguez (1965, 1971-1972, 1973 citado en Ramos, 1979) se destaca a la persona significativa como el individuo con el que la persona se sostiene al encontrarse dentro de un evento imaginariamente difícil y en quien el perceptor apela en caso de necesidad. Lo cual, va ligado a la memoria del autoconocimiento y el conocimiento sobre los demás, representando cada vínculo con un aspecto único, proponiendo así la disposición del perceptor a experimentar o convertirse en contextos relevantes junto a/o en la persona significativa (Andersen, Chen, & Miranda, 2002).

Sluzki (1997) denota la construcción de identidad e imagen propia en base a la percepción única sobre las relaciones sociales, lo que le permite diferenciarse de una extensa sociedad anónima, destacando al igual a la persona significativa. Es así que la persona significativa se vuelve sobresaliente al resto de la red social y familiar denotándose en el apoyo y confidencialidad con la que se relacionan las dos personas (Ojeda Ocampo More, 2005; Sluzki, 1997). Los estudios desarrollados con mayor afluencia sobre la persona significativa en la vivencia de un evento traumático, han sido referentes a investigaciones con las parejas de veteranos de guerra, soldados activos o fuerzas de paz (Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon, & Polliack, 2005).

Levin, Greene y Solomon (2016) señalan que dentro de las relaciones adultas en la sociedad occidental, la unión de pareja es percibida como el más íntimo y significativo ente entre ambos individuos que lo conforman. Siendo parte importante de ello el ajuste marital que envuelve la equidad marital (Proulx, Helms, & Buehler, 2007), estabilidad marital (Schumm, Bell, & Gade, 2000), ajuste de pareja (Gewirtz, Polusny, DeGarmo, Khaylis, & Erbes, 2010) o satisfacción matrimonial y su funcionamiento (Goff, Crow, Reisbig, & Hamilton, 2007). Dimensiones que son susceptibles al cambio a lo largo del tiempo especialmente con eventos negativos que pueden afectar el estado interpersonal dentro del sistema familiar (Levin, Greene, & Solomon, 2016).

Se ha visto que, dentro del círculo familiar existen roles sobresalientes entre los que destaca el de los cuidadores familiares. Los cuidadores familiares son caracterizados por ser quienes proporcionan atención y seguridad física así como mental para su entorno familiar, creando una conexión importante entre ellos; la cantidad de atención dedicada, el tiempo que otorgan y la intensidad con la que se desempeñan los cuidadores, requiere un esfuerzo responsable y demandante personalizado por parte del cuidador, lo que puede trascender en una acumulación de estrés (Lynch, 2017).

Así mismo, se denota que la pareja femenina generalmente representa el papel de esposa/conyugue que resguarda la estabilidad familiar o de pareja y quien coordina el funcionamiento familiar, lo que ejerce una tensión adicional a su vida como mujer de veterano de guerra diagnosticado con el Trastorno de Estrés Post Traumático (Koić, Francišković, Mužinić-Masle, Đorđević, & Vondraček, 2002).

Dekel *et al.* (2005) enfatizan su investigación, con la participación de las esposas de veteranos de guerra diagnosticados con TEPT, en examinar cualitativamente cómo es su experiencia de manera personal, como esposas y como madres. Por medio de una entrevista semiestructurada empleada en grupo focal describen cómo la enfermedad perfila física y emocionalmente la vida de la mujer así como su funcionalidad fuera de casa, la lucha constante para poder controlar su espacio personal así como la ausencia psicológica de la pareja conocido como “pérdida ambigua”, el compromiso moral, social tradicional, consciencia del divorcio y separación versus el empoderamiento de la pareja como aspecto positivo para la relación marital.

Mikulincer y Shaver (2007) han confirmado que las interacciones con las personas significativas llegan a ser internalizadas en el individuo en forma de representaciones mentales como el reflejo de uno mismo así como de sus compañeros de relación, por lo que, esto llega a afectar las relaciones interpersonales y las estrategias de regulación emocional. De la misma manera en que las personas significativas representan una figura de apoyo donde igualmente simbolizan la seguridad y conexión, se han visto interacciones con carácter de rechazo que no fomentan el apego, seguridad ni disponibilidad a compartir las necesidades del diario. Incrementando con ello la internalización negativa del individuo siendo esto proyectado en el futuro mediante el comportamiento, expectativas y afectos (Ainsworth & Bowlby, 1991; Lahav, Kanat-Maymon, & Solomon, 2017). Causando mayor nivel de angustia emocional propia y entre la pareja, lo que da inicio al desarrollo de otros trastornos mentales (Mikulincer y Shaver, 2007).

En el 2010, Dekel mediante un estudio exploratorio entre las esposas de prisioneros de guerra (POWs, por sus siglas en inglés) y no-POWs como grupo control, despliega la trascendencia psicológica y psicosocial del perdón de pareja y la auto-diferenciación a la angustia emocional y marital de las esposas. Utilizando las escalas de Sintomatología para el TEPT del APA (1994), GSI de Derogatis (1977), DAS de Sapanier's (1976), FFS de Pollard et al. (1998) y, SDS de Apel's (1997) concluyó que las esposas de POWs con TEPT presentan significativamente bajos niveles de perdón, mientras que en la auto diferenciación menor equilibrio, mayor fusión y mayor desapego con una predicción positiva de síntomas psiquiátricos generales.

Asimismo, se ha demarcado mediante las investigaciones relacionadas a los eventos traumáticos la difusión sintomatológica dentro de una amplia gama de manifestaciones de angustia general sin ser limitada a la angustia emocional (Renshaw, Rodrigues, & Jones, 2008; Zerach, Greene, & Solomon, 2015). Es decir, el NSW Instituto de Psiquiatría y Centro de Salud Mental (2000, p. 23) y Hecker (2007) señalan que las respuestas de las víctimas secundarias, especialmente visualizadas en las mujeres de las víctimas de trauma, contienen síntomas emocionales (por ejemplo, shock, irritabilidad, impotencia), físicas (como fatiga o quejas somáticas) y cognitivas (ejemplo, problemas de concentración y memoria).

Un estudio realizado en Sudáfrica, indicó que las víctimas de violación y sus parejas íntimas, independientemente de si el conyugue fue testigo o informado del evento traumático, mostraron reacciones cognitivas, conductuales y afectivas (Van den Berg & Pretorius, 1999). Por otro lado, la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil (2011) señala cambios en la memoria así como en la percepción, agotamiento de los recursos personales, alteración en el sentido de autoeficacia y trastorno en el discernimiento de seguridad ante el Estrés Traumático Secundario.

Mediante el estudio llevado a cabo por Westerink y Giarratano (1999) con las mujeres de veteranos Australianos de Vietnam, se verificó en las participantes la presencia de pesadillas frecuentes, ataques de pánico, insomnio, disminución del deseo sexual, extrema sudoración y, falta de concentración. Frecuentemente esta perturbación es asociada a un nivel de deficiencia funcional y altos niveles de incapacidad (Nguyen, Chatters, Taylor, Levine, & Himle, 2015) incluyendo el contexto social, ya que, frecuentemente se hace presente las dificultades en la interacción con amigos y familiares debido a los síntomas como tensión, desacuerdos y conflictos en las relaciones personales (Nguyen *et al.*, 2015). Resultados que fueron encontrados mediante análisis factorial utilizando la escala WMH-CIDI-DSM-IV (*World Mental Health Composite*).

Los autores Lahav, Stein y Solomon (2016) mediante su estudio longitudinal, con el objetivo de percibir la auto diferenciación de las esposas y explicar las dificultades de los trastornos somáticos secundarios, vía electrónica, emplearon los cuestionarios PTSD-I, Escala de Auto diferenciación, SCL-90-R y, pregunta de auto calificación de salud. En 143 esposas de ex prisioneros de guerra y 102 esposas de ex combatientes de guerra como grupo control observaron que, la exposición indirecta de las esposas al cautiverio era predictor a la fusión con otros y con elevados síntomas del TEPT, lo que se predominó como dos factores que contribuyen significativamente a la predicción de percepción negativa de la salud.

Por su parte, Cella, Perry, Poag, Amand y Goodwin (citado en Bond, Gourlay, Desjardins, Bodson-Clermont, & Boucher, 2017) observaron el sufrimiento psicológico de las esposas y parientes próximos de adultos sobrevivientes de quemaduras durante el internamiento hospitalario. Mediante análisis factorial, utilizando HADS (*Hospital Distress Anxiety and Depression Scale*) y el MPSS (*Modified PTSD Symptom Scale*) encontraron que

el 30% de las víctimas con quemaduras presentaban depresión y más de la mitad de los participantes estrés agudo. Se observó que las esposas expresaban mayores niveles de ansiedad y depresión comparada con otro tipo de parentescos (padres, hijos, hermanos). Esta asociación también fue encontrada por Paparrigopoulos *et al.* (2006), que evaluaron síntomas de ansiedad, depresión y reacciones iniciales de Estrés Post Traumático entre parientes significativos en los pacientes internados en los cuidados intensivos.

Es por ello que, se ha planteado que el Trastorno de Estrés Traumático Secundario posee síntomas semejantes al TEPT (Canfield, 2005; Galovski & Lyons, 2004; Davidson & Mellor, 2001) siendo enfatizado por el desarrollo predominante de ansiedad (Criterio B del diagnóstico clínico del DSM-5, APA, 2013), evitamiento de pensamientos y lugares relacionados al trauma (Criterio C del diagnóstico clínico del DSM-5, APA, 2013), así como la disminución sobre el interés en actividades (Criterio D numeral 5, 6, 7 del diagnóstico clínico del DSM-5, APA, 2013) e hiperactividad (Criterio E del diagnóstico clínico del DSM-5, APA, 2013) (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004; Campbell, Renshaw, Kashdan, Curby, & Carter, 2017), lo que puede llevar a desencadenar problemas para la concentración y el sueño (Ben Arzi, Solomon, & Dekel, 2000; Bond, Gourlay, Desjardins, Bodson-Clermont, & Boucher, 2017; Koić, et al., 2002). Por ende, tras ser examinadas las manifestaciones de signos y síntomas de las personas significativas de un evento traumático mediante la evaluación de una batería de pruebas que confirmen la expresión sintomatológica, se adjudica como guía actual para el diagnóstico de este trauma la utilización de los criterios clínicos según el significado original citado por APA (2013) o por CIE-10 (2008) sobre el TEPT, donde se debe observar que la persona significativa cumpla con los principios de evaluación descritos y otorgando como secundaria a la experiencia del acontecimiento traumático principal.

Curso y Desarrollo

El mecanismo estandarizado exacto respecto a la transmisión del Estrés Post Traumático a las personas cercanas que actúan como testigos del acontecimiento o, tras conocer del evento traumático y/o cuidar de la persona significativa aún es indocumentado

(Kianpoor, Rahmanian, Mojahed, & Amouchie, 2017; Frančišković *et al.*, 2007; Figley, 1995). Sin embargo, se ha citado que los modelos teóricos explicativos respecto al desarrollo del Estrés Traumático Secundario tienen como correlación de empalme la empatía (Figley, 1995; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004) siendo el foco inicial de estas investigaciones los profesionales de la salud. Por lo que, el trauma secundario ha sido desde 1992 clasificado en dos grupos de riesgo, personal de emergencia y servicios de protección social (Stam, 1999).

En 1995, Charles R. Figley, asocia la victimización secundaria o trauma secundario con la fatiga por compasión enfatizando su importancia en los cuidadores de las personas diagnosticadas con TEPT. En este empalme se ha recalcado la capacidad de empatizar con la víctima primaria como punto clave en el desempeño y la adaptación del cuidador, ya que, se ha visto que las habilidades emocionales de las personas pueden disminuir la repercusión que dejan los eventos traumáticos (Moreno Jiménez, Morante Benadero, Rodríguez Carvajal, & Rodríguez Muñoz, 2008). En 1997 se señala la trascendencia que la propia experiencia o historia del cuidador ejerce en este proceso, según Cazabat (1998), ello puede influir como factor vulnerable del cuidador especialmente al existir traumas no resueltos. Así mismo, se consideran la falta de compromiso como variable negativa y la satisfacción del trabajo ejercido como medida protectora (Schauben & Frazier, 1995).

Por otro lado, Beaton y Murphy (1995) plantearon un modelo donde se hace hincapié en el rol de los factores organizacionales y ciertas características personales, es decir, en este modelo se toma en cuenta los antecedentes, consecuencias y estrategias ante el evento traumático que se manifiestan por parte del cuidador. Por su parte, Dutton y Rubinstein (1995), conceptualizaron cuatro componentes para el Estrés Traumático Secundario: exposición al evento traumático, reacción al evento traumático, estrategias de afrontamiento y, contexto personal y ambiental del cuidador. Fue en 1997 que Rudolph, Stamm y Stamm tomaron en cuenta el género y los niveles de entrenamiento del cuidador como riesgos potenciales y factores mediadores para su modelo teórico sobre el Estrés Traumático Secundario.

Moreno-Jimenez, Morante, Rodríguez y Garrosa (2004) diseñan un modelo procesual donde consignan a la sintomatología postraumática, fatiga por compasión y la

alteración de esquemas cognitivos como base para el estrés traumático secundario. Para ello se toma en cuenta los antecedentes organizacionales, variables sociodemográficos, factores de personalidad, cuyo resalte denota sobre la empatía, el reto, comprensión y sentido de humor, así como las consecuencias del evento traumático que vive la víctima secundaria. Por su parte, Greenwood, Mackenzie, Cloud y Wilson (2008) plantearon las consecuencias del cuidador, fatiga por compasión y satisfacción por compasión, como mejor sistema representativo de la experiencia y, al mismo tiempo, afirman que permite otorgar una significativa expresión del empoderamiento del rol que desempeñan, lo que aligera la percepción de su trabajo.

Por ende, se puede manifestar que el TETS es reconocido por el desarrollo a la relación empática (Baird & Krecen, 2006; Newell and MacNeil, 2010 en Rice, Warland, & Cert Ed, 2013) y el impacto negativo que se manifiesta en la persona significativa tras la exposición a un acontecimiento traumático casi equivalente a los que vivenció la víctima primaria, realzando su diferencia en el grado de exposición (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004; Figley, 1999) así como en el compromiso y la sensación de responsabilidad por el bienestar de la persona diagnosticada con TEPT (Pearlman & McKay, 2008).

En la actualidad, la base de estos modelos teóricos se mantienen para las investigaciones, sin embargo, la severidad y diferenciación entre los eventos traumáticos así como su grado de exposición comprometen su trascendencia dejando un amplio campo de estudio longitudinal para su correlación empírica y elaboración de un modelo integrador. En el postulado sostenido por Dekel y Monson (2010) se recalca que los resultados de la mayoría de los estudios se encuentran basados en investigaciones transversales por lo que, la direccionalidad de los problemas se interponen. Al igual, estos autores afirman que el mecanismo empático que explica la conexión ha sido ampliamente adoptado para describir las consecuencias que ejerce el evento traumático dentro del círculo familiar, pero, empíricamente no ha sido examinado (Dekel & Monson, 2010).

Entre los eventos más trascendentes que acontecen hasta la actualidad y han sido emanación para el desarrollo de este trastorno son mundialmente reconocidas las guerras; Conflictos que afectan directamente a militares y soldados cuyos efectos adversos son coexistidos por las familias y las personas cercanas, por ende, personas significativas que se

ven mayormente influenciados por la víctima primaria adquiriendo una alta probabilidad de conllevar al Trastorno de Estrés Traumático Secundario (Kianpoor *et al.*, 2017; Taft & Niles, 2004). Pese al importante rol que representan las personas significativas y, el impacto perjudicial que el TETS ejerce en sus vidas, se han registrado limitados estudios sobre el trauma secundario de la persona significativa lo que resalta una variedad de tópicos de investigación empírica que aún queda por realizar sobre este tema (Bond *et al.*, 2017; Dekel *et al.*, 2005).

Autores como Campbell *et al.* (2017) hacen mención a factores que pueden desarrollar así como mantener este trastorno, entre los que se recalca las relaciones interpersonales. Se ha visto que el Estrés Traumático Secundario entre las mujeres de los veteranos de guerra resulta ser una constante evidenciada en una lucha para sí mismas con efectos prolongados en sus relaciones personales. Es así que, varios autores enfatizan la importancia de las relaciones interpersonales con la severidad y cronicidad del trastorno hipotetizando una bidireccionalidad entre estas variables (Campbell *et al.*, 2017; Evans, Cowlshaw, & Hopwood, 2009; Evans, Cowlshaw, Forbes, Parslow, & Lewis, 2010; Monson, Taft, & Fredman, 2009).

Mediante un programa de soporte para mujeres de veteranos de guerra dividido en ocho sesiones estructuradas, Pereira y Pedras (2010) se enfocaron en incrementar la calidad de vida física y psicológica de las participantes al priorizar el conocimiento y comprensión del TEPT. Se observó el surgimiento de temas notables en su vivencia como lo son las consecuencias e impacto familiar y en la pareja, el incremento en la autoestima y autoeficacia, con lo que se trabajó en la comunicación, gestión y resolución de conflictos al igual que en guías para desenvolver buenas prácticas para el cuidado de la salud física y mental.

Lo que se puede vincular a la adaptación que la persona significativa presenta ante los síntomas del TEPT así como al comportamiento de la pareja para exacerbar el conflicto o minimizar la angustia emocional, por lo que, se considera dependiente para el desarrollo del TETS la percepción de la persona significativa frente a los síntomas (Campbell *et al.*, 2017). Los autores Renshaw y Caska (2012), Monson, Taft y Fredman (2009) hacen mención sobre la correlación positiva entre el grado de perturbación expresada en las parejas de

veteranos de guerra con el nivel de gravedad sintomatológica de la víctima primaria, inclusive si los veteranos presentan niveles subclínicos de los síntomas del TEPT.

Entre los estudios que abarcan esta visión, se puede observar mediante el uso de entrevistas semiestructuradas de una versión adaptada del Dispositivo de Evaluación Familiar realizadas a doce veteranos de guerra y sus personas significativas, Freytes *et al.* (2017) se focalizaron en la descripción de su relación y cambios entre el pre y post desplazamiento. Los autores encontraron cuatro temas de análisis, cambios individuales, estrategias de *coping*, cambios en la relación y el “nuevo normal”. Aspectos comunes con experiencias únicas de cada pareja, tomando en cuenta que la mayoría de los entrevistados no presentaban condiciones físicas ni psicológicas disminuidas.

Baum (2014) en su artículo sobre la receptividad de género y el TETS, enfatiza mayor angustia emocional observado dentro del grupo femenino comparado con el masculino entre los doce estudios hallados. Así mismo, se pudo constatar un mayor porcentaje de expresividad de síntomas del TETS en las mujeres versus los hombres. Es decir, factores estresantes del día a día han demostrado en las mujeres una tendencia proporcionalmente positiva a la receptividad que lo que los hombres expresan. Con lo que se hace referencia a las emociones negativas de los esposos como predictores de las emociones negativas de las esposas más que las negativas de las esposas para predecir las de los esposos. Por ello, las emociones diarias presentes en el hogar poseen una fluctuación de los varones a las mujeres constantemente. Con lo que el autor asienta que el esquema femenino socialmente planteado sostiene que las mujeres, más que los hombres, son culturalmente dirigidas a identificarse con otras personas, por ende, representar mayor sensibilidad a las emociones de los demás.

Por otro lado, el estudio longitudinal focalizado llevado a cabo por Van Wijk, Duma y Mayers (2014) exploró, analizó e interpretó la experiencia de las parejas íntimas masculinas de víctimas femeninas de abuso sexual luego de seis meses ocurrido el acontecimiento. Se llevó a cabo cuatro entrevistas a nueve varones en un período de un año, donde se encontró dos grandes temas, “estar en el mundo como una víctima secundaria de violación y, vivir en múltiples mundos” (p.4). Se cita la frustración, humillación, horror, culpa e impotencia que surge en la persona significativa. Conllevando con ello el evitamiento o restablecimiento en la comunicación con la pareja, tomando en cuenta al ajuste a la pareja, sociedad, trabajo,

amistades y justicia como factores influyentes así como trascendentales dentro de la convivencia de pareja y ámbito personal para prevenir o reducir las consecuencias de trauma y sufrimiento que deja el evento traumático.

Es por ello que se destaca la importancia e implicación en ambos géneros para el área de investigación. Resaltando que el riesgo se puede derivar tanto en mujeres como en hombres así como los factores de vulnerabilidad para el surgimiento del TETS en cada persona.

Comorbilidad y Prevalencia

Entre los diagnósticos clínicos que se han visto correlacionados positivamente en un alto porcentaje con el Trastorno de Estrés Post Traumático se encuentran la depresión, ansiedad con niveles significativos de ira y violencia (Ray & Vanstone, 2009; Taft *et al.*, 2005). Implicando con ello la falta de motivación, percepción de un futuro indivisible así como apreciación de la ayuda y apoyo social reducido, lo que acarrea en una relación positiva con la angustia y opresión en el desempeño de la persona dentro de todas las áreas de su vida.

Es por ello que el papel de las figuras significativas en la vivencia del Trastorno de Estrés Post Traumático también sufre una alteración en cuanto a calidad y cantidad, lo cual se ve reflejado en el desenvolvimiento físico y mental así como en el soporte, sueño, fobias y descanso (Ben Arzi *et al.*, 2000; Koić *et al.*, 2002). Los cambios de percepción y memoria, así como las alteraciones en el sentido de autoeficacia de la persona han sido interconectados como respuestas al trauma, de la misma manera que el agotamiento de los recursos personales y las interrupciones de las sensaciones de seguridad personal y del medio ambiente (Wheater & Erasmus, 2017).

Usualmente las víctimas manifiestan renuencia para compartir las experiencias traumáticas con personas que no han vivenciado directamente el trauma o eventos similares al suyo, lo que les aísla de familiares, amigos y sociedad en general (Fullerton, McCarroll, Ursano, & Wright, 1992; Regehr, 2005; Wheater & Erasmus, 2017). Investigaciones realizadas en bomberos han confirmado este distanciamiento progresivo causado por la idea

de proteger a la familia de sus experiencias negativas, e inclusive para evitar la incomprensión y/o disparadores interpersonales que les provoca revivir imágenes traumáticas, como por ejemplo, ver los ojos de la pareja con lo que se evita estar cerca de ella (Gawrych, 2010; McFalane & Bookless, 2001).

Es con ello que, concerniente a las situaciones familiares estresantes se ha recalado la persistencia de la pérdida ambigua de la persona con TEPT, la cual se caracteriza por la presencia física de la víctima primaria pero con ausencia psicológica, generalmente postulado en investigaciones realizadas con la participación de veteranos de guerra (Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon, & Polliack, 2005).

La pérdida ambigua, ha denotado detener y repeler el proceso de afrontamiento al duelo dando como consecuencias eludir los procesos cognitivos ante la toma de decisiones sobre cualquier evento (Boss, 2007). Por lo que, ante la carente base informativa formal médica, psicoeducativa o informal coloquial para los miembros del círculo familiar y social, los miembros de las relaciones interpersonales deben aprender a convivir en medio de la paradoja de la ausencia y la presencia (Dekel & Monson, 2010). Frente a ello es la pareja/esposa quien frecuentemente manifiesta síntomas de depresión, ansiedad, sueños angustiantes por ende falta de descanso e inclusive culpabilidad (Boss, 2007). Siendo así lo que ha demarcado a la ambigüedad como un modelo sistemático explicativo para la presencia de estrés dentro de los miembros de la familia (Dekel & Monson, 2010). Y, así mismo estar ello ligado a los síntomas de evitamiento y embotamiento emocional que conllevan en gran probabilidad a la disminución en la comunicación entre la pareja así como distanciamiento en la relación íntima (Renshaw & Caska, 2012; Solomon, Dekel, & Zerach, 2008).

Estudios cuantitativos realizados en base al TEPT han demostrado que entre los efectos que pueden derivar de este trastorno están la satisfacción, calidad de relación, función, auto-identidad, cohesión y seguridad de la persona significativa (Gavlovski & Lyons, 2004; Ray & Vanstone, 2009). Lo cual se ha convertido en una tendencia positiva correlacional a las altas tasas de separación y/o divorcio así como a la angustia emocional en la estructura y función familiar (Gavlovski & Lyons, 2004).

Se ha observado en varios estudios transversales que las esposas de los veteranos de guerra diagnosticados con TEPT suelen presentar mayor angustia emocional ante las relaciones íntimas con las parejas, en comparación con las esposas de veteranos de guerra expuestos al trauma pero sin haber desarrollado el TEPT (Dekel & Monson, 2010). Siendo esto sustentado entre los estudios realizados con las parejas femeninas de veteranos de Vietnam por parte de Jordan *et al.* (1992) y las parejas femeninas de veteranos de Lebanon investigado por Mikulincer, Florian y Solomon (1995) y Solomon (1995), donde se reportaron mayor porcentaje de conflicto conyugal, menor intimidad entre la pareja, menor cohesión y también menor satisfacción con la relación comparado con las parejas de veteranos de guerra que no fueron diagnosticados con TEPT de las investigaciones llevadas a cabo por Frederikson, Chamberlain, y Long (1996) y Jordan *et al.* (1992).

En el estudio llevado a cabo por Foa, Keane, Friedman y Cohen (2009) dentro de los Estados Unidos de América, se pudo observar epidemiológicamente que el 80% de los participantes presentaron desde ocurrido el evento traumático a de por vida depresión, otro trastorno de ansiedad, o abuso químico / dependencia de sustancias. En cuanto a la efectividad de tratamientos, se vio una alta concordancia con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), siendo esta concomitantemente en la disminución de síntomas asociados como la depresión, ansiedad general, culpa e ira (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009). Siendo focalizado que las parejas con mayor satisfacción en la relación presentan mayor probabilidad en buscar y mantener la terapia versus a las parejas que expresan menor satisfacción en la relación (Meis, Barry, Kehle, Erbes, & Polusny, 2010; Renshaw & Caska, 2012).

Se encontró en un solo estudio comparativo entre veteranos de guerra y pacientes civiles diagnosticados con TEPT, el poder reconocer la diferenciación entre expresividad y ramificación de signos y síntomas, al estar relacionada la presencia de mayor severidad y cronicidad del TEPT de los veteranos en lugar de las diferencias adyacentes a los traumas de combate. En cuanto a la exposición prolongada a la Terapia Cognitivo Conductual se obtuvo por parte de los veteranos de guerra de Israel una respuesta positivamente apropiada así como de los participantes civiles. Por otro lado, se ha visto en una rama general en Europa que los veteranos de guerra parecen responder a la medicación así como o mejor que los participantes

civiles, por lo que, la respuesta de las mujeres y personas significativas tiene un ajustado rango de mejoría. Sin embargo, no hay evidencia conclusiva en este momento que ciertos traumas, tratamientos y medicinas sean especialmente férreos al trauma (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009).

En una comparación entre los estudios longitudinal de Koenen, Stellman, Sommer, y Steelman (2008) sobre los síntomas del TEPT y especialmente los síntomas adormecidos del TEPT de Lunney y Schnurr (2007), se pudo observar una asociación negativa entre la gravedad del Trastorno de Estrés Post Traumático y el ajuste marital y la satisfacción sexual. Lo cual se ha visto asociado a la satisfacción íntima entre la pareja (Dekel & Monson, 2010). Zerach, Greene y Solomon (2015) postulan al ajuste marital como moderador entre la manifestación del estrés secundario de las mujeres y la salud general, por lo que, a menor ajuste marital mayor sintomatología de estrés secundario y menor salud general, lo cual fue presenciado en las parejas de exprisioneros de guerra.

Así mismo, se ha visto como otro factor sobresaliente entre el ajuste marital y el impacto en la salud física de la pareja, la presencia de síntomas que incluyen problemas gastrointestinales (Outram, Hansen, Macdonell, Deidre Cockburn, & Adams, 2009), vulnerabilidad a infecciones, migrañas (Frančišković *et al.*, 2007; Koić *et al.*, 2002) e, inclusive, repercusión a las vías biológicas como la “amplificación de la reactividad cardiovascular y el aumento de oxitocina y cortisol lo que afecta negativamente el sistema inmunológico” (Troxel *et al.*, 2005 citado en Zerach, Greene y Solomon, p.234-235, 2015) de las personas significativas.

Se puede denotar que el Estrés Traumático Secundario no ha sido clínicamente clasificado, por lo que las estadísticas de prevalencia no son determinantes y los estudios empíricos hasta la actualidad han sido realizados con muestra de participantes específicas puntualizando, en el ámbito laboral (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012). Es por ello que los estudios focalizados en los profesionales que han trabajado directamente con las víctimas de acontecimientos traumáticos, son las investigaciones realizadas con mayor amplitud sobre el trauma secundario, siendo un claro ejemplo de ello los terapeutas de los sobrevivientes del 11 de Septiembre, 2001, ataque al World Trade Center

(Boscarino, Figley, & Adams, 2004; Creamer & Liddle, 2005, Eidelson, D'Alessio, & Eidelson, 2003; Shalvi, Shenkman, Handfraaf, & De Dreu, 2011).

Mediante el Inventario de Diagnostico Internacional Compuesto (CIDI, por sus siglas en inglés) de la Salud Mental Mundial (WMH, por sus siglas en inglés) se identificaron 29 tipos de eventos traumáticos los cuales se han clasificado en 8 grupos: eventos de guerra, violencia física, violencia sexual, accidentes, muerte inesperada de un ser amado, eventos de red, testigos de trauma y, otros traumas que incluyen otros eventos no comprendidos en el CIDI o no han sido reportados por vergüenza (Atwoli, Stein, Koenen, & McLaughlin, 2015). Lo que reveló diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de acontecimientos traumáticos que pueden surgir durante toda la vida de las personas.

La prevalencia del TETS se ha investigado dentro del área laboral lo que ha demostrado que difiere según grupos de estudios y trabajo/tiempo desempeñado. Un estudio realizado en Australia con trabajadores de salud mental expuestos directamente con víctimas primarias en el 2002, reveló el 27% de ellos presentar angustia emocional (Ashvin, Shah, Garland, & Katz, 2007). 15% del personal de leyes en EEUU de investigación de explotación infantil en internet manifestaron niveles severos de síntomas de trauma secundario (Bourke & Craun, 2014).

En el Sur de África la prevalencia identifico una tasa de por vida del 73.8% mientras que en Europa y Japón su rango de prevalencia oscilaba entre 54-64%, siendo 54% en España, 56.1% en Italia, 60% en Japón y 60.6% en Irlanda del Norte (Atwoli *et al*, 2015). Tomando en cuenta que la prevalencia va condicionada al riesgo de trauma, tipo de trauma, género, edad, cantidad de acontecimientos traumáticos, severidad del evento traumático, variables ligadas al traumas (por ejemplo, personas/lugares involucrados), estatus socioeconómico, cultura, historia, política y apoyo social (Atwoli *et al.*, 2015; Kaminer, Grimsrud, Myer, *et al.*, 2008).

En Estados Unidos de América se ha visto prevalencia de 6.8%, diferenciando con mayor vulnerabilidad a las mujeres (9.7%) que los hombres (3.6%) aumentando esta probabilidad entre los 18 y 59 años de edad (Harvard Medical School, 2007). Al igual se vio una tendencia a incrementar las probabilidades de prevalencia al ser parte de servicios

militares o soldados activos, veteranos de guerra o profesión con alto riesgo a eventos traumáticos (APA, 2013). En Australia el Departamento de Asuntos de Veteranos reportó que el 40% de los veteranos Australianos en 1997-98 señalaron problemas de salud tanto en el ámbito físico como psicológico en sus parejas, a lo que refirieron como probable consecuencia del servicio ejercido en la guerra (Australian Institute of Health and Welfare, 1999; Outram *et al.*, 2009).

Específicamente en Portugal, existe una tasa de prevalencia anual para la expresividad de ansiedad del 16.5% en adultos, seguido de trastornos depresivos (7,9%), impulsividad (3,5%) y abuso de alcohol (1,6%) (Carvalho, 2017; DGS/PNSM, 2014). Se denota al 75% de la población a lo largo de la vida estar expuesto a un evento adverso y un 43,5% a dos o más, sin embargo, solo el 5,3% se lo refiere con prevalencia al TETP (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003; Ventura Margarido, 2017). Focalizando particularmente sobre la prevalencia de las personas significativas con manifestación del Estrés Traumático Secundario, se cita a los autores Pereira y Ferreira (2006), quienes señalan al 78% de las esposas de excombatientes de la Guerra Colonial presentar sintomatología de este trastorno; al igual, encontraron que a mayor expresividad sintomatológica menor satisfacción y ajuste de pareja sin llegar a repercutir en las áreas familiares y sociales.

Factores de Riesgo y Protección

Científicamente se ha dado un valor significativo a los factores de riesgo así como a los factores de protección como lo son la resiliencia y a las estrategias de *coping*.

Entre los factores de riesgo que clínicamente se han clasificado se encuentran:

- Pré-traumáticos, definidos por los factores temperamentales que puede incluir problemas emocionales de la infancia y trastornos mentales previos (APA, 2013) así como trazos de la personalidad. Factores ambientales, por ejemplo, bajo estatus socioeconómico, bajo apoyo social, características culturales e previos eventos traumáticos (Setti & Argentero, 2016). Factores genéticos o fisiológicos como el sexo o la edad donde se postula una mayor tendencia para

el desarrollo del trauma en menores de edad y género femenino (Harvey *et al.*, 2016).

Según los estudios realizados por los autores Southwick, Morgan, Nicolau y Charney (1997), existe un factor hereditario que ha sido confirmado en cuanto a su relación con la fragilidad individual ante cualquier evento traumático sea primario o secundario. Lo cual, se ha visto interconectado con ciertas estructuras del Sistema Nervioso Central (SNC), como lo son la amígdala o la corteza prefrontal junto a los polimorfismos genéticos o marcadores biológicos (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1993; True & Lyons, 1999). En un ámbito más general, se ha confirmado la existencia de un factor genético importante que puede llegar a predisponer al desarrollo de los trastornos mentales (Samper, 2016).

A demás de las probabilidades genéticas, Samper (2016) atribuye la presencia de factores moduladores que actúan como mediadores entre la vivencia del evento traumático y la expresión de los síntomas de trauma. Entre estas variables se encuentran los factores de riesgo como lo son la probabilidad de problemas psiquiátricos en las víctimas tanto primarias como secundarias, es decir, los pacientes directamente afectados por el evento traumático así como las familias o personas significativas indirectamente afectados por el acontecimiento traumático y, el perfil psicológico individual de la persona especialmente con tendencia neurótica.

Se ha distinguido a la personalidad neurótica por su tendencia relativa a respuestas ante los hechos diarios junto a emociones negativas sobre todo al abarcar situaciones de miedo, estrés, pérdida o frustración; razón por la que se lo ha conceptualizado como predictor significativo para la expresión de los síntomas de trauma (Engelhard, Van den Hout, & Kindt, 2003; Lawrence & Fauerbach, 2003; Sadeh & Verona, 2008).

- Peritraumáticos, caracterizados por presentarse al mismo tiempo del evento traumático como disociación cognitiva (Marmar *et al.*, 2006) influenciados por la naturaleza, severidad, duración y cantidad de eventos que se perciben como amenazantes a la vida, lesiones sufridas y pérdidas personales (Paul *et al.*, 2014).

- Póst-traumáticos, incluyen aspectos temperamentales que pueden presentarse como percepciones negativas y/o evitamiento para afrontar el evento traumático (APA, 2013) y, aspectos ambientales que pueden envolver nuevos acontecimientos negativos así como los estímulos que reviven el trauma o pérdidas relacionadas (Setti, 2017).

Entre los factores de protección que se han evidenciado entre la experiencia del trauma primario o secundario y el desarrollo de síntomas traumáticos se sustentan la capacidad intelectual y grado de formación académica del individuo, al igual, los rasgos de la personalidad como el optimismo y determinación al cambio y adaptación positiva (Samper, 2016). Setti y Argentero (2016) clasifican a los factores de protección como individuales y organizacionales. Los individuales son caracterizados por presentar una evaluación moldeadora del evento traumático por medio de una influencia positiva, lo que ayuda a la regulación emocional y capacidad de búsqueda de apoyo dentro de la red interpersonal. Mientras que los organizacionales abarcan la colaboración y cooperación comunitaria tanto en el área laboral y social.

Varios estudios han expresado que los diferentes rasgos de la personalidad son un reflejo directo de la influencia genética que la persona posee, lo cual permite una diferenciación entre las respuestas y grados de individualidad ante cada acontecimiento (Soler-Ferrería, Sánchez-Meca, López-Navarro, & Navarro Mateu, 2014). Siendo de las variables más importantes de cada individuo que se debe tomar en cuenta como recalcan APA (20013) y Samper (2016) es la capacidad personal, las estrategias de superación así como de confrontación y, gestión ante el estrés en los primeros momentos de su vivencia lo que marca un punto diferencial en cada sujeto.

Así mismo se ha visto la resiliencia como factor protector, la cual es definida como la capacidad de la persona para afrontar, dominar y salir fortalecido o evolucionado luego de haber vivenciado un acontecimiento negativo inesperado; inclusive poder alcanzar el equilibrio emocional y mental corrigiendo y aprendiendo de las experiencias adversas (Melillo y Ojeda, 2005). Diversos autores destacan la capacidad de comprensión,

afrontamiento y construcción de competencias del individuo para la auto-recuperación psicopatológica (Morais, y Koller, 2011; Luthar, y Cicchetti, 2000; Agaibi, y Wilson, 2005), readaptación y sobrepasar el propio dolor emocional (Sarkar, y Fletcher, 2014; Yunes, 2003) así como en el contexto social para mejorar la calidad de vida (Infante, 2005).

Se ha abarcado el estudio de la resiliencia en varias áreas de investigación, manifestándose como un factor protector de la personalidad, lo que ha conllevado a escudriñar las variables que impulsan su desarrollo dentro de programas de soporte e intervención profesional y sociodemográficas (Pereira da Cunha, 2018). Ciertos estudios han denotado la capacidad de resiliencia como una predisposición de la persona al fortalecer sus competencias y desarrollo a través del tiempo mediante los diversos procesos dinámicos que existe entre el contexto ambiental e individual junto a las características personales (Rodrigues, Barbosa, & Chiavone, 2013; Wagnild, 2011).

Específicamente enfocado en el trauma secundario, mediante la limitada literatura, se visualiza la importancia que ejerce el nivel de resiliencia y la coherencia referente a la perspectiva de la víctima, así como el soporte social y profesional que promueven su manifestación (Pereira da Cunha, 2018). Stamm (2002), Leinweber y Rowe (2010) refieren la educación, fortalecimiento y percepción del potencial que representan los cuidadores como estrategia clave para poder prevenir y/o transformar la experiencia autodestructiva y/o perjudicial que resultan de la vivencia de los eventos traumáticos.

Al igual, el *coping*, al cual se lo reconoce como la capacidad de responder y enfrentar las diversas experiencias adversas (Ababa, 1998) se lo divisa como factor protector, sin embargo, la complejidad del término no permite la traducción de su genérico por lo que se ha decidido para esta investigación plasmarlo en su término original.

En la actualidad el *coping* se destaca por ser abordado en el ámbito científico con el objetivo de conocer las estrategias con las cuales las personas manejan situaciones que desencadenan emociones negativas hasta poder dominar, impugnar hasta minimizar o soportar las consecuencias de los eventos (Barret, 2016).

Recalcando la diferencia entre *coping* y resiliencia, los autores Lima, Lemos y Guerra (2002) postulan la resiliencia como la capacidad de la persona en poder responder

adaptativamente a las diversas situaciones sin afectar de manera alguna la salud mental, mientras que las estrategias de *coping* se basan en la adaptación como condición primordial tomando en cuenta las variables mediadoras para enfrentar las consecuencias de los eventos estresantes como el esfuerzo cognitivo conductual y las exigencias de los propios recursos personales.

El proceso *coping* se ha visto comprometido a nivel emocional, biológico, social y cognitivo según postulan Pearlin y Schooler (citado en Tuval-Mashiach, Freedman, Bargai, Boker, Hadar, & Shalev, 2004) y Shalev (citado en Tuval-Mashiach *et al.*, 2004). Vara (2014) postula dos estrategias de *coping*, *coping* activo que va enfocado al problema y *coping* enfocado en las emociones. Según los postulados de Tuval-Mashiach *et al.* (2014) el *coping* activo puede asociarse con el mecanismo cognitivo y, el *coping* emocional con el mecanismo narrativo.

El *coping* activo se enfoca en el esfuerzo que la persona ejerce para cumplir las tareas que incluye comportamientos enfocados en definir el problema, considerar opciones y alternativas para su solución visualizando el costo beneficio de cada una de ellas y, obtener información múltiple para la selección de estrategias según la conveniencia de la vivencia del momento (Doyle, Becker, Newwly, Johnston, & Pepperell, 2015; Pereira da Cunha, 2018; Vara, 2014). El mecanismo cognitivo realiza la percepción de la persona ante el trauma y ante sus reacciones para poder prever su recuperación (Ehlers & Steil, 1995 como citado en Tuval-Mashiach *et al.*, 2014), lo que se ha visto relacionado positivamente con la recuperación en pacientes de trastornos de ansiedad (Ehlers & Clark, 2000).

Coping enfocado en las emociones acentúa la imposibilidad de cambiar las condiciones ambientales percibidas por la persona como amenazantes o perjudiciales para su salud o vida, por lo que se recalca el esfuerzo de regulación emocional ante los eventos estresantes, codificando las posibles respuestas a través del entrenamiento bajo supervisión profesional (Pereira da Cunha, 2018; Philips *et al.*, 2017; Vara, 2014). El mecanismo narrativo se enfoca en la historia que identifica al narrador y el significado que este da a su vida, a los eventos y sus elecciones realizadas revelando los cambios/adaptación que la persona ha forjado para sí mismo y los demás (Rosenwald & Ochberg, 1992; Giddens, 1991 como citado en Tuval-Mashiach *et al.*, 2014).

Entre las estrategias adaptativas del *coping* se han señalado el soporte y conexión del sistema social, conversa activa sobre los eventos estresantes, descarga emocional (por ejemplo, llorar), ejercicio físico, alternativas de relajación y meditación (Levin, 1989, 2001, 2003), acceso a información adecuada respectivamente a expectativas y servicios disponibles (Leon, 2004), sentido de pertenencia (Shakespeare-Finch & Daley, 2017), actitud e interpretación positiva ante los eventos diarios (Avraham, Goldblatt & Yafe, 2014). En las investigaciones de Outram *et al.* (2009) se observó que las mujeres de veteranos de guerra encontraron como una importante estrategia de *coping* el poder participar en grupos de apoyo y organizaciones para las parejas de veteranos de guerra, así como el definir su situación como un estado al que no pueden cambiar (Zinc, Jacobson, Pabst, Regan, & Fischer, 2006).

En el siguiente capítulo se puede observar la revisión narrativa enfocada únicamente en la persona significativa de pacientes diagnosticados con TEPT. Seguido de la Parte II de la investigación que incluye el estudio empírico organizado respectivamente en los capítulos de estudio cualitativo y cuantitativo, finalizando con el análisis integrado y conclusión del estudio.

Capítulo II

REVISIÓN NARRATIVA DE LA PERSONA SIGNIFICATIVA EN LA VIVENCIA DEL TEPT

Para la realización de este estudio se efectuó como precursor la revisión de la literatura centrado en las personas significativas, es decir, enfocándolo como actor principal. Por lo que, inicialmente se procedió a explorar por medio de una revisión narrativa los diversos estudios realizados sobre la persona significativa de víctimas primarias de un evento traumático, denotando su importancia al ser quien vive y cuida de ella.

El presente capítulo representa al artículo de Ortuño Soria, M. A., & Duarte Neves, C. M. (18,1: *Mirando al cuidador: Personas significativas de quienes sufren de trastorno de estrés postraumático*. Manuscrito enviado para publicación. (Revista Internacional de Psicología, 2020) (Anexo I). En el cual se focaliza en la víctima secundaria, quien expuesta al evento traumático de manera indirecta y, expuesta directamente a las consecuencias físicas y psicológicas del Trastorno de Estrés Post Traumático, tienen alta probabilidad en desarrollar trauma secundario, es decir, alto grado de presentar síntomas de este trastorno.

El objetivo principal de este proceso se direcciona a contestar ¿quiénes son las víctimas secundarias/indirectas?, ¿quiénes son las personas significativas de las víctimas del TEPT que corren el riesgo de sufrir TETS?, ¿qué signos, síntomas y trastornos mentales manifiestan las personas significativas tras la vivencia indirecta del evento y cuidado directo de la víctima primaria?, conociendo que en los últimos tiempos se ha desarrollado varios acontecimientos traumáticos alrededor del mundo, tanto naturales, colectivos como provocados por el hombre, y, con ello su importancia a nivel personal, social y profesional. Así, compilar y examinar las investigaciones para distinguir y comprender a la persona significativa ya que es quien vive el día a día con las consecuencias del acontecimiento traumático de la víctima primaria y cuida de ella, por ende, reconocer el foco actual de investigación sobre las personas significativas, los síntomas y trastornos mentales que pueden manifestar tras el acontecimiento traumático.

En esta revisión narrativa se orienta por medio de la literatura previamente revisada, encontrar la mayoría de estudios relacionados a veteranos de guerra. Al igual, observar que el mayor porcentaje de víctimas secundarias es correspondiente al género femenino. Así mismo, denota como limitante de esta revisión narrativa el amplio rango de literatura e investigación por realizar en relación a los estudios con víctimas civiles de trauma.

Método

Diseño

El presente artículo se trata de una revisión narrativa la cual recopila, analiza, sintetiza y describe los elementos característicos del tema investigado, considerando múltiples variables que abarcan el ámbito teórico y contextual (Fortich Mesa, 2013; Zillmer & Díaz-Medina, 2018). Diseño metodológico que permite la intersección disciplinaria al no adherirse a fronteras rígidas siendo primordial para el objetivo de este estudio guiado al entendimiento e inclusión de estructuras o modelos de las diversas investigaciones encontradas. Permitiendo ello la inserción de diferentes estudios realizados acerca del TETS en la persona significativa y combinarlos en un argumento investigativo método esencial del presente estudio plasmado.

Unidades de Análisis

El objetivo delineado acentúa como foco investigativo la persona significativa como factor principal, por lo que son destacados y unidades de análisis los artículos seleccionados para el presente estudio que postulan a la víctima secundaria como ente primordial.

Proceso de Revisión

En el proceso de este estudio fueron consultados vinculados al área de la psicología y de la salud las bases EBSCO, LILACS, Pubmed, PsycINFO y SciELO. En Español, Inglés y Portugués fueron usadas alternadamente como palabras clave: “Trastorno de Estrés Pós Traumático /OR/ Trastorno de Estrés Post Traumático / OR/ Trastorno de Estrés Posttraumático / OR/ Trastorno de Estrés Postraumático / OR/ Trastorno de Estrés Post-traumático / OR/ TEPT”, AND, “Estrés Secundario / OR/ Trastorno de Estrés Secundario”, AND, “Persona Significativa”.

Criterios de Inclusión

Para la presente revisión narrativa fueron seleccionados los artículos que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- a) evaluación sobre dimensiones psicológicas,

- b) investigaciones enfocadas en el factor TEPT,
- c) muestra de víctimas secundarias, parientes y/o amigos importantes, persona íntima y/o significativa
- d) evento traumático ocurrido entre los 20 y 40 años de edad, ya que, representa un rango de edad donde cognitiva y afectivamente se puede discernir las relaciones íntimas significativas y sociales,
- e) ensayos aleatorizados completos.
- f) víctimas secundarias que viven a tiempo completo con una víctima primaria siendo constante su convivencia física y emocional con los síntomas del TEPT.

Criterios de Exclusión

En este estudio fueron excluidos los artículos con las siguientes características:

- a) artículos con enfoque principal en bases médicas, físicas y biológicas,
- b) TEPT diagnosticado por causas psicopatológicas y fisicoquímicas,
- c) Trauma secundario relacionado al ámbito laboral.

El objetivo planteado acentúa un enfoque investigativo sobre la persona significativa como ente íntegro, por lo que, se eliminaron artículos que colocan a la víctima primaria como factor principal tomando únicamente en cuenta a la víctima secundaria por sus signos y síntomas con respecto al TEPT. Al igual, fueron descartadas víctimas secundarias en relación laboral, como por ejemplo de misiones internacionales, paramédicos y trabajadores en la ciencia de la salud, pese a su importancia laboral así como al campo de investigación que comprenden, ya que, se procuró artículos de víctimas secundarias que viven a tiempo completo con una víctima primaria siendo constante su convivencia física y emocional con el TEPT. Así mismo fueron excluidos los artículos que representan reflexiones, discusiones y ensayos de experiencias y opiniones personales sin manifestación en base investigativa científicamente explorada.

Consecutivamente a la exploración de las bases de datos, donde se hallaron 321 artículos potencialmente relevantes para esta revisión narrativa, se realizó un acentuado análisis sobre el contenido del resumen y la sección de método de cada uno de los estudios. Fueron eliminados automáticamente 255 artículos por tratarse de duplicados así como de

artículos donde la persona significativa no representa el rol principal que se examina. Seguidamente se dio paso a un segundo análisis en todas las bases de búsqueda con el respectivo proceso evaluativo del resumen y la metodología de los estudios, dando con ello la inclusión de 7 artículos para esta investigación habiendo sido actualizados y/o escrutados por los propios autores. Así, se prosiguió a aplicar los criterios de inclusión y exclusión mediante una lectura profunda de cada texto, concluyendo con ello en una selección de 28 artículos para la presente revisión (Figura 1).

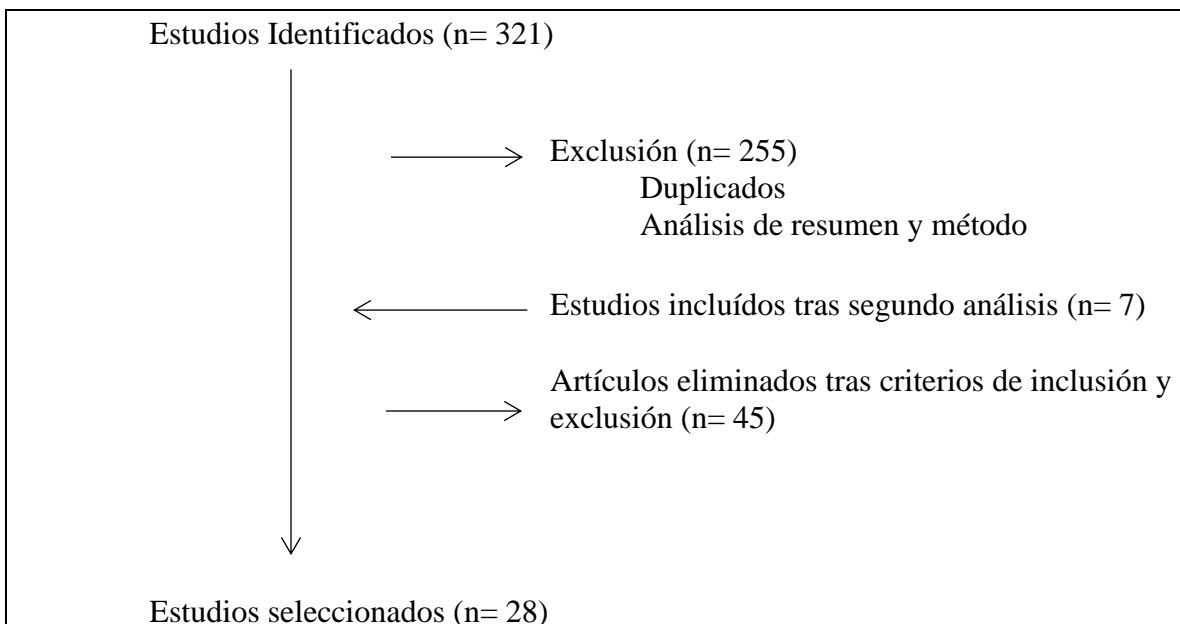


Figura 1. Diagrama de flujo de revisión narrativa.

Análisis

Para el análisis de esta investigación se siguieron los lineamientos de Lieblich, Tuval-Mashiach y Zilber (1998). Asimismo, el análisis fue mediado por un enfoque paradigmático sobre el contenido de los factores investigados según los elementos principales de los estudios acerca del tema (Sparkes & Devís Devís, n.f). Mediante el análisis se presentaron los resultados de esta revisión llevando a cabo una tabla comparativa según: 1) Autor y Año del estudio, 2) Objetivo de estudio (foco investigativo), 3) Muestra utilizada en el estudio (Víctimas Secundarias), 4) Víctimas Primarias del evento traumático, 5) Instrumentos/Evaluación utilizados en los estudios, y 6) Hallazgos de cada estudio.

Resultados

Setenta y tres (73) artículos fueron revisados de los cuales veinte y ocho (28) cumplieron con los criterios de inclusión. Cuarenta y cinco (45) fueron descartados por no cumplir con los objetivos de esta investigación. En los 28 artículos seleccionados se puede observar que, las investigaciones se direccionan 57.14% (16) a evaluar la prevalencia y relación del trauma abarcando los signos y síntomas presentes en la persona significativa. 35.71% (10) se enfocan específicamente en la percepción y convivencia de la persona significativa ante el TEPT de la víctima primaria. Por otro lado, 3.57% (1) son investigaciones con enfoque de las medidas de evaluación/intervención sobre las víctimas secundarias de este trastorno y, 3.57% (1) realizan trabajo de soporte para las personas significativas ante el TETS.

Respectivamente a la muestra empleada en los estudios manifestados en esta revisión narrativa, 85.71% (24) tienen la participación únicamente las víctimas secundarias y, 14.28% (4) participan víctima primaria así como víctima secundaria. Por otro lado, las investigaciones relacionadas con personas significativas concernientes a veteranos de guerra como víctimas primarias pertenecen al 75% (21), mientras 25% (7) abarcan eventos traumáticos heterogéneos en víctimas civiles. 28.57% (8) de las investigaciones fueron realizados junto a un grupo control en sus estudios sin embargo, la mayoría no emplea grupo control en el estudio, 71.42% (20). Al igual, se observó que 57.14% (16) de los artículos fueron realizados con la participación única de mujeres, 7.14% (2) solo con varones y, 35.71% (10) fueron evaluados mediante una muestra mixta.

Se observó que 75% de las investigaciones abarcan a la pareja como persona significativa siendo ligado a situaciones militares; 10.71% son parejas de acontecimientos traumáticos civiles; 7.14% incluyen tanto parejas como otras personas significativas (miembros de la familia) y; 7.14% menciona participantes de la comunidad sin especificar.

Los signos y síntomas señalados en su mayoría corresponden a tensión y angustia constante, problemas de pareja y relaciones sociales siendo la evitación al apego su distinción. Mayor nivel de empatía con la persona diagnosticada con TEPT generando problemas somáticos y generales de salud, disminución de la autoevaluación, suposiciones negativas del mundo y ansiedad generalizada. Denotando con ello la presencia de trastornos

metales recalando en su mayoría la manifestación del TETS (60.71%), seguido de ansiedad (17.85%) y depresión (3.57%), tomando en cuenta ser el TETS comórbido estos y otros trastornos mentales (17.85%). El resumen de estos estudios expuestos es presentado en la Tabla 1.

En los estudios hallados relacionado a veteranos de guerra, Ahmadi, Azampoor-Afshar, Karami y Mokhtari (2011) reportaron que el nivel del TEPT en los veteranos de guerra predice significativamente el grado de estrés traumático para la pareja ($r = .371$, $p = .0001$). Mientras que, analizando los diversos factores demográficos, únicamente la duración sintomatológica del TEPT del veterano se correlacionan como predictor de la severidad de estrés traumático secundario en la pareja ($r = .284$, $p = .01$). En la investigación de Bronstein, Levin, Lahav, y Solomon (2016) sobre las suposiciones del mundo de esposas de prisioneros de guerra se compararon con esposas de veteranos donde no se observaron diferencias significativas $F(8, 162) = 1.31$, $p < .05$, $\eta^2 = .06$. Mientras que para las subescalas de autoestima $F(1, 169) = 4.38$, $p < .05$, $\eta^2 = .03$, donde las parejas de ex-POW reportaron puntuaciones significativamente más bajas que los cónyuges de veteranos.

Los resultados de la investigación de Dekel (2010) refiere que las esposas de prisioneros de guerra con TEPT reportaron menor perdón de pareja y equilibrio así como mayor fusión y mayor desapego. $p < .001$ señaló al perdón de la pareja no estar relacionado con los síntomas de trauma de las esposas ($b = .01$) cuando la fusión era baja. Pero al ser la fusión alta, el perdón predijo negativamente ($b = -.17$) TEPT. Así mismo el perdón de pareja no se vio relacionado con los síntomas de TEPT de las esposas ($b = .03$) cuando el desapego era bajo pero, el perdón predijo negativamente el TEPT ($b = -.19$) cuando el desapego era alto. En cuanto a las esposas con bajo desapego, el perdón fue relacionado positivamente con la sintomatología ($b = .10$), mientras que el perdón predijo negativamente y significativamente la sintomatología cuando el desapego fue alto ($b = -.18$).

Dekel, Levin y Solomon (2015) encontraron una asociación fuerte positiva entre niveles de depresión ($r = .69$ ($p < .001$) y $r = .70$ ($p < .001$) y ansiedad ($r = .68$ ($p < .001$) y $r = .70$ ($p < .001$)) de la pareja y la severidad sintomatológica de trauma secundario en ambos rangos de tiempo estudiados. Por su parte Dekel y Solomon (2006) observaron ($p < .001$) un patrón ascendente en la sintomatología de trauma secundaria entre las esposas de control de combate que tienen la menor cantidad de síntomas ($M = 1.50$ $SD = 0.40$), esposas de

prisioneros de guerra sin TEPT que tienen más síntomas ($M = 1.92$ $SD = 0.68$) y esposas de prisioneros de guerra con TEPT teniendo la mayoría de los síntomas ($M = 2.30$ $SD = 0.65$).

Los hallazgos de Frančišković, Stevanović, Jelušić, Roganović, Klarić y Grković (2007) muestran que las mujeres con TETS estuvieron casadas más tiempo que aquellas sin ello (media \pm DS, $19,1 \pm 9,1$ frente a $13,2 \pm 7,8$ años, respectivamente; $p = .016$). Once de 22 mujeres con STS y 8 de 34 mujeres sin STS se encontraban desempleadas ($p = .05$). Es así como se observa que ambos predictores fueron significativos para la duración del matrimonio, 19.4% de la varianza ($r^2 = .194$, $p = .001$) y el estado laboral el 9.3% de la varianza ($r^2 = .093$, $p = .024$).

Fredman, Vorstenbosch, Wagner, Macdonald y Monson (2014) presentan la validación preliminar de una herramienta de autoinforme sobre la adaptación de la pareja a los síntomas del TEPT. Observaron rangos 0-90 para la escala total, 0-41 para la escala de frecuencia y 0-49 para la escala de intensidad. El alfa de Cronbach fue de .93 para la escala total y de .86 y .87 para las subescalas de frecuencia e intensidad, respectivamente. La fiabilidad de la prueba de prueba de cuatro semanas fue $r = .83$ para la escala total, $r = .81$ para la subescala de frecuencia y $r = .83$ para la subescala de intensidad (todos $ps < .001$). Las correlaciones de ítems totales en las 14 preguntas que conforman esta medida variaron de .33 a .82. Las correlaciones bivariadas entre la acomodación de la pareja y la severidad de los síntomas del TEPT demostraron una asociación positiva grande y significativa entre la acomodación de la pareja y las percepciones de la severidad de los síntomas del TEPT.

Las esposas de veteranos con TEPT crónico en la investigación de Klarić, Frančišković, Černi Obrdalj, Petrić, Britvić, y Zovko (2012) experimentaron significativamente mayor número de eventos traumáticos ($t = 2.66$; $p = .008$) dando puntuaciones sintomatológicas de trauma más altos ($t = 8.93$; $p < .001$), mayor nivel de enfermedades somáticas crónicas ($\chi^2 = 4.553$; $p = .033$) y nivel de suicidio ($\chi^2 = 8.95$; $p = .003$). Al igual alta frecuencia de episodios depresión actual ($\chi^2 = 20.65$; $p < .001$), depresión anterior ($\chi^2 = 24.40$; $p < .001$), depresión con características melancólicas ($\chi^2 = 19.20$; $p < .001$), distimia ($\chi^2 = 7.15$; $p = .007$), trastorno de pánico con agorafobia ($\chi^2 = 5.28$; $p = .022$), TEPT ($\chi^2 = 18.39$; $ss=1$; $p < .001$) y trastorno de ansiedad generalizada ($\chi^2 = 19,58$; $p < .001$).

Respecto a las esposas de los ex-prisioneros de guerra del estudio de Lahav, Stein, y Solomon (2016), reportaron TETS más alto versus las esposas del grupo de control mediante

el número total de síntomas ($F(1, 243) = 35.32, p <.001, \eta^2 = .13$). Las esposas de ex-prisioneros de guerra informaron más síntomas en T1 y T2 respectivamente ($M = 32.61$ DE = 10.52, $M = 33.43$ DE = 10.92) en comparación con las esposas de control ($M = 25.68$ DE = 6.58, $M = 27.2$ DE = 6.87). Ambos grupos informaron un aumento en PTSS con el tiempo. El análisis de auto-diferenciación reveló un efecto significativo para el grupo, $F(1, 243) = 13.65, p <.001, \eta^2 = .05$. Por su parte Lahav, Kanat-Maymon y Solomon (2017) no encontraron diferencias entre las esposas de ex-prisioneros como en las esposas de grupo control en las inseguridades de apego. En T1 y T2 mostraron un efecto no significativo, $F(2, 242) = .96, p = .385, \eta^2 = .01$; $F(2, 242) = .19, p = .826, \eta^2 = .00$, respectivamente.

Greene, Lahav, Bronstein y Solomon (2014) en su investigación longitudinal sobre el papel de las esposas de prisioneros de guerra y soldados, verificaron como las mujeres recalcan la importancia del matrimonio y la relación significativa en la estructura íntima. Cuando es mayor el nivel de intimidad, amor y soporte entre la pareja, mayor el bienestar, salud y felicidad, mientras que, en las relaciones problemáticas la presencia de mayor sintomatología en la víctima refuerza la sintomatología en la relación de pareja hasta la probabilidad de emanar déficits cognitivos, problemas de salud y ocurrencia de divorcio. Además de utilizar las entrevistas, los datos fueron obtenidos con los cuestionarios *PTSD Inventory* (PTSD-I), *Symptom Checklist 90* (SCL-90) y, *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36).

Relacionado a participantes reportando con o sin hijos en el hogar en la investigación de Mansfield, Schaper, Yanagida y Rosen (2014), las parejas con niños presentaron mayor probabilidad de relaciones problemáticas, $\chi^2(1) = 5.11, p = .02$; reacciones adversas al TEPT del veterano, $\chi^2(1) = 6.44, p = .01$; y cambios de comportamiento como resultado del TEPT del veterano, $\chi^2(1) = 5.30, p = .02$. 59.5% mencionaron servicios de salud mental, 49.2% describieron la relación íntima y la interacción de los veteranos con familiares y amigos tanto positivas como negativas.

Por su lado, Pereira y Pedras (2010) configuraron el análisis de contenido cualitativo mediante categorías inter-ligadas para conocer la vivencia de las mujeres de veteranos de guerra. Encontraron: factores influyentes para la participación en la investigación, impacto del TEPT en la esposa y en la pareja, experiencia emocional vivenciado en el grupo investigativo, impacto de la intervención en la compañera y en la pareja. El estudio llevado

a cabo por Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon y Polliack (2005), con la participación de nueve mujeres de veteranos de guerra de Israel mediante una metodología cualitativa, exploró la experiencia que las mujeres afrontaban en su situación conyugal. Los resultados indicaron que su vida de pareja se llevaba a cabo entorno al trastorno, por lo que, a mayor incapacidad del veterano, mayor estrés presentaban las mujeres.

Los hallazgos de Zerach, Greene y Solomon (2015a) mostraron una asociación significativa entre las esposas de ex prisioneros de guerra y la somatización clínica ($\chi^2(1) = 6.29, p < .00$). Este grupo (63.2%, $n = 72$) cruzan el límite clínico para la subescala de somatización que las esposas de control (42.9%, $n = 24$). Las esposas de ex POWs informaron mayor número total de síndromes de estrés postraumático (PTSS), intrusión y síntomas de evitación en comparación con las esposas de control. Sin embargo, no encontramos diferencias grupales en los síntomas de hiperactivación. Diferencias significativas entre los grupos en los dominios de ajuste matrimonial, $F(5, 146) = 2.33, p < .05, \eta^2 = .08$ donde las esposas de ex POWs percibieron su ajuste matrimonial como menos bueno, en comparación con las esposas de control. Los mismos autores en su investigación (2015b) refieren $F(5, 146) = 2.33, p < .05, \eta^2_{\text{parcial}} = .08$. Las esposas de ex POWs informaron niveles más bajos de satisfacción diádica, cohesión, consenso y ajuste diádico total. Los dos grupos no difirieron significativamente en el afecto diádico. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en niveles de inseguridad del apego (ansiedad y evitación) $F(2, 152) = .12, p = .88$, o niveles de lazos familiares, $t(1) = 1.59, p = .41$

En cuanto a los estudios realizados mediante la población civil, Bilewicz, y Wojcik (2018) encontraron la manifestación del trauma secundario en el 13.2% de los participantes, la cual fue relacionada a la reacción empática con mayor grado sintomatológico, donde se reportó 60% intrusión, 28,5% de evitación y 13,2 síntomas de hipervigilancia. Se observó como tendencia incluir a las víctimas en la estructura del yo en mayor grado después de una visita a Auschwitz que antes de la visita ($p < .05$), cuyo resultado duró 1 mes después de esa visita ($p < .05$).

Por su parte los autores Bond, Gourlay, Desjardins, Bodson-Clermont y Boucher (2017) evaluaron la prevalencia de la ansiedad, depresión y síntomas relacionados al TEPT en las esposas y parientes cercanos de adultos sobrevivientes de quemaduras. El 77% de las esposas y 56% de los parientes cercanos presentaron estos síntomas clínicos; al igual, se

observó mayor puntuación de estos síntomas manifestados por parte de las esposas que de los parientes. Se refiere a los niveles sintomatológicos en las esposas de sobrevivientes de quemaduras más altos que en parientes cercanos mayormente relacionado a la ansiedad ($p < .02$), donde el género se observa como factor significativo ya que a diferencia que los hombres las mujeres reportaron más síntomas de ansiedad ($p = .01$) y depresión ($p = .02$). Así mismo, el tiempo representa una variable importante para la manifestación de ansiedad ($p < .0001$), depresión ($p < .0001$) y síntomas relacionados con el TEPT ($p < .0001$) siendo más altos al ingreso que al alta.

Se encontró en el estudio de Chung, Easthope, Farmer, Werrett y Chung (2003) de trauma secundario en residentes expuestos al desastre de tren y residentes de una comunidad aledaña no expuesta, que los dos grupos reportaron puntuaciones bajas en intrusión (cerca de: $t = -4.30, p < .001$; más lejos: $t = -3.44, p < .01$), evitación (cerca de: $t = -3.62, p < .001$; más lejos: $t = -2.58, p < .02$) y el total de IES (cerca: $t = -4.45, p < .001$; más lejos: $t = -3.39, p < .01$). Sin embargo, el primer grupo presentó significativamente mayores problemas somáticos ($p < .001$), ansiedad ($p < .027$), problemas de salud general total ($p < .01$) introversión ($t = -7.19, p < .001$) pero menos síntomas neuróticos ($t = -6.92, p < .001$) y, el segundo grupo mayor depresión ($p < .035$).

Los resultados de Van Wijk, Duma y Mayers (2014) sobre las parejas de víctimas de violación, mediante enfoque dentro del caso y caso cruzado, hacen mención a los múltiples mundos que la víctima secundaria comienza a vivir luego del evento traumático. La familia se vuelve extraña y en muchos casos amenazante y, la relación de pareja es amenazada por factores internos como externos. Se refiere la necesidad de intervención de pareja temprana para prevenir traumas emocionales agravados, así como prevenir o reducir los efectos de trauma crónico y sufrimiento personal, de pareja y social. Se observó en los participantes alta internalización traumática hasta el punto de sentir que fueron ellos que vivenciaron el evento como víctimas primarias. Definiendo al mundo como inexplorado donde la pareja deben restablecer sus propias identidades y la de los demás.

Tabla 1: Descripción de los estudios de la revisión narrativa enfocada en la persona significativa.

Autor y Año	Objetivo	Muestra (n)	Víctimas Primarias	Diseño	Evaluación/ Instrumentos	Hallazgos	Limitaciones
Ahmadi, Azampoor-Afshar, Karami y Mokhtari, 2011.	Prevalencia y gravedad de los síntomas del trauma secundario en asociación al grado de TEPT de los veteranos	100 parejas	Veteranos de guerra entre Iraq e Iran	Diseño de estudio de caso	Escala Mississippi para combate relacionado a TEPT, PTSD-90	Las parejas de veteranos con TEPT reportaron de moderado a severo grado de estrés secundario relacionado a su ámbito social, cultural y religioso.	Instrumentos para medir síntomas en participantes sin diagnóstico de trauma secundario. Participantes y familiares con privilegios socioculturales/económicos por lo que los síntomas pudieron ser sobre reportados para beneficio secundario
Bilewicz, y Wojcik, 2018.	Evaluar el trauma secundario en personas que han visitado conmemorativos del Holocausto	686 estudiantes de secundaria polacos no judíos	Campo de exterminio de Auschwitz-Birkenau	Diseño exploratorio longitudinal	PTSD-8, Escala de afecto positivo y negativo, escala de 3 ítems para inclusión de las víctimas en el yo	Estudiantes con mayor empatía reportaron síntomas de TEPT más frecuentemente. Mayor inclusión de las víctimas en el yo se relaciona positivamente con la intensidad del trauma secundario	Tiempo limitado relacionado al contexto por parte de los participantes lo que restringió el uso de medidas y escalas cortas.
Bond, Gourlay, Desjardins, Bodson-Clermont y Boucher, 2017.	Prevalencia de ansiedad, depresión y TEPT de la persona significativa	31 esposas, 25 parientes cercanos	Adultos sobrevivientes de quemaduras	Diseño transversal analítica	Escala de ansiedad y depresión de angustia hospitalaria, Escala sintomática de TEPT modificada	77% de las esposas y 56% de los parientes cercanos reportaron ansiedad, depresión y síntomas relacionados al TEPT.	Tamaño de muestra que limita la asociación significativa entre participantes. Alto número de personas que no quisieron participar debido a sus niveles altos de angustia psicológica

Bramse, van der Ploeg, y Twisk, 2002.	Explorar signos de trauma secundario en parejas de la 2da Guerra Mundial	444 parejas Holandesas de una comunidad de ancianos	Parejas que vivenciaron la 2da Guerra Mundial	Diseño longitudinal	Lista de 19 eventos de guerra, IES en versión Holandesa.	Los síntomas de trauma de la pareja es mutuamente correlacional. El mayor predictor de síntomas de trauma es el número de eventos de guerra	Las parejas no son representativas de todas las parejas Holandesas de la misma edad. Falta de reporte de divorcios. Diferencia de exposición a los eventos traumáticos y sus reacciones.
Bronstein, Levin, Lahav, y Solomon, 2016.	Examinar el trauma secundario mediante las suposiciones cognitivas y la relación de pareja así como síntomas de TEPT y su trayectoria	115 esposas de ex prisioneros de guerra y 56 esposas de ex combatientes como grupo control	Ex prisioneros y ex combatientes de la guerra Yom Kippur	Diseño multicohorte longitudinal	PTSD-I, WAS	Trauma secundario asociado con suposiciones negativas del mundo, de las cuales las esposas de ex prisioneros presentaron puntuaciones más altas que las esposas de ex combatientes.	Riesgo de sesgo de las medidas de autoinforme sintomatológico. Suposiciones mundiales precaptividad limita la capacidad de inferir causalidad. La angustia expresada en las mujeres puede representar sintomatología traumática o efecto de convivir con el compañero
Chartier-Otis, Guay y Marchand, 2009.	Examinar síntomas de angustia psicológica y de la relación; vínculo entre angustia de pareja y síntomas de TEPT; percepción de salud mental y física, tipos de trauma y comparar las medidas de TEPT con la pareja.	57 parejas	Civiles de Canadá.	Diseño transversal	MAT, BAI, BDI-II, Medical Outcome Survey-Short Form-12., MPSS	16.7% de las parejas presentaron depresión, 14.8% ansiedad, 37% angustia en la relación.	Tamaño de muestra no permite la generalización. Los instrumentos para medir angustia psicológica socavan la inferencia sobre trauma secundario. Se excluyeron parejas que reportaron violencia física. Mayoría de participantes masculinos.

Christiansen, Bak y Elklit, 2012.	Examinar el impacto de la violación en las víctimas secundarias	107víctimas secundarias	Víctimas de Violación	Diseño transversal exploratorio	preguntas de final abierto, cuestionarios tipo Likert, HTQ parte IV, CSSS	Niveles significativos de trauma asociado a la violación, esfuerzo para apoyar a la víctima primaria, pensamientos intrusivos, bloqueo social.	No se examino el trauma sexual en las victimas secundarias. Se excluyeron personas significativas de víctimas primarias crónicas. El 99% de víctimas primarias fueron mujeres
Chung, Easthope, Farmer, Werrett y Chung, 2003.	Determinar la gravedad de EPT en los residentes de la comunidad como víctimas secundarias. Identificar el vínculo entre EPT y variables de personalidad.	66residentes y 90residentes control de otra ciudad	Desastre de tren en Stafford, Reino Unido	Diseño transversal de cohorte	Entrevistas, cuestionarios (IES, GHQ, EPQ-R).	Los residentes mostraron mayor ansiedad, problemas somáticos y problemas generales de salud, y se encontró vínculo entre EPT y neuroticismo. Los residentes control presentaron mayor depresión.	Nivel de impacto de ambos grupos es variable. La variable tiempo en el momento de la entrevista se ve como factor influyente en todas las áreas investigadas ya que permite la costumbre/habituación de los participantes.
Dekel, 2010	Exploración de trauma secundario, perdón y auto diferenciación entre esposas de veteranos	82esposas de ex prisioneros de Israel, Y, 72esposas de ex combatientes como grupo control	Ex prisioneros y combatientes de guerra en Israel	Diseño longitudinal analítica	Escala de síntomas de TEPT, GSI, DAS, FFS, SDS.	Esposas de ex prisioneros con TEPT presentaron menor nivel de perdón, tensión constante, perdón relacionado a la satisfacción marital. En autodiferenciación mayor fusión y desapego y menor equilibrio.	El perdón de pareja y correlatos fueron únicamente avaliados en esposas y al ser un rasgo de personalidad puede influenciar el no tomar en cuenta la perspectiva del esposo. Hallazgos de autoreporte permiten sesgos.
Dekel y Solomon, 2006.	Examinar el trastorno secundario, síntomas psiquiátricos y ajuste matrimonial de esposas de ex prisioneros de guerra con TEPT	3grupos comparativos de esposas de Israel(n= 154)	Ex prisioneros con TEPT, ex prisioneros sin TEPT y veteranos sin TEPT	Diseño longitudinal analítico	DAS, CTS, SDI, BSI, lista sintomatológica de TEPT	Diferencia significativa de TEPT entre los tres grupos, esposas de ex prisioneros con TEPT significativamente menor ajuste marital y mayor síntomas psiquiátricos	Evaluación de autoreporte en parejas sin diagnóstico psiquiátrico. Instrumentos avaliados en víctimas primarias no en víctimas indirectas. Focalizado en aspectos patógenos de la convivencia no traumatógenas

Dekel, Levin, y Solomon, 2015.	Relación entre el aumento posttraumático y la angustia en las esposas de veteranos	171 esposas	Veteranos de combate de la guerra Yom Kippur	Diseño longitudinal modelado cruzado	PTGI, SCL-90, PTSD-I.	El aumento posttraumático comorbido con síntomas de ansiedad y depresión, este aumento no predice salud mental, y reducción de disonancia cognitiva	Deserción de participantes de muestra longitudinal. Tiempo transcurrido. Sesgo en las medidas de autoinforme por factores propios o conyugales. Sin información de previos diagnósticos psiquiátricos.
Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon, y Polliack, 2005.	Explorar la percepción de mujeres de veteranos sobre su situación marital	9 mujeres	Veteranos Israelitas con TEPT	Diseño cualitativo descriptivo	Entrevista semiestructurada	Presencia de tensión constante, pérdida ambigua del esposo, lucha de independencia, aparición sintomatológica gradual, fortaleza en afrontamiento actual y futuro	Estudio fenomenológico cualitativo donde no se espera replicación del estudio por ser distintivo a su contexto
Dirkzwager, Bramsen, Adèr, y van der Ploeg, 2005.	Examina el trauma secundario en compañeros y parientes de personas de fuerzas de paz holandesas	708 compañeros y 332 padres	Soldados de fuerzas de paz de Holanda	Diseño longitudinal analítico	SRIP, SCL-90, lista de eventos estresantes, versión holandesa de: Cuestionario marital de Maudsley, Cuestionario de soporte social	25-39% de las compañeras de los de fuerza de paz con TEPT mostraron problemas clínicos dentro de la relación, soporte social negativo, problemas funcionales diarios.	De las personas contactadas, aproximadamente solo un tercio de familiares participaron por lo que no permite la generalización de resultados. SRIP mide síntomas sin especifica el tipo de trauma. Víctima primaria masculina.
Frančišković, Stevanović, Jelušić, Roganović, Klarić y Grković, 2007.	Determinar síntomas del trastorno de estrés secundario y posible influencia de factores demográficos y socioeconómicos en esposas de veteranos con TEPT.	56 esposas	Veteranos de guerra	Diseño descriptivo transversal	Cuestionario de Trauma Indirecto	Correlación positiva de angustia y elevados niveles de discapacidad del esposo, mayor trauma secundario en esposas desempleadas	Tamaño de la muestra se menciona pequeña e incompleta por conveniencia. Alto porcentaje de rechazo a participar. No incluyó esposas de veteranos sin diagnóstico de trauma.

Fredman, Vorstenbosch, Wagner, Macdonald y Monson, 2014.	Desarrollar una medida de auto informe sobre la acomodación de la pareja al TEPT.	46parejas	Departamento de asuntos de los Veteranos (VA), Centro médico de Boston, MA y centro de investigación clínica del departamento de psicología en Toronto.	Diseño experimental aplicada	SORTS, CAPS, PCL, SCID-P, DAS, MSPSS, BDI-II, STAI, STAXI	SORTS demuestra una gran consistencia interna y asociación con la angustia personal y de pareja.	Muestra pequeña para detectar asociaciones estadísticas significativas. No fue incluida la medida de carga del cuidador lo que puede acentuar la validez discriminante y aclarar el nivel en que las parejas están subjetivamente cargadas a la adaptación sintomatológica del paciente. Análisis tipo transversal que dificulta la medida psicopatológica
Greene, Lahv, Bronstein y Solomon, 2014.	Examinar el trauma secundario y síntomas de angustia generalizada entre esposas de ex prisioneros de guerra	datos de Ex prisioneros de guerra y esposas en 1991, 2003 y 2008-2010	Ex Prisioneros de Yom Kippur guerra	Diseño longitudinal analítico	PTSD-I, SCL-90, SF-36, auto reporte de discapacidad funcional	Mayores niveles de estrés traumático en esposas de ex prisioneros de guerra con TEPT así como angustia generalizada.	Medidas de autoreporte que puede presentar sesgos de respuestas. Sin datos de salud de la mujer e historial familiar antes del matrimonio. Respuestas maladaptativas vistas como estrategias de resiliencia por los participantes
Klarić, Frančišković, Černi Obrdalj, Petrić, Britvić, y Zovko, 2012	Comparar la prevalencia de trastorno mental, somático y efectos del trauma de guerra y posguerra	154esposas de veteranos con TEPT y 77de grupo control	Veteranos de guerra	Diseño transversal analítico	Cuestionario de trauma de Harvard, MINI	Altos niveles de síntomas posttraumaticos, alto riesgo de desarrollo psiquiatrico y somático de esposas de veteranos con TEPT. Trauma secundario y estrés crónico al convivir con veterano con TEPT	Muestra pequeña para generalizar datos. Al no tener datos de la angustia pre y post guerra se realiza una relación causal no determinante. No uniformidad de variables demográficas que presumiblemente median y modifican los efectos sintomatológicos

Lahav, Stein, y Solomon, 2016.	Investigación sobre la auto diferenciación a las perturbaciones somáticas secundarias	143 esposas de ex prisioneros de guerra y 102 esposas de ex combatientes de control	Ex prisioneros y combatientes de la guerra Yom Kippur	Diseño longitudinal analítico	PTSD-I, Escala desarrollada por Apple para autodiferenciación, SCL-90-R	Alta relación entre la fusión con otros y los síntomas de TEPT, lo que encamina una mal estado de salud y autoevaluación de la salud así como autodiferenciación	Medidas de autoreporte que pueden presentar sesgos de respuestas y variabilidad en la metodología. No se incluyó datos de la salud y autodiferenciación antes del cautiverio, ni de las características de personalidad de las esposas.
Lahav, Kanat-Maymon y Solomon, 2017.	Examinar la direccionalidad de la asociación entre TEPT e inseguridades de apego	datos de Ex prisioneros de guerra y esposas en 1991, 2003 y 2008-2010	Ex Prisioneros de la guerra Yom Kippur	Diseño longitudinal analítico	PTSD-I, escala de inseguridades de apego	Altos niveles de TSPT secundario en esposas de ex prisioneros de guerra así como altos niveles de evitación al apego e inseguridad al apego.	Medidas de autoreporte que puede presentar sesgos de respuestas y variabilidad en la metodología. No se incluyó datos de la salud ni inseguridades de apego antes del matrimonio y del cautiverio del esposo. No se examino el papel de los procesos diádicos del apego y desarrollo sintomatológico
Lahav, Levin, Bensimon, Knat-Maymon, y Solomon, 2017.	Evaluar la direccionalidad entre diferenciación y TEPT	143 esposas de ex prisioneros de guerra y 102 esposas de ex combatientes grupo control	Ex prisioneros y ex combatientes de la guerra Yom Kippur	Diseño longitudinal analítico	PTSD-I, SDS	Esposas de ex prisioneros de guerra puntuaron bidireccionalmente mayor TEPT y menor autodiferenciación, como resultado de compartir la tortura de la víctima y tener una relación recíproca.	Medidas de autoreporte que puede presentar sesgos de respuestas y método. Datos del esposo en un solo tiempo. Resultados de género específico por lo que no puede ser generalizado. Sin datos de salud mental de las mujeres ni autodiferenciación antes del matrimonio ni al regreso del cautiverio

Levin, Greene, y Solomon, 2016.	Explorar el ajuste marital examinando la cautividad en la guerra de los esposos, TEPT y trayectoria del TEPT	66 esposas de ex prisioneros con TEPT, 37 esposas de ex prisioneros y 55 esposas de ex combatientes	Ex prisioneros y combatientes de la guerra Yom Kippur	Diseño longitudinal analítica	PTSD-I, DAS	Ajuste marital es proporcional al cautiverio y los síntomas de TEPT. Esposas de ex prisioneros con TEPT crónico presentan menor ajuste marital, menor consenso y afecto.	Medidas de autoreporte que puede presentar sesgos de respuestas. Falta de datos precautiverio del ajuste marital. Largo retraso entre evaluaciones. Se observaron solo los efectos del TEPT en el ajuste marital de las esposas (unidireccional no bidireccional)
Lyons, 2001.	Examinar la percepción de las esposas/compañeras de veteranos con TEPT en su convivencia.	10 mujeres	Veteranos de Vietnam	Diseño cualitativo exploratorio	Entrevistas audio gravadas sobre 3 fases superpuestas de la relación.	La experiencia es un proceso gradual enredándose en la patología del veterano, minimizando las energías de la persona y familiares, culminando intermitentemente hacia la curación/resolución.	Tamaño de muestra. Estudio realizado con muestra específica. Falta de estudios epidemiológicos comparativos
Mansfield, Schaper, Yanagida y Rosen, 2014.	Explorar la experiencia de convivencia de la pareja de veteranos con TEPT	252 parejas	Veteranos de combate	Diseño transversal aplicada	Encuesta vía mail de 82 ítems	Temas más recalcados por el 59.5% servicios de salud mental, 49.2% la relación y 40.9% reacción de la pareja o miembro de la familia.	No es conceptualizado como cualitativo por necesidad de grado de interpretación. Impedimento para preguntas de seguimiento, clarificación y ofrecer apoyo. Sesgo de autoselección de muestra y respuesta. Mayor participación del género femenino por lo que no se puede generalizar los resultados
Pereira y Pedras, 2010.	Grupo de soporte para mujeres de veteranos de guerra	10 esposas	Veteranos de guerra	Diseño de estudios de caso	Ocho sesiones armadas quincenalmente con duración de dos horas	Adquisición de competencias y conciencia de sus propias capacidades y recursos	Estudio realizado con esposas de veteranos de guerra del distrito de Braga.

Stahl, 2012.	Determinar si la persona significativa de miembros del servicio militar (MSMs) desarrollan TEPT como resultado del despliegue del MSMs	261 personas significativas	Miembros del servicio militar	Diseño transversal exploratorio	PCL-S	TEPT de la persona significativa no es influenciada por el despliegue del MSM. Tener una persona significativa en despliegue y potencialmente en peligro incrementa los niveles de TEPT independientemente de otro estresor.	Investigación via on-line. Individuos sin acceso a computador. Sin información psicológica predesplamamiento o de previos eventos traumáticos. Sesgo de sobrerreporte sintomatológico. Alta desigualdad en los datos de desviación estándar.
van Wijk, Duma y Mayers, 2014.	Explorar la experiencia de la pareja íntima masculina de mujeres víctimas de violación.	9 hombres	Mujeres víctimas de violación	Diseño longitudinal exploratorio	Entrevistas sobre un período de seis meses	Relevancia sobre el reconocimiento de síntomas y efectos del trauma, comprensión e influencia en la pareja.	Valores culturales, creencias, etnia, percepción acerca de la violación.
Zerach, Greene y Solomon, 2015a.	Relación entre trauma secundario, ajuste matrimonial y autoevaluación de la salud de esposas de ex prisioneros de guerra	116 esposas de prisioneros y 56 esposas control de veteranos de guerra	Ex Prisioneros de la guerra Yom Kippur	Diseño longitudinal analítico	Inventario PTSD, DAS, SCL-90-R, Lista de comportamientos de riesgo físico y para la salud, SF-36	Esposas de ex prisioneros presentaron mayores niveles de salud general, altos niveles de somatización, EPT, bajo nivel de ajuste matrimonial vs esposas control.	Medidas de autoreporte que conlleva riesgo de sesgo de informe.

Zerach, Greene, y Solomon, 2015b.	Evaluar la asociación entre trauma secundario, percepción del TEPT y ajuste marital entre esposas	115 esposas de veteranos capturados, 56 esposas de veteranos no capturados como grupo control	Ex prisioneros y ex combatientes de la guerra Yom Kippur	Diseño longitudinal analítico	PTSD-I, DAS, Escala de 10 ítems de Milukincer et al (1990) para ansiedad y evitación, Questionario de 10 ítems para límites familiares, cuestionario de eventos de vida	Esposas de ex prisioneros de guerra presentaron mayores niveles de trauma secundario y menor ajuste marital. La falta de diferencias grupales en los síntomas de hiperactividad pueden venir de altos niveles de excitación del grupo de control en comparación con las escalas de intrusión y evitación.	Medidas de autoreporte que conlleva riesgo de sesgo de informe. Falta de evaluación previo al cautiverio sobre la salud de la mujer y funcionamiento marital y familiar. La medida de límite familiar tiene una confiabilidad problemática. Ciertos hallazgos estadísticos pueden deberse al azar. Sin medidas luego de la repatriación de los prisioneros
-----------------------------------	---	---	--	-------------------------------	---	---	--

Discusión

Para la presente revisión narrativa se canalizó como objetivo principal identificar artículos sobre el TETS destacando a la víctima secundaria como figura principal, es decir, investigaciones que denotan a la persona significativa de quien ha vivido el evento traumático.

Se demarca que la mayoría de los artículos son relacionados a las parejas como personas significativas siendo esto consistente con la evidencia de los autores Bramsen, *et al.* (2002) y Klarić *et al.* (2012). Cuya población está vinculada a miembros militares o exmilitares como víctimas primarias, por ende, tener las mujeres mayor probabilidad en desarrollar trauma secundario al ser quienes conviven física y emocionalmente las consecuencias de la guerra (Chartier-Otis *et al.*, 2009; Frančišković *et al.*, 2007; Lyons, 2001). Siendo esto consistente con el postulado de los autores Dekel *et al.* (2005), Moreno-Jiménez *et al.* (2004) y Outram *et al.* (2009).

Las investigaciones de acontecimientos traumáticos civiles son relativamente escasas y las personas significativas no necesariamente corresponden a la pareja pero pertenecen a la red familiar como lo planteó Bilewicz, y Wojcik (2018), Bond *et al.*, (2017), Dirkzwager, Bramsen, Adèr, y van der Ploeg (2005) o a la comunidad cercana como lo constató Chung, Easthope, Farmer, Werrett y Chung (2003). Por otro lado, solo dos artículos fueron diferenciados por tener como muestra a varones, tras ser su pareja femenina víctima de violación (Christiansen *et al.*, 2012; van Wijk *et al.*, 2014) y, un porcentaje alto inesperado fue el encontrar investigaciones realizadas con grupo control, a pesar de que la mayoría de estudios se presentan sin un grupo control.

La prevalencia de los síntomas del TETS resalta correlación positiva entre la presencia de los síntomas y el número de eventos traumáticos y/o suposiciones negativas del mundo (Bramse *et al.*, 2002; Bronstein *et al.*, 2016; Christiansen *et al.*, 2012); la principal expresividad sintomatológica afín a la ansiedad, depresión (Bond *et al.*, 2017; Chartier-Otis *et al.*, 2009; Dekel *et al.*, 2015), problemas somáticos (Chung, Easthope, Farmer, Werrett, & Chung, 2003; Zerach *et al.*, 2015a) y, el estrés relacionado al área social, cultural y religioso esperado por el entorno y educación (Ahmadi *et al.*, 2009; Dirkzwager *et al.*, 2005). Sin embargo contrario a los autores Atwole *et al.* (2015) y Campbell *et al.* (2017) no se evidenció evitamiento de lugares ni hiperactividad.

Por ende se caracteriza la presencia de trastornos de angustia emocional, estrés generalizado, problemas funcionales y somáticos (Lahav *et al.*, 2016), ansiedad y, depresión (Bond

et al., 2017) siendo consistente con lo citado por el NSW (2000), Hecker (2007) y Bride *et al.* (2004).

Los resultados obtenidos son considerados validos en cuanto a su calidad de investigación científica desarrollada en cada estudio, con lo que se puede apreciar una concordancia positiva con la teoría e incrementar la misma. Por ello, se aprecia como práctico y eficaz el diseño metodológico aplicado, ya que, permitió analizar de manera equitativa y detallada cada factor notable del TETS investigado en las personas significativas de un evento traumático.

Conclusiones

El TETS ha ido progresivamente realzando su impacto dentro del sistema de salud así como su trascendencia social (Klarić *et al.*, 2013). Para la presente revisión narrativa se canalizó como principal objetivo el identificar estudios sobre el TETS destacando a la víctima secundaria como figura principal, es decir, investigaciones que denotan a la persona significativa de la persona diagnosticada con TEPT tras un evento traumático.

Los resultados de esta revisión permite obtener una mayor percepción y entendimiento respecto a la naturaleza, prevalencia e investigaciones abarcados actualmente sobre el Trastorno de Estrés Secundario. Así mismo, también nos permite percibir un gran campo investigativo que debe comprenderse aún sobre el tema y, así, alcanzar mayor recopilación de datos que permitan dar un soporte y seguimiento representativo en los esquemas de prevención, intervención y control. Sin embargo, la severidad y cantidad de eventos traumáticos así como la reactividad ante ellos se vuelven variables de alta diferenciación personal.

Se puede observar consistencia entre los resultados encontrados y la literatura analizada. Permitiendo en cada momento del proceso investigativo observar la complementariedad entre ellas. Resaltando de los resultados la combinación de estudios cuantitativos y cualitativos para visualizar el impacto en precisar con mayor consistencia la descripción de conceptos, descripción sintomatológica que el trauma secundario puede ejercer en las personas y, análisis de los eventos traumáticos validando las dimensiones generales del comportamiento adaptativo de las personas significativas.

Por otro lado, se puede referir como limitación que, al aún no haber sido establecido formalmente el estrés traumático secundario dentro de los criterios de diagnóstico clínico, los instrumentos utilizados han sido avaliados en víctimas primarias o víctimas secundarias de ámbito

laboral, por lo que el uso de ellos en estas investigaciones varían según su necesidad de estudio dando una dificultad para generalizar cada hallazgo así como la prevalencia en las personas significativas de las víctimas primarias de un evento traumático (Bramsen *et al.*, 2002; Chartier-Otis *et al.*, 2009).

Acentuase que originalmente para esta revisión narrativa se pretendió tomar en cuenta únicamente estudios mediados por la estructura clínica del DSM-V (APA, 2013), sin embargo, al ser un rango de investigaciones limitadas se procuraron estudios indexados gratuitos y completos publicados entre el 2000 y 2017. Se recomienda para futuros estudios considerar estas pautas, ya que, las especificaciones clínicas de diagnóstico se reforman respectivamente del DSM-IV y V (APA, 2013).

PARTE II

ESTUDIOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO III

MARCO INVESTIGATIVO

Este estudio está situado en el ámbito de la psicología clínica, por lo que, son considerados los criterios de diagnóstico clínico del Trastorno de Estrés Post Traumático del DSM-V/CIE10 según el discernimiento utilizado en la institución de salud participante en la investigación.

Se toma en cuenta y se recalca que son las parejas, sea femenina o masculina, quienes al convivir el día a día con los cónyuges diagnosticados con TEPT, las personas que pueden proporcionar observaciones precisas y clínicamente significativas de la sintomatología de TEPT en sus parejas (Taft, King, King, Leskin, & Riggs, 1999). Se ha visto un alto porcentaje de detalles o conductas que las parejas pueden observar entre los comportamientos sociales, familiares o personales de sus parejas en diferentes contextos y en repetidas ocasiones. Lo que ofrece evaluaciones útiles cuando el cliente o el paciente son reacios o incapaces de informar los síntomas (Taft *et al.*, 1999), por lo que recaen como datos confirmatorios para la sintomatología y por ende al diagnóstico. Denotando la importancia de ello para poder percibir de manera sobresaliente y perfeccionada la distinción de la sintomatología del trauma secundario y, reconocer cómo afecta la víctima primaria a la secundaria tanto cognitiva como conductual y emocionalmente.

Se ha postulado que la evaluación de los Trastornos de Estrés Post Traumático y Estrés Traumático Secundario, tiene mayor propiedad y eficacia al ser utilizados múltiples métodos y múltiples fuentes de investigación. Es por ello que este estudio es desarrollado dentro de una metodología mixta, es decir, mediante diseños cualitativos y cuantitativos para alcanzar los objetivos planteados.

Por lo que, basado en este principio, ligado a la metodología cualitativa, esta investigación se desarrolla por medio de registros recogidos mediante entrevistas semi-estructuradas audio gravadas y posteriormente transcritas, realizadas a las personas más significativas de las personas con TEPT. Mientras que para la metodología cuantitativa son aplicados cuestionarios de autoreporte, con el objetivo de reunir datos de medición estadísticos, cuyos resultados son utilizados para reforzar la elaboración de este trabajo sobre el papel de las figuras significativas en la vivencia del TEPT cuyo análisis es realizado a través del programa estadístico STATA.

Relevancia del Estudio

Los eventos traumáticos marcan la vida de quien es directamente afectado (víctima primaria), así como de las personas que están a su alrededor (víctimas secundarias) como pueden ser familiares, amigos y otras personas significativas (Matos, 2015).

Con el afán de reforzar las pocas investigaciones relacionadas a este dominio, siendo expresamente focalizado en la población portuguesa del norte de Portugal, esta investigación se enfatiza en la importancia del papel de las figuras significativas después de vivir un acontecimiento traumático. Papel representativo tanto para la persona con TEPT al beneficiarse del apoyo durante el tratamiento, recuperación física y psicológica en el ámbito individual, familiar y social, así como para la propia persona significativa, ya que, realza el valor de su presencia física y psicológica como del trabajo que desempeña en la nueva realidad tras el evento traumático. Para esto es imperativo que la persona significativa tenga consciencia de sus cogniciones y emociones tal como de los síntomas que puede expresar, efecto relevante que se pretende profundizar en este estudio a través de la utilización de entrevistas y cuestionarios de auto relato.

Al igual, se puede confirmar la importancia de este proyecto a nivel profesional como a nivel personal relativamente de las víctimas con TETS. Profesionalmente, se busca ahondar en las líneas orientadoras de ayuda y soporte para los psicólogos, médicos, estudiantes y especialistas de diversas carreras al conocer y analizar los resultados de la información recolectada, consecuentemente, poder reducir los síntomas del Trastorno de Estrés Traumático de las víctimas secundarias; permitiendo ello el desarrollo de programas de prevención, tratamiento, nuevas investigaciones dentro y fuera del país y, poder ceder a las víctimas primarias y secundarias reconocer su situación actual para la regulación del nuevo estilo de vida en el medio ambiente en el que se desenvuelven. A nivel personal, familiares, amigos y personas en general interesados en el tema tendrán la posibilidad de profundizar sobre la concepción y alcance del TETS, conocer el contenido de la investigación presente y posteriormente compartir su información.

El Problema

Durante las últimas décadas el estudio psicológico que resulta tras la vivencia de un evento traumático ha ido aumentando. La mayoría de su investigación, todavía, se ha enfocado en las personas con TEPT y en las personas que trabajan directamente en situaciones de estrés, es decir, en aquellos que vivencian directamente los eventos traumáticos (bomberos, policías, enfermeros), acentuando los profesionales.

Por lo que se ha verificado que el papel desempeñado por las figuras significativas a constituido un área con atención limitada pese a la gran relevancia que esto significa en cuanto a su apoyo y mejoría para las víctimas primarias que sufren y sufrieron TEPT (Klarić, Kvesić, Mandić, Petroc, & Frančišković, 2013).

Las figuras significativas después de vivenciar un acontecimiento traumático adquieren una nueva realidad. Tras un evento traumático los esquemas cognitivos, emocionales y comportamentales de las personas son repentinamente removidos ya que sus circunstancias son bruscamente alteradas (Beck, 2011; Carmona, 2008, 2009), por lo que el papel de las figuras significativas en la vivencia del Trastorno de Estrés Post Traumático también sufre una alteración en cuanto a calidad y cantidad.

Es por ello que esta investigación pretende profundizar y englobar un entendimiento minucioso sobre la vivencia de las víctimas secundarias, así, intentar comprender y reconocer la percepción al igual que las consecuencias que el evento traumático ejerce en sus vidas.

Preguntas de Investigación

De la hipótesis expuesta, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo y hasta qué punto el evento traumático modificó el comportamiento, cognición y emoción de la víctima secundaria?

¿Cómo y hasta qué punto la convivencia con los signos y síntomas de una persona diagnosticada con TEPT modificó el comportamiento, cognición y emoción de la víctima secundaria?

¿Cómo la persona significativa describe el evento traumático como hecho y cómo influye en sus relaciones familiares, sociales, laborales y con su pareja en la vivencia del estrés post traumático?

¿Cómo la víctima secundaria describe la fase actual de su vida?

¿Qué factores son pertinentes para su reintegración e interacción con el ambiente? ¿De qué modo condicionaron su vida? ¿Cómo la persona percibe su propia seguridad en la salud y protección física y mental?

Objetivos

El objetivo principal de esta investigación, tomando en cuenta la revisión bibliográfica del Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) y del Trastorno de Estrés Traumático Secundario (TETS), se centra en ahondar en las vivencias de las víctimas secundarias en varias dimensiones de su vida, en cuanto al ámbito personal, familiar, laboral y social. Así, poder reconocer el papel que las figuras significativas desempeñan en la vivencia del Estrés Post Traumático basado en la percepción y derivaciones que el acontecimiento traumático suscita en la vida de las víctimas secundarias abarcando su estructura cognitiva, emocional y comportamental.

Es por ello que a través de las entrevistas y cuestionarios realizadas a las participantes se espera conocer los factores de apoyo para la resiliencia lo que conllevaría a una disminución de síntomas y regulación del papel, actividades y relaciones auto e inter-personales en la adaptación de calidad de vida de las víctimas.

- 1.** Profundizar el impacto que el evento traumático causó en las figuras significativas
 - a.** Comprender los procesos mediante los cuales las figuras significativas se adaptaron al acontecimiento traumático y las consecuencias de este en sus vidas.
 - b.** Comprender los procesos mediante los cuales las figuras significativas se adaptaron a las actitudes y comportamientos de las víctimas primarias tras el evento traumático.

- i. Comprender los mecanismos de *coping* adaptados por las figuras significativas en la convivencia con las personas diagnosticadas con TEPT.

Los objetivos específicos de esta investigación son:

- Cualitativos

- ψ Análisis de la percepción de las personas significativas acerca del impacto del evento traumático.
- ψ Profundizar las consecuencias a nivel emocional, cognitivo y físico que se han producido en las personas significativas tras la convivencia de los signos y síntomas de las personas diagnosticadas con TEPT.
- ψ Conocer el perjuicio que ocurre tras el diagnóstico de esta perturbación en las áreas social, familiar, profesional y en la relación de pareja.
- ψ Identificar los factores de apoyo para la resiliencia de la persona significativa.
- ψ Explorar:
 - La relación y desenvolvimiento con el medio ambiente antes, durante y después del evento traumático;
 - Percepción de la importancia para la persona significativa de la terapia individual, de pareja e intervención en grupo;
 - La importancia del apoyo social, comunitario y estatal;
 - La importancia de la psico-educación sobre la comprensión y el desarrollo del TEPT.

- Cuantitativos

- ψ Examinar los síntomas del TEPT en las figuras significativas como víctimas secundarias del evento traumático.
- ψ Conocer los índices de ansiedad en las personas significativas de las personas diagnosticadas con TEPT.

- ψ Conocer los índices de depresión en las personas significativas de las personas diagnosticadas con TEPT.

Presunciones del Autor de la Investigación

Para la presente investigación se presume que la información obtenida por los participantes voluntarios por medio de las entrevistas y los cuestionarios, es fiable.

En cuanto al análisis de la investigación, es una colaboración para el organismo científico por lo que incrementa el conocimiento, manejo y tratamiento de las víctimas secundarias del TEPT, por lo que se presume el incremento de la satisfacción de profesionales como de lectores en general.

Diseño y Proceso Investigativo

Para la realización de este proyecto, tras la revisión de literatura, se procedió a elaborar el protocolo de investigación (Anexo II) y, a seguir, se efectuaron los pedidos y formas debidas para la comisión de ética de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto (Anexo III). Una vez aceptado el proyecto investigativo, se llevó a cabo la elaboración de los formularios y tramites requeridos por parte de la comisión de ética de la entidad de salud participante llamado Centro Hospitalar Universitario de São João (CHUSJ) (Anexo IV). El CHUSJ es una entidad pública perteneciente al Sistema Nacional de Salud (SNS, por sus siglas en portugués *Serviço Nacional de Saúde*) localizada en la ciudad de Porto, Portugal, conocida por la prestación de servicios y asistencia médica directa a la población parroquial de Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar que se encuentran dentro de los condados de Porto, Maia e Valongo.

Luego de haber sido aceptado y coordinado con las áreas directivas, ejecutivas y clínica de las respectivas entidades, se prosiguió junto con el médico a cargo del área de Psiquiatría de los Trastornos de Estrés Postraumático del Hospital São João a asistir a cada consulta de manera permitida por cada paciente, con el fin de conocer quienes cumplían con los criterios de diagnóstico para el TEPT. Una vez confirmado el diagnóstico del paciente mediante los resultados

psiquiátricos y psicológicos brindados por los profesionales de la casa de salud pertinentemente, se presentó a cada sujeto la investigación llevada a cabo y la posibilidad de la participación voluntaria en el estudio.

Tras ser aceptado por el paciente la colaboración, luego de ser confirmada la presencia de un pariente o persona significativa para el paciente con el/la que convivía en el momento y, apreciando positivamente la disponibilidad y disposición de ser contactadas para la probabilidad de participar en el proyecto confidencial, voluntario y anónimo, se realizó el intercambio de datos y contactos. De manera seguida, la pareja / compañera / persona significativa fueron formalmente contactadas para comunicar el objetivo y la importancia de cada participación en el estudio. Al tener la aprobación de cada persona se prosiguió a agendar individualmente según la mejor disponibilidad de cada participante así como de la investigadora para apartar un consultorio tanto en las instalaciones del Hospital São João como en las instalaciones de los consultorios de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto según el horario y lugar más conveniente para cada individuo.

Al ser seleccionada la participante, en cada una de las sesiones se prosiguió a la respectiva presentación formal de la investigadora así como del proyecto a ser llevado a cabo junto la revisión del consentimiento informado (Anexo V), documento previamente diseñado por la investigadora bajo la supervisión de la orientadora y aprobado por las respectivas comisiones de ética, para simultáneamente avanzar con la entrevista y cuestionarios respectivos.

Descripción de Participantes

Para este estudio, la población participante se rige en personas significativas de pacientes diagnosticados con el Trastorno de Estrés Post Traumático del área de Psiquiatría del Hospital São João. La participación para el estudio en un principio se planteó como mixta, es decir, hombres y mujeres, mayores de edad. Sin embargo, se encontró como tendencia en esta casa de salud a personas diagnosticadas con TEPT pertenecientes al género masculino, específicamente se registró a varones veteranos de guerra quienes forjaron una conexión significativa con las parejas (esposas y unión de hecho) e hijas. Es así que la integración para esta investigación consta de personas significativas de género femenino, portuguesas esposas, compañeras, hijas de los veteranos de

guerra de los años setenta que participaron en las localidades de Guinea-Bisáu, Mozambique y Angola.

Esta investigación obtuvo la colaboración de 30 personas significativas (S.O., por sus siglas en inglés *significant other*) (Tabla 2). Número de muestra que es discutido en el capítulo de análisis integrado. Las participantes voluntarias, de quienes se guarda por ética su anonimato, manifiestan destrezas físicas y psicológicas que permiten su autonomía, discernimiento y capacidad mental para el estudio llevado a cabo.

Por lo que, la muestra consta de mujeres portuguesas que presenta una media de edad de 67 años comprometidas entre 42 y 75 años. Mayoritariamente casadas (86.67%), con educación primaria (80%), reformadas (73.33%), con creencia religiosa católica (96.67%), viviendo actualmente solo con el compañero en el hogar (66.67%).

Tabla 2. Distribución de la muestra en función de las características sociodemográficas

Características	n=30	%
Edad*	67	(64-69)
Género		
Femenino	30	100
Nacionalidad		
Portuguesa	30	100
Etnia		
Blanca	30	100
Estado Civil		
Soltera	1	3.33
Casada	26	86.67
Divorciada	1	3.33
Segundo Matrimonio	2	6.67
Grado Académico		
Leer y Escribir	1	3.33

Educacion Primaria	24	80
Educación Secundaria	4	13.33
Maestria	1	3.33
Profesión		
Domestica	7	23.33
Trabajo de mano de obra/fabrica	7	23.33
Trabajo de oficina	7	23.33
Área educativa	6	20
Cuidado de Pacientes	2	6.67
Otros	2	3.33
Regimen Ocupacional		
Empleo Público	2	6.67
Empleo Privado	4	13.33
Desempleada	2	6.67
Retirada	22	73.33
Creencias Religiosas		
Sí	29	96.67
No	1	3.33
Practicas Religiosas		
Practicas Privadas	9	30
Practicas Públicas	7	23.33
No	14	46.67
Religión		
Católica	29	96.67
Ateismo	1	3.33
Composición actual del hogar		
Esposo	20	66.67
Pareja	1	3.33
Esposo y un hijo/a	6	20
Esposo y un pariente	1	3.33
Padres y hermanos	1	3.33

Esposo y dos personas adicionales	1	3.33
Tipo de relación con S.O		
Esposa	26	86.67
Pareja	1	3.33
Hijo/a	3	10

*Mediana y rangos intercuatílicos (25-75)

Tomando en cuenta los datos sociodemográficos de la persona significativa en cuanto a los rasgos que denota de su pareja diagnosticada con TEPT (Tabla 3), el mayor porcentaje puntúan tener entre 1 a 10 años conviviendo con el diagnóstico clínico (35.72%), postulando ser el motivo y característica inicial el nerviosismo (44.83%) que presenciaban en sus parejas ante diversos acontecimientos y/o personas, calificando hasta la actualidad como buena (86.67%) la relación conyugal aún frente a las diversidades.

Tabla 3. Características sociodemográficas relacionadas al TEPT

Características	n=30	%
Tiempo de diagnóstico del TEPT[†]		
≤ 5 años	5	17.86
≤ 10 años	5	17.86
≤ 15 años	3	10.71
≤ 20 años	4	14.29
≤ 25 años	2	7.14
≤ 30 años	1	3.57
≤ 35 años	2	7.14
≤ 45 años	1	3.57
≤ 50 años	5	17.86
Motivo de diagnóstico*		
Ansiedad	6	20.69
Nerviosismo	13	44.83
Apnea del sueño	9	31.03

Irritabilidad	1	3.45
Calidad de relación con S.O*		
Mala	1	3.33
Ni buena, ni mala	3	10
Buena	26	86.67

* Según la apreciación literal de las participantes

† Participantes sin conocimiento del tiempo (n=2)

A continuación se presentan los capítulos correspondientes a los estudios cualitativos y estudios cuantitativos llevados a cabo junto con sus resultados, seguido de la discusión del estudio.

CAPÍTULO IV

ESTUDIO CUALITATIVO

Metodología Investigativa

Para el análisis de esta investigación dentro de la metodología cualitativa, se ha utilizado el sistema fenomenológico.

El enfoque fenomenológico fue iniciado por Husserl a principio del siglo XX el cual busca describir de una manera más amplia los diversos eventos que vive un individuo abarcando todo lo que acontece en la manera en la que se desenvuelven (Flores Macías, 2018; Moran, 2011). Por lo que este modelo busca describir minuciosamente los componentes según su proceso evolutivo consciente (Moran, 2011). Es decir, Husserl afirma que la fenomenología es una ciencia que intenta descifrar las configuraciones esenciales de la conciencia (Husserl, 1998).

Este modelo entiende al mundo como una constante evolutiva según Heidegger (2006), es decir, sin una construcción finalizada determinante de los fenómenos por lo que cada persona continúa en un proceso de vivencia donde puede modificar, construir y otorgar significado a los diversos eventos (Maykuy & Morehouse, 1994). Enfoque importante dentro de esta base de estudio ya que, el convivir día a día con la evolución de los síntomas así como la repercusión que puede existir de la influencia del medio ambiente al igual que los diferentes tipos de tratamiento, puede conllevar a un desarrollo por parte de la pareja en su relación interpersonal.

Dentro del ámbito investigativo, se asocia este paradigma a la interacción que el investigador estudia y la interconexión de como el sujeto da sentido y significado a los fenómenos vividos (Maykut & Morehouse, 1994). Se reconoce que el contexto de estudio abarca una realidad compleja, socialmente producido en una situación y medio específico lo que abarca características únicas (veteranos de guerra de Portugal), sin embargo, de cada participante los eventos y factores relacionados constan de múltiples direccionalidades de causa-efecto con elementos que aumenten o disminuyan su complejidad.

Se reconoce que para este enfoque se interpreta por parte del investigador las realidades expuestas por los participantes de estudio, por lo que se incorporan los supuestos, intereses, valores y visión del mundo del sujeto como del investigador. Sin embargo, se demarca que este modelo es reconocido por aislar presunciones, influencias externas y propias del ámbito científico, educativo y cultural para no categorizar los resultados pero sí permitir la configuración de temáticas constantes (Reguillo, 1998).

En otras palabras, se basa en evitar juicios para reconocer la perspectiva existencial exclusiva de cada individuo (Flores Macías, 2018). Es así como se ha visto que este método estudia el significado, sentido y estructura de la participación de cada individuo permitiendo un análisis agregado.

La literatura relacionada al Estrés Traumático Secundario en su mayoría se basa en investigaciones realizadas con la participación de los profesionales / colaboradores / voluntarios de servicios directos al trauma, sujetos que en su porcentaje van incrementando (Stam, 1999 en Bride *et al.*, 2004). Por lo que, abarcando su naturaleza conceptual o reportes con evidencia anecdótica del fenómeno representan una alta tasa de estudios. Sin embargo, son pocos los estudios empíricos y las medidas de evaluación que se han desarrollado, razón por la que las herramientas existentes se han visto suficientemente sensibles dentro del área profesional (Kassam-Adams, 1999 en Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004).

Para esta investigación, por otro lado, para dirigir la interpretación, presentación y divulgación de los resultados hallados, se ejerce un abordaje por medio del modelo de Sandelowski, Docherty y Emden (1997). Este proceso integra una interpretación de los hallazgos cualitativos que incluyen el método fenomenológico, teoría fundamentada, etnografía y adicionales explicaciones de eventos o casos (Barroso & Powell-Cope, 2004). Así, poder desenvolver una comparación constante, análisis taxonómico, traslación conceptual ecuánime, así como el uso de definiciones extraídos de la estructura de los datos (Carrillo González, Gómez Ramírez, & Vargas Rosero, 2008).

Apoyado en este planteamiento se identifican los temas de abordaje así como los criterios de inclusión de cada uno de los resultados, ya que, para cada fenómeno se puede desenvolver varios tipos de abordajes. Es por ello que son considerados los estudios, datos y teoremas relacionados a la investigación, inclusive si dichas investigaciones no ejercen una metodología en rigor exactamente semejante (Carrillo González, Gómez Ramírez, & Vargas Rosero, 2008).

Es con esto que en esta investigación se llega a identificar y explicar los patrones repetitivos y diferencias en el lenguaje, expresión conceptual e imágenes (Sandelowski, 2000). Dando las temáticas por medio de los resultados recogidos para la construcción de narrativas, observando las probabilidades individuales y de forma yuxtapuesta. Al igual, se resalta que el abordaje de

Sandelowski *et al.* (1997) refiere a la calidad de la muestra más que al tamaño de ella para poder alcanzar un análisis a profundidad, validez de comparación, integración e interpretación de los resultados encontrados y, así, evitar amplias generalizaciones.

Herramientas de Investigación

Una vez explicado el proyecto realzando la importancia de la participación de cada persona para este estudio así como el anonimato, se llevó a cabo la revisión en conjunto del consentimiento informado para poder esclarecer cualquier inquietud oportunamente. Seguido se prosiguió a realizar el cuestionario sociodemográfico, la entrevista y los cuestionarios respectivos a esta investigación.

Cuestionario Sociodemográfico

El cuestionario sociodemográfico (Anexo VI) de esta investigación, es contemplado como una herramienta para recolectar datos que nos permite conocer las características de la muestra, es decir, para conocer rasgos distintivos de cada una de las participantes y, al mismo tiempo, ser analizada de manera agregada identificando la población participante.

Está integrado por catorce ítems (Tabla 4) donde se obtiene información sobre características particulares de cada individuo que pueden influir tanto en la relación con la pareja / familia / sociedad / personal, en la vivencia y afrontamiento del evento traumático así como a los signos y síntomas desarrollados por el cónyuge, por ende, desarrollo del trauma secundario.

Tabla 4: Ítems analizados para el cuestionario sociodemográfico.

Género	Edad
Nacionalidad	Etnia

Estado civil	Escolaridad
Profesión	Régimen ocupacional
Creencias y prácticas religiosas	Agregado familiar actual
Composición del agregado familiar	Tipo de relación significativa con la persona diagnosticada con TEPT
Tiempo de diagnóstico del TEPT de la persona significativa	Motivo de diagnóstico y lugar donde fue realizado el diagnóstico

Este cuestionario fue diseñado y revisado por el equipo investigativo de este estudio así como por las comisiones de ética con el objetivo de identificar las variables sociodemográficas de las participantes, y para conocer la autopercepción de la relación con la persona significativa, haciendo hincapié al participante ello para el desarrollo de los posteriores procedimientos.

Entrevista

La guía de entrevista semi-estructurada (Anexo VII) para esta investigación está basada en la revisión teórica del trauma secundario, especialmente en las investigaciones realizadas en base a las personas significativas; así como en el esquema de la entrevista semiestructurada de la Escala de Síntomas del TEPT del DSM-V (APA, 2013) que permite identificar las respuestas relacionadas al trauma para su diagnóstico y poder estimar la severidad de los síntomas (Foa & Capaldi, 2013), al igual que la vivencia, adaptación, elección de reacción y expectativas ante el TEPT.

Esta entrevista semi-estructurada evalúa en cinco categorías relacionadas a los diferentes síntomas del trauma, tomando en cuenta como referencia y pauta para su estructura las entrevistas de la Escala de Síntomas del TEPT del DSM-V (APA, 2013), las guías y resultados de las investigaciones de los autores Dekel *et al.*, (2005), Lyons (2001), Nachar *et al.*, (2014), Pereira y Pedras (2010), Sensiba y Franklin (2015), van Wijk, Duma y Mayers (2014) al demostrar un enfoque importante sobre el TEPT especialmente TETS y, el proceso y metodología de estructura

publicado por el autor Tom Wengraf en su libro *Qualitative Research Interviewing* (2001). Es así como se desarrolló para esta guía cada categoría, las cuales contienen preguntas complementarias para las respuestas positivas. Las categorías se proyectan al reconocimiento y análisis de los síntomas de re-experimentación, evitación, alteración en la cognición y humor, incremento de la excitación y reactividad, y, angustia e interferencia. Una vez elaborada la guía de entrevista semi-estructurada por la investigadora de este proyecto, fue escrutada pertinentemente por la orientadora así como por el comité de ética para la aprobación de su ejecución.

Para la puntuación final de la entrevista se integra toda la información recopilada para así poder combinar el manifiesto con respecto a la frecuencia de los síntomas que son coexistidos y la intensidad de los síntomas cuando son experimentados. Mediante el modelo fenomenológico se analizó las entrevistas de manera individual seguido de una evaluación de forma agregada, con lo que se diferenciaron las temáticas anunciadas por parte de cada una de las participantes durante toda la fase investigativa. Es así que, a seguir, se codifican y vinculan las categorías sobresalientes observadas de manera emparentada confiriendo las agrupaciones propias de este estudio.

Resultados

Para la presentación de los resultados se comienza examinando descriptivamente las dimensiones de las variables, con lo que continuamente se realiza un análisis comparativo y correlacional para la identificación y tipificación de las categorías destacadas de manera agregada de las participantes. Se denota que junto al programa estadístico STATA se sistematizan los datos obtenidos por las participantes para ser consecutivamente examinados. Al igual, los gráficos presentados a continuación fueron extraídos directamente de este programa que será descrito en el próximo capítulo.

Datos Sociodemográficos

Se puede observar mediante análisis comparativo de los datos sociodemográficos expuestos, cómo sobresalen las variables en cuanto a la convivencia de la persona significativa. Es por ello que el Gráfico 1 nos permite visualizar la distribución percentil de las participantes al ser

viable o no el compartir / desahogar / hablar respecto a la experiencia de convivencia con la pareja dispuestos según los síntomas percibidos por las mujeres como motivo de diagnóstico del TEPT. Donde se confirma que en todos los motivos de diagnóstico, ansiedad, nerviosismo, apnea de sueño e irritabilidad, las participantes puntúan en su mayoría no tener con quien o el no poder compartir la experiencia. Se encontró igualmente que son los hijos/as quienes desde pequeños al vivir o ser testigos de ciertas experiencias de la pareja en el hogar, los que reconocen la experiencia de la mujer/madre, por lo que son con quienes las madres prefieren tener comunicación, permitiendo ello mantener estas vivencias dentro del entorno familiar.

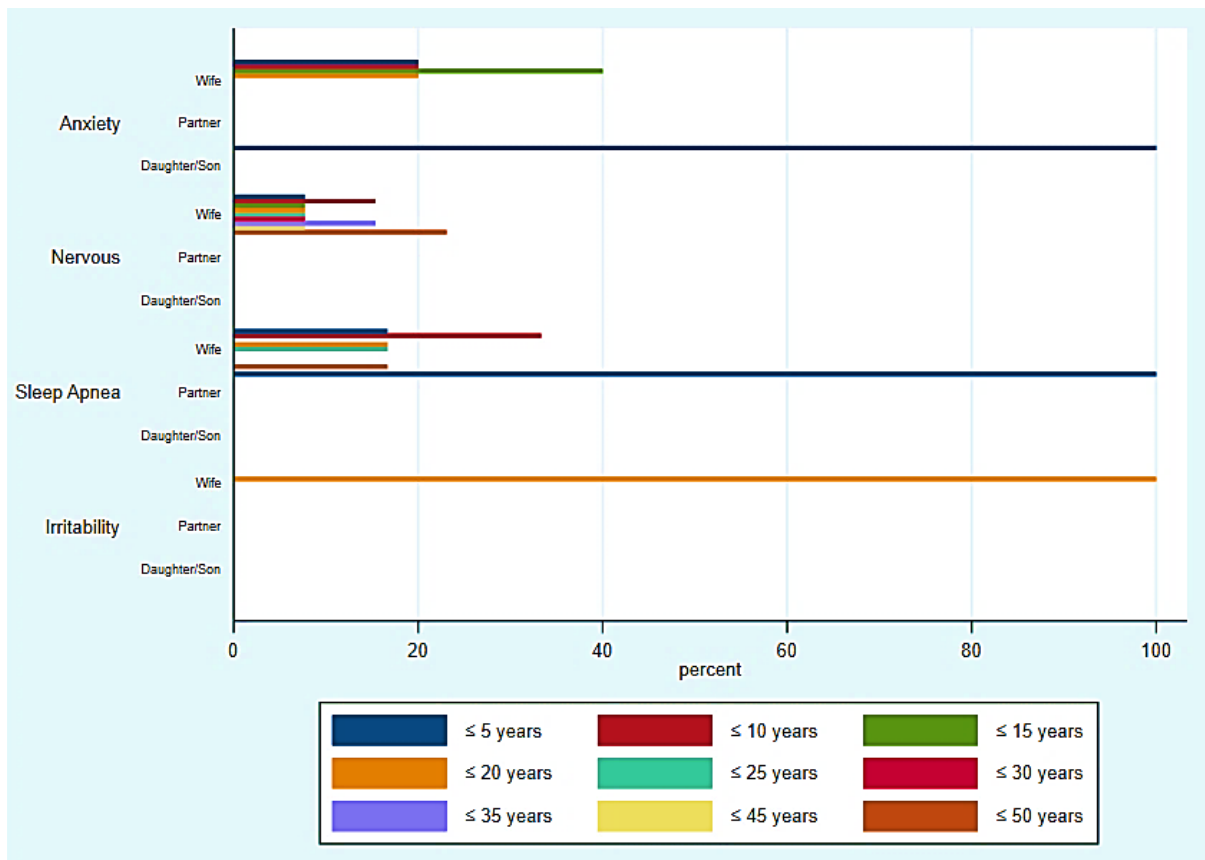
Gráfico 1: Distribución percentil de confidencialidad frente al motivo de diagnóstico



Entre los datos expresados como importantes por las participantes, es señalado el tiempo de convivencia con los síntomas del veterano de guerra diagnosticado con TEPT. Al relacionar el

índice percentil de tiempo de coexistencia con este trastorno, podemos observar que son las esposas/compañeras quienes manifiestan en su mayoría el convivir con los síntomas percibidos del TEPT (Gráfico 2), resaltando al nerviosismo expresado por ellos como la principal manifestación sintomatología con la que han tenido que coexistir las personas significativas en la relación. Seguido por la apnea de sueño que las esposas/parejas han observado por parte del veterano de guerra durante este lapso de tiempo.

Gráfico 2. Correlación percentil según el motivo de diagnóstico vs tipo de relación con el veterano de guerra y el tiempo de diagnóstico del trastorno.



Una vez abarcados los datos sociodemográficos destacados por las participantes como parte determinante en su convivencia con el Trastorno de Estrés Post Traumático del veterano de guerra, su relación de pareja, familiar y su papel como persona significativa, se continúa con la postulación de los resultados encontrados de manera agregada en las entrevistas y sucesivamente en los cuestionarios desarrollados.

Resultados de las Entrevistas

Las entrevistas audio gravadas (E1-30) permitieron la identificación y descripción de patrones repetitivos para ser codificados y analizados de manera agregada. Es con ello que al ser establecidos los datos recogidos, estos convergen en subcategorías que integran la información obtenida de las participantes y, permiten diferenciar las temáticas vinculadas a las categorías descritas a continuación, las cuales, permiten durante su desarrollo abarcar los objetivos de esta investigación.

El análisis de los resultados revelaron como la vida de las mujeres gira en torno a su pareja viendo a la enfermedad como una consecuencia de la guerra, siendo con esto las siguientes categorías las que rigen la convivencia de la persona significativa con el veterano de guerra: I) Tiempo de convivencia con la pareja, II) Adaptación vs. Separación, III) Empoderamiento individual y de pareja, IV) Estrategias de *coping*.

I. Tiempo de convivencia con la pareja

La vida de las participantes refiere a la importancia del tiempo que han compartido con la víctima primaria, dando un significado tanto en el ámbito personal como en su percepción sobre la relación entre ellos. Tomando en cuenta que la media de convivencia de la pareja con este diagnóstico es de 20 años, se respalda la importancia de reconocer cómo ellas describen al veterano de guerra y a sí mismas, así como la relación de pareja en tres lapsos de tiempo destacables.

- a) **Pre-aparición de síntomas:** refiere al conocimiento de la pareja y de sí misma antes de la aparición de los síntomas del TEPT, es decir a la persona con la que se familiarizaron en primera instancia.
- b) **Aparición de síntomas:** se destaca el poder conocer cómo describen el inicio de cada individuo y de la relación durante la aparición de los síntomas del TEPT, ya que, expone las primeras reacciones, percepciones y decisiones ante la enfermedad y su nueva etapa de vida.
- c) **Actualidad:** tras la convivencia con los signos y síntomas del TEPT, este lapso de tiempo permite conocer actualmente cómo las mujeres refieren su vivencia en esta nueva realidad, denotando que actualmente los veteranos tienen ya tratamiento clínico.

Entre las descripciones sobre el veterano de guerra que las mujeres ponderan podemos observar:

- a) “era amable, juguetón” (E8), “el amor que tenía era perfecto” (E11), “él era feliz” (E27).
- b) “lloraba por todo y nada” (E1), “tenía sueños, hablaba hasta se cayó algunas veces de la cama” (E7), “comenzó a ponerse ansioso, violento, nervioso” (E22).
- c) “es aislado, evita socializar incluso con los amigos que tenía y la familia” (E14), “se irrita fácilmente, quiere partir la pared” (E22), “evita confusiones, la multitud” (E28), “piensa que todo el mundo es peligroso incluso hizo una escena en el jardín de infantes del nieto” (E2).

Entre las descripciones que las mujeres destacan sobre sí mismas y su relación antes, después de la aparición de los síntomas del TEPT y actualmente podemos observar:

- a) “marido ejemplar” (E2), “éramos amigos y, amigo de los hijos” (E2), “siempre tuve una buena relación con mi papá” (E1).
- b) “aguantar todo” (E14), “por miedo o preocupación tenía que tragar todo” (E6)
- c) “ahora solo le dejo que hable” (E9), “que exprese todo lo que quiera, que diga lo que quiera ya no escucho más” (E3), “tengo menos tiempo, más tareas domésticas que hacer, cuidar de todo, medicinas, doctores, casa... menos tiempo para mí misma” (E1), “creció mi baja

autoestima, me tengo que poner fuerte” (E6), “porque él es imponente, posesivo, explosivo, manipula las cosas y es muy celoso” (E24).

II. Adaptación

a) Ajuste al evento traumático

La experiencia de la persona significativa del veterano de guerra diagnosticado con TEPT aborda etapas que esquematizan la visualización de la vida desde el conocimiento del desplazamiento del ser querido a la guerra. Por lo que, se ha denotado que desde aquel momento el ajuste cognitivo y emocional es mediado según el conocimiento de los hechos.

En aquel entonces conocer sobre los acontecimientos de guerra para las mujeres era por medio de la comunicación directa (cartas de la pareja durante su estancia de ultramar, “nos escribíamos a diario, hasta le enviaba solo recortes del periódico al no tener que hablar, pero como era la única que se comunicaba con él seguía escribiéndole” (E28); “me contaba lo que habían tenido una emboscada y me quedaba preocupada porque mi prima había perdido su novio en una emboscada” (E28)), o indirecta (noticias o comentarios sociales, “conocía lo que vivían allá por lo que pasaban las noticias” (E26)).

El desafío de auto reporte centrado en los síntomas de trauma al remontar aquellas épocas para las participantes, refirió un estado de alerta e hipervigilancia, sin llegar alcanzar ansiedad y normalizar los eventos. Entre los eventos importantes todas recuerdan el regreso del veterano de guerra, con ello la aparición de historias relatadas por ellos, es decir, las anécdotas detalladas, “parecía que exageraba” (E23), e inclusive fotos y/o artículos del lugar de guerra que compartían con las mujeres.

Las reacciones de ellas ante estos hechos fueron señalados como “normal” (E10), “bien” (E29), “nunca reaccione mal” (E20) sobre todo en los momentos en que ellas apreciaban como los veteranos tenían emociones positivas al compartir estos acontecimientos, encontrando en esto una parte de “confianza” (E10) mutua y una parte de “desahogo” (E29) para ellos.

Por otro lado, existe una baja tasa de participantes que únicamente conocieron sobre estas vivencias de la pareja en la guerra al escuchar “conversar con los del barrio o en las reuniones

militares” (E26), con lo que la persona significativa presenta sentimientos de “distanciamiento” (E26), “desconfianza” (E20) e incluso “rechazo en la cercanía íntima” (E20) con la pareja.

b) Ajuste a los síntomas de la pareja

(i) Como pareja

A pesar de que la severidad y duración de los síntomas del trastorno de los veteranos varían, se resalta que todas han tenido que convivir con las manifestaciones del TEPT. Entre los síntomas más frecuentes observados se encuentran la re-experiencia especialmente por medio de pesadillas y *flashbacks* que traen recuerdos indeseados e inesperados y, evitación de lugares, personas o eventos denotando los acontecimientos en los que se encontraban rodeados en multitudes con ruidos fuertes.

“Desperté con un ruido y él no estaba, se había golpeado la cabeza con la mesa de noche y estaba en el suelo” (E16), “dormía y comenzaba a decir algo del sargento y tenía las manos como agarrando un bate” (E28), “una vez sí me asuste, me estaba moviendo la cabeza” (E29), con lo que las reacciones de ellas ante estos sueños se dividen en despertar al veterano de guerra con cariño intentando tranquilizarlo y, en no reaccionar ante ello para no causarle mayor estrés, “escuche que es peligroso despertar a alguien así” (E14).

Se recalca que para la actualidad todos los pacientes diagnosticados con TEPT se encuentran con medicación recetada por el médico psiquiatra para regular los signos y síntomas del trastorno, sin embargo, se afirma el consumo de alcohol (16.67%) pese a haber sido notificados profesionalmente la contraindicación de la mezcla. Igualmente se hizo presente la agresión física por parte de los veteranos hacia sus parejas femeninas (20%) siendo mayor porcentaje de las participantes referir la presencia de agresión verbal (56.67%). (Tabla 5).

Tabla 5. Presencia de agresividad y consumo de alcohol/substancias por parte del veterano de guerra

Características	n=30	%
Abuso de Alcohol		

Sí	5	16.67
No	25	83.33
Abuso de Otras Sustancias		
Sí	1	3.33
No	29	96.67
Agresión Física		
Sí	6	20
No	24	80
Agresión Verbal		
Sí	17	56.67
No	13	43.33

“No podíamos ir ni a las reuniones familiares porque él prefería quedarse en casa” (E14), “una vez se cayó un tenedor y el salió a esconderse detrás de mí” (E2), “llegaba todo tomado y decía que bebió solo una copita” (E6), “no podía decirle nada porque era peor, más enojado se ponía” (E3). Son algunas de las memorias que quedaron marcadas en las parejas sobre las reacciones que solo ellas veían en sus parejas. Contrariedad que se asienta y gradualmente se agrava al no ser reconocido conscientemente por parte de los veteranos como problema, o ser las memorias de guerra su excusa para su consumo y olvido de ellas.

En esta investigación solo una paciente reportó demencia presente en su pareja, “me lleva basura, dice que es para vender, pero que va a vender paraguas rotos... la vecina de la cafetería me dice que le lleva los papelitos de la lotería rotos para que le cambie...” (E25). Comportamientos a los que la mujer tras varios años, se encuentra exhausta física y psicológicamente, ya que, “todos los días debo limpiar la casa de escombros e intentar entrar en razón con él” (E25).

Pese al vivir estos hechos ninguna de las participantes manifestó haber tenido pesadillas al respecto pero, siempre andar vigilante e inclusive un porcentaje comenzar a tomar medicación para poder conciliar mejor el sueño. Por otro lado, la autoestima de las mujeres con agresión verbal se reportó disminuida siendo una agravante la agresión física. Ante lo cual se vieron en la

necesidad de adaptarse a los hechos, intentando equilibrarlos especialmente cuando se hizo presente la ayuda médica, principiando siempre el no empeorar la situación de pareja para no deteriorar la enfermedad del veterano de guerra y su reactividad hacia ella.

El abordaje que se apreció por parte de las mujeres para reaccionar ante la ira, ansiedad e irritabilidad de los veteranos de guerra es la sutileza, paciencia y evitamiento, con lo que consiguen convivir con la pareja. No responder ante los hechos o “dejarle e irme a mi rincón a llorar para que se calme él también” (E8).

Actualmente al conocer que estas reacciones se dan como consecuencia de la guerra y, tras conocer de la enfermedad como consecuencia de la guerra, las mujeres han equilibrado su estado anímico culpando a la guerra en sí “porque no era así” (E27) su pareja y, permitir la expresividad de síntomas del TEPT con el conocimiento de “no tener la culpa” (E11) ninguno de los dos.

(ii) Círculos familiares

Abarcando el ámbito familiar, solo una participante resalto el no haber tenido hijos. Por otro lado, dos participantes, al ser su segundo matrimonio, mencionan tener hijos solo del primer matrimonio pero mantener los mismos buena relación con los padrastros. Solo una madre refirió maltrato físico a la hija y tres postularon maltrato verbal a los hijos. Lo que todas las participantes denotaron fue haber tenido a los hijos inintencionalmente como testigos hasta víctimas de la presencia de los síntomas del papá, sin embargo, al crecer en un hogar sin conocimiento de la enfermedad pero expresividad de comportamientos inesperados muchos se alejaron del hogar e incluso, se marca el rencor hacia el padre de familia.

Se debe destacar la importancia que fue el apoyo así como el aislamiento de los círculos familiares para la persona significativa, ya que, prácticamente todas reportaron la falta de credibilidad con la que los parientes reaccionaban ante la mujeres al ellas comentar su vivencia con el veterano de guerra, especialmente por parte de las familias del esposo. Con ello se veían afectadas emocionalmente y fue acentuada la soledad dentro de esta experiencia de vida.

Por otro lado, los familiares de parte de la mujer veía aquellas vivencias como gajes de pareja o historias de guerra, por lo que tenían mayor escucha pero sin apoyo emocional.

Incrementando a esto la sensación de falta de soporte por parte del veterano para la mejoría de las relaciones familiares que la mujer pretende, “mi hermano vive en el exterior y vino una vez al país, nos invitó a cenar y ya habíamos confirmado, a la hora de salir de la casa él me dice que no va (marido), me sentí ofendida, que culpa tenía yo, peor mi hermano... me dolió tanto, doy tanto por él y él me hace esta ofenda!, que le costaba...” (E12).

(iii) Como sociedad

Referente a las reacciones que la persona significativa tienen ante la presencia de síntomas del veterano diagnosticado con TEPT ante la sociedad, sean eventos específicos o del diario, es el mantener a su pareja con cariño para no exaltar más sus síntomas. Razón por la que han referido la preferencia del veterano de guerra en evitar estar entre círculos sociales así como desistir de eventos. “Ni a las reuniones de ex militares quiere ir” (E5), “se encierra en casa” (E26), “le veo angustiarse ante los ruidos y multitudes” (E15), “se asustó con los juegos artificiales cuando celebraban las fiestas del barrio” (E28), “me daba vergüenza porque estábamos conversando con los vecinos y se iba de repente” (E30).

La adaptación por parte de las mujeres para encontrar tranquilidad y equilibrio en su bienestar se divide en, realizar actos del diario o asistir a eventos sociales solas, como por ejemplo ir de compras o; el ceder ciertas veces a favor del hombre faltando a los programas sociales para quedarse con su pareja en casa y, si llegan a asistir algún evento, retirarse a tiempo, ya que, les permite evitar la angustia propia / hipervigilancia y la angustia / ansiedad expresada por parte de su pareja.

III. Empoderamiento individual y de pareja

a) Individualización/autodiferenciación

Referido a los cambios propios de la persona significativa para autodiferenciarse y no perder su autenticidad dentro del entorno y de pareja.

El convivir con una persona diagnosticada con TEPT trae consigo nuevas experiencias e incluso nuevas perspectivas de los acontecimiento de vida, de la relación de pareja y de sí mismo. Por lo que es importante reconocer los factores positivos que sustentan a la persona significativa en esta vivencia. En esta investigación las mujeres han puntuado entre lo más complicado de vivir con el veterano de guerra con este trastorno es el miedo, la agresividad así como el sobrecargo de roles, es decir, ser padre y madre, mantener el trabajo y sustentar una casa, cuidar del hogar así como de sus integrantes, la medicación, médicos, comportamientos, etc.

Vivir entre la angustia, estrés hasta con amenazas “si me dejas me mato” (E11), “cuidado con lo que dices” (E6), “quieres que me vaya me voy para siempre” (E30), requiere un fuerza excepcional de la persona significativa. Por lo que es esencial el poder enfocar parte de su vida a los intereses personales y tiempo propio para poder restaurar la energía física y mental, así como para poder mantener la esencia ocupando el tiempo y focalización de pensamientos por ciertos momentos en otras cosas, como salir a diario al mercado, realizar ejercicios físicos aptos para su desempeño motriz, visitar o cuidar de los nietos, intentar motivar a la pareja para caminatas o diversas actividades dentro/fuera de casa.

Al mismo tiempo que la mujer trabaja por mantener su personalidad y fortaleza, busca mantener su presencia como pareja ante los demás y para sí misma. Es decir, para no sentir una total soledad y saber que aún con las dificultades tiene a su marido. Esto, igualmente, lo han visto como factor protector para no perder la comunicación ante la sociedad y estar al tanto de las novedades de su entorno, motivando a la convivencia del marido con los demás.

b) Aceptación vs censura

Un gran número de participantes confirman las dificultades que se presentan en cuanto a la comunicación con la pareja. La habilidad para escuchar los eventos traumáticos que los veteranos de guerra vivenciaron en ultramar sin juzgar, culpar o sentir pena, se recalca desde el inicio de su convivencia. Reforzando esta práctica hasta llegar a la actualidad, línea de tiempo en el que manifiestan oír al veterano sin prestar atención a la plática para no verse influenciadas por las emociones que emite la pareja al re-experimentar ello y, poder “traer de vuelta” (E20) su pareja “distrayéndolo para que no sufra” (E29).

Ante la presencia de los síntomas de la pareja, la persona significativa se ve envuelta en un medio delicado para intentar conversar con su pareja y sostener emocionalmente a su marido para que él vuelva a un estado relajado, consciente de lo que dice y de sus reacciones. Pese a que la dificultad es evidente, especialmente “cuando explota y quiere partir la pared” (E25), todas señalan reforzar su propia estabilidad emocional para “no acabar con la casa” (E6) o “hacer peor dos enfermos” (E11).

La tendencia para hoy en día entre las participantes es el evitar ellas traer a conversa temas relacionados a la guerra, así como ver películas, noticias o documentales de guerra, guardar las fotografías/recuerdos de ultramar y, reaccionar ante cualquier otro hecho en el momento que la pareja tiende a iniciar memorias sobre el evento traumático. Sin embargo, el 50% de ellas perciben la falta de control o “falta de esfuerzo” (E8) por parte del veterano de guerra para no traer estas memorias o inclusive enfrentarlas, siendo la respuesta de ellos “no es mi culpa es la enfermedad” (E6), “es la cabeza” (E5), “sabes que no puedo hacer nada dijo el médico” (E30).

IV. Estrategias de *coping*

a) Confidencialidad

La época del enamoramiento fue descrito por todas las participantes como el mejor momento con su pareja. Época donde ambos compartían con amistades, asistían a reuniones, o tiempo de calidad entre ambos. Al comenzar la aparición de los síntomas las participantes reportaron haber estado sorprendidas con las inesperadas actitudes del veterano de guerra. Ciertas familias daban escucha activa al desahogo de la mujer o en ciertas ocasiones los conocidos íntimos, sin embargo, las respuestas y reacciones externas no descartaban la inhabilidad así como el escepticismo ante el tema “ya le pasará” (E15), “es por lo que vivió allá, déjale” (E30).

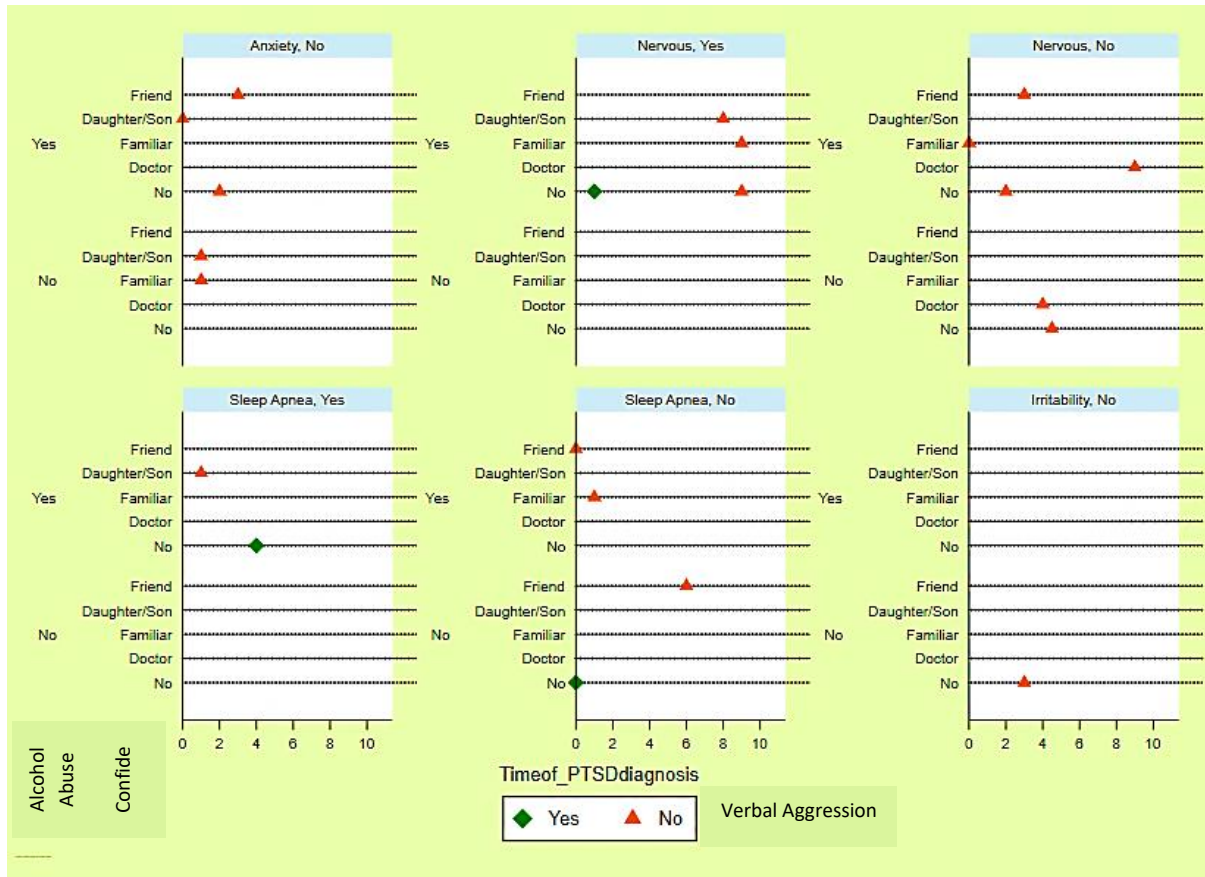
A medida que los síntomas empeoraban las consecuencias dentro del hogar se presentaban con mayor frecuencia y severidad, por lo que las participantes preferían “guardarse todo” (E24), “dejar todo dentro de casa” (E14) que contar con los familiares, amigos o sociedad en busca de apoyo por “vergüenza” (E22), “miedo” (E6) o “prohibición” (E23). Sin embargo, la familia directa (hijos), ayuda directa (médico de familia/psiquiatra) y amistades de por vida fueron bases importantes para las mujeres.

Tabla 6. Distribución de S.O. respecto a la confidencialidad

Características	n=30	%
Confidencialidad		
Amigo	7	23.33
Hija/o	5	16.67
Familiar	5	16.67
Doctor	2	6.67
No	11	36.67

Al no poder transmitir/compartir la situación y contexto en el que viven día a día la mayoría de las participantes, recalando que el tiempo es una variable importante a tomar en cuenta, se puede observar que a mayor lapso de tiempo de diagnóstico se observa la disminución de agresividad, reportada como aceptación o indiferencia, siendo parte de su adaptación e intento de evitar exacerbar más los síntomas de la pareja (Gráfica 3).

Gráfico 3. Correlación entre abuso de alcohol, confidencialidad vs. tiempo de diagnóstico del TEPT, agresión verbal, según motivo de diagnóstico y agresión física.



Mediante el Gráfico 3 se puede distinguir la presencia de agresión verbal con una correlación positiva en la manifestación de nerviosismo y apnea de sueño por parte del veterano de guerra así como la agresión física hacia las mujeres, siendo ello ligado a los primeros años de convivencia con el diagnóstico confirmado del TEPT y, presencia de abuso de alcohol por parte del veterano. Ante esto, se observa la negativa de expresión de las mujeres ha compartir la situación de convivencia con la pareja o, ser transmitidos a los hijos sobre los acontecimientos y síntomas manifestados, especialmente en la presencia de ansiedad y nerviosismo.

b) Apoyo

(i) Interno / creencias / educación

(ii) Profesional

Entre las estrategias de *coping* que las participantes consiguieron abarcar para la convivencia con los síntomas del TEPT del veterano de guerra sobresale la fuerza interna. El propio esfuerzo, empuje personal hacia mejorar la relación consigo misma y la realidad con la pareja durante esta nueva etapa de coexistencia, así, las participantes se fortalecieron para contener el hogar. Solo una mujer reportó estar divorciada pero seguir conviviendo en la casa con el ex marido, ya que, “le da pena” (E8) y “es la manera de apoyarlo” (E8).

La mayoría de las participantes recalcaron haber tenido la “fuerza divina” (E14) como apoyo personal. Creencias religiosas que sustentaron la fe y esperanza para solventar la relación y aceptar la realidad, con lo que consiguieron sostener a la pareja en momentos de crisis y llegar a superar igualmente los propios momentos de desesperación, frustración, tristeza, trabajo físico y psicológico.

A pesar de las duras experiencias con el marido las mujeres eligieron, aún contra la voluntad de algunos hijos, el no separarse de los veteranos de guerra ya que, “iba a ser peor para él, su enfermedad” (E19), “pena de que los hijos vean al papá abandonado” (E19), “al casarte se dice el matrimonio hasta en la enfermedad” (E30). Todas recalcan el cariño, estima hacia su pareja tomando como impulso el amor con el que se casaron por lo que deciden mantenerse en matrimonio y ser “el ángel de la guarda para él” (E22).

Así mismo reconocen su personalidad fuerte o alegre para sobrellevar o impulsar a la pareja a la mejoría. La paciencia ante sí misma, la pareja, la familia y la sociedad es un factor que resguardó hasta hoy en día la relación matrimonial. Por otro lado, también es visto este factor importante para sostener ante la sociedad la relación, marcado como el social-ético, no abandonar al veterano por ser víctima de guerra. Dando como resultado la costumbre y adaptación a la relación.

Las participantes manifiestan estar actualmente los hombres con apoyo profesional, sin embargo, recalcan haber sido muy tarde. “Si hubieran tenido desde que volvieron apoyo de los médicos estarían bien” (E11), “fueron abandonados luego de la guerra” (E11). Señalando así la falta de información y cuidado profesional y estatal otorgado tanto para los militares como para

los familiares acerca de las consecuencias que la guerra acarrearía en sus vidas, ya que, “si él estuviera bien, yo estaría bien” (E11).

Denotan que la medicación ayuda a estabilizar los síntomas de los veteranos de guerra, siendo contemplados en ciertas parejas más medicación que en otras. Igualmente las participantes comparten tener gastos médicos propios ligadas a los propios síntomas de trauma secundario y cuidados médicos complementarios. Por lo que la preocupación ante ello es ver que económicamente su fondo abarca gran gasto para esto, lo que conlleva a sentir la necesidad del reconocimiento social político sobre la participación del veterano en la guerra para ayudar a solventar las medicinas y cuidados profesionales. Por otro lado, existen medicamentos con efectos adversos entre los que se ha señalado por parte de las participantes la incapacidad del marido de conseguir o mantener relaciones sexuales, sin embargo, “ya fuimos jóvenes, y prefiero no tener sexo a verlo todo ansioso y enojado” (E19).

Discusión

En primera instancia se toma en cuenta que en este estudio los veteranos fueron a la guerra antes de formar una familia y constituir un hogar, por lo que los roles y rutinas así como las alianzas familiares no estaban establecidos formalmente con sus parejas antes del desplazamiento a ultramar. Sin embargo, se puede observar que tras el inicio de la expresión sintomatológica, después de ya haberse conformado una familia, el rol de cada integrante del hogar sufrió un cambio inadvertido. Siendo los signos y síntomas más evidentes e incrementando su severidad tras el retiro laboral, lo que conlleva a un ajuste a los nuevos comportamientos, pensamientos, distribución económica, relación / apoyo familiar y social.

A pesar que para cada participante el tiempo de convivencia con la pareja varía, la apreciación que recae en el tiempo previo a la aparición de los síntomas del TEPT se lo señala como “bueno” (E22), “perfecto” (E11), ya que, sobresale haber sido la convivencia en la época del enamoramiento al igual que una etapa donde las participantes al igual que los veteranos de guerra aún ejercían actividades laborales y/o sociales. Tras la jubilación de cada uno de ellos y mantener una estadía más hogareña, así como el disminuir la ocupación cognitiva y física, se

acentuaron las dificultades en la convivencia dentro del hogar, factores de riesgo que llegan a intensificar los síntomas del trastorno.

Al comenzar la expresión de los síntomas, muchas parejas se encontraban en un ambiente de duda, confusión y desconocimiento acerca de la nueva personalidad que el veterano de guerra manifestaba, “no era quien me enamoró” (E10). Fueron observados los cambios a nivel de pareja, familia y sociedad, sin embargo, al desconocer sobre el tema se ignoraba la mejor manera de reaccionar ante ello o de poder brindar un consejo a la pareja. Por lo que entre los mecanismos encontrados por las mujeres para la convivencia fue la adaptación e hipervigilancia. Medio adaptativo para intentar sostener de la mejor manera las actitudes de la pareja señalado como el “aguantar todo” (E14) y, la hipervigilancia “estar siempre pendiente” (E20) inclusive en la noche, ya que, entre los problemas de sueño se presentaron movimientos y/o expresiones inconscientes en los que salía afligida la mujer, “me daba punta pies dormido” (E22), “me daba en la cabeza” (E19).

Hoy en día, tras el conocimiento de existir una razón aclaratoria formal para los comportamientos “diferentes” (E1) del veterano de guerra, se hace presente la comprensión y el evitamiento, así como la despreocupación ante ciertas actitudes, ya que, “no es su culpa” (E23) y “la medicación ayuda” (E26). Con lo que se puede observar que los ajustes de la persona significativa se dieron a nivel cognitivo, emocional y físico.

Cognitiva y emocionalmente se concibe el desafío desde el inicio, es decir, desde el desplazamiento del “entonces enamorado” (E9) a ultramar, teniendo que aceptar su separación por varios años así como la angustia que provocaba la dificultad de comunicación con la esperanza de no recibir noticias fatales.

Con el regreso de los veteranos de guerra de ultramar se originó en las mujeres el aprendizaje en lidiar y convivir con los eventos relatados por ellos respecto a la experiencia de guerra e, inclusive con los artículos, fotos/recuerdos. Aunque parecían exageradas las anécdotas en primera instancia, al participar en las reuniones de exmilitares fue percatado que era una realidad e inclusive algunas mujeres manifiestan su experiencia como “suerte que no era tan malo como para otras” (E23).

Así como las manifestaciones de los síntomas han variado en cuanto a severidad y tiempo de desarrollo, se ha visto que la actitud del veterano de guerra y de la persona significativa ante las reacciones sintomatológicas, así como la personalidad de cada uno de los que conforman la pareja, influye en el grado de ajuste en la relación de ambos ante esto.

En la relación de pareja hay espacios que solo comparten ambas entes que la conforman, entre los que destaca la hora de dormir. Momento donde la manifestación de pesadillas en el veterano de guerra ha sido reportada por todas las participantes así como la presencia de comportamientos inconscientes. La expresión de la apnea de sueño fue referida como conversas incomprensibles para la mujer hasta movimientos bruscos en la cama, contra la mujer, o, incluso llegando a ser el veterano mismo quien se golpea o cae de la cama. Por otro lado, en momentos donde las personas significativas comparte en silencio con los compañeros (por ejemplo, viendo la televisión o pláticas diarias en casa), se reportó la percepción de mentalidad distraída de los veteranos de guerra conllevando ello en las mujeres una sensación de abandono por parte de la pareja e, inclusive llegar a tener sentimientos de soledad aún con él presente en casa.

Es así como algunas mujeres comenzaron a distinguir el distanciamiento emocional de la pareja así como el distanciamiento en la intimidad física. En otras palabras, se reporta la pérdida ambigua del veterano con lo que las emociones de la mujer fluctúa entre el cariño por su pareja y el desinterés percibido por la falta de comunicación, interacción, confianza y/o demostrar apoyo a la mujer y, no solo ser ella quien “de todo” (E8). Por lo que, se recalca que al no compartir con las parejas las experiencias/memorias/sentimientos traumáticos, sea por proteger a la familia o así mismo para evitar recuerdos indeseables del trauma, surge el distanciamiento físico y emocional. Siendo esto más notable para las mujeres al observar en las parejas la inclinación de comunicación con colegas o amigos, correspondiendo esto como precursor de sentimientos de exclusión e inclusive una disminución dentro de la intimidad de pareja. Postulado señalado en las investigaciones de McFarlane y Bookless (2001) y Regehr (2005) con las víctimas de trauma. Por lo que se puede confirmar con este estudio las consecuencias negativas que surgen en la víctima secundaria al evitar o negar la participación activa de la compañera/mujer en las memorias, preocupaciones y salud en general del veterano de guerra con TETP.

Entre las adversidades que las participantes destacan como trascendentales en su convivencia con el veterano de guerra se encuentran el abuso del consumo de alcohol y la presencia de agresión

física así como la agresión verbal, las cuales llegan a repercutir en ellas y el entorno. Al igual, se reconoce que un factor muy importante encontrado en este estudio es el tiempo. Esto incorporado a la agresión verbal que la mujer ha sostenido durante su convivencia con el veterano, refiere conllevar a una disminución en la apreciación de imagen, percepción crítica a la manifestación cognitiva y reacción emocional junto con el desempeño conductual de la mujer, consecuencias agravadas con la existencia de agresión física, lo que manifiesta tener alta correlación con la baja autoestima auto dividada.

Se ha señalado en los trabajos de Yaffe, Vittighoff, Lindquist, Barnes, Covinsky, Neylan *et al.* (2010) que el TEPT actúa como factor de riesgo para el desarrollo de demencia, disminución en la calidad de vida (Zatzick Marmar, Weis, Browner, Metzler, Golding *et al.*, 1997), problemas para re incorporarse a la vida comunitaria (Sayner, Noorbaloochi, Frazier, Carlson, Gravely, & Murdoch, 2010), e incremento en el consumo de alcohol así como de drogas ilícitas (Ouimette, Coolhart, Sugarman, Funderburk, Zelman, & Dornau, 2008). Consecuencias y nuevas características que en esta investigación las personas significativas han confirmado tener que lidiar en sus vidas, variando según la calidad y tiempo de convivencia como pareja así como la intensidad y tiempo de la presencia sintomatológica de este trastorno. Factores que actúan al igual como disparadores para la manifestación sintomatológica de estrés traumático secundario en las personas significativas, influenciando ello en la calidad y cantidad de desenvolvimiento personal, social y laboral dentro y fuera del hogar.

VARIABLES QUE IGUALMENTE EN SEVERIDAD DEPENDEN DE LA PERSONALIDAD DE LOS QUE CONFORMAN LA PAREJA Y/O EL HOGAR. En el análisis transversal postulado por Meffert, Henn-Haase, Metzler, Qian, Best *et al.* (2014), se observa que las personas diagnosticadas con TEPT se envuelven en matrimonios más violentos que los pacientes sin este diagnóstico. Sin embargo, estos autores igualmente recalcan la bidireccionalidad de esta violencia, es decir, las personas con TEPT tienen un mayor probabilidad de violencia hacia sus parejas y, al igual, son más propensas a recibir violencia de sus parejas (Goff, *et al.*, 2007; Jordan, Marmar, Fairbank, Schelenger, Kulka *et al.*, 1992; Renshaw, Allen, Rhoades, Blais, Markman, & Stanley, 2011; Riggs, Byrne, Weathers & Litz, 1998; Taft *et al.*, 2007). Postulado que por medio de nuestro estudio, al tener la participación única de las mujeres, no podemos corroborar, los resultados de esta investigación por en tanto

indican la presencia de violencia por parte de los hombres dirigida a las mujeres pero no podemos confirmar la direccionalidad con la que se desenvuelve entre la pareja.

La experiencia, expresión e intercambio de afecto positivo y negativo se lo ha visto como una interacción bidireccional entre las parejas, es con esto que se puntualiza a la emoción positiva o negativa de los cónyuges como factor predictivo a largo plazo en cuanto a satisfacción marital o divorcio/separación, donde se ha visto que las parejas con mayor porcentaje de divorcio presentaban menor ajuste marital (Gottman, Coan, Carrére, & Swanson, 1998; Miller *et al*, 2013; Gottman & Krokoff, 1989). En esta investigación únicamente se puede apreciar como la experiencia, expresión e intercambio de afecto es unidireccional, en otras palabras, ser las esposas/compañeras quienes han reportado el aceptar y/o se han adaptado como medida precautelaría o por acumulación y fatiga de convivencia a lo manifestado por el veterano. Recalcan preferir el no reaccionar y acoplarse al hombre para no exacerbar los síntomas, siendo esto precursor a la acumulación de cogniciones y emociones mal adaptativas en las mujeres, reprimiendo sus expresiones verbales y conductuales lo que acarrea una disminución y / o dificultad para la ejecución de las diversas tareas del día a día. Sin embargo, se recalca que para concretizar la direccionalidad de esta interacción entre pareja, es imprescindible conocer la perspectiva y vivencia de ambas personas que conforman la pareja.

Principio relevante en la vivencia del trauma secundario al reconocer que la acumulación de esta experiencia traumática y de los síntomas de la pareja puede disminuir la capacidad adaptativa positiva de la persona significativa ante subsiguientes acontecimientos estresantes (por ejemplo, agresión por parte de la pareja, incompreensión familiar) como consecuencia de haber sido debilitados los sistemas adaptativos del cuerpo y de la mente ante el estrés (Leinweber & Rowe, 2010; Wilson & Thomas, 2004). Notase con ello que el porcentaje de agresividad llega a mantener un matrimonio por miedo a la reactividad de la pareja, amenazas, por compasión al saber que son efectos de la enfermedad, por tener pena del veterano de guerra al haber quedado con esas secuelas y realzando sus creencias y esperanzas así como el compromiso social familiar.

Se denota como aprendizaje/adaptación por parte de las mujeres el no reaccionar a la explosividad del veterano de guerra para intentar apaciguar su estado y no deteriorar la situación. Actualmente este comportamiento adaptativo de las personas significativas, junto con el conocimiento de la existencia de la enfermedad como consecuencia de los eventos traumáticos de

guerra, han sabido forjar un escudo protector para su relación de pareja, dando como responsables de esta vivencia a la política y a la guerra como acto en sí al que fueron obligados sus compañeros de vida a participar, brindando ello como factor *coping* cognición positiva sustentada en la empatía. Resultados que se pueden vincular con el modelo procesual de Moreno-Jimenez, Morante, Rodríguez y Garrosa (2004), donde se señala que la sintomatología y esquemas cognitivos para la manifestación del ETS se encuentran basados en los antecedentes organizacionales y de personalidad destacando ante todo la empatía.

Lo que permite el reconocimiento del rol de las personas significativas mediante el hecho de ser las mujeres quienes mantiene el dinamismo y capacidad física como psicológica destinada a esta convivencia, siendo la auto potencia lo que les proporciona la determinación para poder enfrentar cada demanda del día a día. Ello se lo ha visto ligado a las creencias personales, es decir, la propia fuerza interna y esperanza, tomando el trabajo en sus manos para que la vida sea siempre hacia adelante. Además, se puede referir el compromiso moral, religioso y social tradicional. En otras palabras, mantienen la conciencia del cansancio, opción de divorcio y/o separación frente al empoderamiento propio, como pareja y entre los miembros de la familia como un aspecto positivo para la relación matrimonial lo que refuerza su estabilidad conyugal y personal. Aspectos que permiten observar la alta capacidad de resiliencia de las participantes de este estudio, siendo el nivel de afrontamiento, dominio y evolución de cada situación fundamentales para el fortalecimiento y construcción de competencias favorables individuales, de pareja, familiar y social (Agaibi, y Wilson, 2005; Luthar, y Cicchetti, 2000; Melillo y Ojeda, 2005; Morais, y Koller, 2011).

Otra manifestación sintomatológica con la que tienen que lidiar y conllevar las personas significativas de la persona diagnosticada con TEPT, es la falta de interés o evitamiento a la sociedad o eventos socioculturales. La mayoría de parejas participantes de este estudio aprecian su edad como joven y socialmente activas, por lo que ha sido una de las consecuencias más duras en adaptarse y apoyar física y psicológicamente al veterano de guerra, siendo esta etapa de ceder proporcional a los síntomas de evitamiento propio.

Dejar de asistir a eventos que les gustaría compartir con la sociedad como por ejemplo año nuevo, o, tener que ausentarse temprano de reuniones familiares o sociales (por ejemplo, convivios militares) ha sido señalado como esencial para evitar exaltar más los síntomas de la pareja, ya que,

son ellas quienes deben acarrearse las posteriores conductas de los maridos. Se debe destacar que como personas significativas han sabido positivamente conllevar estas reacciones, siendo el evitamiento de ambos a los eventos o, asistencia únicamente por parte de la mujer, factores protectores ante la expresión sintomatológica de trauma en ambos, como por ejemplo la hipervigilancia por lo que se puede referir esta solución como *coping* activo al ser visualizada el costo beneficio de esta estrategia ponderada por las mujeres (Doyle, Becker, Newwly, Johnston, & Pepperell, 2015; Pereira da Cunha, 2018; Vara, 2014).

En cuanto a las relaciones familiares, existen parejas que se han alejado totalmente de ellas o mantienen poco contacto por el esfuerzo que la mujer manifiesta. Es decir, las actitudes reactivas del veterano de guerra incluso se han presenciado en ocasiones dentro de eventos familiares o su evitamiento a las reuniones, pero se recalca el distanciamiento de la mujer al verse incomprendida hasta disminuida en credibilidad al compartir con el resto de la familia su experiencia de convivencia con el veterano de guerra. Lo que corrobora con el estudio de Outram *et al.* (2009) que mencionan el aislamiento familiar por parte de las mujeres de veteranos de guerra en un ámbito general.

Por otro lado, en esta investigación realizada, según el relato de las participantes y mención interesante para ser abarcado en futuros estudios con la participación de los integrantes del hogar, existe alto porcentaje de abandono de los hijos al haber sido ellos testigos y hasta víctimas de los síntomas (agresión verbal y física) por parte del padre. Ante ello, son las madres quienes al ser vistas como víctimas por parte de los hijos, mantiene comunicación o visitas infrecuentes para dar soporte emocional o acompañamiento físico, siendo esto una estrategia de *coping* emocional en la que ellas consiguen renovar las energías. Resultados que confirman los postulados de Carroll, Rueger, Foy y Donahoe (1985), Glenn *et al.* (2002), Jordan *et al.* (1992), quienes encontraron mayor agresión física y verbal a los hijos y parejas por parte de veteranos de guerra con TETP comparado con veteranos de guerra sin TEPT.

Es así como en esta investigación se destaca el ajuste que las mujeres de los veteranos de guerra diagnosticados con TETP extienden en la percepción de vida, de pareja y de sí mismas. Donde el mayor porcentaje afirma el habituarse a la nueva situación conyugal e, inclusive soportar ciertas actitudes de la pareja o continuar en la relación por los hijos y/o la vergüenza del divorcio ante la sociedad. Al igual, por el amor que los unió en su juventud, encontrar como estrategias de

coping el retomar las energías en la religión y creencias propias que empoderan su ser, la igual que mantenerse ocupadas (hobbies, familia, médicos, compras diarias) y, especialmente evitar reaccionar ante el conyugue en momentos de expresión sintomatológica o al conyugue mismo en su totalidad.

El regreso de ultramar de los veteranos de guerra marca un inicio de memorias compartidas consciente o inconscientemente con sus parejas. Ante esto las mujeres han sabido expresar su curiosidad e interés en un principio, sin embargo, a medida que fueron siendo repetitivas y traumáticas estas historias confirman las participantes llegar a confrontar al veterano de dejar aquellas memorias negativas en el pasado.

Actualmente la mayoría manifiesta preferir evitar aquellas conversas para no perjudicar las reacciones del veterano de guerra así como las reacciones de sí mismas, es decir, causar altos niveles de síntomas de trauma secundario. Al haber ya permitido el desahogo de este acontecimiento traumático prefieren hoy en día no reaccionar a ello intentando redireccionar a la pareja con otros temas o eventos. Destacando su dificultad cuando perciben una falta de esfuerzo del compañero para enfrentar las memorias o comportamientos llegando hasta escudarse en la enfermedad.

Sin embargo, se acentúa que pese a una falta de conversa activa sobre el estado de la propia persona significativa con familiares, amigos, sociedad en general, un porcentaje bajo de las participantes señalan la importancia que ha sido, en cierto momento surgido, durante el convivir con el veterano de guerra el haber podido permitirse transmitir al cónyuge sobre su estado y percepción como pareja. Siendo esto observado como una descarga emocional para ellas al haber podido compartir, desahogar sus sentimientos con el veterano, pese a no tener siempre un estado de comprensión o cambio de comportamiento de la pareja.

Lo cual se ha visto expuesto en la literatura como estrategia adaptativa del *coping*, es decir, cuando la mujer da a revelarse a sí misma para compartir sus emociones y cogniciones con su pareja se ha visto como tendencia positiva ya que ayuda como factor protector y recurso para aliviar los síntomas del trauma secundario (Finkenauer & Hazam, 2000). Dando este proceso la oportunidad de mantener la intimidad entre la pareja, la apertura y la confianza mutua, sobre todo

el descargo emocional que potencia a la relación (Dekel & Solomon, 2006; Finkenauer & Hazam, 2000).

Es así mismo que se puede diferenciar en las mujeres como estrategia de afrontamiento propio el evitamiento al no poder/querer descargar su estado con amigos, familiares o sociedad en general por vergüenza, desconocimiento, miedo o pena de su pareja. Siendo los hijos, descrito por las participantes, quienes fueron parte de esta realidad, los que en tendencia hasta el momento conocen los avances o recaídas el veterano así como de las mujeres ya que son ellas quienes debe hacer frente a los comportamientos y actitudes. Por lo que la comunicación de madre-hijo/a es percibida por ellas como la fuerza y resguardo que les permite continuar su realidad. Decisión que ellas refieren preferir para evitar prejuicios sociales y mantener el conocimiento de los eventos negativos únicamente dentro del hogar. En el estudio de Brockman *et al.* (2016) se pudo observar como los conflictos y violencia intrafamiliar son presentados con la pareja e hijos de veteranos de guerra o miembros de servicio activo.

Se destaca el soporte y permanencia de la mujer, dentro de un matrimonio lleno de contradicciones para su bienestar físico y moral, al ser parte de una sociedad religiosa con la que fueron educadas, teniendo que mantener una perspectiva positiva ante los acontecimientos de pareja, siendo el amor, la esperanza, el sentimiento de aprecio o pena lo que les da motivación para quedarse y seguir esforzándose en ayudar al compañero. Igualmente el tiempo ha sido un factor que les ha permitido habituarse a esta relación sin dejar su fe y creencia religiosa. Esto recalca los valores, creencias y educación recibida desde la infancia, constructos de autorregulación y regulación interactiva hacia la relación de pareja. El casarse y mantener el matrimonio pese a los imprevistos surgidos, “fueron 40 años de picardías que me hizo, ahora ya está calmado” (E4). Permanecer en pareja en las buenas épocas económicas y de salud así como en las épocas problemáticas “no por estar enfermo lo voy a dejar” (E4). Sostener las propias angustias y ayudar al otro “con que él esté bien, yo estoy bien” (E8), “me educaron para quedarme con mi marido pese a todo” (E24).

CAPÍTULO V

ESTUDIO CUANTITATIVO

Metodología Investigativa

En el desarrollo de esta investigación, como parte fundamental del Programa Doctoral en Psicología de la FPCEUP, fue realizado un entrenamiento intensivo en la Escuela de Salud Pública y Medicina Preventiva en la Universidad de Monash, Victoria, Australia. Durante esta estancia, bajo la supervisión profesional del grupo de investigación, especialmente de la doctora a cargo del análisis del proyecto a correr en el área de salud mental, fue llevado a cabo importantes tipos de doctrinas dentro de los cuales incluyó el programa STATA 15.

Stata es un software estadístico para el análisis y gestión de datos, y gráficos creado por StataCorp en 1985. Principalmente es utilizado dentro de las instituciones académicas y empresariales que tienen un enfoque investigativo especialmente en ciencias sociales, biomedicina, economía, ciencias políticas, epidemiología y más (StataCorp, 2019). Entre los puntos fuertes para el uso de este programa estadístico, denotan la simulación, combinación y remodelación de datos, posibilidad de reproducción y documentación de los análisis de datos para publicaciones y revisiones (StataCorp, 2019). Se pueden administrar diferentes tipos de variables y recopilar los resultados en grupos o réplicas (StataCorp, 2019). Así mismo cuenta con la posibilidad de importar y exportar diversos tipos de archivos para poder combinar, crear y transformar los conjuntos de datos y, con el control de versiones permite la reproducción de los mismos resultados con el factor tiempo en aislante (StataCorp, 2019).

El uso del programa estadístico STATA para esta investigación tiene como finalidad el análisis de multivariantes, reconocer los índices sintomatológicos como ansiedad, depresión y más, observar la percepción de calidad de vida como satisfacción de salud y apreciar los índices de TETS mediante la estructura de modelos de correlación, regresión entre otras configuraciones que permiten el análisis del estudio.

Herramientas de Investigación

Una vez explicado el proyecto a ser llevado a cabo con las participantes, confirmando la colaboración anónima y voluntaria por medio de la firma del consentimiento informado, desarrollado el cuestionario sociodemográfico, y, en la mayoría de participantes al finalizar la

entrevista o durante la entrevista según se apreciaba mayor disponibilidad y facilidad de desenvolvimiento de cada mujer percibido por la investigadora, se prosiguió con la elaboración de los cuestionarios a describir.

Brief Symptom Inventory (BSI)

El Inventario Breve de Síntomas (*Brief Symptoms Inventory, BSI*, Derogatis, 1983; versión portuguesa Canavarro, M. C., 1999) (Anexo VIII.) es un instrumento de auto respuesta compuesto por 53 ítems, en el cual el participante debe contestar en una escala de Likert de 5 puntos, desde 0 (Nunca) a 4 (Extremadamente), el grado en el que el problema le ha llegado a afectar. Este inventario fue desarrollado en relación al SCL-90-R (Derogatis & Melisaratos, 1983) con el objetivo de disminuir el tiempo empleado por cada persona para su elaboración, utilizando así únicamente los ítems con mayor peso que definen a cada dimensión psicopatológica que valora.

Este instrumento evalúa la sintomatología psicopatológica por medio de 9 dimensiones básicas y 3 índices generales (Canavarro, M. C., 1999):

- Somatización, avalúa el malestar percibido del funcionamiento somático como quejas del sistema cardiovascular, respiratorio, gástrico u otro. Además de dolores musculares y equivalentes somáticos que reflejan ansiedad o con clara mediación autónoma.
- Obsesión-Compulsión, dimensión que evalúa cogniciones, impulsos y conductas ejecutados persistentemente ante los cuales las personas son conscientes pero incapaces de resistir.
- Depresión, esta dimensión enfatiza la depresión clínica centrado en el afecto y humor disfórico, pérdida de energía vital, falta de interés y motivación por la vida.
- Ansiedad, los ítems que componen esta dimensión son el nerviosismo y tensión, síntomas de ansiedad generalizada y ataques de pánico.
- Agresividad-Hostilidad, contiene indicadores cognitivos, emocionales y conductuales enfatizando el afecto negativo de cólera.

- Ansiedad Fóbica, dimensión caracterizada por ser una desproporcional respuesta de miedo irracional persistente en relación a una persona, lugar o situación, lo que podría conllevar al evitamiento del estímulo.
- Ideación Paranoide, definida como el funcionamiento perturbador de las cogniciones. Incluye pensamientos de sospecha, hostilidad, pensamiento proyectivo, egocentrismo, miedo a la pérdida de la autonomía y delirios.
- Sensibilidad Interpersonal, incluye a los sentimientos de inadecuación personal, inferioridad, auto disminución, especialmente al compararse ante los demás. También abarca la incomodidad e timidez ante el desenvolvimiento social.
- Psicoticismo, representada por el aislamiento y el estilo de vida esquizoide, así como síntomas primarios de esquizofrenia indicado por las alucinaciones y control de pensamiento. Esta dimensión se enfoca en representar la dimensión continua de la experiencia humana siendo por ello de manera gradual su evaluación.
- Índice de Severidad Global (IGS), escala que representa la puntuación combinada de la intensidad del malestar vivenciado con el número de síntomas señalados.
- Índice de Malestar por Síntomas Positivos (ISP), señala la media de intensidad de todos los síntomas que fueron marcados.
- Índice Total de Síntomas Positivos (TSP), este índice puntúa el número de quejas sintomatológicas expresadas.

Se ha encontrado una consistencia interna de .71 a .85; fiabilidad test-retest de .68 a .91 (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010); Canavarró (1999) al dar una adaptación portuguesa revela que la mayoría de las sub-escalas tienen una consistencia interna mayor a .70 con una fiabilidad de test-retest de .65 y .80 (alfa de Cronbach de Somatización: .80; Obsesión-Compulsión: .77; Depresión: .73; Ansiedad: .77; Agresividad-Hostilidad: .76; Ansiedad Fóbica: .62; Ideación Paranoide: .72; Sensibilidad Interpersonal: .76; Psicoticismo: .62). El punto de cohorte es de 1.7 por lo que una puntuación mayor o igual a este valor en el Índice de Síntomas Positivos distingue a las personas emocionalmente perturbadas de la población normal (Monteiro & Maia, 2009).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Bref)

Instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud [OMS, 1994] siendo adaptado a la versión portuguesa por Canavarro *et al.* (Canavarro *et al.*, 2007) (Anexo IX.). Es una medida genérica, multidimensional y multicultural que evalúa la calidad de vida según la propia percepción de la persona. La escala de respuesta de este instrumento sigue una metodología tipo Likert que va de 1 a 5, donde a mayor puntaje en la respuesta se observa mayor calidad de vida (Vaz Serra *et al.*, 2006). WHOQOL-Bref está diseñado en base al WHOQOL-100 como medida abreviada para una menor demanda de tiempo en su elaboración por parte de cada participante.

WHOQOL-Bref consta de 26 ítems de los cuales los dos primeros valoran en maneral general la calidad de vida y salud, mientras que los 24 restantes valoran dentro de cuatro dominios que pertenecen a:

- Salud física, esta medida representa la actividad de la vida diaria, capacidad de trabajo, la existencia de dependencia a medicamentos, así como la energía y fatiga, movilidad de la persona, dolor e incomodidad, al igual que sueño alcanzado y el descanso.
- Salud psicológica, incluye la percepción sobre la imagen corporal y la apariencia física, sentimientos positivos como negativos, autoestima, al igual las creencias personales, religión, espiritualidad y cogniciones, aprendizaje, memoria y concentración.
- Relaciones sociales, abarca las relaciones personales, la actividad sexual, así como la percepción del apoyo social recibido.
- Medio ambiente, esta medida contiene recursos financieros, la percepción sobre la libertad, seguridad física y bienestar, salud y asistencia social hondando en su accesibilidad y calidad. Al igual su percepción del ambiente en casa, alcance de informaciones y habilidades, participación y oportunidades para actividades recreativas o de ocio, acceso a transporte y entorno físico (ruido, clima, contaminación, transito).

Este instrumento posee una consistencia interna satisfactoria medido por el Coeficiente de Cronbach (dominios = .79; 26 Ítems = .92) siendo para Salud Física: .87, Salud Psicológica: .84,

Relaciones Sociales: .64 y Medio Ambiente: .78 (Vaz Serra *et al.*, 2006) y, se encontró por medio de un modelo lineal de los dominios una varianza del 44% utilizando una regresión lineal múltiple (Fleck *et al.*, 2000).

Impact of Event Scale – Revised (IES - R)

Esta escala fue presentada por Horowitz, Wilner y Alvarez en 1979 y, adaptada a la versión portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, y Rocha en 2007. El objetivo de esta escala es evaluar el malestar subjetivo que se desarrolla y prosigue de las experiencias traumáticas (Weiss & Marmar, 1996) (Anexo X.). En este cuestionario la persona debe contestar con qué frecuencia ha vivenciado cada uno de los síntomas indicados en los ítems dentro de una escala de cinco puntos tipo Likert cuyos valores van de 0 (nunca) a 4 (a menudo) (Weiss & Marmar, 1996).

Esta escala consta de 22 ítems los cuales se dividen en:

- 7 ítems de intrusión, esta dimensión incluye pesadillas, imágenes recurrentes indeseadas, sueños, ilusiones e ideas obsesivas. Es decir, son pensamientos e imágenes involuntarias que son repetitivas con respecto a el evento traumático, lo que incluye con ello los sentimientos relacionados a la experiencia, por lo que en el IES-R se incluye el ítem de flashback para medición de la re experiencia disociativa conductual.
- 8 ítems de evitación, medida que abarca la negación y evitación de memorias, lugares, personas, sentimientos y pensamientos relacionados al trauma, lo que causa un desenvolvimiento disminuido de la persona en su entorno personal así como social.
- 6 ítems de hiperactividad, envuelve la irritabilidad, concentración, hipervigilancia, respuestas fisiológicas así como respuestas de activación del individuo.

El resultado total de esta escala puede variar entre 0 y 88 puntos, siendo reflejada la probabilidad de presencia de trauma al obtener resultados mayores a 33 puntos. Esta escala presenta una consistencia interna total alta (.923) y, mediante un análisis factorial reveló una varianza total de 61,3% (Vieira, 2007). Siendo igual para cada una de las subescalas (Alfa de

Cronbach de Intrusión: .86 a .94, Evitamiento: .85 a .90, Hiperactividad: .79 a .91) (Matos, Gouveia & Martins, 2011).

Resultados

Con objetivo de examinar los síntomas actuales del Trastorno de Estrés Secundario en las personas significativas participantes, se analizan los índices de diagnóstico distinguiendo especialmente los índices de Ansiedad y de Depresión que presentan en hoy en día las parejas de los veteranos de guerra, foco basado en la literatura encontrada. Estadísticamente, al ser tratado el estudio desde un punto de vista clínico, especialmente al ser una muestra relativamente pequeña, sensible y particular, los datos se reconocen como significativos.

BSI

Respecto al análisis de las variables del BSI, podemos observar a través de la media (Tabla 7) que la puntuación más alta alcanzada de manera agregada entre las participantes avalía síntomas en relación a las Obsesiones - Compulsiones, es decir, hay una tendencia expresiva cognitiva y conductual percibida como persistente respecto a su manejo de la relación con el veterano de guerra, la vivencia del evento traumático y los síntomas de TEPT.

Seguido encontramos como segunda marcante sintomatológica la Ansiedad, lo cual confirma la tensión y nerviosismo con la que viven el día a día las mujeres de los veteranos de guerra diagnosticados con TEPT.

Al igual, se puede observar que es confirmada por la media alta la Depresión, es decir, indicadores de humor disfórico, pérdida de interés y motivación, recalcando con ello el cansancio y falta de afecto que las mujeres alcanzan tras esta convivencia.

En cuanto los índices totales muestran que, el Índice General de Síntomas (GSI), que indica la intensidad del malestar señalado por las participantes, alcanza una media de 0.13; El Índice de Síntomas Positivos (PSDI) que representa la media de intensidad de los síntomas

señalados por las mujeres es de 1.65 y, el Total de Síntomas Positivos (TSP) es de 16.6 lo que indica la media en cuanto a las quejas sintomatológicas presentes en las participantes de este estudio. Se toma en cuenta que la autora Canavarro (1999) considera como punto de corte en la población portuguesa el valor igual o mayor a 1.7 indicado por el GSI, siendo las puntuaciones medias de la población general de 0.83 y en la población clínica de 1.43.

Tabla 7. Estadísticas descriptivas de las variables del BSI

Variable	Mínimo	Máximo	Mé dia	Desviación Estandar	Intervalo de Confianza*
Somatización	0	1.71	0.52	0.07	(0.36 - 0.69)
Obsesivo - Compulsivo	0	3	1.12	0.11	(0.88 - 1.36)
Sensibilidad Interpersonal	0	2.25	0.45	0.1	(0.24 - 0.66)
Depresión	0	1.83	0.7	0.1	(0.49 - 0.92)
Ansiedad	0	2.33	0.76	0.1	(0.55 - 0.96)
Hostilidad	0	1.2	0.49	0.07	(0.34 - 0.64)
Ansiedad Fóbica	0	0.8	0.12	0.04	(0.04 - 0.21)
Ideación Paranoide	0	1.4	0.38	0.08	(0.21 - 0.54)
Psicoticismo	0	1.8	0.53	0.1	(0.31 - 0.74)
GSI	0.018	1.5	0.13	0.04	(0.03 - 0.23)
PST	1	39	16.6	1.62	(13.33 - 19.99)
PSDI	1	2.58	1.65	0.07	(1.51 - 1.80)

*95% de Intervalo de Confianza

° media población general GSI (0.83), TSP (26.99), PSDI (1.53) (Canavarro, 1999)

°°media perturbación emocional GSI (1.43), TSP (37.34), PSDI (2.11) (Canavarro, 1999)

La regresión multivariante estima las covarianzas entre ecuaciones, lo que permite comprobar los coeficientes y errores estándar entre las ecuaciones. La Tabla 8 nos permite apreciar esta regresión de cada uno de los síntomas marcados de manera agregada por las participantes de este estudio sobre el total de los índice sintomatológicos correspondientes al BSI.

Podemos observar que la variación proporcional correspondiente al R-sq predictor de los síntomas explican el 63%, 93%, 70% de varianza en las variables resultado GSI, PST y PSDI respectivamente. Así mismo podemos comprobar que un cambio de una unidad en el síntoma de Somatización está asociado con un cambio de 0.06 unidades en el valor predicho del Índice General de Síntomas, 4.46 unidades en el Total de Síntomas Positivos y una disminución de 0.04 unidades en el Índice de Síntomas Positivos.

Por lo que se manifiesta la aparición sintomatológica de las Obsesiones Compulsiones relacionado con los índices de totalidad del BSI, seguido por la presencia de los síntomas de Ansiedad en las participantes en el GSI. Para el PST se manifiesta especialmente la Ansiedad Fóbica y la Ideación Paranoide, mientras que para el PSDI se observan la Depresión y la Sensibilidad Interpersonal marcadas por las mujeres de este estudio.

Tabla 8. Evaluación de síntomas de trauma sobre los índices sintomatológicos del BSI por medio de la regresión multivariante

	Variable	Coefficiente	Desviación Estandar
Índice General de Síntomas (GSI)	Somatización	.06	.11
	Obsesivo - Compulsivo	.17	.07
	Sensibilidad Interpersonal	.12	.12
	Depresión	-.13	.12
	Ansiedad	.14	.09
	Hostilidad	-.05	.11
	Ansiedad Fóbica	-.24	.21
	Ideación Paranoide	.06	.13
	Psicoticismo	.12	.11
Total de Síntomas Positivos (TSP)	Somatización	4.46	1.64
	Obsesivo - Compulsivo	2.64	1.06
	Sensibilidad Interpersonal	.12	1.71
	Depresión	-1.29	1.71
	Ansiedad	1.04	1.36

	Hostilidad	1.75	1.64
	Ansiedad Fóbica	7.9	2.97
	Ideación Paranoide	7.39	1.91
	Psicoticismo	5	1.6
Índice de Síntomas Positivos (PSDI)	Somatización	-.04	.15
	Obsesivo - Compulsivo	.12	.09
	Sensibilidad Interpersonal	.09	.15
	Depresión	.69	.15
	Ansiedad	.2	.12
	Hostilidad	.15	.15
	Ansiedad Fóbica	-.39	.27
	Ideación Paranoide	-.39	.17
	Psicoticismo	-.31	.14

R-sq GSI= 0.63

R-sq PST = 0.93

R-sq PSDI = 0.70

Para poder percibir el grado de asociación entre las variables es importante considerar el coeficiente de correlación (r). Se conoce a la correlación como la técnica que permite analizar la intensidad de relación entre las variables postuladas (Leyva Cordero & Flores Hernández, 2014). Para determinar la correlación en esta investigación se analiza el coeficiente de Pearson con significación bilateral, la cual, permite contrastar la hipótesis nula (Barón López, n.f). Los valores del coeficiente pueden oscilar entre -1 y +1 cuyo signo negativo o positivo va a indicar la dirección de la relación, siendo que la correlación es más fuerte en cuanto el valor más se aleja de 0 (0: correlación nula; de 0 a .2: muy baja; de .2 a .4: baja; de .4 a .6: moderada; de .6 a .8: alta; de .8 a 1: muy alta; 1: correlación perfecta) (Leyva Cordero & Flores Hernández, 2014).

La correlación bivariada entre las variables sintomatológicas que evalúa el BSI (Tabla 9) demuestra que existe una correlación positiva entre ellas, variando entre .12 (Hostilidad - Ansiedad Fóbica) y .78 (Depresión - Psicoticismo); siendo las correlaciones más significativas puntuadas entre Somatización-Ansiedad ($r = .61$), Sensibilidad Interpersonal-Ideación Paranoide ($r = .74$), Depresión-Psicoticismo ($r = .78$). Mientras que las correlaciones entre los índices totales podemos

observar que PST presenta los valores estadísticos más representativos (todas las correlaciones significativas para $p < .01$).

Tabla 9 - BSI: Coeficientes de correlación entre las variables de la muestra total (N=30)

Variable	S.	O.C	S.I	D.	A.	H.	A.F	I.P	P.	GSI	PST	PSDI
Somatización	1	.52**	.46**	.39*	.61**	.41*	.29	.35	.49**	.59**	.71**	.32
Obsesivo Compulsivo	.52**	1	.23	.46**	.50**	.36*	.16	.29	.35	.61**	.58**	.56**
Sensibilidad Interpersonal	.46**	.23	1	.56**	.53**	.46**	.56**	.74**	.54**	.47**	.74**	.26
Depresión	.39*	.46**	.56**	1	.51**	.35	.42*	.58**	.78**	.40*	.71**	.67**
Ansiedad	.61**	.50**	.53**	.51**	1	.49**	.43*	.47**	.55**	.63**	.73**	.48**
Hostilidad	.41*	.36*	.46**	.35	.49**	1	.12	.51**	.43*	.42*	.60**	.32
Ansiedad Fóbica	.29	.16	.56**	.42*	.43*	.12	1	.28	.38*	.16	.53**	.14
Ideación Paranoide	.35	.29	.74**	.58**	.47**	.51**	0.28	1	.46**	.45*	.74**	.23
Psicoticismo	.49**	.35	.54**	.78**	.55**	.43*	.38*	.46**	1	.48**	.75**	.40*
GSI	.59**	.61**	.47**	.40*	.63**	.42*	.16	.45*	.48**	1	.61**	.29
PST	.71**	.58**	.74**	.71**	.73**	.60**	.53**	.74**	.75**	.61**	1	.34
PSDI	.32	.56**	.26	.67**	.48**	.32	.14	.23	.40*	.29	.34	1

** . Correlaciones positivas a nivel .01

* . Correlaciones positivas a nivel .05

En la Tabla 10 podemos observar la correlación bivariada entre las variables sintomatológicas del BSI y los índices total de los test de auto-reporte WHOQOL-BREF e IES-R alcanzados por las participantes. Se puede ver una correlación negativa entre la Percepción de la Calidad de Vida y los índices sintomatológicos exceptuando en Ansiedad Fóbica ($r = .02$), por lo que, en casi todas las variables a mayor expresividad sintomatológica mediado por el BSI, menor evaluación de calidad de vida de las participantes siendo la Depresión ($r = -.35$), Ansiedad ($r = -.23$), Hostilidad ($r = -.37$) y Psicoticismo ($r = -.39$) las variables con mayor estadística significativa.

Respecto a Satisfacción con la Salud existe una correlación positiva con la expresividad sintomatológica Somática, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y

Psicoticismo y, una correlación negativa con Obsesivo-Compulsivo, Depresión, Ansiedad y Hostilidad, siendo los valores más significativos Sensibilidad Interpersonal ($r = .30$) y Ansiedad ($r = -.12$) respectivamente de direccionalidad positiva y negativa. En cuanto al índice Total del IES – R se distingue una correlación positiva con la expresividad sintomatológica puntuada en el BSI siendo el mayor valor estadístico la Hostilidad ($r = .36$), mientras que únicamente la Ansiedad Fóbica ($r = -.02$) muestra una correlación negativa baja.

Tabla 10 - BSI: Coeficientes de correlación entre las variables del BSI y resultado total del WHOQOL-BREF e IES-R

Variable	S.	O.C	S.I	D.	A.	H.	A.F	I.P	P.
Percep. de Calidad de Vida	-.15	-.17	-.18	-.35	-.23	-.374*	.02	-.14	-.393*
Satisfacción con la Salud	.24	-.06	.30	-.02	-.12	-.11	.01	.22	.06
Total IES - R	.27	.15	.14	.21	.26	.36	-.02	.00	.30

** . Correlaciones positivas a nivel .01

* . Correlaciones positivas a nivel .05

A seguir se analiza la correlación entre los síntomas presentados por el BSI junto a las variables sociodemográficas más sobresalientes marcadas por las mujeres de este estudio, así, poder observar la direccionalidad de relación así como el coeficiente de asociación (Tabla 11). Existe la correlación positiva más elevadas entre la Somatización - Calidad de Relación ($r = .26$) mientras que una correlación negativa más alta entre Ideación Paranoide - Calidad de Relación ($r = -.18$). Respecto al Tiempo de Diagnóstico se ve una correlación negativa con casi todos los índices sintomatológicos siendo el mayor valor de Hostilidad ($r = -.51$) y única correlación positiva con Ansiedad Fóbica ($r = .04$).

Tomando en cuenta la Confidencialidad existe una correlación positiva mayor con Somatización ($r = .38$) y negativa con Ansiedad Fóbica ($r = -.25$). Mientras que con Abuso de Alcohol mayor correlación positiva en Ansiedad Fóbica ($r = .18$) y negativa con Psicoticismo ($r = -.21$). Abuso de Otras Substancias muestra mayor correlación positiva con Ansiedad Fóbica ($r = .11$)

y mayor correlación negativa con Sensibilidad Interpersonal ($r = -.35$). Agresión Física tiene correlación positiva prácticamente con todas las variables sintomatológicas siendo la mayor puntuada Ansiedad ($r = .29$) y la única correlación negativa baja con Somatización ($r = -.02$). Agresión Verbal igualmente presenta correlaciones positivas siendo mayor la Ansiedad ($r = .40$) y única correlación negativa con Ideación Paranoide ($r = -.02$).

Tabla 11 - BSI: Coeficientes de correlación entre las variables del BSI y sociodemográficas dominantes para el total de la muestra (N=30)

Variable	S.	O.C	S.I	D.	A.	H.	A.F	I.P	P.
Calidad de relación	.26	.00	-.09	-.08	-.11	-.06	.14	-.18	-.02
Tiempo de diagnóstico	-.33	-.25	-.12	-.26	-.22	-.511**	.04	-.374*	-.34
Confidencialidad	.380*	.19	-.12	-.09	.14	-.09	-.25	-.14	-.05
Abuso de Alcohol	-.10	.07	-.03	-.09	-.10	-.08	.18	-.06	-.21
Abuso de Otras Substancias	-.32	-.11	-.35	.07	-.02	-.33	.11	-.18	-.02
Agresión Física	-.02	.15	.08	.19	.29	.20	.21	.28	.12
Agresión Verbal	.28	.16	.01	.05	.406*	.17	.35	-.02	.22

** . Correlaciones positivas a nivel .01

* . Correlaciones positivas a nivel .05

WHOQOL-BREF

Como hemos descrito previamente, el WHOQOL-BREF, nos permite observar cómo avalían según la auto percepción de las mujeres de los veteranos de guerra diagnosticados con TEPT respecto a su posición en la vida, dentro del contexto de los sistemas de cultura y valores ligados a los objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones que tienen el día a día.

Es por ello que es relevante conocer la perspectiva de las participantes de este estudio y, según su convivencia con los síntomas del TEPT, la influencia que ello ha ejercido para la salud física, psicológica, relaciones sociales, creencias personales y con el ambiente.

Se toma en cuenta que los resultados de este cuestionario se distinguen por ser proporcionales a sus puntuaciones, es decir, a mayor puntuaciones de los predictores que se encuentra existe mayor calidad de vida de las participantes. Por lo que, se enfoca en el menor promedio extraído ya que representa la media de preocupación de las participantes de forma agregada.

Se puede observar mediante las variables del WHOQOL – BREF (Tabla 12) que el Dominio 1. que avalía la salud física, alcanza la puntuación más baja por parte de las participantes. Es decir, existe la confirmación sobre la preocupación para poder realizar las actividades del diario, la falta de energía y cansancio, dificultad en la movilidad por dolor o complicaciones físicas, que podría estar influenciado a la edad o por el agotamiento y fatiga acumulada.

Asimismo, representa la dificultad y falta de sueño por ende de descanso conllevando a una necesidad de medicamentos y ayuda profesional para poder conseguir un dormir adecuado y alcanzar mayor capacidad de trabajo.

Siendo esto relacionado con la baja puntuación obtenida en la variable de Satisfacción con la salud y confirmando los resultados encontrados.

Tabla 12. Estadísticas descriptivas de las variables del WHOQOL - BREF

Variable	Mínimo	Máximo	Média	Desviación Estandar	Intervalo de Confianza*
Percepción de Calidad de Vida	2	5	3.13	.14	(2.82 - 3.43)
Satisfacción con la Salud	1	5	3.03	.18	(2.66 - 3.40)
Dominio 1. Salud Física	1.42	4.85	3.03	.15	(2.72 - 3.35)
Dominio 2. Psicológica	2.5	6	3.61	.12	(3.37 - 3.86)

Dominio 3. Relaciones Sociales	1.66	5	3.35	.15	(3.02 - 3.67)
Dominio 4. Ambiente	2.5	4.75	3.43	.9	(3.23 - 3.62)

*95% de Intervalo de Confianza

En la Tabla 13 podemos apreciar la regresión multivariante de cada uno de los síntomas marcados de manera agregada por las participantes de este estudio en los dominios sobre su percepción de calidad de vida y satisfacción con la salud correspondientes al WHOQOL - BREF.

Podemos observar que la variación proporcional correspondiente al R-sq, predictor de los síntomas, explican el 33% y 35% de varianza en las variables resultado Perspectiva de calidad de vida y Satisfacción con la salud respectivamente.

Es con esto que podemos comprobar que un cambio de una unidad en el Dominio 1 está asociado con una disminución de 0.07 unidades en el valor predicho sobre la Percepción de calidad de vida y un cambio de 0.56 unidades en la Satisfacción con la salud.

Por lo que se observa la mayor apreciación positiva en la Percepción de calidad de vida asociada al Dominio Cuatro, en cuanto que a la Satisfacción con la salud se visualiza relacionado al Dominio Uno. Por otro lado, se muestra mayor sintomatología en el Dominio 1 relacionado a la Percepción de calidad de vida y, el Dominio 3 sobre la Satisfacción con la salud manifestado en el WHOQOL- BREF de manera agregada de las participantes de este estudio, por lo que se eleva la perturbación respecto a la salud física y las relaciones sociales.

Tabla 13. Evaluación de síntomas de trauma sobre los índices sintomatológicos del WHOQOL - BREF por medio de la regresión multivariante

	Variable	Coficiente	Desviación Estandar
*Percepción de Calidad de Vida	Dominio 1. Salud Física	-.07	.19
	Dominio 2. Psicológica	.04	.22

	Dominio 3. Relaciones Sociales	.28	.18
	Dominio 4. Ambiente	.58	.36
**Satisfacción con la Salud	Dominio 1. Salud Física	.56	.22
	Dominio 2. Psicológica	.08	.27
	Dominio 3. Relaciones Sociales	.02	.22
	Dominio 4. Ambiente	.24	.44

*R-sq = .33

**R-sq = .35

Consideramos el coeficiente de correlación (r) para percibir el grado de asociación entre las variables. Tomando en cuenta que la correlación es la técnica estadística que permite analizar la fortaleza de relación existente entre las variables postuladas (Leyva Cordero & Flores Hernández, 2014). Por lo que en este estudio se analiza el coeficiente de Pearson con significación bilateral para contrastar la hipótesis nula (Barón López, n.f). Siendo que los valores del coeficiente oscilan entre -1 y +1 cuyo signo negativo o positivo indica la direccionalidad de la relación, conociendo que la correlación es más fuerte en cuanto el valor más se aleja de 0 (0: correlación nula; de 0 a .2: muy baja; de .2 a .4: baja; de .4 a .6: moderada; de .6 a .8: alta; de .8 a 1: muy alta; 1: correlación perfecta) (Leyva Cordero & Flores Hernández, 2014).

La correlación bivariada entre las variables que evalúa el WHOQOL-BREF muestra si su relación es fuerte, moderado o débil así como su direccionalidad (Tabla 14). Todas las variables presentar correlaciones positivas significativas, donde al analizar las correlaciones más elevadas entre los dominios se constata que los coeficientes mayores se encuentran entre Salud Física - Ambiente ($r = .56$), Psicológico - Ambiente ($r = .44$) y Relaciones Sociales - Ambiente ($r = .56$); mientras que las correlaciones más elevadas de los ítems globales se observa entre Percepción de Calidad de Vida - Ambiente ($r = .51$) y Satisfacción con la Salud - Salud Física ($r = .57$)

Tabla 14 - WHOQOL-Bref: Coeficientes de correlación entre las variables de la muestra total (N=30)

Variable	Percepción de Calidad de Vida	Satisfacción con la Salud	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4
Percepción de Calidad de Vida	1.00	.416*	.23	.28	.501**	.515**
Satisfacción con la Salud	.416*	1.00	.577**	.27	.26	.435*
Dominio 1. Salud Física	.23	.577**	1.00	.30	.30	.562**
Dominio 2. Psicológica	.28	.27	.30	1.00	.34	.442*
Dominio 3. Relaciones Sociales	.501**	.26	.30	.34	1.00	.565**
Dominio 4. Ambiente	.515**	.435*	.562**	.442*	.565**	1.00

** . Correlaciones positivas a nivel .01

* . Correlaciones positivas a nivel .05

La Tabla 15 muestra la correlación bivariada entre los dominios del WHOQOL-BREF, el Índice de Severidad Global del BSI y el resultado Total del IES-R alcanzados por las participantes respectivamente. La correlación entre los dominios de Salud Física (Dominio 1), Psicológica (Dominio 2) y el IGS muestran una direccionalidad negativa siendo más significativo el valor del dominio Psicológico ($r = -.17$) mientras que, las Relaciones Sociales (Dominio 3) y Ambiente (Dominio 4) tienen correlación positiva donde el dominio Ambiental corresponde al valor más significativo ($r = .08$).

Por otro lado, se puede observar que todos los dominios presentan coeficientes de correlación inversa respecto al resultado Total del IES-R, es decir, a mayor puntuación en la medida de calidad de vida menor indicador psicopatológico. Siendo los valores más significativos los dominios de Relaciones Sociales ($r = -.37$) y Psicológico ($r = -.33$).

Tabla 15 - WHOQOL-BREF: Coeficientes de correlación entre las variables del WHOQOL-BREF, Índice de Severidad Global del BSI y el resultado Total del IES-R de la muestra total (N=30)

Variable	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4
IGS	-.04	-.17	.07	.08
Total IES - R	-.24	-.33	-.37	-.33

**. Correlaciones positivas a nivel .01

*. Correlaciones positivas a nivel .05

A seguir se analiza la correlación entre los dominios del WHOQOL-BREF junto a las variables sociodemográficas más sobresalientes marcadas por las participantes para observar el grado y direccionalidad de asociación (Tabla 16). Observándose los coeficientes más significativos entre Ambiente - Calidad de Relación ($r = .26$), Ambiente - Tiempo de Diagnóstico ($r = -.13$), Salud Física - Confidencialidad ($r = -.25$), Salud Física - Abuso de Alcohol ($r = -.31$), Salud Física - Abuso de Otras Substancias ($r = -.40$), Relaciones Sociales - Agresión Física ($r = .21$) y Relaciones Sociales - Agresión Verbal ($r = .16$).

Tabla 16 – WHOQOL-BREF: Coeficientes de correlación entre las variables del WHOQOL-BREF y sociodemográficas dominantes para el total de la muestra (N=30)

Variable	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4
Calidad de relación	.08	.16	.15	.26
Tiempo de diagnóstico	-.05	.12	-.04	-.13
Confidencialidad	-.25	-.22	-.14	.01
Abuso de Alcohol	-.31	.04	.12	-.15
Abuso de Otras Substancias	-.402*	.32	-.14	-.34
Agresión Física	-.02	.16	.21	.06

Agresión Verbal	-10	.06	.16	.15
-----------------	-----	-----	-----	-----

** . Correlaciones positivas a nivel .01

* . Correlaciones positivas a nivel .05

IES-R

Respecto al análisis de las variables del IES - R, el cual mide el sufrimiento subjetivo de la persona sobre un acontecimiento de vida específico, se enfoca en medir en este estudio el sufrimiento de las personas significativas del veterano de guerra diagnosticado con TEPT en cuanto a su convivencia con los síntomas del trauma y consecuencias del evento traumático en sí.

Con ello podemos observar a través de la media (Tabla 17) que la puntuación más alta alcanzada de manera agregada entre las participantes hace énfasis en la Subescala de Intrusión, es decir, determina la presencia de pensamientos e imágenes de los eventos traumáticos para la mujer, por ejemplo, agresividad del marido, lo que conlleva a sentimientos relacionados a la experiencia.

Al no haber sido reportadas pesadillas se confirma la manifestación de ideas obsesivas que presentan las participantes y su hipervigilancia a la sintomatología del marido así como cualquier evento que pueda exacerbar ello.

En esta escala se marca para la discriminación del malestar emocional clínicamente significativo como punto de corte el valor 33 alcanzado en la puntuación total de la escala (Weiss & Marmar, 1996). Los resultados con una puntuación mayor a 37 suelen ser suficientemente altos para llegar la persona a poder suprimir el funcionamiento de su sistema inmunológico (incluso 10 años después de un evento de impacto). Resultados que en el Total IES – R de esta investigación de manera agregada se ve presente en las personas significativas de la persona diagnosticada con TEPT.

Tabla 17. Estadísticas descriptivas de las variables del IES - R

Variable	Mínimo	Máximo	Mé dia	Desviación Estandar	Intervalo de Confianza*
----------	--------	--------	--------	---------------------	-------------------------

Subescala de Intrusión	0	29	16.23	1.68	(12.77 - 19.68)
Subescala de Evitamiento	1	30	14.16	1.38	(11.33 - 17)
Subescala de Hiperactividad	0	23	13.5	1.28	(10.87 - 16.12)
Total IES - R	6	77	43.9	4.16	(35.37 - 52.42)

*95% de Intervalo de Confianza

La Tabla 18 nos permite apreciar la regresión multivariante de cada uno de los síntomas marcados de manera agregada por las participantes de este estudio en cada subescala sobre el total sintomatológico correspondiente al IES - R.

Podemos observar que la variación proporcional correspondiente al R-sq predictor de los síntomas explican el 100% de varianza en la variable resultado de la puntuación media Total del IES – R.

Es con esto que podemos comprobar que un cambio de una unidad en la Subescala de Intrusión, está asociado con un cambio de 1 unidad en el valor predicho de la puntuación media Total de las participantes de esta investigación.

Por lo que se observa que cada subescala del IES – R de este estudio va proporcionalmente relacionado a una unidad de cambio sobre el total sintomatológico manifestado de manera agregada de las mujeres de este estudio.

Tabla 18. Evaluación de síntomas de trauma sobre los índices sintomatológicos del IES - R por medio de la regresión multivariante

	Variable	Coefficiente	Desviación Estandar
Total IES - R	Subescala de Intrusión	1	1.04e - 07

Subescala de Evitamiento	1	7.85e - 08
Subescala de Hiperactividad	1	1.51e - 07

R-sq = 1

p < 0.001

Para conocer el grado de asociación entre las variables, se considera el coeficiente de correlación (r). La correlación es la técnica estadística que permite analizar la fuerza de relación entre las variables postuladas (Leyva Cordero & Flores Hernández, 2014). En el presente estudio se observa la correlación bivariada mediante el coeficiente de Pearson por lo que, la direccionalidad de la relación pueden oscilar entre -1 y +1, siendo que la correlación es más fuerte en cuanto el valor más se aleja de 0 (0: correlación nula; de 0 a .2: muy baja; de .2 a .4: baja; de .4 a .6: moderada; de .6 a .8: alta; de .8 a 1: muy alta; 1: correlación perfecta) (Leyva Cordero & Flores Hernández, 2014).

La correlación bivariada entre las variables psicopatológicos que evalúa el IES-R muestra si su relación es fuerte, moderado o débil así como la direccionalidad (Tabla 19). Es posible verificar que todas las Subescalas presentan coeficientes de correlación significativas directas, correspondiendo a los mayores valores Subescala de Hiperactividad – Subescala de Intrusión ($r = .94$) y Subescala Hiperactividad – Subescala de Evitamiento ($r = .85$). Siendo que para el Total IES – R las correlaciones varían entre .92 (Subescala de Evitamiento) y .97 (Subescala de Hiperactividad).

Tabla 19- IES-R: Coeficientes de correlación entre las variables de la muestra total (N=30)

Variable	Subescala de Intrusión	Subescala de Evitamiento	Subescala de Hiperactividad	Total IES - R
Subescala de Intrusión	1	.817**	.946**	.968**
Subescala de Evitamiento	.817**	1	.853**	.926**
Subescala de Hiperactividad	.946**	.853**	1	.975**

Total IES - R	.968**	.926**	.975**	1
---------------	--------	--------	--------	---

** . Correlaciones positivas a nivel .01

* . Correlaciones positivas a nivel .05

En la Tabla 20 se observa la correlación bivariada entre las Subescalas del IES-R y los índices globales alcanzados por las participantes del test de autoreporte WHOQOL-BREF y el Índice de Severidad Global del BSI. Como sería esperado la correlación entre las Subescalas y los índices del WHOQOL-BREF son inversos, por lo que, a mayor indicador psicopatológico menor Percepción de Calidad de Vida y Satisfacción con la Salud. Siendo los coeficientes más significativos Subescala de Hiperactividad – Percepción de Calidad de Vida ($r = -.41$) y Subescala de Hiperactividad e Intrusión – Satisfacción con la Salud ($r = -.13$). Mientras que existe una correlación directa positiva con las Subescalas del IES – R y el IGS, es decir, a mayor puntuación psicopatológica mayor índice de severidad sintomatológica, siendo el coeficiente mayor Subescala de Intrusión – IGS ($r = .19$).

Tabla 20 - IES-R: Coeficientes de correlación entre las variables del IES-R y resultado global del WHOQOL-BREF e Índice de Severidad Global del BSI de la muestra total (N=30)

Variable	Subescala de Intrusión	Subescala de Evitamiento	Subescala de Hiperactividad
Percepción de Calidad de Vida	-.31	-.30	-.413*
Satisfacción con la Salud	-.13	-.09	-.13
IGS	.19	.11	.18

** . Correlaciones positivas a nivel .01

* . Correlaciones positivas a nivel .05

Seguidamente se analiza la correlación entre las Subescalas del IES-R junto a las variables sociodemográficas más marcadas por las mujeres de esta investigación que permite observar la direccionalidad y grado de asociación (Tabla 21). Los coeficientes más significativos se encuentran entre Subescala de Intrusión – Calidad de relación ($r = -.12$), Subescala de

Hiperactividad - Tiempo de Diagnóstico ($r = -.18$), Subescala de Evitamiento – Confidencialidad ($r = .47$), Subescala de Intrusión - Abuso de Alcohol ($r = -.14$), Subescala de Hiperactividad - Abuso de Otras Sustancias ($r = -.26$), Subescala de Intrusión - Agresión Física ($r = .05$) y Subescala de Evitamiento - Agresión Verbal ($r = .11$).

Tabla 21 - IES-R: Coeficientes de correlación entre las variables del IES-R y sociodemográficas dominantes para el total de la muestra (N=30)

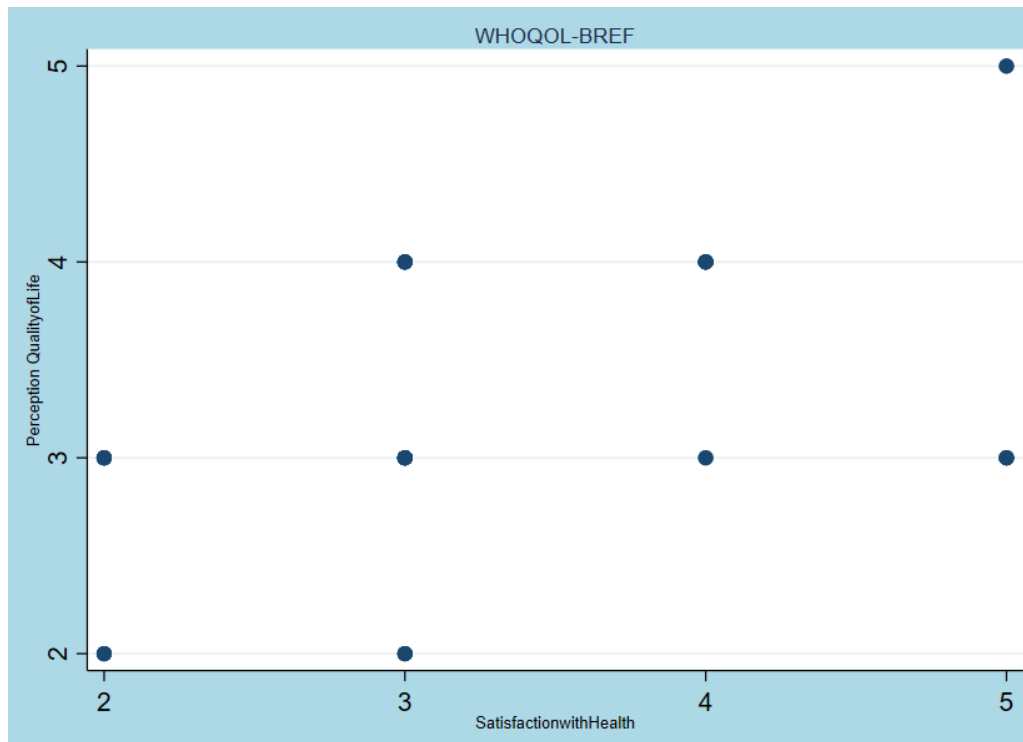
Variable	Subescala de Intrusión	Subescala de Evitamiento	Subescala de Hiperactividad
Calidad de relación	-.12	.01	-.04
Tiempo de diagnóstico	-.11	-.17	-.18
Confidencialidad	.383*	.476**	.438*
Abuso de Alcohol	-.14	-.11	-.12
Abuso de Otras Sustancias	-.22	-.22	-.26
Agresión Física	.05	.01	-.02
Agresión Verbal	.02	.11	.06

** . Correlaciones positivas a nivel .01

* . Correlaciones positivas a nivel .05

Integrando todos los factores que han trascendido en la sintomatología de las participantes, es elemental percibir la percepción de calidad de vida y satisfacción con la salud de las personas significativas (Gráfico 4). Donde se encuentra una tendencia proporcional con el tiempo siendo estos resultados referidos al aprendizaje de los años así como el desgaste de la mujer.

Gráfico 4. Distribución de la percepción de calidad de vida y satisfacción con la salud.



Como se ha visto, el tiempo resalta ser un factor trascendental a tomar en cuenta en cuanto en la convivencia de la persona significativa con el veterano de guerra diagnosticado con TEPT. Razón por la que denota el valor de su análisis en relación con las variables sintomatológicas e índices de Percepción de Calidad de Vida. Es así que, por medio de los resultados observados se prosigue con el modelo de mediación conocida por ser una técnica estadística que permite examinar los efectos de una variable mediadora en una relación de causalidad dada (Arcila, 2015; Hayes y Scharkow, 2013). Representada por la presencia de una variable terciaria en la relación de una variable dependiente y una independiente (Fernández-Muñoz, & García González, 2017; Hayes, 2013).

Por ello, en esta investigación se realiza el análisis de mediación para observar si los síntomas (variable mediadora) median el efecto del tiempo de convivencia con el diagnóstico de TEPT del veterano de guerra (variable independiente) sobre la percepción de calidad de vida (variable dependiente). Sobresaliendo los síntomas de Hostilidad y Psicoticismo. Es decir, el tiempo de convivencia con el diagnóstico del veterano presenta un efecto principalmente sobre los

síntomas de Hostilidad (Tabla 22) y Psicoticismo (Tabla 23) que afectan la percepción de calidad de vida de las participantes. Respecto a la capacidad relativa del modelo para explicar la varianza total, que se encuentra medido por el valor R^2 , indica la capacidad explicativa conjunta de las variables siendo significativas del 26% Hostilidad y 12% Psicoticismo respectivamente.

Tabla 22. Análisis de mediación, tomando como variable mediadora Hostilidad

Variable	Valor	Desviación Estandar	P
Regresión			
Hostilidad -Tiempo (a1)	-.06	.02	0
Calidad de V. - Hostilidad (b1)	-.92	.38	.02
Tiempo (c)	-.08	.05	.14
Indirecto	.06	.02	.02
Total	-.02	.04	-.02
R²			
Hostilidad	.26		
Calidad de Vida	.18		

90% Intervalo de Confianza

Tabla 23. Análisis de mediación, tomando como variable mediadora Psicoticismo

Variable	Valor	Desviación Estandar	P
Regresión			
Psicoticismo -Tiempo (a1)	-.06	.04	.09
Calidad de V. - Psicoticismo (b1)	-.58	.17	.03

	Tiempo (c)	-.06	.05	.24
	Indirecto	.03	.03	.22
	Total	-.02	.05	.65
R²				
	Psicoticismo	.12		
	Calidad de Vida	.18		

90% Intervalo de Confianza

Discusión

El análisis general de los resultados revelaron como la vida de las mujeres, representando ser la persona significativa y víctima secundaria en este estudio, se guía en torno a su pareja distinguiendo a la enfermedad del veterano como una consecuencia de la guerra. Por ende, tener que incluir signos y síntomas del TEPT del veterano de guerra a su relación de pareja, área personal, familiar, social y laboral dentro y fuera de casa. Por lo que, la convivencia conyugal así como la manifestación sintomatológica de la persona significativa se ve delineada por el tiempo de estas variables. Se conoce que el resultado base son cinco años de convivencia con el diagnóstico confirmatorio del Trastorno de Estrés Post Traumático, rango de tiempo donde los síntomas señalados por parte de las participantes son marcados como positivos.

Asimismo, se observa una media de manera agregada correspondiente a 20 años de convivencia con el diagnóstico del TEPT. Confiriendo como derivación la expresión sintomatológica de trauma secundario que se puede apreciar en las participantes durante este rango de tiempo. Expresión sintomatológica cuyo grado sintomatológico, indicado por las mujeres, se presenta con mayor frecuencia dentro de los primeros años de convivencia con los efectos sintomáticos del TEPT. Lapso de tiempo que se distingue igualmente por alcanzar un pico sintomatológico del trauma secundario presente en ellas. Seguido por una tendencia en la disminución de los síntomas manifestados, la cual, vuelve a ser plasmada fuertemente a los últimos años de convivencia, siendo este justificado por el cansancio, desconocimiento de esquemas de manejo y control que puedan ofrecer para la mejoría del conyugue así como para sí mismas y,

especialmente, postulan una acumulación de trabajo que interfiere con la edad de la mujer. Siendo este foco una remembranza de la importancia de haber requerido apoyo profesional y social a tiempo para que la pareja mantenga una salud estable y propiamente una calidad de vida, “que él quedase bien, yo estaría bien” (E9).

El análisis en relación a los síntomas de trauma secundario permite reconocer el tipo de sintomatología e índices psicopatológicos preponderantes de manera agregada en las mujeres de veteranos de guerra diagnosticados con TEPT de esta investigación. Siendo las medidas del BSI, Somatización, Obsesivo Compulsivo, Depresión, Ansiedad y Psicotismo las más presentes entre las participantes del estudio cuya correlación se observa positiva entre ellas. Asimismo, se puede constatar que, a mayor expresividad sintomatológica se correlaciona menor Percepción de Calidad de Vida, menor Satisfacción con la Salud mediados por el WHOQOL-BREF y, mayor índice psicopatológico mediado por el IES-R. Al igual, estos índices sintomatológicos resaltan con las variables sociodemográficas ligadas al trauma, es decir, a mayor expresión sintomatológica menor calidad de relación entre la pareja, menor tiempo de diagnóstico (puntualizando, primeros años de convivencia con la sintomatología del veterano de guerra), menor confidencialidad referido al no compartir, desahogar, o expresar la experiencia con otras personas por parte de las participantes. Específicamente respecto a las subescalas psicopatológicas del IES-R se destaca en mayor presencia la Subescala de Intrusión con menor calidad de relación y menor confidencialidad de las participantes, mientras que a mayor puntuación de la Subescala de Hiperactividad menor tiempo de diagnóstico, es decir, abordan los primeros años de convivio con el TEPT.

Pese a que varios autores han recalcado la falta de atención dada hacia las parejas de personas diagnosticadas con TEPT (Alessi, White, Ray, y Stewats, 2001; Evans, McHugh, Hopwood, & Watt, 2003; Glenn *et al.*, 2002; Outram *et al.*, 2009), siendo ello concordante con la poca literatura encontrada al respecto, los resultados de esta investigación son consistentes con los problemas generales de salud física y salud mental manifestados por mujeres de veteranos de guerra, entre los que se han expuesto la ansiedad, depresión, ataques de pánico, aislamiento familiar y presencia de insomnio (Outram *et al.*, 2009). En el estudio de Kianpoor *et al.* (2017), se menciona 27.02% de sus participantes presentar criterios de somatización y 64.86% con disociación severa, siendo esta última definida como un mecanismo de *coping* que permite ayudar a las mujeres ajustarse al trauma mediante la separación de los procesos mentales que son constituidos en casos normales,

los cuales pueden ser manifestados mediante el cambio de percepción (Despersonalización), permiso de olvido (Amnesia Disociativa) o, negación completa de la experiencia (Trastorno de Identidad Disociativo).

Tomando en cuenta los datos obtenidos en este estudio, la presencia de mayor abuso de alcohol por parte del veterano de guerra destacan mayor síntomas de Obsesivo Compulsivo y Ansiedad Fóbica, y la Subescala de Evitamiento registrado por parte de las mujeres. Mientras que a mayor presencia de abuso de otras sustancias de los veteranos puntúan más alto Depresión y Ansiedad Fóbica e igualmente la Subescala de Evitamiento incluyendo la Subescala de Intrusión en las participantes. Referido tanto a la agresión física como a la agresión verbal de los veteranos hacia las mujeres de este estudio, todos los índices sintomatológicos ostentan una alta correlación siendo destacada la Ansiedad en ambos comportamientos. Asimismo, se denota la relación de la Subescala de Intrusión con agresión física y la Subescala de Evitamiento con mayor agresión verbal. Resultados concordantes con los datos analizados en el estudio cualitativo previamente expuesto en este documento de investigación. Y, correspondiente a lo postulado por Outram *et al.* (2009), Australian Institute of Health and Welfare (1999), donde se encontró correlacionado el consumo de alcohol con la violencia doméstica y menor salud física y mental, acarreado ello un impacto negativo para las relaciones de pareja, familiares y sociales. En la investigación de Bryant (1998) se menciona que el abuso de sustancias conciernen 11% de las llamadas de crisis de veteranos Australianos de Vietnam. Por su parte, Street y Arias (2001) y Outram *et al.* (2009) postulan el abuso psicológico como mayor predictor en las mujeres para el desarrollo de trauma secundario y su sintomatología sobre el abuso físico.

Se aprecia en los resultados de esta investigación mediante los dominios del WHOQOL-BREF, que a mayor percepción y satisfacción con la salud física, psicológica, relación social y ambiental menor puntuación en los índices psicopatológicos del IES-R y menor índice de severidad sintomatológica global del BSI. Resultados concordantes y respectivamente esperados. Así como las relaciones encontradas con las variables sociodemográficas relacionadas al trauma. Donde se muestra que a mayor puntuación correspondiente a cada dominio del WHOQOL - BREF mayor calidad de relación entre la pareja, menor tiempo de diagnóstico del TEPT, menor confidencialidad de las mujeres para compartir su experiencia con otras personas. En cuanto a mayor percepción de calidad de vida y satisfacción con la salud física y ambiental por parte de las

mujeres se destaca menor abuso de alcohol y de otras sustancias por parte del veterano de guerra. Al igual, a mayor percepción de calidad de vida y satisfacción con la salud física se puntúa menor presencia de agresión física y verbal.

Los autores Bramsen *et al.* (2002) refieren la presencia del evitamiento mediado por el IES-R como una estrategia de *coping* presentado en las mujeres respecto a las memorias y emociones relacionadas a las experiencias de la guerra, ya que, igualmente como es mencionado por Carroll, Rueger, Foy y Donahoe (1985) esta estrategia va vinculada a los problemas de pareja especialmente cuando existe agresión intrafamiliar. Por su parte, Kulka Shlenger y Fairbank (1990) reportaron que las parejas de veteranos de Vietnam con TEPT presentan menor satisfacción en la relación, mayor angustia generalizada hasta sentimientos de colapso nervioso inminente, al igual, aislamiento social y alta violencia doméstica. Conforme a la literatura encontrada, se ha postulado que el apoyo social, implicando bien a la familia, amistades o conocidos íntimos que expresan interés en las víctimas, es uno de los mecanismos más fuertes para traspasar los eventos estresantes o traumáticos (Figley, 1998; Klarić *et al.*, 2008; Klarić *et al.*, 2013; MacGeorge, Samter, Feng, Gillihan, & Graves, 2007; Neria, Nandi, & Galea, 2008). Es con ello que se puede declarar como la expresión sintomatológica disminuye cuando la pareja presenta mayor vínculo emocional, por ejemplo, se ha visto que los síntomas intrusivos de las mujeres son atenuados al existir una mayor calidad de relación entre la pareja (Brosseau, McDonald, & Stephen, 2011).

Se destaca que al inicio de la aparición de los síntomas las participantes de este estudio, pueden describir y especificar porcentualmente su perspectiva de calidad de vida con la vivencia sintomatológica, sin embargo, se observa que tras el recorrer del tiempo, llegando a la media de veinte años de convivencia se marca un alto cambio. Ya que, se demuestra que luego de este tiempo un porcentaje sintomatológico llega a una tendencia constante, establecida en el nerviosismo percibido por las mujeres, siendo ello referido al cansancio previamente aludido así como a la adaptación al nuevo estilo de vida en el que se desenvuelven. Solomon *et al.* (1992) refieren como factor influyente para la manifestación de estrés crónico en las parejas al contacto cercano y prolongado con los veteranos con trauma, dando con ello la angustia física y psiquiátrica de las personas significativas, ya que, se ha visto que los veteranos con TEPT tienen mayor probabilidad de exacerbar comportamientos agresivos y hostiles emocional y físicamente (Dirkzwager *et al.*, 2005; Jordan *et al.*, 1992).

Tras haber sido recalcado ser el tiempo un factor importante en la convivencia de las personas significativas con la pareja así como con los síntomas de la persona diagnosticada con TEPT, se puede apreciar como el tiempo actúa como componente trascendental para los nuevos esquemas de vida de las mujeres y expresión de trauma secundario. Por lo que, se observan variables con una relación inversamente proporcional como lo son la severidad sintomatológica que abarca el malestar sintomatológico, la intensidad sintomatológica y las quejas sintomatológicas. Por otro lado se puede distinguir variables con una relación directamente proporcional como lo son la adaptación sintomatológica, evitamiento sintomatológico, internacionalización sintomatológica, disminución de la satisfacción con la salud, insatisfacción de la salud física, mayor preocupación por la calidad de vida así como mayor sufrimiento subjetivo.

Al ser el tiempo de convivencia con el diagnóstico de TEPT del veterano de guerra un factor eminente para las participantes y, la percepción de calidad de vida una variable sobresaliente de reconocer en este estudio, mediante el modelo de mediación se puede constatar que los síntomas de Hostilidad y Psicoticismo destacan como síntomas mediadores sobre la calidad de vida percibida en las mujeres. Siendo estos resultados concordantes con los datos encontrados en el proceso de esta investigación. Ya que, se reconoce que la Hostilidad se manifiesta por medio de los pensamientos, emociones y acciones negativas de las participantes y, el Psicoticismo a través del aislamiento y control de pensamientos. Juárez (2004) en su estudio de trauma secundario en profesionales de servicios humanos en México observó niveles de hostilidad e irritabilidad, lo cual se vio repercutir significativamente en la salud mental y factores psicosociales laborales y personales de los participantes. Greene *et al.* (2014) hallaron en las esposas de exprisioneros de guerra diagnosticados con TEPT síntomas de trauma secundario por ende mayor probabilidad para expresar síntomas psiquiátricos generales, angustia funcional más grave y más frecuente autoevaluación negativa sobre la salud. Refiriendo igualmente la probabilidad como parte de la adaptación de la mujer, la sensibilidad de las esposas y la evitación de posibles factores estresantes para el esposo como promotores de la hiperactividad y síntomas de evitación de ellas mismas, siendo los síntomas de evitación e hiperactividad focalizados en eventos y comportamientos del día (Greene *et al.*, 2014).

En este estudio se puede observar como la sintomatología del TEPT expresada por el veterano de guerra parece constituir un factor que contribuye a la manifestación del trauma secundario de

la mujer, por ende, a la expresión de los síntomas psiquiátricos generales de las personas significativas. Sin embargo, a falta de otros estudios que corroboren estos hallazgos y al ser un estudio dirigido a una específica población con instrumentos de auto-reporte, no se puede certificar si esta diferencia es exclusiva del acontecimiento traumático mencionado o de la población participante. Deducción igualmente mencionada por los autores Dekel y Solomon (2006) en el estudio realizado con las parejas de excombatientes en cautiverio, donde el cautiverio de guerra varía mucho en duración y severidad de una situación a otra según la literatura abarcada.

Es así, tras el escrutinio y apreciación de los resultados obtenidos, que se puede concluir cómo la repercusión de la sintomatología de los veteranos de guerra diagnosticados con TEPT ha sido substancial en la convivencia de las personas significativas y factores de predisposición para el desarrollo de los síntomas traumáticos secundarios, teniendo en cuenta el impacto que el tiempo de esta vivencia con la pareja es elemental para ello así como el consumo de alcohol o sustancias y la agresión tanto física como verbal vivida en pareja.

De esta forma se puede observar que la presencia de los síntomas se puede referir a:

- El inesperado y brusco cambio de la personalidad de la persona diagnosticada hacia la pareja, familia y sociedad
- La presencia de consumo de alcohol y sustancias que trascienden en la reactividad conductual del veterano de guerra hacia la mujer.
- El desarrollo de la agresión física así como la agresión verbal expresada a la pareja ante cualquier tópico y/o evento
- El desgaste emocional que se forja tras convivir con la sintomatología del TEPT
- El aprendizaje y hábito a los síntomas de la pareja tras los años de convivencia.
- Falta de soporte / apoyo para la persona significativa y para el veterano de guerra tanto profesional como social.
- Preocupación de la economía para el sustento del hogar, médico y personal.
- Alteración en el sueño y falta de descanso lo que provoca poca energía para realizar las actividades diarias.
- Aislamiento de eventos sociales y/o hobbies lo que provoca una disminución de factores protectores.

Examinando los resultados sintomatológicos que manifiestan actualmente las participantes, se puede distinguir que los síntomas de trauma secundario se focalizan más tras la expresividad de la ansiedad y depresión junto con pensamientos y conductas obsesivas compulsivas. Denotando inclusive la presencia de anestesia emocional y el desinterés de su propia salud física y mental, siendo ello un medio de adaptación adquirido por las mujeres para su auto bienestar, aspirar mantener la estabilidad de la pareja y su relación marital así como familiar.

En el capítulo a seguir se presenta el análisis integrado de los resultados encontrados en esta investigación.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS INTEGRADO

El Trastorno de Estrés Traumático Secundario ha intensificado progresivamente su trascendencia dentro del área clínica de la salud así como en los aspectos sociales. Clínicamente, se ha visto que el evento traumático tiene repercusiones físicas y psicológicas enfatizadas en el estrés generalizado, el miedo y el aislamiento. El desarrollo y las secuelas que el evento traumático ejerce en el bienestar de la salud física y mental de las personas afectadas engloba y determina la calidad de vida en general, lo que demanda la relación de estos factores según su gravedad (Morante, 2007), tipo de relación entre los involucrados, las expectativas de roles así como de tratamiento, práctica diaria, frustraciones, entorno asistencial, social e institucional (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012).

Nuestra investigación se destaca por estar enfocada en la persona significativa del paciente diagnosticado con Trastorno de Estrés Post-Traumático. Es decir, reconoce la importancia del papel que conlleva quien vive con los síntomas de este trastorno a diario. Gracias a la participación voluntaria obtenida en esta investigación podemos apreciar y aprender sobre estas mujeres, la experiencia de convivir con la pareja incluyendo al trauma como evento externo anexo e influyente para la expresión sintomatológica pero que no determina el rol de la persona significativa ni la relación de pareja.

El número de participantes para esta investigación fue de treinta mujeres portuguesas, muestra relativamente considerable para ser un tema altamente personal desarrollado dentro de una población conservadora y, significativamente clínico y delicado. Por lo que, se desenvuelve cada aspecto de esta investigación con cautela, calidad y sensibilidad profesional y humana, para así, lograr obtener una disposición y desempeño completo dentro de un ambiente ético y de confianza para las participantes y, con ello llegar a un desarrollo vasto para una comprensión profunda de este tópico.

Para alcanzar los objetivos de esta investigación se ha examinado individualmente la participación de las mujeres, lo que permitió, seguidamente, la ejecución de un análisis de forma agregada de los resultados que han trascendido en las experiencias como mujeres/compañeras de los veteranos de guerra diagnosticados con TEPT. Esta investigación se enfoca en explorar la relación y desenvolvimiento de la persona significativa del paciente diagnosticado con TEPT frente al acontecimiento traumático y las repercusiones sintomatológicas que ello ejerce en las diferentes áreas de su vida. De este modo, en el ámbito de analizar de manera integrada los

objetivos de esta investigación, se visualiza la percepción de las mujeres sobre el impacto que el evento traumático y la convivencia con la pareja ha causado tanto a nivel cognitivo, emocional y físico para poder comprender y reconocer la importancia del rol de la persona significativa mientras vive el día a día con los síntomas de trauma.

En esta investigación, se puede vislumbrar que la condición para la manifestación de los síntomas del trauma secundario se encuentra relacionada con las experiencias traumáticas al ámbito militar del veterano de guerra. Estas contribuyen e imperan de forma significativa, sin embargo, se puede observar que no es un atributo suficiente ni único para el diagnóstico y el desarrollo del Estrés Traumático Secundario. Al igual, se puede postular que la distinción entre los síntomas del TEPT como del TETS, las características del evento traumático y las características individuales de las personas involucradas en esta vivencia es vital. Así mismo se observa que las mujeres presentan una alta necesidad de tratamiento y apoyo, que en gran probabilidad, es muy diferente a los que abarcan los cónyuges, al ser que, la experiencia de trauma se presenta con diferencias en cuanto a nivel de exposición, motivo, severidad, tiempo y condición externa como interna, siendo estos resultados concordantes con lo postulado por los autores Renshaw, Allen, Rhoades, Blais, Markman y Stanley (2011).

Retomando las bases de este proyecto, en la literatura sobre este tema, se indica previamente que la manifestación sintomatológica de este trastorno puede tener una expresión de forma inmediata o después de varios años de acontecido el evento traumático (APA, 2013). Lo que se asocia a los resultados de esta investigación, donde se acentúa como factor influyente para el desarrollo del trauma secundario al tiempo. Tiempo en que la persona significativa, las mujeres específicamente en este estudio, conviven antes, durante y después de la manifestación los síntomas del TEPT con la pareja, tiempo de confirmación del diagnóstico del veterano de guerra y tiempo de coexistencia con los propios síntomas secundarios. Llegando así a reconocer los cambios cognitivos, conductuales y emocionales con los cuales aprenden a desenvolver su funcionalidad dentro del ámbito familiar, de pareja y en la sociedad. Factores mediados por las variables personales, la condicional responsabilidad social y el compromiso diario para preservar de la manera más competente el hogar, contener a la pareja, controlar el espacio personal, así como habituarse a la nueva realidad con un conyugue con nuevos pensamientos y reacciones ante los diferentes contextos. Se destaca que las reacciones cognitivas y conductuales de la pareja de

aparición inesperada evolucionan en severidad, llegando inclusive a repercutir en el distanciamiento familiar y/o de la sociedad.

Durante cada etapa se aprecia que el desenvolvimiento de las mujeres abarca el respeto y la paciencia, motivadas de saber y destacar a quien conocieron, de quien se enamoraron y, diferenciando a las consecuencias de la guerra como un factor externo que repercutió en el cónyuge. Lo que les permite separar la pareja, su propio ser y reconocer su rol dentro de la relación, destacando ser quienes proporcionan paz, descanso y apoyo a la pareja mediante la escucha activa, acompañamiento físico, prestación de servicios así como opciones de distracción a la angustia y el estrés, manifestando inclusive ser “el ángel guardián” (E12) de los hombres. Evidencia que se puede vincular positivamente con la empatía. Varios autores han recalcado la empatía como mecanismo por el que se puede desarrollar el Estrés Traumático Secundario (Baird & Krecen, 2006; Morante, 2007; Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez, & Morante, 2006). La base de este postulado se ha visto asociada a la prevención, tratamiento y manejo que realiza la persona significativa para preservar y fortalecer el bienestar tanto físico como mental de la pareja (Leinweber & Rowe, 2010; Rothschild, 2006). Lo que implica el vigor y la vitalidad física, cognitiva y emocional de la persona significativa que acarrea una transformación en su vida privada y social (Leinweber & Rowe, 2010; Thomas & Wilson, 2004).

El desenvolvimiento de la persona significativa de una persona diagnosticada con TEPT incluye el desgaste gradual del esfuerzo a nivel emocional, físico y cognitivo. Es por ello la importancia de renovar el ímpetu a través de actividades recreativas o de ocio y de estrategias de *coping* que permitan cognitiva y emocionalmente obtener resultados positivos placenteros para las mujeres, siendo esto a su vez factores de protección para el desarrollo sintomatológico del trauma secundario. Así mismo, esto se ha visto como factor influyente para el fortalecimiento de la personalidad de la persona significativa, siendo ello notablemente beneficioso para la convivencia con la pareja y para poder brindar el sostén necesario al cónyuge en el ámbito personal y ante la sociedad. Es así que, se puede observar cómo los resultados de esta investigación van asociados a los miembros que conforman la pareja, es decir, se puede ver que el desenvolvimiento va esquematizado en la pareja, destaca a la persona con quien conviven tomando a la enfermedad como una condición anexa a sus vidas. Aporte importante de esta investigación y evidencia inversa

a lo que postularon los autores Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon y Polliack (2005) quienes mencionan que el desenvolvimiento de la mujer va perfilada a la enfermedad de la pareja.

Por otro lado, se ha referido el apoyo médico como una necesidad de las personas significativas, tanto para sí mismas como para la pareja al observar la disminución de la sintomatología de ambos tras el tratamiento clínico tanto psiquiátrico como psicológico, individual y/o conyugal tras el diagnóstico confirmatorio del TEPT del veterano de guerra. Resultados concordantes con los hallazgos de Dekel, Solomon *et al.* (2005) y Dekel, Goldblatt *et al.* (2005) quienes igualmente postularon la necesidad de la ayuda profesional psicológica para las esposas de los veteranos de guerra. Así mismo, se denota la necesidad de psicoeducación al igual que la inclusión de terapia grupal, ya que, algunas participantes reportaron que al compartir en las reuniones militares con personas que han vivenciado experiencias similares, logran obtener sensación de aceptación y comprensión, aprender/compartir estrategias de manejo con la pareja así como de las propias emociones/conductas, lo que les ha permitido el identificarse en esa comunidad. También, se hace mención a la eficacia del apoyo social como factor influyente en la perspectiva de la condición actual de la mujer, siendo ello proyectado por medio de las interacciones con la pareja y la sociedad. Tener la oportunidad de compartir y reflexionar sobre las experiencias emocionales y de trabajo como persona significativa, permite identificar y crear un balance protector para sí mismas y su hogar. Premisa examinada en estudios de trauma secundario laboral (Hunter, 2006; Leinweber & Heather, 2010).

Tomando en cuenta las necesidades de los cuidados médicos tanto para los síntomas de trauma como para los cuidados complementarios (diabetes, hipertensión, rehabilitaciones, entre otros), la economía del hogar se convierte en un factor vulnerable al existir medicación para ambos integrantes ya que no es cubierto por el estado o seguro privado/público. Siendo esto una preocupación adicional a la pareja. Situación que acarrea una evaluación negativa del soporte social, y por ende, al surgimiento de emociones y respuestas físicas como psicológicas negativas en un ámbito general. Así, la persona significativa se ve envuelta en una sobrecarga multidimensional de desafíos, previsibles o no, donde debe equilibrar atribuciones y repartición de roles, tiempo para sí misma, tiempo para el cuidado de los demás, recursos financieros, condiciones psicológicas, físicas y sociales, dimensiones pautadas igualmente por Morais *et al.* (2012). Responsabilidades emocionales, prácticas y financieras que redistribuyen el rol y trabajo

de la persona significativa el cual con frecuencia se lo ha visto asumido por las mujeres y es descrito como sobre-funcionamiento por Solomon (1992; Dekel *et al.*, 2005).

Resaltando con el principio de una asociación recíproca causal entre la expresión sintomatológica y las relaciones significativas (Tapia Villanueva, 2007), en esta investigación podemos apreciar como cada individuo que conforma la pareja acepta al evento traumático como un acontecimiento marcante, mientras que la convivencia y cada aspecto afectivo se desenvuelve de manera unidireccional. Es decir, denota el comportamiento adaptativo por parte de las mujeres para su nuevo estilo de vida, siendo esto manifestado principalmente como estrategia para evitar alterar sus propias emociones y cogniciones, e igualmente, evitar exacerbar a la pareja. Aunque no se puede definir claramente cuando los síntomas de ellas atribuyen a su propio estrés traumático y cuanto es de ellos, sí se puede decir que se lo ha internalizado como consecuencia de la vivencia condicionada. En otras palabras, los síntomas que presentan las personas significativas de esta investigación se reflejan como consecuencia del propio estrés diario, su propio evento con acontecimientos traumáticos al convivir con la sintomatología del TETP del veterano de guerra (con o sin presencia de agresión), con el conocimiento y memoria (fotos/recuerdos) del principal evento traumático (guerra) que vivió la víctima primario pero, sin acarrear los traumas de él (pesadillas / pensamientos de la guerra). Patrones de conducta que, aunque pueden considerarse perjudiciales, se encuentran arraigados en la relación de pareja e inconscientemente son necesarios para mantener el apego formándose así un círculo vicioso en la interacción conyugal (Feld, 2004).

Por lo que se puede mencionar que, hacer frente a una nueva realidad que involucra factores internos y externos acentúa la importancia, el interés y la necesidad de esta investigación. Abarcando los resultados encontrados en este estudio, en un ámbito integral, se puede concluir la presencia de indicadores de problemas físicos como mentales, alto porcentaje de angustia emocional, ideas obsesivas y depresión pero, al mismo tiempo se evidencia un porcentaje de alta auto competencia a nivel personal, como pareja, dentro del círculo familiar y pertenencia a la comunidad.

Es así que, en lo que se refiere a la expresividad clínica del trauma secundario de las participantes, se destaca que engloba la propia experiencia indirecta del evento traumático, los propios acontecimientos traumáticos vivenciados por la mujer y, los episodios sucedidos por el veterano de guerra comprometidos hacia la mujer, por ende, para tener un enfoque más preciso en

cuanto al desarrollo sintomatológico de las mujeres, en la Tabla 24 se presenta un cuadro comparativo entre los criterios de diagnóstico del TEPT del DSM – V y del CIE – 10 junto con los síntomas expresados actualmente por las participantes de esta investigación para el reconocimiento de los criterios clínicos del trauma secundario.

Criterio A: las personas significativas se vieron envueltas repetidamente en eventos y situaciones directas de amenaza, agresión física y verbal causado por parte del conyugue, al igual, en eventos y situaciones indirectas del evento traumático, como lo son la exposición a fotos o anécdotas compartidas por el veterano a la mujer. Acontecimientos que generan malestar e incomodidad expresada, por ejemplo, al evitar dichos actos e incluso películas o documentales con contenido de guerra o violencia.

Criterio B: los síntomas manifestados en las personas significativas se presentan como recuerdos intrusivos, persistentes, involuntarios y angustiantes enfocados en su propio evento traumático. Es decir, sucesos traumáticos vivenciados con la pareja dentro o fuera del hogar. Conllevando a sensación de malestar y angustia psicológica en situaciones que exacerbaban los síntomas del hombre ya que ello repercute en las mujeres, por lo que la hipervigilancia, angustia, depresión y estrés es constante. Repercutiendo al igual en las reacciones fisiológicas como manifestación de hipertensión, transpiración, entre otras.

Criterio C: entre las respuestas adaptativas de las mujeres se ha visto el evitamiento. Sea evitar lugares o memorias estresantes sobre su propia experiencia traumática, por ejemplo eventos socioculturales, para evitar la reactividad del comportamiento de la pareja y expresión de sus propias emociones y cogniciones. Referente al evento traumático, evitan las fotografías/recuerdos que los hombres poseen de la guerra e, inclusive ir a las reuniones de exmilitares para no revivir las anécdotas de la guerra.

Criterio D: son manifestadas memorias incompletas sobre los acontecimientos negativos de las experiencias personales, como pareja y de los aspectos que pudieron marcar la manifestación de los propios síntomas o los síntomas del conyugue. Acotación de la perspectiva negativa de las personas significativa a la falta de credibilidad de familiares y sociedad al compartir las vivencias, lo que va vinculado a la manifestación de miedo, vergüenza, desconfianza, separación familiar y

Tabla 24. Criterios de diagnóstico clínico del TEPT vs sintomatología del trauma secundario expresados en por las personas significativas de la presente investigación.

<p><i>Criterios de Diagnóstico Clínico DSM-V</i></p> <p>309.81 Trastorno de Estrés Postraumático</p>	<p><i>Criterios de Diagnóstico CIE-10</i></p> <p>F43.10 Trastorno por Estrés Postraumático</p>	<p><i>Criterios de Diagnóstico de TETS presentado en las participantes de este estudio</i></p>
<p>A. La persona estuvo expuesta o amenazada de muerte, lesiones graves o violencia sexual en uno (o más) de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del evento(s) traumático(s). 2. Ser testigo, en persona, el evento(s) que le ocurrió a alguien más. 3. Enterarse que el evento(s) traumático ocurrió a un miembro de la familia cercano o un amigo cercano. En casos de actuales o amenazas de muerte de un familiar o amigo, el evento(s) debe ser violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema exposición a aversivo(s) detalles del evento(s) (por ejemplo, los primeros en responder recogiendo las partes del cuerpo; policías oficiales expuestos 	<p>A. Exposición a un evento o situación (breve o prolongado)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De naturaleza amenazante o catastrófica 2. Potencialmente causante profundo disconfort / malestar en casi cualquier persona del mundo. 	<p>A. Las personas significativas estuvieron expuestas a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eventos y situaciones directas de amenaza, agresión verbal y física causado por parte de la víctima primaria del evento traumático. 2. Eventos y situaciones indirectas del evento traumático primario vivenciado por el veterano. 3. Exposición repetida a las referentes situaciones y eventos. 4. Causante profundo de malestar e incomodidad.

<p>repetidamente a los detalles de abuso infantil).</p> <p>Nota: Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, la televisión, películas o fotografías, al menos que esta exposición sea relacionado al trabajo.</p>		
<p>B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos asociado con el evento(s) traumático, comenzando después del evento(s) traumático ocurrido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recurrentes, involuntarios y angustiantes recuerdos intrusivos del evento(s) traumático. Nota: Los niños mayores de seis años pueden expresar este síntoma en juegos repetitivos. 2. Recurrentes sueños angustiantes donde el contenido y/o afectación del sueño están relacionado al evento(s) traumático. Nota: Los niños pueden tener sueños aterradores sin contenidos reconocibles. 3. Reacciones disociativas (por ejemplo, flashbacks), donde el individuo siente o actúa como si el evento(s) estuviera ocurriendo. (Tales reacciones pueden ocurrir en una serie continua con la 	<p>B. Presencia de recuerdos persistentes de “revivir” el evento o situación en forma de</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reviviscencias disociativas / <i>flashblacks</i> 2. Recuerdos vívidos 3. Sueños recurrentes 4. Sensación de malestar en la exposición a circunstancias similares o relacionadas al acontecimiento estresante. 	<p>B. Presencia de los siguientes síntomas asociados a los eventos y situaciones traumáticas para la persona significativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos intrusivos, persistentes, involuntarios y angustiantes. 2. Sensación de malestar y angustia psicológica tras la exposición interna o externa de situaciones similares o relacionadas a los eventos estresantes. 3. Reacciones fisiológicas tras la exposición interna o externa de situaciones similares o relacionadas a los eventos estresantes (como transpiración, palpitación acelerada, inmovilidad física).

<p>expresión más extrema siendo una pérdida completa de la conciencia del entorno actual). Nota: En niños la reconstrucción del trauma-específico puede ocurrir en el juego.</p> <p>4. Angustia psicológica intensa o prolongada en la exposición interna o externa de señales que simboliza o recuerdan un aspecto del evento(s) traumático.</p> <p>5. Reacciones fisiológicas marcadas a señales internas o externas que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento(s) traumático.</p>		
<p>C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el evento(s) traumático, comenzando después del evento traumático ocurrido, como se evidencia por uno o ambos de los siguientes:</p> <p>1. Evitación de o esfuerzos para evitar memorias angustiantes, pensamientos o sentimientos de o asociado cercanamente al evento(s) traumático.</p> <p>2. Evitación de o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos,</p>	<p>C. Evitación real o preferente a circunstancias similares o asociadas al evento o al agente estresante.</p>	<p>C. Evitación real o preferente a situaciones o estímulos relacionados o similares a los eventos traumáticos:</p> <p>1. Evitación de o esfuerzos para evitar memorias, pensamientos y sentimientos angustiantes relacionados o asociados a la situación traumática.</p> <p>2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos y</p>

<p>situaciones) que despierten memorias, pensamientos o sentimientos angustiantes de o asociados cercanamente con el evento(s) traumático.</p>		<p>situaciones) asociados al evento traumático.</p>
<p>D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociado con el evento(s) traumático, comenzando o empeorando después del evento traumático ocurrido, como se evidencia por dos (o más) de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático (típicamente debido a una amnesia disociativa y no debido a otros factores como una lesión en la cabeza, alcohol, o drogas). 2. Persistentes y exageradas creencias negativas o expectativas sobre uno mismo, otros o del mundo (por ejemplo, “yo soy malo”, “en nadie se puede confiar”, “El mundo es completamente peligroso”, “Todo mi sistema nervioso está permanentemente arruinado”). 3. Persistente, cognición distorsionada sobre la causa o consecuencias del evento(s) traumático que llevaron al 	<p>D. Presencia de alguno de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad para recordar completa o parcialmente los aspectos sobresalientes del tiempo de exposición a la situación estresante 2. Sintomatología persistente de hipersensibilidad psicológica manifestada por la presencia mínima de dos de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> a) Reactividad exagerada por medio de sobresaltos y / o aprensión 	<p>D. Presencia de alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociado al evento traumático:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad de recordar completa o parcialmente ciertos aspectos importantes del evento traumático (sin influencia de factores como lesión en la cabeza, alcohol o drogas). 2. Creencias negativas o expectativas sobre uno mismo, otros o del mundo de naturaleza persistente y exagerada (“en nadie se puede confiar”) 3. Persistente estado emocional negativo de miedo y vergüenza. 4. Sentimientos de desapego o alejamiento de otros.

<p>individuo a culparse a él mismo/ella misma u otros.</p> <p>4. Persistente estado emocional negativo (por ejemplo, miedo, terror, ira, culpa o vergüenza).</p> <p>5. Marcada disminución del interés o participación en actividades significativas.</p> <p>6. Sentimientos de desapego o alejamiento de otros.</p> <p>7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, inhabilidad de experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).</p>		
<p>E. Marcadas alteraciones en la excitación y reactividad asociada con el evento traumático, comenzando o empeorándose después del evento traumático ocurrido, como se evidencia por dos (o más) de lo siguiente:</p> <p>1. Comportamiento irritable y explosiones de ira (con poca o sin provocación) típicamente expresado como agresión verbal o física hacia personas u objetos.</p>	<p>b) Dificultad en conciliar o mantener el sueño</p> <p>c) Irritabilidad</p> <p>d) Dificultad para mantener la concentración</p> <p>e) Hipervigilancia</p>	<p>E. Presencia de alteraciones en la reactividad asociada a la situación traumática:</p> <p>1. Trastornos de sueño como dificultad en conciliar, mantener el sueño o sueño inquieto.</p> <p>2. Problemas para mantener la concentración.</p>

<p>2. Comportamiento autodestructivo o imprudente</p> <p>3. Hipervigilancia</p> <p>4. Respuesta de sobresalto exagerada</p> <p>5. Problemas en la concentración</p> <p>6. Trastornos de sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o quedarse dormido o sueño inquieto).</p>		
<p>F. Duración de la perturbación (Criterios B, C, D y E) durante más de un mes.</p>	<p>Nota:</p> <p>Deben cumplirse los criterios B, C y D en un período dentro de 6 meses de ocurrido el evento estresante o del finalizar el tiempo de estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio demorado: si se manifiestan los síntomas una vez transcurrido los seis primeros meses. 	<p>F. La aparición sintomatológica de trauma secundario</p> <p>1. Tuvo una aparición tras la manifestación sintomatológica de la persona diagnosticada con TETP, cuya duración y severidad ha ido incrementando gradualmente al ir empeorando los síntomas del cónyuge hasta llegar a un pico de máxima expresión.</p> <p>2. Tras el pico sintomatológico estos se normalizaron o disminuyeron sea por adaptación o negación o evitación sintomatológica o situaciones relacionadas al evento traumático.</p>

<p>G. La perturbación causa angustia significativa o deterioro en la vida social, ocupacional, u otras áreas importantes de funcionamiento.</p>	<p>Las alteraciones producen malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes.</p>	<p>G. La aparición de la sintomatología causa malestar significativo, deterior en el ámbito social, personal, familiar, laboral u otras importantes áreas.</p>
<p>H. No se atribuye la perturbación a efectos fisiológicos de sustancias (por ejemplo, medicamentos, alcohol), u otra condición médica.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con síntomas disociativos: los síntomas del individuo cumplen los criterios de Trastorno de Estrés Postraumático, y en adición, en respuesta al estresor, el individuo experimenta síntomas persistente o recurrentes de cualquiera de los siguientes:</p> <p>1. Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de sentirse separado de, y como si uno fuera un observador externo de, los procesos mentales o del cuerpo de uno mismo (por ejemplo, sentirse como si uno estuviera en un sueño; sentir una sensación de irrealidad del yo o cuerpo o del tiempo moviéndose despacio).</p>		<p>H. No se atribuye la manifestación de la perturbación a efectos fisiológicos de sustancias u otras condiciones médicas.</p> <p>1. No se atribuye síntomas disociativos.</p>

<p>2. Desrealización: experiencia persistente o recurrente de la irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor de los individuos es experimentado como irreal, de ensueño, distante, o distorsionado).</p> <p>Nota: Para usar este subtipo, los síntomas disociativos no deben ser atribuidos a efectos fisiológicos de sustancias (por ejemplo, blackouts, comportamientos durante una intoxicación alcohólica) u otra condición médica (por ejemplo, convulsiones parciales complejas).</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con retraso en la expresión: si el diagnóstico completo no se conoce hasta por lo menos seis meses después del evento (aunque la aparición y expresión de algunos síntomas puede ser inmediatos).</p>		
<p>(American Psychiatry Association, 2013).</p>	<p>(Organización Panamericana de la Salud, 2008).</p>	

social. Al igual, presencia de cogniciones negativas referente al estado político social tras ver una falta de apoyo hacia ellas y a sus compañeros/maridos luego del regreso de ultramar hasta la actualidad.

Criterio *E*: específicamente los problemas de conciliar o mantener el sueño por parte de las mujeres refiere a su propio evento traumático, ya que, no son manifestadas pesadillas o disturbios de sueño por la guerra. La dificultad de concentración se enfoca en su propia experiencia, acumulación de roles, hipervigilancia y acumulación de cansancio.

Criterio *F*: la aparición sintomatológica de la mujer fue manifestada como consecuencia de la acumulación de los eventos surgidos en la convivencia con la sintomatológica del TEPT del veterano de guerra, la cual fue agravando gradualmente tanto en duración como en severidad. Sintomatología propia de las personas significativas a la que normalizaron/disminuyeron como medida mal adaptativa prefiriendo igualmente evitar o desconocer tratamientos a falta de conocimiento sobre la existencia del TETS y estar sin suficiente apoyo/acompañamiento social.

Criterio *G*: refiere el malestar que causa tanto la propia experiencia traumática causada por la sintomatología de la pareja, como por el conocimiento sobre la experiencia de guerra dando el deterioro de la mujer en todas las áreas de su vida.

Criterio *H*: todas las participantes son autónomas, con discernimiento cognitivo y emocional, y las manifestaciones sintomatológicas no se ven ligadas a consumo de sustancias u otras condiciones médicas.

Es con ello que con la Figura 2 se representa el modelo teórico multivariable para la manifestación del TETS que en esta investigación se ha perfilado según los resultados obtenidos y teniendo en cuenta como base esencial el análisis teórico, encontrando así como factores determinantes para la manifestación del TETS el impacto que delinear la/el:

- Pre disposición: incluyen el historial de salud familiar, historial de salud personal, historial traumático de la persona sea como víctima primaria o secundaria y la habilidad empática.

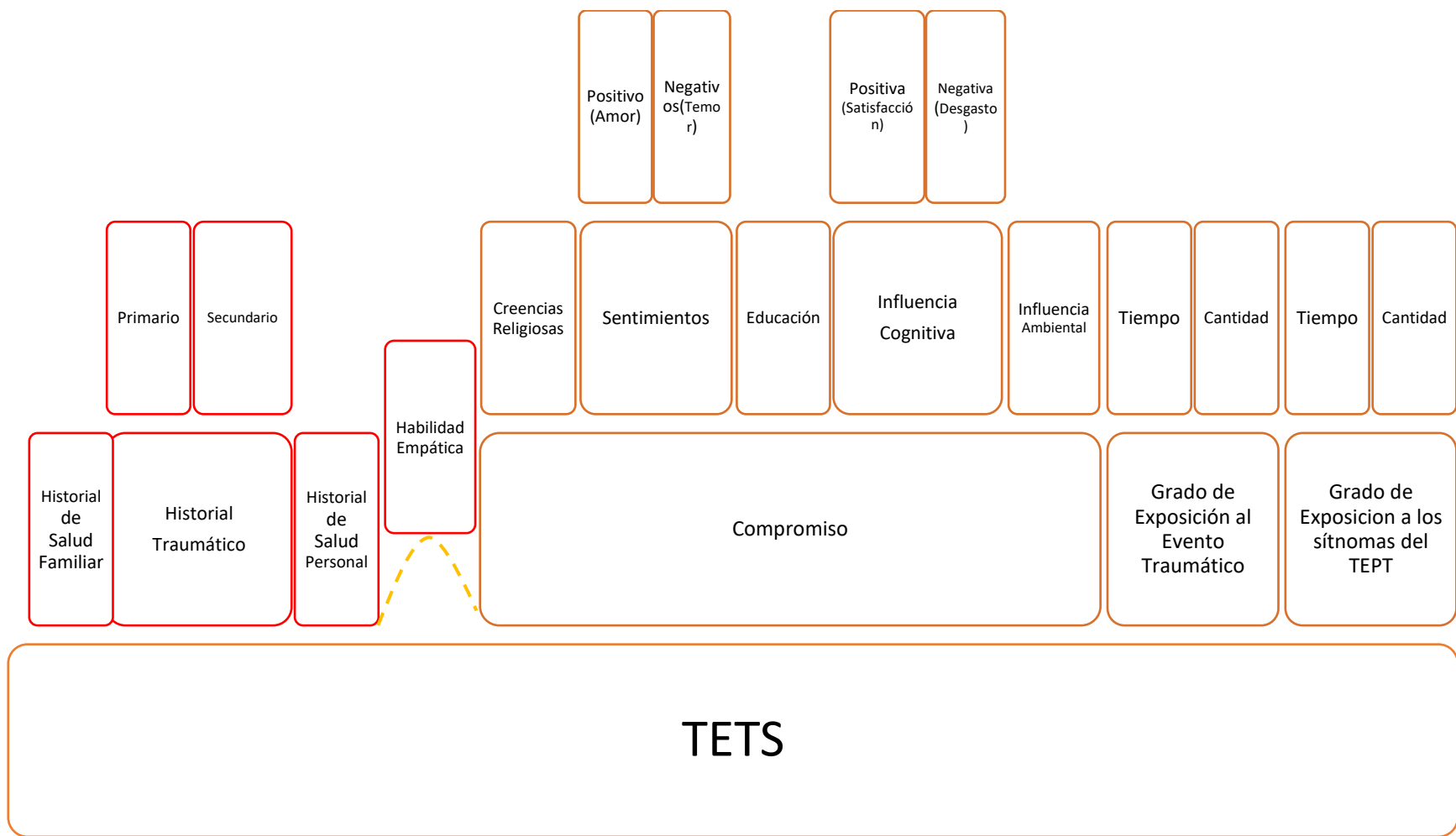


Figura 2. Modelo teórico delineado para la manifestación del TETS en las participantes de esta investigación.

- Nivel funcional personal e interacción como pareja: donde se destaca el compromiso y la sensación de responsabilidad de la persona en cuanto a sus creencias religiosas, sentimientos positivos como amor o negativos como temor, educación, influencia cognitiva positiva como satisfacción o negativa como desgaste, influencia ambiental y habilidad empática.
- Relación al actual evento traumático: abarca el grado de exposición al evento traumático y el grado de exposición a los síntomas del TEPT, ambos delineados por el tiempo y cantidad de exposición de la persona.

Así mismo, se plasma las connotaciones encontradas en esta investigación que permiten reconocer como los diferentes factores influyen y delinear el rol de la persona significativa y su vida (Figura 3) como:

- Historial familiar y personal.
- Grado de exposición al evento traumático.
- Grado sintomatológico propio y de la víctima primaria.
- Grado de relación con la víctima primaria cognitiva y sentimental.
- Estrategias de afrontamiento personales y profesionales.
- Contexto ambiental que incluye el ámbito familiar, social, laboral y estatal.

Importancia del Estudio

La trascendencia que marca tener en la vida de cada individuo una persona significativa se puede corroborar por medio de este estudio. Específicamente hablando de la vivencia de las personas significativas de veteranos de guerra diagnosticados con Trastorno de Estrés Post Traumático, la participación voluntaria obtenida para esta investigación, subraya el valor que representa una persona significativa.

Junto a esta investigación podemos encontrar la vulnerabilidad así como la trascendencia que implica la salud del ser humano. Emocionalmente se aprecia la complejidad y necesidad de

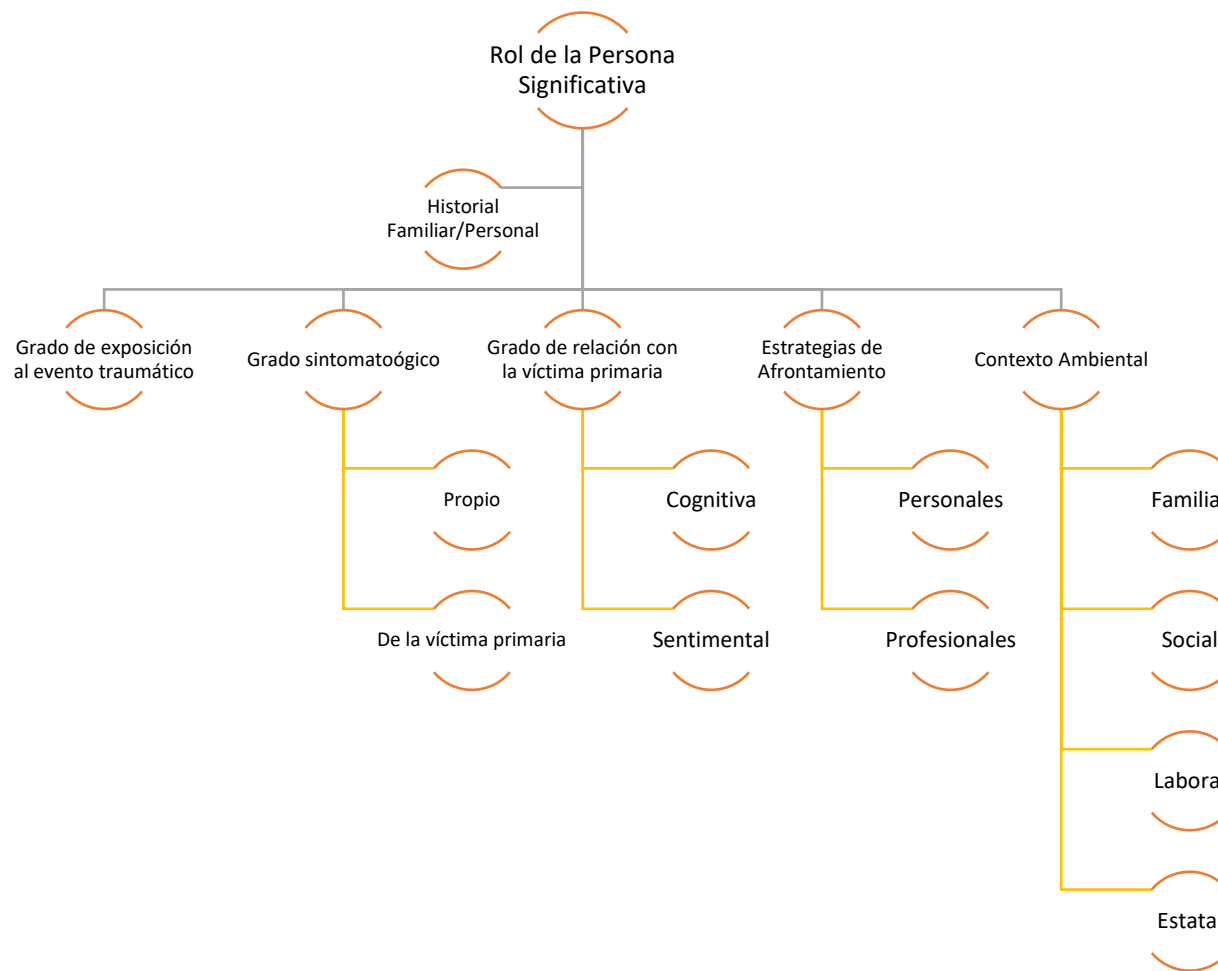


Figura 3. Esquema sobre los factores acreditados para el rol de la persona significativa.

los lazos afectivos especialmente entre la pareja y dentro de la familia. Se ve presente el trabajo y alcance de la empatía, valores, creencias, fe y afecto de las personas para sí mismas y hacia la pareja. Conocer, forjar, mantener y apoyar una persona significativa, en la salud y en la enfermedad, son valores que se han visto envueltos en este estudio.

Se denota que un evento traumático puede acontecer y perjudicar a cualquier ser humano sin límites de rangos de edad, género, estatus socioeconómico, creencias u ejercicio laboral. Motivos que sustentan el grado de alcance que esta investigación llega a constituir. Con el objetivo de estar preparado para futuros acontecimientos e incluso poder en la actualidad emprender la ayuda necesaria para las personas que han vivenciado un evento traumático.

Es por ello que, una parte clave de esta investigación fue recibir por parte de las participantes de este estudio los consejos respecto a sus experiencias de vida con una persona diagnosticada con TEPT, así, poder aconsejar o guiar a las futuras familias e incluso a los profesionales de apoyo conociendo la realidad de su entorno. De lo compartido de manera agregada se puede recalcar:

- “Respeto, amor y humanidad” (E2);
- “déjelo cuando tenga los síntomas, para que se calme ... yo me voy a otra habitación” (E3);
- “es una vida voluble, de sacrificio” (E6);
- “trata de adaptarte a él y la vida así” (E8);
- “déjelo pasar el tiempo, que se tranquilice y deje que la persona hable e intente ayudar” (E8);
- “porque al final todos son víctimas de la guerra” (E14)
- “fuerza y coraje, la vida es siempre para enfrente” (E15)
- “siempre tratar de comunicarse, hablar, comprensión” (E16);
- “paciencia, es una gran virtud, es un gran sacrificio” (E31)

Por ende se puede recalcar la importancia de este estudio ya que:

- Hace énfasis en cómo la persona significativa tanto cognitiva, emocional y físicamente es el soporte esencial para la pareja.

- Se puede denotar el valor que la persona significativa ofrece al bienestar, la mejoría e inclusive prevención de exaltación de síntomas de la persona diagnosticada con TEPT, lo que va ligado a la importancia de enfoque sobre la persona significativa para elaborar esquemas de tratamiento para futuras familias que vivan eventos traumáticos.
- Este estudio corrobora el rol elemental que la persona significativa constituye para la mejoría y calidad de vida para la persona diagnosticada con este trastorno, así como para la integración familiar, médico y social.
- Es con ello que se reitera la importancia de cuidar a la persona significativa, las necesidades que engloba la salud física y mental para poder llevar a cabo las responsabilidades que surgen dentro del nuevo contexto de vida. Crear entornos y condiciones que permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables.
- Se resalta la sintomatología enfocada en la persona significativa, reconociendo de manera específica la distinción del trauma secundario para denominar caracteres sintomatológicos de la víctima secundaria.
- Importante reconocer las variables prácticas, cognitivas y emocionales que influyen en el desempeño y la personalidad de la persona significativa en la vivencia de un evento traumático y, así mismo, ver como estas delinea el surgimiento del trauma secundario.
- Igualmente se señala al tiempo como variable influyente tanto en cantidad como en calidad de convivencia entre ambos individuos y para sí mismos.
- Específicamente es obtenido un enfoque en población portuguesa del norte del país.
- Importante el poder contribuir con la literatura y estudios focalizados en las personas significativas para formar parte de una guía que permita perfilar esquemas que promuevan la prevención, tratamiento, seguimiento y control de esta población antes, durante y después de vivenciado un evento traumático.

Así, se resalta cómo prescindible que el bienestar mental y la fortaleza física de las cuidadoras directas de las personas con TEPT mantengan constantemente el cuidado necesario para su estabilidad. Ya que, son quienes brindan la atención y custodia continua dentro y fuera del hogar. Con ello se evita o permite posponer el deterioro del cónyuge y por ende la probabilidad de institucionalización de la persona con TEPT, lo que podría perjudicar física y emocionalmente la salud de los que conforman la pareja. Por lo tanto, la identificación de los síntomas secundarios del TEPT entre las personas significativas debe considerarse imperativo para el desarrollo de estrategias que puedan compensar la carga de los cuidadores (Ahmadi, Reshadatjoo, Karami, Sepehrvand, Ahmadi, & Bazargan-Hejazi, 2011).

Se destaca la importancia del apoyo que las personas significativas deben recibir desde el conocimiento de la probabilidad de la pareja en acarrear este trastorno, por ejemplo desde/antes del desplazamiento de las parejas a los combates militares y, manteniendo el soporte durante el trabajo y el regreso de ellos; Sosteniendo que no se debe asumir una reintegración, como lo focalizan las propias participantes de este estudio “no debían dejarlos al olvido” (E11).

Limitaciones del Estudio

En el desarrollo de este estudio se encontraron como limitantes:

- Al ser un tema clínicamente sensible y voluntario, se reconoce la dificultad de los pacientes en poder compartir sus experiencias personales, por lo que, hubo pacientes diagnosticados con TEPT que negaron la participación de la persona significativa.
- Al igual, se puntúa la presencia de un porcentaje de personas significativas que al ser contactadas prefirieron no participar por diferentes razones, como por ejemplo, el encontrarse ocupadas actualmente, salir de viaje, dificultades físicas para su movilidad, entre otros motivos.
- Así mismo se destaca que el tiempo para poder desenvolver este estudio fue limitante, especialmente para conseguir abarcar más casas de salud tomando en cuenta la documentación y trámites que se deben llevar a cabo.

- Para este estudio inicialmente se propuso la participación de pacientes con TETP sean civiles como militares, sin embargo, al ser una alta proporción de veteranos de guerra las personas diagnosticadas con TEPT, no se logró apreciar en este estudio el trauma secundario en civiles.
- Una limitante, siendo uno de los motivos por lo que la muestra es de treinta personas, es el que este trabajo se lleva a cabo con las personas significativas de veteranos de guerra diagnosticados con TEPT que conviven actualmente con el paciente. Como confirma la literatura, existe una alta proporción de pacientes con TEPT viviendo solos, separados/divorciados. Miller, Wolf, Reardon, Harrington et al. (2013) señalan que los veteranos diagnosticados con TEPT tienen mayor tasa de divorcios que los veteranos expuestos a un evento traumático pero sin diagnóstico de TEPT. Para esta investigación se encontraron varios pacientes veteranos de guerra diagnosticados con TEPT y estar viviendo solos e inclusive en casas de apoyo.
- El Trastorno de Estrés Traumático Secundario ha sido empíricamente sostenido en cuanto al área laboral, por ende, desarrollado teóricamente e instrumentalmente con los profesionales de salud como participantes, es por ello que los instrumentos utilizados en esta investigación tienen respaldo científico con quienes trabajan directamente con los pacientes diagnosticados con TEPT pero no conviven a diario con los síntomas de ellos.
- La participación de las personas significativas se vuelve esencial para este trabajo, sin embargo, limita el conocer la experiencia de la mujer y su rol desde su propio punto de vista y no el papel de la mujer desde el punto de vista de la víctima primaria, con ello se limita el constatar y complementar temas, como por ejemplo, relacionados a la representación mental de sus experiencias de apego, niveles de diferenciación y dinámica de intimidad de pareja.
- Una de las limitaciones encontradas durante el desarrollo de esta investigación fue que en ciertas entrevistas se obtuvo una participación poco profunda y desenvuelta de algunas de las mujeres, siendo ello presuntamente referido a la propia personalidad introvertida de las participantes.

Recomendaciones para futuros estudios

Como hemos apreciado, la necesidad de reconocer a las personas significativas que cuidan de un ser querido frente a las condiciones adversas se ha vuelto imprescindible, ya que, el incremento de enfermedades comórbidas que puede desarrollar el cuidador va relacionada con la tasa del sobrevivientes secundarios y primarios.

Enfatizando

- En eventos traumáticos se recomienda para futuros estudios abarcar una participación tanto de civiles como soldados/militares activos y ex militares para poder reconocer las diferencias y semejanzas de síntomas expresados así como los roles desempeñados. Estudios que abarque la participación única de personas significativas e investigaciones que integren la participación de la víctima primaria y la víctima secundaria, permitiendo ello el reconocimiento de datos más exactos para poder generalizar los hallazgos.
- Abarcar víctimas primarias es tan esencial como reconocer y sostener a las víctimas secundarias. Puntualizando en la persona significativa de una persona diagnosticada con TEPT involucra vislumbrar el trauma secundario, por lo que, se vuelve esencial diferenciar los rasgos personales así como los rasgos multifacéticos que contiene la sintomatología de este trauma.
- Promover la participación de parejas así como de familiares cercanos pueden llegar a contribuir en la recolección de información de la persona significativa con una perspectiva más amplia sin sesgos, lo cual permite el conocimiento y estado de salud, contactos y relaciones personales y sociales tanto en el desenvolvimiento dentro como fuera del hogar.
- Se debe tomar en cuenta que cada persona tiene una brecha de tiempo, de ajuste, perspectiva y personalidad, por lo que para futuros estudios se precisa una guía responsiva que identifique el estrés y conductas individuales para el autocontrol cognitivo, conductual, emocional ante la pareja, familia y sociedad, con ello poder realizar un análisis agregado de manera más específica.

- Así mismo, se debe promover dentro de la sociedad general la necesidad del cuidado de las personas mediante la observación de la población y conductas atenuantes. Al igual, alentar la mayor participación posible de las víctimas secundarias a la prevención, tratamientos por ende a la participación en estudios que fortalezcan estos conocimientos.
- Por otro lado, indagar, estructurar y validar el uso de instrumentos avalados en las personas significativas que conviven a diario con pacientes diagnosticados con TEPT, recalando que se encuentra en proceso SORTS, instrumento enfocado en las personas significativas.
- Igualmente se promueve para futuros estudios la correlación entre participantes de diversas ciudades e incluso diferentes nacionalidades lo que permite acentuar y delimitar datos y guías de esquemas de prevención, tratamiento y control. Y, al mismo tiempo, poder abarcar con mayor amplitud los criterios de diagnóstico, realizar un seguimiento continuo de las personas significativas desde el inicio del desarrollo del TEPT permitiendo el poder abarcar los signos y síntomas del trauma secundario desde el inicio de la manifestación y su evolución.
- Al ser un tema importante que involucra a la población en general, se señala la necesidad de trabajar en equipos multidisciplinares para poder abarcar a la persona significativa como un ente completo e íntegro. Lo que incluye brindar el apoyo, y respaldo mediante sistemas y fundamentos sociales (donde se envuelve el sostén psicológico) de manera rápida, permanente y eficaz para poder combatir el estigma y vergüenza de los problemas derivados de estos cuadros clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ababa, A. (1998). *Coping Mechanisms: Emergency Health Training Programme for Africa*. Panafrican Emergency Training Centre. WHO/EHA/EHTP.
- Adams, R. E., Boscarino, J. A. y Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103-108. doi: 10.1037/0002-9432.76.1.103
- Agaibi, C., y Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, y Abuse*, 6(3), 195-216. doi:10.1177//1524838005277438
- Ahmadi, K., Azampoor-Afshar, S., Karami, G., y Mokhtari, A. (2011). The association of veterans' PTSD with secondary trauma stress among veterans' spouses. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 20, 636-644. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.595761>
- Ahmadi, K., Reshadatjoo, M., Karami, G. R., Sepehrvand, N., Ahmadi, P., y Bazargan-Hejazi, S. (2011). Evaluation of secondary post-traumatic stress disorder symptoms in the spouses of chemical warfare victims 20 years after the Iran – Iraq war. *The Psychiatrist*, 35, 168-175. doi: 10.1192/pb.bp.110.029587
- Ahmadzadeh, G. H., y Malekian, A. (2004). Aggression, anxiety, and social development in adolescent children of war veterans with PTSD versus those of non-veterans. *Journal of Research in Medical Sciences*, 9 (5), 33–36.
- Ainsworth, M. S., y Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. doi: 10.1037/0003-066X.46.4.333
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., y Alve, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Português*, 16, 309-320.
- Alessi, M. W., White, R. J., Ray, G. E., y Stewats, S. J. (2001). Personality and psychopathology profiles of veterans' wives: Measuring distress using the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1535-1542.

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Andersen, S. M., Chen, S. M., y Miranda. R. (2002). Significant Others and the Self. *Self and Identity*, 1, 159-168. doi: 1529-8868/2002
- Andersen, S. M., Glassman, N. S., y Gold, D. A. (1998). Mental representations of the self, significant others, and nonsignificant others: Structure and processing of private and public aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 845-861.
- Anuniação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes de Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise psicológica* 4 (15) 595-604.
- Arcila, C. (2015). Avances metodológicos en los análisis de mediación, moderación y procesos condicionales. [Revisión del libro *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis. A regression based approach*, de A. F. Hayes]. Disertaciones: Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social, 8 (1), 206-208.
- Ashvin Shah, S., Garland, E., y Katz, C. (2007). Secondary Traumatic Stress: Prevalence in Humanitarian Aid Workers in India. *Traumatology*, 13(1), 59-70.
doi:10.1177/1534765607299910
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., y McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Wolters Kluwer Health, Inc.*, 28(4) 307-311. 0951-7367.
- Austin, W., Goble, E., Leier, B., y Byrne, P. (2009). Compassion Fatigue: The experience of nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3(2), 195-214. doi: 10.1080/17496530902951988
- Australian Institute of Health and Welfare. (1999). *Morbidity of Vietnam veterans. A study of the health of Australia's Vietnam veteran community. Vol.III. Validation study*. Canberra: Department of Veterans Affairs.

- Avraham, N., Goldblatt, H., y Yafe, E. (2014). Paramedics' experiences and coping strategies when encountering critical incidents. *Qualitative Health Research*, 24(2), 194-208. doi: 10.1177/1049732313519867
- Baird, K., y Krecen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19, 181-188.
- Barón López, F. J. (22 de enero de 2020) Instrucciones sobre como presentar la estadística en un trabajo científico. Recuperado de <http://www.bioestadistica.uma.es/baron>
- Barrett, M. (2016). *The relationship between empathy and humor styles and secondary traumatic stress in the public mental health workplace* (Doctoral dissertation). Recuperado de <http://aura.antioch.edu/etds/310>
- Barroso, J., y Powell-Cope, G. (2004). Metasynthesis of qualitative research on living with HIV infection. *Qualitative Health Research*, 10, 340-353
- Baum N. (2014). Female receptivity and secondary traumatization in the family. *Family Process*, 53(2), 225-238. doi:10.1111/famp.12049
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beaton, R. D., y Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En C. R. Figley (1995), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, 51-81. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Ben Arzi, N., Solomon, Z., y Dekel, R. (2000). Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*, 14(8), 725-736. Doi: 10.1080/026990500413759
- Bilewicz, M. y Wojcik, A. D. (2018). Visiting Auschwitz: Evidence of secondary traumatization among high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(3), 328-334. doi:10.1037/ort0000302
- Bond, S., Gourlay, C., Desjardins, A., Bodson-Clermon, P., y Boucher, M.E. (2017). Anxiety, depression and PRSD-related symptoms in spouses and close relatives of burn survivors:

When the supporter needs to be supported. *Burns*, 43, 592-601. doi:
10.1016/j.burns.2016.09.025

- Boscarino J. A., Figley, C. R., y Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6, 1-9.
- Boss, P. (2007). Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, 56(2), 105-111. doi: 10.1111/j.1741-3729.2007.00444.x
- Bourke, M. L., y Craun, S. W. (2014). Secondary traumatic stress among internet crimes against children task force personnel: Impact, risk factors, and coping strategies. *Sex Abuse*, 26(6), 586-609. doi: 10.1177/1079063213509411
- Bramse, I., van der Ploeg, H. M., y Twisk, J. W. R. (2002). Secondary traumatization in Dutch couples of World War II survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 241-245. doi: 10.1037/0022-006X.70.1.241
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., y Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. doi: 10.1177/1049731503254106
- Brockman, C., Snyder, J., Gewirtz, A., DeGarmo, D., Grid, A. R., Quattlebaum, J., Schmidt, N., Pauline, M. R., Elish, K., Schrepferman, L., Hayes, C., y Zettle, R. (2016). Relationship of service members' deployment trauma, PTSD symptoms and experiential avoidance to postdeployment family reengagement. *Journal of Family Psychology*, 30(1) 52-62.
- Bronstein, I., Levin, Y., Lahav, Y., y Solomon, Z. (2016). World assumptions among wives of former prisoners of war. *Journal of Family Issues*, 37(12), 1746-1767. doi:
10.1177/0192513X14565702
- Brosseau, D. C., McDonald, M. J., y Stephen, J. E. (2011). The moderating effect of relationship quality on partner secondary traumatic stress among couples coping with cancer. *Families, Systems, & Health*, 29, 114-126. doi: 10.1037/a0024155

- Bryant, R. A. (1998). Calls to a Vietnam veterans' telephone counselling service. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 589-596
- Byrne, C. A., y Riggs, D. S. (1996). The cycle of trauma; relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims, 11*(3), 213-225.
- Campbell, S. B., Renshaw, K. D., Kashdan, T. B., Curby, T. W., y Carter, S. P. (2017). A daily diary study of posttraumatic stress symptoms and romantic partner accommodation. *Behavior Therapy, 48*, 222-234.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Breves – BSI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, y L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 95-109. Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, y L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, (3), 77-100. Coimbra: Quarteto Editora
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work, 75*(2), 81–101. doi:10.1300/J497v75n02_06.
- Carbonell, C. G. (2002). Posttraumatic stress disorder: clinical and psychotherapy. *Revista chilena de neuro-psiquiatria, 40*(2), 69 – 75.
- Carmona, C. (2008) *Perfiles Cognitivos en Pacientes Con Diagnostico de Anorexia y Bulimia*. Documento sin publicar. Universidad Católica de Colombia.
- Carmona Portocarrero, C. I. (2009). Análisis de un caso de duelo patológico desde la terapia Cognitivo-Conductual. *Revista de Psicología da IMED, 1*(2), 231-242.

- Carrillo González, G., Gómez Ramírez, O., y Vargas Rosero, E. (2008). Metodologías en metasíntesis. *Ciencia y Enfermería, 14*(2), 13-19. doi: 10.4067/S0717-95532008000200003
- Carroll, E. M., Rueger, D. B., Foy, D. W., y Donahoe, C. P. JR. (1985). Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: Analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology, 94*(3), 329-337. doi: 10.1037//0021-843x.94.3.329
- Carvalho, A. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referencia de recurso em casos emergentes. *DGS/PNSM, 3*-16.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J. C. (2007). Impact of event scale-revised (IES-R): Portuguese validation. En *European Congress of Traumatic Stress, 5*-9.
- Cazabat, E. (1998). Desgaste por Empatía: las consecuencias de ayudar. Centro de estudios del trauma psicológico y el estrés. Recuperado de <http://www.psicotrauma.com.ar/cazabat/archivos/23-Cazabat-Desgaste%20por%20Empatia.pdf>
- Chartier-Otis, M., Guay, S., y Marchand, A. (2009). Psychological and relationship distress among partners of civilian PTSD patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(7), 543-546. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181aac807
- Chen, S. (2003). Psychological-State Theories about Significant Others: Implications for the content and structure of significant-other representation. *Society for Personality and Social Psychology. Inc., 29*, (X) 1-18. doi: 10.1177/0146167203255226
- Christiansen, D., Bak, R. y Elklit, A. (2012). Secondary victims of rape. *Violence and Victims, 27*(2). doi:10.1891/0886-6708.27.2.246
- Chung, M., Easthope, Y., Farmer, S., Werrett, J. & Chung, C. (2003). Psychological sequelae: Post-traumatic stress reactions and personality factors among community residents as secondary victims. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*, 265-270

- Coates, S. W., Rosenthal, J. L., y Schechter, D. S. (Eds.) (2003). *Relational perspectives book series. September 11: Trauma and human bonds*. New York, N.Y, US: The Analytic Press/Taylor y Francis Group.
- Corey, G. (1991). *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy* 4th Ed. California: Brooks Cole.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., y Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151.
- Creamer, T. L., y Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 89-96.
- Danieli, Y. (1998). Introduction: History and conceptual foundations. In Y. Danieli (Ed.), *International handbook of multigenerational legacies of trauma* (pp.1-20). New York, NY: Plenum.
- Dass-Brailsfor, P. (2007). *A practical approach to trauma: Empowering interventions*. Los Angeles, CA: Sage. doi: 10.4135/9781452204123
- Davidson, A. C., y Mellor, D. J. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 341–351. doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00897.x.
- Dekel, R. (2010). Couple forgiveness, self-differentiation and secondary traumatization among wives of former POWs. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(7), 924-937. doi:10.1177/0265407510377216
- Dekel, R., y Monson, C. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 303-309. doi: 10.1016/j.avb.2010.03.001

- Dekel R., y Solomon, Z. (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: the role of POWs' distress. *Social Psychiatry Epidemiology*, *41*, 27-33. doi: 10.1007/s00127-005-0002-6
- Dekel, S., Levin, Y., y Solomon, Z. (2015). Posttraumatic growth among spouses of combat veterans: Adaptive or maladaptive for adjustment?. *Psychiatry Research*, *230*, 712-715. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.018
- Dekel, R., Solomon, Z., y Bleich, A. (2005). Emotional distress and marital adjustment of caregivers: contribution of the care recipient's level of impairment and of the caregiver's appraised burden. *Anxiety Stress Coping*, *18*, 71-82.
- Dekel, R., Goldblatt, H., Keidar, M., Solomon, A., y Polliack, M. (2005). Being a wife of a veteran with Posttraumatic Stress Disorder. *Family Relations*, *54*(1), 24-36.
- Derogatis, L. R., y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, *13*(3), 595 – 605.
- DGS/PNSM (2014). *Portugal saúde mental em números*. Direção – Geral da Saúde: Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Díaz de León Ponce, M. A., Basilio Olivares, A., Cruz Vega, F., y Briones Garduño, J. C. (2016). *Trauma un Problema de salud en México*. Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). México
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, E., Adèr, H., y Van der Ploeg, H. M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology*, *19*, 217-226. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.217>
- Doyle, E., Becker, J., Newwly, D., Johnston, D., y Pepperell, B. (2005). Knowledge transfer between communities, practitioners, and researchers: A case study for community resilience in Wellington, New Zealand. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, *19*(2), 55-66.

- Dutton, M. A., y Rubenstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications, en Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). Nueva York: Brunner-Mazel.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00123-0
- Eidelson, R. J., D'Alessio, G. R., y Eidelson, J. I. (2003). The impact of September 11 on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 144-150.
- Engdahl, B., Harkness, A., Eberly, R., Page, W., y Bielinski, J. (1993). Structural models of captivity trauma, resilience, and trauma response among former prisoners of war 20 to 40 years after release. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 109-115. doi: 10.1007/BF00801740.
- Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., y Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35(2). doi: 10.1016/S0191-8869(02)00200-3
- Evans, L., Cowlshaw, S., y Hopwood, M. (2009). Family functioning predicts outcomes for veterans in treatment for chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Family Psychology*, 23, 531-539. doi: 10.1037/a0015877
- Evans, L., Cowlshaw, S., Forbes, D., Parslow, R., y Lewis, V. (2010). Longitudinal analyses of family functioning in veterans and their partners across treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 611-622. doi:10.1037/a0020457
- Evans, L., McHugh, T., Hopwood, M., y Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 765-772
- Ezama Coto, E., Alonso, Y., y Fontanil Gómez, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293-314.

- Feld, B. (2004). Holding and facilitating interactive regulation in couples with trauma histories. *Psychoanalytic Inquiry*, 24(3), 420-437
- Fernández-Muñoz, J. J, y García Gonzáles, J. M. (2017). El análisis de mediación a través de la macro/interfaz Process para SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 10(2), 79-88. doi: 10.1344/reire2017.10.218109
- Figley, C. R. (1982, February). *Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health*. Paper presented at the Conference, Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction, Lub-bock, Texas.
- Figley, C. R. (1986). *Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research and intervention*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder. I, C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In C.R. Figley (Ed.), *Innovations in psychology. Burnout in families: The systemic costs of caring* (pp. 15-28). Boca Raton, FL: CRC Press
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp.3-28). Lutherville, MD: Sidran
- Finkenauer, C., y Hazam, H. (2000). Disclosure and secrecy in marriage: Do both contribute to marital satisfaction? *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 245-263. doi: 10.1177/0265407500172005
- Fleck, M. P. A., Louzada, S. N., Xavier, M. K., Chachamovich, E., Vieira, G. M., Santos, L., y Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública. São Paulo*, 34 (2), 178 – 183.

- Flores Macías, G. (2018). Metodología para la investigación cualitativa fenomenológica y/o hermenéutica. *Revista Latinoamericana de Psicoterapia Existencial*, 17. 17-23
- Foa, E.B., y Capaldi, S. (2013). Manual for the administration and scoring of the PTSD Symptom Scale – Interview for DSM-5 (PSS-I-5). Revised 05. 11.02.2017
- Foa, E. b., Keane, T. M., Friedman, M. J., y Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Fortich Mesa, N. (2013). Revisión sistemática o revisión narrativa? *Ciencia y Salud Virtual*, 5(1), 1-4. doi: 10.22519/21455333.372
- Frančičković, T., Stevanović, A., Jelušić, I., Roganović, B., Klarić, M., y Grković, J. (2007). Secondary Traumatization of Wives of War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Croatia Medical Journal*, 48, 177-184.
- Frederikson, Chamberlain, y Long (1996). Unacknowledged Casualties of the Vietnam War: Experiences of Partners of New Zealand Veterans. *Qualitative Health Research*, 6 (1), 49-70
- Fredman, S., Vorstenbosch, V., Wagner, A. C., Macdonald, A., y Monson, C. M. (2014). Partner accommodation in Posttraumatic Stress Disorder: Initial testing of the Significant Others' Responses to Trauma Scale (SORTS). *Journal Anxiety Disorder*, 28(4), 372 – 381. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.04.001.
- Freudenberg, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of the Society for the Psychological Study of Social Issues*, 30, 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Freytes, M., LeLaurin J. H., Zickmund, S. L., Resende, R. D., y Uphold, C. R. (2017). Exploring the post-deployment reintegration experiences of veterans with PTSD and their significant others. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(2), 149-156. doi: 10.1037/ort0000211
- Fullerton, C. S., McCarroll, J. E., Ursano, R. J., y Wright, K. M. (1992). Psychological responses of rescue workers: Fire fighters and trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 371-377.

- Galea, S., Nandi, A., y Vlahov, D. (2005). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91. doi: 10.1093/epirev/mxi003
- Galovski, T., y Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: a review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 477-501. doi: 10.1016/S1359-1789(03)00045-4
- Gawrych, A. L. (2010). *PTSD in firefighters and secondary trauma in their wives*. Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology. Hofstra University. Hempstead, N. Y. 11549
- Gewirtz, A. H., Polusny, M. A., DeGarmo, D. S., Khaylis, A., y Erbes, C. R. (2010). Posttraumatic stress symptoms among National Guard soldiers deployed to Iraq: Associations with parenting behaviors and couple adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 599-610. doi: 10.1037/a0020571
- Gil-Monte, P. R. (2003). Burnout Syndrome: Work burnout, professional exhaustion, job stress, or thomas' illness? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181-197. 1576-5962.
- Glenn, D.M., Beckham, J.C., Feldman, M.E., Kirby, A.C., Hertzberg, M.A., y Moore, S.D. (2002). Violence and hostility among families of Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, 17(4), 473-489. doi: 10.1891/vivi.17.4.473.33685
- Goff, B. S. N., y Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: The couple adaptation to traumatic stress model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 145-157. doi:10.1111/j.1752-0606.2005.tb01552.x.
- Goff, B. S. N., Crow, J. R., Reisbig, A. M., y Hamilton, S. (2007). The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21, 344-353. doi: 10.1037/0893-3200.21.3.344

- Goff, B. S., Crow, J. R., Reisbig, A. M. J., y Hamilton, S. (2009). The impact of soldiers' deployments to Iraq and Afghanistan: Secondary traumatic stress in female partners. *Journal of Couple y Relationship Therapy*, 8, 291-305. doi: 10.1080/15332690903246085
- Gómez, M. M., y Crespo, M. (2012). Posttraumatic and Associated symptoms in victims of different types of traumatic events. *Acción Psicológica*, 9(1), 71 - 86.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., y Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60(1), 5–22. doi: 10.2307/353438
- Gottman, J. M., y Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 47–52. doi: 10.1037/0022-006X.57.1.47
- Greene, T., Lahav, Y., Bronstein, I., y Solomon, Z. (2014). The role of ex-pows' PTSD symptoms and trajectories in wives' secondary traumatization. *Journal of Family Psychology*, 28(5), 666-674. doi: 10.1037/a0037848
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. C., y Wilson, N. (2008). Informal carers of stroke survivors-factors influencing carers: a systematic review of quantitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1329-1349. doi: 10.1080/09638280701602178
- Harvard Medical School (2007). Lifetime prevalence of DSM-IV/CIDI disorders by sex and cohort (n=9282). Julio 2019. Recuperado de http://hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/NCS-R_Lifetime_Prevalence_Estimates.pdf
- Harvey, S.B., Milligan-Saville, J. S., Paterson, H.M., Harkness, E.L., Marsh, A.M., Dobson, M., ... Bryant, R.A. (2016). The mental health of fire-fighters: An examination of the impact of repeated trauma exposure. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 649-658. doi:10.1177/0004867415615217
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis. A regression based approach*. Nueva York: The Guilford Press.

- Hayes, A. F., y Scharkow, M. (2013). The relative trustworthiness of inferential tests of the indirect effect in statistical mediation analysis: Does method really matter? *Psychological Science*, 24, 1918-1927. doi:10.1177/0956797613480187
- Hecker, L. (2007). Trauma and couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(1/2), 83-93. doi: 10.1300/J398v06n01_08
- Heidegger, M. (2006). *Introducción a la fenomenología de la religión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Houaiss, A., Villar, M. S., y Franco, F. M. M. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*, 22, 308-322
- Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós
- Iglesias, M. (2017). *La transmisión transgeneracional de secretos y no-dichos en el entramado inconsciente familiar*. (Trabajo Final de Grado). Septiembre 2019. Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_memphis_iglesias_tut_r.z._rev._claudia_m._feb.2016.pdf
- Infante, F (2005). A resiliência como processo: Uma revisão da literatura recente: En A. Melillo y E. Ojeda (Eds.), *Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas* (pp.23-38). Artmed Editora: Porto Alegre
- Jacobsson, A., Backteman-Erlanson, S., Brulin, C., y Hornsten, A. (2015). Experiences of critical incidents among female and male firefighters. *International Emergency Nursing*, 23(2), 100-104. doi:10.1016/j.ienj.2014.06.002
- Jenkins, S. R., y Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423-432. doi:10.1023/A:1020193526843.

- Jordan, B.K., Marmar, C.R., Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L., y Weis, D.S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 916-926. doi: 10.1037//0022-006x.60.6.916
- Juárez, A. 2004. Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México. *Ciencia & Trabajo* 6(14): 189-196
- Kaës, R. (1996). Introducción: el sujeto de la herencia. En R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez, J. y Baranes, J-J. *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones* (pp. 13-27) Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaitz, M., Levy, M., Ebsteirn, R., Faraone, S. V., y Mankuta, D. (2009). The intergenerational effects of trauma from terror: A real possibility. *Infant Mental Health Journal*, 30, 158-179.
- Kaminer, D., Grimsrud, A., Myer, L., et al. (2008). Risk for posttraumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa. *Social Science and Medicine*, 67, 1589-1595.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., y Eaves, L. J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 50(11), 853-862. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820230023002
- Kianpoor, M., Rahmanian, P., Mojahed, A., y Amouchie, R. (2017). Secondary traumatic stress, dissociative and somatization symptoms in spouses of veterans with PRSD in Zahedan, Iran. *Electronic Physician*, 9(4), 4202-4206. doi: 710.19082/4202
- Klarić, M., Kvesić, A., Mandić, V., Petrov, B., y Frančišković, T. (2013). Secondary traumatization and systemic traumatic stress. *Medicina Academica Mostariensia*, 1(1), 29-36.
- Klarić, M., Frančišković, T., Černi Obrdalj, E., Petrić, D., Britvić, D., y Zovko, N. (2012). Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 280-286

- Klarić, M., Frančišković, T., Klarić, B., Krešić, M., Grković, J., Diminić Lisica, I., Stevanović, A. (2008). Social support and PTSD symptoms in war-traumatized Women in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatria Danubina*, 20, 466-473
- Koić, E., Francišković, T., Mužinić-Masle, L., Đorđević, V., y Vondraček, S. (2002). Chronic pain and secondary traumatization in wives of Croatian war veterans treated for post traumatic stress disorder. *Acta Clinica Croatica*, 41, 295-306.
- Krysińska, K., y Lester, D. (2006). Comment on the Werther effect. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27(2), 100. doi: 10.1027/0227-5910.27.2.100
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., y Fairbank, J. A. (1990). *i sur. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the national Vietnam veterans readjustment study*. New York: Brunner/Mazel
- Lahav, Y., Kanat-Maymon, Y., y Solomon, Z. (2016). Secondary traumatization and attachment among wives of former POWs: a longitudinal study. *Attachment y Human Development*, 18(2), 141-153. doi: 10.1080/14616734.2015.1121502
- Lahav, Y., Levin, Y., Bensimon, M., Kanat-Maymon, Y., y Solomon, Z. (2017). Secondary traumatization and differentiation among the wives of former POWs: A reciprocal association. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 399-408. doi: 10.1002/jts.22204
- Lahav, Y., Stein, J. Y. y Solomon, Z. (2016). Keeping a healthy distance: Self-differentiation and perceived health among ex-prisoners-of-war's wives. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 61-68. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.08.0080022-3999
- Lawrence, J., y Fauerbach, J. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24(1), 63-72. doi: 10.1097/01.BCR.0000045663.57246.ED
- Leinweber, J., y Rowe, H. (2010). The costs of "being with the woman": secondary traumatic stress in midwifery. *Elsevier*, 26, 76-87. doi: 10.1016/j.midw.2008.04.003
- Leon, G. R. (2004). Overview of the psychosocial impact of disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(1), 4-9. doi: 10.1017/S1049023X00001424

- Levin, P. (1989, 2001, 2003). Common responses to trauma – and coping strategies. LICSW, PsyD.
- Levin, Y., Greene, T. y Solomon, Z. (2016). PTSD symptoms and marital adjustment among ex-pows' wives. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 72-81. doi:10.1037/fam0000170
- Lewis, S. M. (2003). Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behavior*, 8(3), 329-343. doi:10.1016/S1359-1789(01)00079-9
- Leyva Cordero, O., y Flores Hernández, M. A. (2014). Capítulo 19. Análisis De correlaciones bivariadas y parciales con SPSS. En Sáenz López, K., y Tamez González, G. (Ed). *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales* (pp.421-436). D.F., México: Tiran Humanidades.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., y Zilber, T. (1998). Narrative research. Londres: Sage
- Lima, L., Lemos, M. S., y Guerra, M. P. (2002). Estudo das quantidades psicométricas do SCSII (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica*, 20(4), 555-570. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n4/v20n4a02.pdf>
- Lunney, C. A., y Schnurr, P. P. (2007). Domains of quality of life and symptoms in male veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 955-964. doi: 10.100 2/jts.20269.
- Luthar, S. S., y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Developmental an Psychopathology*, 12(4), 857-885.
- Lynch, S. H. (2017). Looking at compassion fatigue differently: Application to family caregivers. *American Journal of Health Education*, 49(1), 9-11. doi: 10.1080/19325037.2010.1369197
- Lyons, M. A. (2001). Living with post-traumatic stress disorder: the wives'/female partners' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 69-77.

- MacGeorge, E. L., Samter, W., Feng, B., Gillihan, S. J., y Graves, A. R. (2007). After 9/11: goal disruption, emotional support, and psychological health in a lower exposure sample. *Journal of Health Communication, 21*, 11-22
- Mansfield, A. J., Schaper, K. M., Yanagida, A. M., y Rosen, C. S. (2014). One day at a time: The experiences of partners of Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(6), 488-495. doi: 10.1037/a0038422
- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., ... Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*, 1-18. doi:10.1196/annals.1364.001
- Matos Quaresma Valente, Z. M. (2015). *Sintomas Psicopatológicos Burnout e Stress Pós-Traumático em Bombeiros*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Matos, M., Gouveia, J.P. y Martins. S. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised. *Psychologica: Avaliação em contexto clínico, 54*, 413-438
- Maykut P., y Morehouse R. (1994) *Beginning Qualitative Research; A Philosophic and Practical Guide*. The Falmer Press, London.
- McCann, L., y Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization. A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131-149.
- McFarlane, A. C., y Bookless, C. (2001). The effect of PTSD on interpersonal relationships: Issues for emergency service workers. *Sexual and Relationship Therapy, 16*(3), 261–267. doi: 10.1080/14681990120064496
- Meda, R., Moreno-Jimenez, B., Palomera, A., Arias, E., y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, Mexico. *Terapia Psicológica, 30*(2), 31-41. doi: 10.4067/SO718-48082012000200003

- Meffert, S. M., Henn-Haase, C., Metzler, T. J., Qian, M., Best, S., et al. (2014). Prospective Study of Police Officer Spouse/Partners: A New Pathway to Secondary Trauma and Relationship Violence? *PLoS ONE*, 9(7): e100663. doi:10.1371/journal.pone.0100663
- Meis, L. A., Barry, R. A., Kehle, S. M., Erbes, C. R., y Polusny, M. A. (2010). Relationship adjustment, PTSD symptoms, and treatment utilization among coupled National Guard soldiers deployed to Iraq. *Journal of Family Psychology*, 24, 560-567. Doi: 10.1037/a0020925
- Melillo, A., y Ojeda, E. (2005). *Resiliência.: Descobrimo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed.
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian, V., y Solomon, Z. (1995). Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, Stress, and Coping*, 8, 203-213
- Miller, A. W., Wolf, E. J., Reardon A. F., Harrington, K. M., Ryabchenko, K., Castillo, D., Freund, R., y Heyman, R. E. (2013). PTSD and conflict behavior between veterans and their intimate partners. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 240-251. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.02.005
- Monson, C. M., Taft, C. T., y Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory-driven research and intervention development. *Clinical Psychology Review*, 29, 707-714. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.002
- Monteiro, I. S., y Maia, A. (2009). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento de avaliação do sentimento de pertença. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, 9(1), 19 – 26.
- Morais, H. C. C., Soares, A. M. G., Oliveira, A. R. S., Carvalho, C. M. L., Silva, M. J., y Araujo, T. L. (2012). Sobrecarga y modificaciones de vida en la perspectiva de los cuidadores de

pacientes con accidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(5), 1-10.

Morais, N., y Koller, S. (2001). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. In S. Koller (Ed.) *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.95-112). Sao Paulo: Casa do Psicólogo.

Moran, D. (2011). *Introducción a la Fenomenología*. Barcelona: Anthropos, España.

Morante, M. E. (2007). *Estrés traumático secundario en los servicios de urgencia médica en la comunidad de Madrid*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., y Rodríguez, R. (2004). Fatiga por compasión o estrés traumático secundario. Nuevas formulaciones para un viejo problema. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.

Moreno-Jiménez, B., Morante Benadero, M. E., Rodríguez Carvajal, R., y Rodríguez Muñoz, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20(1), 124-130.

Moreno-Jiménez, B., Morante Benadero, M. E., Losada Novoa, M. M., Rodríguez Carvajal, R., y Garrosa Hernández, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76. doi:78522108

Moreno-Jiménez, B., Morett, M. I., Rodríguez, M. A., y Morante, M. W. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de Burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18, 413-418.

Nachar, N., Lavoie, M. E., Marchand, A., O'Connor, K. P., y Guay, S. (2014). The effect of talking about psychological trauma with a significant other on heart rate reactivity in individuals with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 219, 171-176. doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.006

- Naazarian, D., Kimerling, R., y Frayne, S. M. (2012). Posttraumatic stress disorder, substance use disorders, and medical comorbidity among returning US veterans. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 220-225. doi: 10.1080/10705511.2011.607099
- Neria, Y., Nandi, A., y Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine, 38*, 467-480.
doi:10.1017/S0033291707001353
- Nguyen, A. W., Chatter, L. M., Taylor, R. J., Levine, D. S., y Himle, J. A. (2015). Family, friends, and 12-month PTSD among African Americans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*, 1149-1157.
- NSW Institute of Psychiatry and Centre for Mental Health (2000). *Disaster Mental Health Response Handbook*. North Sydney: NSW Health.
- Ojeda Ocampo More, C. L. (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia, 15* (31), 287-297.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015). Salud mental en las emergencias. Default DIV wrapper for all story meta data. Nota descriptiva N°383 Octubre de 2015. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs383/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, edición electrónico de la CIE-10*. Washington, D.C.
- Ouimette, P., Coolhart, D., Sugarman, D., Funderburk, J. S., Zelman, R. H., y Dornau, C. (2008). A pilot study of posttraumatic stress and associated functioning of army National Guard following exposure to Iraq warzone trauma. *Traumatology, 14*, 51-56.
- Outram, S., Hansen, V., Macdonell, G., Deidre Cockburn, J., y Adams, J. (2009). Still living in a war zone: Perceived health and wellbeing of partners of Vietnam veterans attending partners' support groups in New South Wales, Australia. *Australian Psychologist, 44*(2), 128-135. doi: 10.1080/00050060802630353

- Pai, A., Suris, A., y North, C. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7(7). doi: 10.3390/bs7010007
- Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, et al. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5),719–22.
- Paul, L. A., Price, M., Gros, D. F., Gros, K. S., McCauley, J. L., Resnick, H. S., ... Ruggiero, K. J. (2014). The associations between loss and posttraumatic stress and depressive symptoms following hurricane ike. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 322–332. doi:10.1002/jclp.22026
- Pearlman, L. A., y McKay, L. (2008). Estrés Traumático Secundario: Understanding and Addressing Vicarious Trauma. *Headington Institute*. 4-40
- Pereira, M. G., y Ferreira, J. M. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da Guerra Colonial. Em P. J. Costa, C. L. Pires, J. Veloso, & C. T. Pires (Eds.), *Stresse Pós-traumático: Modelos, Abordagens e Práticas* (pp. 37–45). Editorial Diferença.
- Pereira, M. G., y Pedras, S. (2010). Grupo de suporte para mulheres de veteranos de guerra: Um estudo qualitativo. *Análise Psicológica*, 2(28), 281-294.
- Pereira da Cunha, S. C. (2018). *Stress e incidentes críticos em operacionais de emergência médica pré-hospitalar* (Dissertacao doutoral). Agosto 2019. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/112278/2/269122.pdf>
- Philips et al., 2017 coping
- Pines, A., Aronson, E., y Kafry, I. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En Cherniss, C. (Ed.). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., y Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69, 576-593. doi:10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x

- Psicología Clínica & Psiquiatría (2003). *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10. 20 de Enero de 2020. ISSN: 0214-7823. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>
- Ramos, V. (1979). As pessoas significativas no Universo do Adolescente. *Análise Psicológica* 2 (4), 535-546. 0870-8231
- Ray, S. L., y Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 838-847. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.002
- Red Nacional de Estrés Traumático Infantil, Secondary traumatic stress committee (2011). *Secondary traumatic stress: A fact sheet for child-serving professionals*. National Center for Child Traumatic Stress. Los Angeles, C.A. y Durham.
- Regehr, C. (2005). Bringing the trauma home: Spouses of paramedics. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 97-114. doi: 10.1080/15325020590908812
- Reguillo, R. (1998). "Imaginario globales, miedos locales, la construcción social del miedo en la ciudad", ponencia presentada en el IV Encuentro de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (Alaic), Ciencias de la Comunicación: Identidades y Fronteras, Universidad Católica de Pernambuco, 11-16 de septiembre, Recife.
- Renshaw, K. D., y Caska, C. M. (2012). Relationship distress in partners of combat veterans: The role of partners' perceptions of Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy*, 43, 416-426.
- Renshaw, K. D., Rodrigues, C. S., y Jones, D. H (2008). Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: Relationship with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *Journal of Family Psychology*, 22, 586-594. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.586
- Renshaw, K. D., Allen, E. S., Rhoades, G. K., Blais, R. K., Markman, H. J., y Stanley, S. M. (2011). Distress in spouses of service members with symptoms of combat-related PTSD: Secondary traumatic stress or general psychological distress? *Journal of Family Psychology*, 25(4), 461-469. doi: 10.1037/s0023994

- Rice, H., Warland, J., y Cert Ed, G. (2013). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery* 29, 1056-1063. doi:10.1016/j.midw.2012.12.003
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., y Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 87-101. doi: 10.1023/A:1024409200155
- Rodrigues, R., Barbosa, G., y Chiavone, P. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 245-253. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/12.pdf>
- Rosenwald, G. C., & Ochberg, R. L. (Eds.). (1992). *Storied lives: The cultural politics of self-understanding*. Yale University Press
- Rothschild, B. (2006). *Help for the Helper – the psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. W. W. Norton & Company, New York.
- Rudolph, M., Stamm, Bh. H., y Stamm, H. E. (1997). *Compassion fatigue a concern for mental health policy, providers, y administration*. Poster al 13 Congreso Internacional de la Sociedad para el Estudio del Estrés Traumático, Montreal, PQ, C.A.
- Sadeh, N., y Verona, E. (2008). Psychopathic personality traits associated with abnormal selective attention and impaired cognitive control. *Neuropsychology*, 22(5), 669-680. doi: 10.1037/a0012692
- Samper, L. E. (2016). Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: Fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*, 72(3), 209-215.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23, 334-340. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4 <334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G
- Sandelowski, M., Docherty, S. y Emden, C. (1997). Focus on Qualitative Methods. Qualitative Metasynthesis: Issues and techniques. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 365-371. doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199708)20:4<365::aid-nur9>3.0.co;2-e

- Sarkar, M., y Fletcher, D. (2014). Ordinary magic, extraordinary performance: Psychological resilience and thriving in high achievers. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 3(1), 46-60. doi: 10.1037/spy0000003
- Sayner, N. A., Noorbaloochi, S., Frazier, P., Carlson, K., Gravely, A., y Murdoch, M. (2010). Reintegration problems and treatment interests among Iraq and Afghanistan combat veterans receiving VA medical care. *Psychiatric Services* 61, 589-597.
- Schauben, L. J., y Frazier`s, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counsellors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly* 19, 49-64
- Schaufeli, W. B., y Greenglass, E. R. (2001). Special issue job burnout and health. *Psychology and Health*, 16, 501-510. doi: 10.1080/08870440108405523.
- Schum, W. R., Bell, D. B., y Gade, P. A. (2000). Effects of a military overseas peacekeeping deployment on marital quality, satisfaction and stability. *Psychological Reports*, 87, 815-821. doi: 10.2466/pr0.2000.87.3.815
- Sensiba, D., y Franklin, C. (2015). Family interventions for combat-related posttraumatic stress disorder: A review for practitioners. *Best Practices in Mental Health*, 11(2), 47-59
- Setti, I. (2017). Post-traumatic stress issues. Comunicação oral no Seminário “Saúde psicológica e bem-estar dos bombeiros”, 29 Abril, FPCEUP, Porto.
- Setti, I., y Argentero, P. (2016). Traumatization and PTSD in rescue workers: orevention, assessment, and interventions. In C. Martin, V. Preedy, y V. Patel (Eds.), *Comprehensive guide to PostTraumatic Stress Disorders* (pp.301-317). doi:10.1007/978-3-319-08359-9_78
- Shakespeare-Finch, J. E., y Daley, E. (2017). Workplace belongingness, distress, and resilience in emergency service workers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 32-35. doi: 10.1037/tra0000108
- Shalvi, S., Shenkman, G., Handgraaf, M., J. J., y De Dreu C. K. W. (2011). The danger of unrealistic optimism: Linking Caregivers´ Perceived Ability to Help Victims of Terror with

their Own Secondary Traumatic Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(11), 2656-2672.

Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Soler-Ferrería, F.B., Sánchez-Meca, J., López-Navarro, J. M., y Navarro Mateu, F. (2014). Neuroticism and post-traumatic stress disorder: a meta-analytic study. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 17-36. doi: 10.4321/S1135-57272014000100003

Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., et al. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process*, 31, 289-302.

Solomon, Z., Dekel, R., y Zerach, G. (2008). The relationships between posttraumatic stress symptom clusters and marital intimacy among war veterans. *Journal of Family Psychology*, 22, 659-666. doi: 10.1037/a0013596

Southwick, S. M., Morgan, C. .A. III, Nicolaou, A. L., y Charney, D. S. (1997). Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 173-177. doi: 10.1176/ajp.154.2.173

Sparkes, A. C. y Devís Devís, J. Investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte. 5 de octubre 2019. Recuperado de http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/cuerpo_ciudad/investigacion_narrativa.pdf

Stahl, R. (2012). *PTSD in significant others of military service members*. A Dissertation for the degree of Doctor of Psychology, Louisville, Kentucky, USA. ProQuest, 3505755

Stam, B. H. (1999). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press. Maryland.

Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. En C. R. Figley (Ed.), *Psychosocial stress series, no. 24. Treating compassion fatigue* (p. 107–119). Brunner-Routledge

- StataCorp. (2019). *Stata 16 Base Reference Manual*. College Station, TX: Stata Press.
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims, 16*, 65-78
- Taft, C. T., y Niles, B. L. (2004). *Assessment and treatment of anger in combat related PTSD. Iraq war clinician's guide* Boston: Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD.
- Taft, C. T., King, L. A., King, D. W., Leskin, G. A., y Riggs, D. S. (1999). Partners' ratings of Combat Veterans' PTSD Symptomatology. *Journal of Traumatic Stress, 12*(2), 327-334. Doi: 10.1023/A:1024780610575
- Taft, C. T., Pless, A. P., Stalans, L. J., Koenen, K. C., King, L. A., y King, D. W. (2005). Risk factors for partner violence among a national sample of combat veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 151-159. doi: 10.1037/0022-006X.73.1.151
- Taft, C. T., Kaloupek, D. G., Schumm, J. A., Marshall, A. D., Panuzio, J., King, D. W., y Keane, T. M. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms, physiological reactivity, alcohol problems, and aggression among military veterans. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 498-507. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.498
- Tapia Villanueva, L. (2007). Terapia de pareja y sexualidad: entre el cuidado y el deseo. En de Lourdes Eguiluz, L. (Ed.). *Entendiendo a la pareja* (121-135). México: Editorial Pax México.
- Thomas, R., y Wilson, J. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health, 6*, 81-92.
- Torres-Godoy, P. (2010). Trauma vicario y catástrofes: propuestas para el autocuidado de equipos con dramaterapia. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, 6*(2), 194-204
- True, W. R., y Lyons, M. J. (1999). Genetic risk factors for PTSD: A twin study. En Yehuda, R. (ed.), *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 68-71.

- Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar.
- Tuval-Mahiach, R., Freedman, S., Bargai, N., Boker, R., Hadar, H., y Shalev, A. Y. (2004). Coping with trauma: Narrative and Cognitive Perspectives. *Psychiatry* 67(3), 280-293.
- Van den Berg, D., y Pretorius, R. (1999). The impact of stranger rape on the significant other. *Acta Criminologica*, 13(3), 92-104.
- van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., y Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (5), 459–469.
doi:10.1023/A:1025706427300.
- Van Wijk, W., Duma, S. E., y Mayers, P. M. (2014). Lived experiences of male intimate partners of female rape victims in Cape Town, South Africa. *Curationis*, 37(1), Art. #1199, 1-9.
doi: 10.4102/curationis.v37i1.1199
- Vara, N. (2014). Burnout, emoções, coping e satisfação profissional em bombeiros. Tese de Doutoramento em Psicologia. Portugal
- Vara, N., Queirós, C., y Gonçalves, S. (2015). Bombeiros: O papel das emoções e do coping na satisfação com a profissão. *Territorium*, 22, 267-276. doi: 10.14195/1647-7723_22_20
- Varela, B. (2014). Los desplazamientos forzados y la desterritorialización como experiencia traumática personal y transgeneracional. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 76(35), 83-104.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. y Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31 – 40.
- Ventura, M. M. F. (1997). O stress pós-traumático e suas sequelas nos adolescentes do Sul de Angola. Dissertação de doutoramento em Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Portugal.

Ventura Margarido, A. (2017). A perturbação de Stress Traumático Secundário nas esposas dos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Psicopatologia, coping e estilos de vinculação. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

Verbosky, S.J. y Ryan, D.A. (1998). Female partners of Vietnam veterans: Stress by proximity. *Issues in Mental Health Nursing*, 9(1), 95-104. doi: 10.3109/01612848809140912

Vieira, C. P. (2007). *Acontecimentos traumáticos: tradução e adaptação da escala Impact of Event Scale – Revised*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica Dinâmica e Sistémica, apresentada à Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra, Coimbra: Portugal. doi: <http://hdl.handle.net/10316/17412>

Vitaliano, P. P., Young, H. M., y Russo, J. (1991). Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*, 31(1), 67–75.

Wagnild, G. M. (2011). *The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14)*. Worden, MT: The Resilience Center.

Weiss, D. S. y Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale-Revised (IES-R). En J. P. Wilson y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399 – 411). New York: Guilford Press.

Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing: biographic narrative and semi-structured methods*. Sage Publications: London

Westerink, J., y Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(6), 841-847. doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00638.x

Wheater, K., y Erasmus, C. J. (2017). Experiences of Secondary Trauma Amongst Spouses of Emergency Service Personnel. *Social Work*, 53(4), 470-478.

- Wilson, J. y Thomas, T. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. Brunner Routledge Publications, New York.
- Wilson, J. P., Friedman, M. J. y Lindy, J. D. (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Williams, M. B. y Somers, J. (2002). *Simple and complex PTSD*. New York: Haworth Press.
- Yaffe, K., Vittighoff, E., Lindquist, K., Barnes, D., Covinsky, K. E., Neylan, T. et al. –(2010). Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Archives of General Psychiatry*, 67, 608-613.
- Yunes, M. A. (2003). Psicología positiva e resiliencia: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84. doi: 10.1590/S1413-73722003000300010.
- Zatzick D. F., Marmar, C. R., Weis, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M. et al. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1690-1695.
- Zerach, G., Greene, T. y Solomon, Z. (2015a). Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment. *Journal of Health Psychology*, 20(2), 222-235. doi: 10.1177/1359105313502563
- Zerach, G., Greene, T. y Solomon, Z. (2015b). Secondary traumatization and marital adjustment among former prisoners of war wives. *Journal of Loss and Trauma*, 20, 336-353. doi: 10.1080/15325024.2014.885270
- Zillmer, J. G. V. y Díaz-Medina, B. A. (2018). Revisión Narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. *Journal of Nursing and Health*, 8. doi: 10.15210/jonah.v8i1.13654
- Zinc, T., Jacobson, C., Pabst, S., Regan, S. & Fisher, B. (2006). A Lifetime of Intimate Partner Violence Coping Strategies of Older Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (5), 634-651

ANEXOS

Anexo I.

Constancia de Artículo para Publicación



Guatemala, 9 de marzo del 2020

A quien interese:

El Centro de Investigación sobre Desarrollo Humano y Sociedad hace constar que el artículo titulado “Mirando al cuidador: Personas significativas de quienes sufren de trastorno de estrés postraumático”, cuyos autores son María Auxiliadora Ortuño Soria y Cidália María Duarte Neves, fue aceptado para ser publicado en la Revista Internacional de Psicología. El artículo será publicado en el volumen 18 No. 1 del año 2020 de nuestra prestigiosa revista.

La Revista Internacional de Psicología se encuentra indizada en reconocidos directorios académicos internacionales tales como: Directory of Open Access Journals DOAJ, Catálogo de Latindex, ERIHPLUS, Dialnet, Rebiun, EBSCO Academic Search Premier, Academics Journals Database, Ebsco Open Science Directory, Socol@r, REDIB, CiteFactor, MIAR, JournalTOCs, Sherpa / Romeo, ROAD, WorldCat, Open Academic Journals Index, Open Archives, BASE, Crossref y DORA.

Atentamente,

Humberto Emilio Aguilera Arévalo, Ph.D.
Editor
Revista Internacional de Psicología
Centro de Investigación sobre Desarrollo
Humano y Sociedad
www.revistapsicologia.org
ISSN 1818-1023

Anexo II.

Protocolo de Investigación para la Comisión de Ética de la FPCEUP

Ref.ª (ano/mês-nº):

201__/___-___

(Preenchido pelos serviços)

Formulário de pedido de parecer à Comissão de Ética

Nome e estatuto de quem solicita o parecer: María Auxiliadora Ortuño Soria, estudante do 2do ano do programa Doutoral em Psicologia.

Instituição de pertença: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Contacto: up201601832@fpce.up.pt

913214708

Nome do Orientador ou Investigador responsável do Projeto: Professora Doutora Cidália Duarte

Contacto: cidalia@fpce.up.pt

220400606

Título do Projeto: O papel das figuras significativas na vivência da Perturbação do Stress Pós Traumático

Se o requerente não integrar, na data do pedido, a comunidade da FPCEUP, **deve ser anexado o parecer da Comissão de Ética da instituição de pertença.**

Tipo de documento / situação a analisar:

Projeto de Tese de Doutoramento em Psicologia que compreende o consentimento informado, a aplicação de uma entrevista semi-estruturada e uma bateria de questionários incluindo o sociodemográfico.

Síntese do pedido:

O objetivo do pedido é apresentar para a Comissão de Ética uma visão do Projeto de Tese de Doutorado em Psicologia da aluna María A. Ortuño Soria, assim como obter o parecer da mesma para a realização do projeto.

O projeto de tese em questão propõe a realização desta investigação que compreende um entendimento aprofundado sobre o papel das figuras significativas na vivência da Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Este pedido justifica-se em função desta investigação ser efectuada com pessoas que são os protagonistas da pesquisa, pelo qual, a pesquisa pressupõe o maior cuidado com os princípios éticos e deontológicos por parte da investigadora.

Contextualização do pedido (caracterização geral do projeto, finalidades e objetivos: exclusivamente de investigação e/ou outros; fundamentação da sua pertinência científica e social; descrição dos instrumentos de recolha de dados (anexados ao pedido); condições e contextos de administração; investigação de carácter nacional ou internacional; ...):

Caracterização Geral do Projeto

A Perturbação de Stress Pós-Traumático tem sido cada vez mais estudada na psicologia. A maioria da investigação, contudo, centra-se em estudos de pessoas com PSPT ou pessoas que trabalham diretamente em situações de stress, ou seja, naqueles que diretamente vivenciam eventos traumáticos (e.g. bombeiros, polícias, enfermeiros), quer dizer os profissionais.

Assim, verificamos que o papel desempenhado pelas figuras significativas tem-se constituído numa área com atenção limitada pese embora a relevância dos cuidados destas pessoas para o apoio e melhoria daqueles que sofreram e sofrem de PSPT (Klarić, Kvesić, Mandić, Petroc, y Frančičković, 2013).

Deste modo, esta tese de doutoramento propõe na sua abordagem a realização de uma investigação que engloba um entendimento aprofundado sobre a percepção e consequências que o evento traumático exerce na vida das vítimas secundárias abrangendo as áreas cognitiva, comportamental, e afectiva das mesmas.

Objetivos

O objetivo principal desta investigação centra-se no aprofundar das vivências das figuras significativas (Freytes, Zickmud, Resende, y Uphold, 2017) e como melhorar a sua qualidade de vida tanto no âmbito pessoal, familiar, profissional e social.

Assim, visa-se poder reconhecer o papel que as figuras significativas desempenham na vivência da PSPT.

1. Aprofundar o impacto que o evento traumático causou nas figuras significativas

1.1. Compreender os processos mediante os quais as figuras significativas se adaptaram ao acontecimento traumático e às consequências deste na sua vida.

1.2. Compreender os processos mediante os quais as figuras significativas se adaptaram às atitudes e comportamentos das vítimas primárias após o evento traumático.

1.2.1. Compreender os mecanismos de *coping* adaptados pelas figuras significativas na convivência com as pessoas diagnosticadas com PSPT.

Os objetivos específicos desta investigação são:

- Em termos qualitativos

- Análise da percepção das pessoas significativas acerca do impacto do evento traumático;
- Aprofundar as consequências a nível emocional, cognitivo e físicas ocorridas nas pessoas significativas de pessoas com PSPT;
- Conhecer o prejuízo que ocorre após o diagnóstico desta perturbação na área social, familiar, profissional e na relação com a pessoa significativa;
- Identificar os fatores de apoio para a resiliência da pessoa significativa;
- Explorar a
 - * Relação e desenvolvimento com o ambiente antes, durante e depois do evento traumático;
 - * Percepção da importância para a pessoa significativa da terapia individual, de casal e intervenção em grupo;
 - * Importância do apoio social, comunitário e estatal;
 - * Importância da psico-educação na compreensão e desenvolvimento da PSPT.

- Em termos quantitativos

- Examinar os sintomas da PSPT nas figuras significativas como vítimas secundárias do evento traumático;
- Conhecer os índices de Ansiedade nas pessoas significativas das pessoas com PSPT;
- Conhecer os índices de Depressão nas pessoas significativas das pessoas com PSPT;

Descrição detalhada

Uma das primeiras publicações feitas sobre SPT é de Erichsen em 1866 (Gómez y Crespo, 2012), que descreveu as alterações que as pessoas apresentavam depois de viver um acidente ferroviário. Mas a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) apenas passou a ser incluída nos critérios de diagnóstico clínico nos anos oitenta com a chegada dos veteranos americanos da Guerra do Vietnam (Williams y Somers, 2002; Wilson, Friedman y Lindy, 2001).

Esta perturbação é caracterizada pela exposição real ou ameaça de morte, lesões graves ou violações sexuais acentuando a dimensão dos sintomas comportamentais e alterações cognitivas (APA, 2013). Carbonell (2002) descreve a PSPT como uma intensa resposta emocional causada pela exposição a um evento potencialmente ameaçador para a vida ou saúde da pessoa ou para uma pessoa próxima a ela. Ou seja, existe uma exposição direta ao acontecimento traumático e uma observação/envolvimento das vítimas primárias (pessoas que correm o risco de vida ou ferimento) e das vítimas secundárias (como os familiares, amigos ou conhecidos íntimos).

Seja qual for a natureza do evento traumático, os familiares e as pessoas significativas têm o risco de desenvolver uma Desordem Secundária de Stress Traumático (STSD) (Figley, 1983; McCann y Pearlman, 1990; Pereira y Pedras, 2010) como resultado das dificuldades em lidar com a pessoa com PSPT. Baum (2014) assinala a conexão emocional existente entre a vítima e a pessoa significativa para o surgimento do trauma secundário em consequência do “custo de cuidar”. Assim, as manifestações de sofrimento emocional podem ser transmitidas para as pessoas significativas (Ahmadzadeh y Malekian, 2004; Canfield, 2005; Davidson y Mellor, 2001; Goff y Smith, 2005; Jenkins y Baird, 2002).

Derogatis (1993; Pereira, y Pedras, 2010) indicou que as esposas dos veteranos de guerra expressam frequentemente sintomas de depressão, ansiedade, somatização, hostilidade, ideação paranóica, e problemas de funcionalidade na intimidade, nas relações sociais, no trabalho e/ou escola (van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Sagi-Schwartz, 2003; Jenkins y Baird, 2002).

Este tipo de problemas foi observado especialmente nas investigações de veteranos de guerra ou de membros da família em serviço, onde o impacto na família, com o cônjuge e os filhos trazem principalmente como consequência conflitos de papéis, risco de violência intrafamiliar, ansiedade e depressão (Brockman et al, 2016).

Neste contexto, pretendemos com esta tese aprofundar o impacto que o evento traumático causou nas figuras significativas, para o qual se pretende reconhecer e compreender como as figuras significativas se adaptaram ao acontecimento traumático e as consequências deste na sua vida, e, ao mesmo tempo reconhecer como as figuras significativas se adaptaram às atitudes e comportamentos das vítimas primárias após o evento traumático. Assim, conhecer e aprofundar o papel das vítimas secundárias na

vivência da PSPT. Mediante uma revisão da literatura sobre o tema nas vítimas secundárias verificamos como esta matéria tem sido escassamente tratada no domínio da psicologia, optando por desenvolver neste estudo uma metodologia mista, ou seja, mediante desenhos qualitativos e quantitativos para obter uma maior riqueza dos dados recolhidos para, assim, atingir resultados mais sólidos e complementares e com maior possibilidade de aprofundamento dos mesmos.

No âmbito qualitativo, pretende-se realizar entrevistas áudio gravadas que posteriormente serão transcritas, feitas às pessoas mais significativas das pessoas com PSPT.

No âmbito da metodologia quantitativa serão aplicados questionários no sentido de reunir dados de medição estatísticos cujos resultados serão utilizados para reforçar a elaboração deste trabalho para as vítimas secundárias da PSPT. Participantes: 40 pessoas significativas

População: adultos \geq 20 anos de idade

Para a realização desta investigação, as pessoas com PSPT e suas pessoas significativas serão contactadas pela investigadora através da colaboração e aceitação prévia dos profissionais dos diferentes hospitais, associações e centros de saúde onde será efetuado o estudo. Assim, já tendo explicitado o projeto e realçando a importância da participação das pessoas na investigação com o consentimento informado (encontram-se nos documentos anexos), serão feitas as entrevistas e questionários com as respectivas autorizações dos autores dos instrumentos.

- Entrevista:

A entrevista para esta investigação é construída com base na revisão dos artigos publicados, para, assim, aprofundar as respostas relacionadas sobre o papel da pessoa significativa depois de vivenciar o evento traumático. As entrevistas serão áudio gravadas com a permissão dos entrevistados e posteriormente serão transcritas, sendo omitidas todas as partes que eventualmente possam identificar os participantes.

- Questionários:

- Sociodemográfico. Este questionário coleta dados que permitem-nos conhecer as características dos participantes. Engloba catorze itens para obter informação sobre a idade, género, nacionalidade, etnia, escolaridade, ocupação, regímen ocupacional, estado civil, religião, composição familiar/agregado familiar, dados de diagnóstico da PSPT do paciente, tipo de relação significativa com a pessoa com PSPT.
- Brief Symptom Inventory (BSI). (53 itens) avalia sintomas psicopatológicos em 9 dimensões básicas: somatização, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, hostilidade, psicoticíssimo, ideação paranoide, sensibilidade interpessoal e obsessão compulsiva (Derogatis, 1993; Versão Portuguesa de Canavarro, 1999). Pontuação Cutoff para a população Portuguesa na clínica é 1.7 (Canavarro, 1999). Alfa de Cronbach para as subescalas varia de .70 a .80.

- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL– Bref). (26 itens). avalia quatro dimensões da qualidade da vida: física, social, psicossocial e ambiental (WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa de Canavarro et al., 2007). Alfa de Cronbach para população portuguesa varia de .64 a .87.

- Impact of Event Scale – Revised (IES-R; Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979, Versão Portuguesa de Matos et al., 2011). (22 itens) avalia a angústia subjetiva causada pelo evento traumático. A pessoa deve identificar um evento específico stressante de sua vida e indicar quanto estava angustiado ou incomodado nos últimos sete dias. Tem uma pontuação de Alfa de Cronbach entre .88 e .96.

Depois da entrevista e da aplicação dos questionários, pretende-se fazer uma descrição analítica detalhada dos resultados, assim como da correlação das variáveis testadas.

Fundamentação da sua pertinência científica e social

Esta investigação enfatiza a importância do papel da pessoa significativa na vivência de PSPT. Enfatizamos o papel significativo para a pessoa com PSPT ao ser apoio no tratamento, recuperação física, emocional e psicológica no âmbito individual, familiar e social e, significativo para a própria pessoa significativa, já que, realça o valor da sua presença física e psicológica assim como o trabalho que desempenha na nova realidade depois do evento traumático.

Cientificamente, procuramos aprofundar linhas orientadoras de ajuda e suporte para os psicólogos, médicos, estudantes e especialistas de diversas carreiras para conhecer e analisar os resultados e a informação recolhida e, conseqüentemente, poderem reduzir os sintomas da Perturbação do Stress Pós-Traumático junto das vítimas secundárias; isto vai permitir desenvolver programas de prevenção, tratamento, novas investigações e permitir às vítimas primárias e secundárias reconhecer sua situação e regular seu novo estilo de vida ao ambiente no qual vivem e se desenvolvem.

Outras condições que respeitem princípios éticos fundamentais:

(e.g. atenção atribuída à questão do consentimento informado aos participantes; modos de devolução dos resultados aos participantes; processo de transmissão e debate do relatório de investigação aos protagonistas do estudo; oferta de tratamento aos sujeitos pertencentes a grupos de controlo; ...)

Neste projeto é importante considerar os princípios éticos que regulam o valor e as necessidades das pessoas por isso se procura a implementação eficaz no recrutamento dos participantes, o diálogo com a comunidade, a disponibilidade das infraestruturas adequadas, o treino da investigadora, e a monitorização dos participantes. Nas entrevistas e questionários, interessa-nos que os participantes se envolvam de forma responsável, interessada e mediante uma participação ativa. Por isso é imperativo por parte do investigador ter em conta os valores das pessoas, especialmente os que determinam a sociedade onde ela se desenvolve, onde as crenças, pensamentos e sentimentos das pessoas devem ser respeitados a todo nível, isto também ajudará a construir uma boa relação investigador-participante para que a pessoa possa participar no estudo com naturalidade e confiança. Para a realização deste projeto são naturalmente considerados todos os trâmites das comissões de ética tanto da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, assim como das diferentes instituições em que seja realizada a investigação. Será entregue o consentimento informado para os participantes destacando a confidencialidade e participação livre e voluntária além de ter o anonimato garantido. O processo de investigação é gerido pela estudante María A. Ortuño Soria com a orientação da Professora Cidália Duarte. Será mencionado a todos os participantes que María A. Ortuño Soria estará inteiramente a disposição para clarificar qualquer dúvida ou inquietação do estudo. A devolução dos resultados desta investigação para os participantes será mediante o seu interesse, por mail ou carta. Para os especialistas, comunidade científica e público em geral os resultados do estudo serão partilhados através de artigos científicos, bem como através da divulgação em simpósios e conferências.

Impacto do estudo em termos éticos, sociais e/ou políticos:

Com o resultado do trabalho, pretende-se contribuir em termos éticos, sociais e políticos para a conhecimento mais abrangente e profundo do papel das figuras significativas na vivência da PSPT, bastante secundarizado na literatura da especialidade. Procuramos, pois, contribuir para o desenvolvimento de conhecimento teórico com implicações no desenho de intervenções neste domínio.

Informação que justifique um parecer favorável:

Esta investigação é fundamentada na necessidade, valor e relevância para a área da psicologia, além de procurar contribuir, na sociedade e comunidade científica a nível nacional e internacional, para o reconhecimento das pessoas significativas na vivência da PSPT, particularmente negligenciado na literatura. O procedimento de recolha da amostra baseia-se nos princípios éticos e deontológicos que norteiam o trabalho de investigação desta natureza.

Compromisso de honra (veracidade das informações e sua conformidade com princípios éticos e normas deontológicas aplicáveis ao caso):

Declaro, sob compromisso de honra, a veracidade das informações e sua conformidade com os princípios éticos e normas deontológicas aplicáveis ao caso.

- Confirmo que o presente pedido de parecer cumpre todos os pontos indicados na Lista de verificação pré-submissão, e que esta Lista segue em anexo ao presente documento (ver página seguinte).

- Confirmo que anexe a documentação necessária à apreciação do pedido.

Data: 17 abril 2018

Assinatura:



Assinatura do Orientador:



Lista de verificação pré-submissão (CE-FPCEUP)

A lista de verificação pré-submissão de pedidos de parecer à Comissão de Ética (CE) da FPCEUP permite aos investigadores verificarem se o seu pedido de parecer contém toda a informação necessária para apreciação do mesmo pela CE. Com esta verificação espera-se que o processo se torne mais célere, evitando a necessidade de pedido de esclarecimentos adicionais ou do envio de documentação em falta.

Antes de submeter o seu pedido de parecer deve verificar que o mesmo cumpre todos os itens da lista de verificação pré-submissão e assinalá-los com um X (com exceção dos campos que podem ser não aplicáveis – N/A):

1. Preocupações Éticas: o seu pedido de parecer identifica as principais preocupações éticas do seu projeto de investigação (nota: a lista abaixo não é exaustiva)?

Sim

N/A

<input type="checkbox"/> Se o estudo envolve participantes humanos, o seu projeto considera:		
○ Todos os potenciais riscos e benefícios para os participantes (que podem ocorrer nas diferentes fases do projeto, como no recrutamento e na própria recolha de dados)	X	
○ Evitar a indicação de que a investigação "não tem quaisquer riscos" para o participante, pois continuam a existir pelo menos os riscos normais dos contextos domésticos (e.g., risco de lesão por queda accidental). Uma formulação mais exata será "não envolve riscos acrescidos".	X	
○ Capacidade de autodeterminação dos participantes para decidir voluntariamente participar e assinar o consentimento informado	X	
○ Justificação para o envolvimento de populações vulneráveis ou grupos clínicos/doentes	X	
○ Justificação para o envolvimento de crianças/menores		X
○ Procedimentos de obtenção de assentimento de crianças/menores e consentimento informado dos pais/responsáveis legais		X
○ Justificação para inclusão de técnicas invasivas		X
○ Aspetos específicos em casos de intervenção (exemplo: oferta de tratamento ao grupo de controlo após conclusão do estudo)	X	

2. Anexos: o pedido de parecer inclui todos os documentos anexos necessários? Sim N/A

<input type="checkbox"/> Documentação informativa a ser transmitida aos participantes, que inclua explicitamente:		
○ Breve descrição do estudo, escrita em linguagem adaptada à população/grupo alvo, que permita aos potenciais participantes compreender os objetivos do estudo e antecipar os potenciais riscos e benefícios da participação	X	

<input type="radio"/> Indicação de que o/a participante pode desistir a qualquer momento do estudo, sem quaisquer consequências para si	X	
<input type="radio"/> Indicação da forma de devolução dos resultados aos participantes (que deve ser explicitamente prevista)	X	
<input type="radio"/> Garantias de anonimato OU da proteção de dados pessoais ou outros dados sensíveis	X	
<input type="radio"/> Eventuais limites à confidencialidade	X	
<input type="radio"/> Política para lidar com possíveis descobertas acidentais de situações que os participantes desconhecem (exemplos: resultado significativo num instrumento de avaliação clínica da depressão; suspeita de patologia num exame de imagem médica feito para fins de investigação)		X
<input type="checkbox"/> Documento de consentimento informado (ou, em casos excecionais, justificação de porque é que não é necessário)	X	
<input type="checkbox"/> Instrumentos de recolha de informação anexados	X	

3. Aspetos formais Sim N/A

<input type="checkbox"/> O formulário está redigido em língua Portuguesa	X	
<input type="checkbox"/> A assinatura do/a investigador/a responsável ou orientador/a esta presente	X	

Anexo III.

Dictamen favorable de la Comisión de Ética de la FPCEUP



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER (Refª 2018/04-6b)

A Comissão de Ética (CE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo examinado os documentos relativos ao projeto "**O papel das figuras significativas na vivência da perturbação do stress pós-traumático**" apresentado por **María Ortuño** e orientado pela **Professora Cidália Duarte**, a CE emite um **parecer favorável**.

Parecer favorável

A CE é favorável à realização do projeto tal como apresentado.

FPCEUP, 7 de junho de 2018

A Presidente,

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlinda Leite'.

Prof.ª Carlinda Leite

Anexo IV.

Dictamen favorable de la Comisión de Ética del Hospital Sao Joao

SERVIÇO DE INVESTIGAÇÃO
Tomei conhecimento. Nada a opor.
05 de Novembro de 2018
A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof. Doutora Ana Azevedo)

DIREÇÃO CLÍNICA
Aprovado. Ao CA. 7/11/2018

(Prof. Doutora Ana Azevedo)



n.º 271, 18

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
Realização de Investigação

Exma. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal:
Maria Auxiliadora Ortuño Soria
Título da Investigação:
O papel das figuras significativas na vivência da Perturbação do Stress Pós
Traumático



Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Clinica de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJ

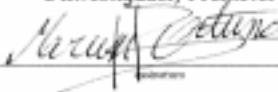
a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

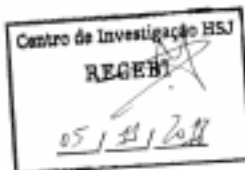
Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porta, 28 de Agosto de 2018.





CHSJO

Parcer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projecto: O papel das figuras significativas na vivência da Perturbação do Stress Pós-Traumático (PSPT)

Nome da Investigadora Principal: Dra. Maria Auxiliadora Ortuño Soria

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Psiquiatria do CHSJ. Dispõe de autorização da Dra. Rosário Curral. Apresentou declaração do profissional de ligação do Serviço de Psiquiatria (Dr. Cassiano Santos).

Objectivos do Estudo:

O objectivo principal desta investigação centra-se no aprofundar e analisar a percepção assim como as consequências que o evento traumático exerce na vida das vítimas secundárias aprofundando as várias dimensões da sua vida, nos domínios pessoal, familiar, profissional e social. Portanto, visa-se poder reconhecer o papel que as figuras significativas desempenham na vivência da PSPT.

Estudo realizado no âmbito de um Programa Doutoral em Psicologia da FPCEUP, sob orientação da Prof.ª Doutora Cidália Duarte.

Concepção e Pertinência do estudo:

A perturbação do stress Pós-traumático tem sido cada vez mais estudada na psicologia. Porém, de acordo com a literatura a maioria da investigação, centra-se em estudos de pessoas com SPT ou pessoas que trabalham diretamente em situações de stress (e.g. enfermeiros, bombeiros, polícias).

Esta investigação enfatiza a importância do papel da pessoa significativa na vivência da PSPT, realça o valor da sua presença física e psicológica assim como do trabalho que desempenha na nova realidade depois do evento traumático.

Procura-se aprofundar linhas orientadoras de ajuda e suporte para os psicólogos, médicos, estudantes e especialistas de diversas carreiras para conhecer e analisar os resultados e a informação recolhida e, conseqüentemente, poderem reduzir os sintomas da PSPT junto das vítimas secundárias; desenvolver programas de prevenção, tratamento, novas investigações e permitir às vítimas primárias e secundárias reconhecer a sua situação e regular o seu novo estilo de vida ao ambiente no qual se desenvolvem.

Neste sentido será desenvolvida uma investigação por inquérito - quantitativa (anexos) e uma entrevista gravada em áudio (qualitativa).

Da amostra (40) farão parte pessoas significativas maiores de 20 anos.

Benefício/risco:

Relacionam-se com o interesse científico e social, dado que a presente investigação procura reconhecer o papel das pessoas significativas que vivenciam a PSPT e desenvolver esquemas e programas de prevenção, protecção e tratamento.

Os riscos/incómodos poderão relacionar-se com o desconforto da sua experiência após o evento traumático.

Confidencialidade dos dados:

Está salvaguardada pela investigadora, no que se refere ao anonimato e confidencialidade dos dados e garante da destruição da gravação áudio, após transcrição dos dados que se destinam exclusivamente ao presente estudo.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação ao participante e de modelo de CI do CHSJ.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: junho de 2019

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 19 de Outubro de 2018

A Relatora da CES,



Enf.ª Teresa Guerreiro

CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta investigação integra-se num projeto de Doutoramento que está a ser conduzido pela aluna María A. Ortuño Soria e orientado pela Professora Doutora Cidália Duarte da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

O projeto de tese em questão propõe a realização de uma investigação que compreenda um entendimento aprofundado sobre “O papel das figuras significativas na vivência da Perturbação de Stress Pós-Traumático”. O objetivo principal desta investigação pretende pesquisar as vivências das pessoas mais próximas daqueles que viveram um acontecimento traumático, aprofundando as varias dimensões da sua vida, nos domínios pessoal, familiar, profissional e social.

Deste modo, solicitamos a sua participação no preenchimento de questionários e numa entrevista gravada por áudio que posteriormente será transcrita para papel para facilitar a sua análise, sendo que todas as informações se destinam a fins de investigação. Para a proteção da privacidade dos participantes, será realizada a destruição do registro gravado por áudio após a transcrição. No momento da entrevista se for necessário serão tomadas notas escritas pela investigadora.

A sua identidade e as suas respostas serão anónimas e confidenciais. Os dados recolhidos serão analisados de forma agregada com as respostas dos restantes participantes. A participação é completamente voluntária e pode interromper a mesma a qualquer momento sem qualquer risco acrescido.

Os resultados desta investigação serão devolvidos aos participantes mediante o seu interesse, por mail ou carta.

Ao ser nossa prioridade o bem-estar dos participantes neste estudo, acentuamos que os mesmos podem recorrer a qualquer altura à investigadora bem como podem ser encaminhados para os serviços de consulta da FPCE-UP.

Para o esclarecimento de qualquer questão relativamente a esta investigação poderá contactar a investigadora responsável, através do endereço eletrónico mariuxi.ortuno@gmail.com

Papel dos investigadores: Esclarecer os participantes sobre eventuais dúvidas relacionadas com a participação no estudo. Realizar a entrevista. Esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir no preenchimento dos questionários. Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes. Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação científica.

Eu, abaixo-assinado _____, recebi informação verbal sobre este estudo, li e compreendi toda a informação escrita neste documento. Tive a oportunidade de discutir o estudo e colocar questões. Aceito participar no estudo, e estou ciente que a minha participação é voluntária. Sei que posso desistir do estudo em qualquer momento sem que isso prejudique de alguma forma a assistência médica que me é prestada. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e serão usados apenas em conjunto para fins de investigação científica. Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Data: ___/___/___ Assinatura _____ (Participante no estudo)

Assinatura _____ (Dr.^a María Ortuño Soria)

Data de preenchimento: ____ / ____ / ____
(dia) (mês) (ano)

Renovando a relevância de sua participação neste estudo, agradecemos desde já a sua colaboração.

Questionário Sociodemográfico

De seguida, encontrará varias questões às quais deverá responder de forma breve no espaço marcado na folha, ou marcar uma cruz (x) que mais se adequa no seu caso.

1. **Género:** Masculino _____ Feminino _____
2. **Idade:** _____ anos
3. **Nacionalidade:** _____ **Etnia:** _____
4. **Estado Civil:** Solteiro (a) _____ Casado (a) _____ Junto (a) _____
União de facto _____ Divorciado (a) _____ Viúvo _____
Recasado (a) _____
5. **Escolaridade:** Analfabeto(a) _____ Sabe ler e escrever _____ Ensino Primário _____
Ensino Secundário _____ Mestrado _____ Doutoramento _____
6. **Profissão:** _____
7. **Regime ocupacional** (*se é reformado(a), indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma*)
Empregado público _____ Empregado privado _____ Desempregado _____
Reformado _____ *Ocupação anterior* _____ *há quanto tempo?* _____

8. **Crenças e práticas religiosas:** Sem crença religiosa _____

Com crença religiosa e sem práticas religiosas _____

Com crença e práticas religiosas “privadas” (orações, leitura) _____

Com crença e práticas religiosas “públicas” (missas, festejos) _____

Especificar qual é a crença religiosa _____

9. **Agregado familiar atual:** Vive só _____ Vive com o/a cônjuge _____

Vive com o/a cônjuge e terceiros _____ Vive com terceiros _____

Vive numa instituição _____ Outro __ Qual? _____

10. **Composição agregado familiar** (*lista das pessoas que vivem na casa*):

Parentesco*	Idade	Estado Civil	Profissão	Nível escolaridade

* pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o)

11. **Tipo de relação significativa com a pessoa com PSPT:** _____

12. **Tempo de diagnostico da PSPT:** _____

13. **Motivo do diagnostico:** _____

14. **Lugar onde foi dado o diagnostico:** _____

Anexo VII.

Guião da entrevista

M. A. Ortuño Soria, 2018

Introdução:

Bom/a dia/tarde,

Gostaria de falar consigo sobre alguns assuntos ligados ao evento traumático.

A importância de conhecer sua vivência é essencial para esta investigação, para a comunidade científica e social, tanto portuguesa como a nível internacional, já que, é relacionado ao âmbito da saúde.

É importante lembrar que os dados são anónimos, sua participação voluntária, e por isso, livre de responder e se expressar no tempo que você precise, podendo também cessar a entrevista a qualquer momento.

Só com fins académicos, se você me permite, vou gravar a entrevista, a qual após a transcrição será destruída. E só se é preciso tomarei notas durante a entrevista.

Tem alguma questão que gostaria de ver esclarecida?

Podemos começar?

Experiência De Trauma:

1. Eu gostaria que você me contasse sobre você antes do evento traumático.
2. Previamente identificamos _()_ como sua pessoa significativa, e com quem tem uma relação de _..._ (*união de fato, esposos, irmã/irmão, pais, amigo, etc...*).
 - 2.1 Pode descrever-me seu relacionamento com _()_ antes do evento traumático

3. Agora eu gostaria que você pudesse-me contar sobre o evento stressante.

(Quando o acontecimento foi? Onde?

Que idade você tinha?

Houve perdas humanas?)

Neste momento vamos nos concentrar com relação a seu parceiro

4. Desde o incidente, sente alguma diferença entre você e seu parceiro.
- a. *Comportamental (rotina, atividades de lazer, adaptação, mudanças, funções/papeis)*
 - b. *Emocional (conexão emocional / Como dirigiu/adaptou-se/encaminhou)*
 - c. *Familiar (apoio, união, afastar-se, comunicação, rotina, atividades, adaptação, mudanças)*
 - d. *Social (apoio, falta de apoio, ajuda médica especializada)*
 - e. *Laboral (adaptação, mudanças, economia)*

(Confiança, comunicação, responsabilidades, decisões)

5. Pode lembrar se seu parceiro apresenta/va sintomas da PSPT e como você lida/va com eles

<i>lembranças angustiantes indesejadas</i>	
<i>pesadelos</i>	
<i>Reações dissociativas (sente ou reage como se o evento fosse repetido)</i>	
<i>Desconforto psicológico intenso ou prolongado / Reações fisiológicas</i>	
<i>evitar pensamentos, pessoas, lugares, situações ou sentimentos que o lembraram do evento traumático</i>	

<i>Estado emocional ou perspectiva negativa / Incapacidade de lembrar um aspeto importante do evento / Diminuição significativa no interesse ou participação em atividades</i>	
<i>humor irritável ou irritado / ansioso ou angustiado</i>	
<i>fisicamente perto (desconforto; e na intimidade)</i>	
<i>Hiperatividade / comportamento imprudente ou autodestrutivo.</i>	

(confrontação / distrair / discutir / evitar, para evitar ou afrontar falar sobre o evento traumático)

Agora, vamos nos concentrar em você

6. Gostaria de saber como você se sentiu quando ouviu/viu pela primeira vez sobre o evento que ocorreu a __(__)__.
 - a. *Emocional (Como dirigiu/adaptou-se/encaminhou)*
 - b. *Comportamental (rotina, atividades de lazer, adaptação, mudanças)*
 - c. *Familiar (apoio, união, afastar-se, comunicação, rotina, atividades, adaptação, mudanças)*
 - d. *Social (apoio, falta de apoio, ajuda médica especializada)*
 - e. *Laboral (adaptação, mudanças, economia)*
- 7.1 Pode-me contar se em algumas situações sente que teve sintomas por causa do evento traumático (não, sim por quanto tempo e como dirigiu isto a., b., c., d., e.)

<i>lembranças angustiantes indesejadas</i>	
<i>pesadelos</i>	
<i>Reações dissociativas (sente ou reage como se o evento fosse repetido)</i>	
<i>Desconforto psicológico intenso ou prolongado / Reações fisiológicas</i>	

<i>evitar pensamentos, pessoas, lugares, situações ou sentimentos que o lembraram do evento traumático</i>	
<i>Estado emocional ou perspectiva negativa / Incapacidade de lembrar um aspeto importante do evento / Diminuição significativa no interesse ou participação em atividades</i>	
<i>humor irritável ou irritado / ansioso ou angustiado</i>	
<i>fisicamente perto (desconforto; e na intimidade)</i>	
<i>Hiperatividade / comportamento imprudente ou autodestrutivo.</i>	

7.1.1. __(__)_ conhece disto (*sim, não a que deve-se isso*)

8. Eu gostaria de saber, você o que poderia dizer que é / foi o mais difícil/exaustivo de ser a pessoa significativa de uma pessoa com PSPT.

9. Nesses momentos difíceis, o que acha que ajudou você a superar isso (*estratégias de adaptação / recursos emocionais, físicos, materiais, económicos, substancias*)

9.1. Teve algo que ajudou você na convivência com uma pessoa com PSPT?

10. Existe algo específico sobre sua experiência como pessoa significativa de uma pessoa com PSPT que você gostaria de compartilhar?

11. Comentários adicionais

Com isso terminamos a entrevista, quero agradecer sua colaboração.

Qualquer notícia ou opinião será um prazer conhecer através do contato que lhe é dado.

Obrigada.

Anexo VIII.

BSI

L. R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam.

Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DEPOIS DE TER ACONTECIDO O EVENTO DE ESTRESSE. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortijamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo IX.

WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS**A1 Idade** anos**A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____**A3 Sexo** Masculino
 Feminino**A4 Escolaridade**

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
10-40 anos	<input type="checkbox"/>
50-60 anos	<input type="checkbox"/>
70-90 anos	<input type="checkbox"/>
10 ^o -12 ^o anos	<input type="checkbox"/>
Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A5 Profissão **A6.1 Freguesia** **A6.2 Concelho** **A6.3 Distrito** **A7 Estado Civil**

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não **B1b** Que doença é que tem? **B2** Há quanto tempo? **B3** Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento **C. Forma de administração do questionário**

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida **após do evento estressante**.

Por exemplo, depois de ter acontecido o evento de estresse, e ter de responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas depois do evento estressante. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros depois do evento estressante.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas depois do evento estressante.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF 3

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas depois do evento estressante.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida depois do evento estressante.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas depois do evento estressante.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo X.

IES-R

(Weiss y Marmar, 1997; Versão Portuguesa: Matos, Pinto Gouveia y Martins, 2011)

A experiência de uma emoção do Estresse é frequente nos humanos. Quase toda a gente vivência, ao longo da sua vida, experiências de estresse.

Neste estudo estamos interessados em conhecer as suas experiências de estresse, isto é, situações em que tenha sentido estresse.

De seguida tente recordar-se de uma situação ou experiência (marcante) por que passou em que acha ter sentido estresse.

Em baixo, encontra-se uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida indutores de stress. Por favor, leia cada item e de seguida indique o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade lhe tem provocado AO LONGO DA SUA VIDA após o acontecimento. Isto é, em relação à experiência de Estresse de que se recordou, quanto é que se sentiu perturbado ou incomodado por estas dificuldades?

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos sobre isso.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em permanecer a dormir.	0	1	2	3	4
Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo.	0	1	2	3	4
Sentia-me irritável e zangado.	0	1	2	3	4
Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso.	0	1	2	3	4
Pensei sobre isso quando não era minha intenção.	0	1	2	3	4

Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real.	0	1	2	3	4
Evitei estar perto de coisas que me lembrassem disso.	0	1	2	3	4
Imagens do acontecimento vinham-me à cabeça.	0	1	2	3	4
Estava agitado e ficava nervoso com facilidade.	0	1	2	3	4
Tentei não pensar no acontecimento.	0	1	2	3	4
Tinha consciência que ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas não lidava com eles.	0	1	2	3	4
Sentia-me como se estivesse anestesiado em relação a isso	0	1	2	3	4
Dei por mim a agir ou sentir como se estivesse de novo naquela situação.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
Tive ondas de sentimentos intensos em relação ao acontecimento.	0	1	2	3	4
Tentei tirar isso da memória.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em me concentrar.	0	1	2	3	4
Coisas que me lembravam o acontecimento provocavam-me reacções físicas, como transpiração, dificuldades em respirar, enjoos, palpitações.	0	1	2	3	4
Sonhei com isso.	0	1	2	3	4
Senti-me alerta e vigilante.	0	1	2	3	4
Tentei não falar sobre isso.	0	1	2	3	4

