



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:
“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LA RESILIENCIA EN
LOS ADULTOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y
TESTIGOS DE TUNGURAHUA DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE
TUNGURAHUA”.

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Burbano Barreros, Tannia Lorena

Tutor: Psc. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Ambato - Ecuador

Mayo, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema:

“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LA RESILIENCIA EN LOS ADULTOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE TUNGURAHUA DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE TUNGURAHUA”, de Tannia Lorena Burbano Barreros estudiante de la Carrera de Psicología Clínica creo que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, septiembre del 2015

EL TUTOR

Psc.Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

AUTORIA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente Trabajo de Investigación: **“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LA RESILIENCIA EN LOS ADULTOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE TUNGURAHUA DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE TUNGURAHUA”**, como también los contenidos presentados, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona , como autora de este trabajo de grado.

Ambato, septiembre del 2015

LA AUTORA

Burbano Barreros, Tannia Lorena

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Proyecto de Investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Proyecto, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, septiembre del 2015

LA AUTORA

Burbano Barreros, Tannia Lorena

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueba el Informe de Investigación, sobre el tema: **“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LA RESILIENCIA EN LOS ADULTOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE TUNGURAHUA DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE TUNGURAHUA”** de Tannia Lorena Burbano Barreros, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, mayo del 2016

Para su constancia firman

.....

PRESIDENTE/A	PRIMER VOCAL	SEGUNDO VOCAL
---------------------	---------------------	----------------------

DEDICATORIA

La suma de mis logros ha sido el resultado de una fuente de confianza construida por mis padres a quienes amo inmensamente, quienes me han enseñado a caminar sin cesar y son la génesis de lo que hoy soy, a mis hermanos y mis sobrinas quienes con sus locuras le dan sentido a mis días. Dedicado a quien dibuja sonrisas para mí.

Lorena Burbano

AGRADECIMIENTO

Solo me queda agradecer a Dios quien es el ideal y el norte de mi vida, por todos mis logros alcanzados y todas las lecciones aprendidas, gracias por ser la fortaleza más grande en mi vida para perseverar aun cuando parecía que todo estaba perdido; gracias por la oportunidad de tener a mis padres con vida y ser el instrumento para formarme como una hija y hoy como una profesional, gracias a las personas que han contribuido en cada etapa de mi vida, a mis familiares, amigos, maestros en especial a mi Tutor y amigo Juan Sandoval, a la Universidad Técnica de Ambato por acogerme en sus aulas formativas, a todos aquellos quienes han facilitado el alcance de mis metas. Dios os bendiga.

Lorena Burbano

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORIA DE TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE GENERAL DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
1. EL PROBLEMA	2
1.1 TEMA	2
1.2PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.4 OBJETIVOS	9
1.4.1 Objetivo General	9
1.4.2 Objetivos Específicos.....	9
1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.6 LIMITACIONES	10
CAPÍTULO II	11
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
2.2 BASE TEÓRICA	26

2.2.1 Resiliencia	26
Conceptos de Resiliencia	26
2.2.2 Trauma	35
2.2.3 Resiliencia una forma de hacer frente al trauma	45
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	46
2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS	47
2.4.1 Hipótesis General	47
2.4.2 Hipótesis Específicas	47
2.5 SISTEMA DE VARIABLES	48
CAPÍTULO III	49
3. MARCO METODOLÓGICO	49
3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	49
3.2 DISEÑO	50
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	50
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	55
CAPÍTULO IV	57
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	57
4.1. – RECURSOS	57
a) Recursos Institucionales.	57
b) Recursos Humanos.	57
c) Recursos Físicos.	57
d) Recursos Financieros	58
4.2.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	59
4.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
4.3.1 BIBLIOGRAFÍA	59
4.3.2 LINKOGRAFÍA	61
4.3.3 CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA	65
5. ANEXOS:	68

ÍNDICE GENERAL DE TABLAS

TABLA 1- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
TABLA 2- RECURSOS FINANCIEROS	58
TABLA 3- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- EVALUACIÓN DEL CONCEPTO DE RESILIENCIA Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS	27
GRÁFICO 2- DIMENSIÓN TRANSDISCIPLINAR DE RESILIENCIA	28
GRÁFICO 3- PILARES DE LA RESILIENCIA	35
GRÁFICO 4- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DSM-IV-TR	38
GRÁFICO 5- CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DEL F.43.1 TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.....	39
GRÁFICO 6- DIAGNÓSTICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	41

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LA RESILIENCIA EN LOS ADULTOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE TUNGURAHUA DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE TUNGURAHUA.

Autor: Burbano Barreros, Tannia Lorena

Tutor: Psc. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Fecha: Mayo, 2016

RESUMEN

Día a día nos enteramos a través de los medios de comunicación de catástrofes que perjudican y marcan sin distinción alguna a los seres humanos, estos siniestros pueden ser de origen natural como por ejemplo: terremotos, tsunamis, erupciones, deslaves, etc.; o cabe que sean causados por el hombre como aquellos actos violentos y despiadados que no miden consecuencias que pueden ser los asaltos, secuestros, asesinatos, atentados, guerras y más. Dentro de la Psicología se plantea localizar los síntomas que se presentan luego de experimentar tales hechos a los que reunidos llamamos Estrés Postraumático, lo interesante de esta recopilación investigativa es también enfocarse en los recursos internos y externos que posee el sujeto afectado para poder sobrellevar con éxito su desgracia, a lo cual lo entenderemos como Resiliencia.

Sin duda ser parte de un hecho adverso forma un estancamiento en la persona y de la misma manera puede presentarse como una oportunidad para crecer, formar una nueva visión del mundo, plantearse nuevas metas y actuar de manera más eficaz y saludable en su medio.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, CRISIS, RESILIENCIA, OPORTUNIDAD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

TOPIC: POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND RESILIENCE IN ADULTS PROTECTION SYSTEM AND WITNESSES VICTIMS OF PROVINCIAL PROSECUTION TUNGURAHUA.

Author: Burbano Barreros, Tannia Lorena

Tutor: Psc. Cl. Sandoval Villalba, Juan Francisco

Date: May, 2016

SUMMARY

Day by day we learned through the media that hurt disaster and mark without distinction to humans, these claims may be naturally occurring such as earthquakes, tsunamis, volcanic eruptions, landslides, etc .; or man fits that are caused as ruthless and violent acts those that do not measure consequences that may be the assaults, kidnappings, assassinations, attacks, wars and more. In psychology arises locate the symptoms that occur after experiencing such facts that meeting called Post Traumatic Stress, what's interesting about this research collection is also focus on internal and external resources owned by the individual affected to cope successfully his misfortune, to which we will understand as Resiliency.

Certainly be part of an adverse event forms a trance in the person and in the same way it can be presented as an opportunity to grow, forming a new world view, consider new goals and act more effectively and healthily in their midst.

KEYWORDS: POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, CRISIS, RESILIENCE, OPPORTUNITY.

INTRODUCCIÓN

Tras décadas de buscar y entender fortalezas que puedan ser desarrolladas en el ser humano para que desplieguen estrategias de afrontamiento a problemas y situaciones que causan crisis; varios estudios y demás presentan un posible recurso que se encuentra en cada individuo al que llaman resiliencia; es así que esta capacidad proporciona una manera eficaz y práctica para adaptarse a hechos traumáticos que desestabilizan la homeostasis de la persona no solo en su salud física sino mental.

Si se lograra desarrollar esta capacidad en cada sujeto obtuviéramos más personas exitosas y felices a pesar de las presiones existentes sobre ellas; hoy en día los cambios evolutivos que experimenta la sociedad exigen un proceso de readaptación para que cada rol pueda ser desempeñado en su totalidad y al máximo en diferentes contextos. Varios estudios indican que la resiliencia es una fuerte característica de las poblaciones que experimentan eventos sumamente traumáticos lo cual muestra una relación que es precisa indagarla y entenderla, además existen varios factores que hacen que esta variable se modifique según las necesidades del caso existente.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 TEMA

Trastorno de Estrés Postraumático y la Resiliencia en los adultos del SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE TUNGURAHUA de la Fiscalía Provincial de Tungurahua.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Jaramillo (2010), la resiliencia es un término que se originó dentro de la ingeniería y denota la capacidad que tienen los metales de resistir un impacto y recuperar su forma y estructura. Con relación al campo de las ciencias sociales es la capacidad que tienen los seres humanos para afrontar las adversidades, adaptarse y tener éxito a pesar de las dificultades. Esta capacidad de afrontamiento responde a factores innatos de la persona como su capacidad cognitiva de resolver conflictos, procesos afectivos adecuados y control de su impulsividad. Estos rasgos permiten a la persona formar su personalidad saludable en un contexto hostil.

A nivel de Europa se percibe un impacto de la baja de resiliencia que interfiere directamente con factores como salud, desenvolvimiento laboral, pérdidas económicas, etc., obteniendo los siguientes datos estadísticos:

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas CIS (2006), un 47% de la población española presentaba niveles altos o muy altos de estrés, siempre o frecuentemente.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) las bajas por enfermedades relacionadas con el estrés suponen una pérdida superior al 10% del Producto Interno Bruto (PIB).

Según el INE, el estrés laboral afecta en España a más del 40% de los trabajadores asalariados y a cerca del 50% de los empresarios. Además, esta enfermedad provocó altas tasas de rotación y el 50% del absentismo no justificado en la empresa.

Según el Instituto Español de Investigaciones Psiquiátricas en España: El estrés laboral y la depresión causaron pérdidas por valor de 9.000 millones de euros el año pasado. Contribuyó a un 10% de absentismo laboral en España comparado con la media europea del 3%. Trastornos emocionales o psicológicos, se le atribuyen entre el 30% y el 40% de todas las bajas por enfermedad. Uno de cada tres trabajadores sufre "estrés significativo" en su día a día. Dicho Instituto calcula que las demandas por estrés cuestan casi el 10% de los beneficios anuales de una compañía.

Según el Informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo sobre Desarrollo Humano (2014), trata sobre cómo sostener el progreso humano reduciendo las vulnerabilidades y construyendo resiliencia. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador del desarrollo humano por país del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) , se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno. Su primera publicación fue en 1990, y desde ahí la mayoría de los países han avanzado muy significativamente en el desarrollo humano de sus pueblos. De hecho el 75% puntúa con calificación de desarrollo de la media para arriba. Al analizar los riesgos que afectan el desarrollo humano alcanzado hasta la actualidad (los de subsistencia, catástrofes naturales y/o los inducidos por los mismos seres humanos) se observa que algunas sociedades sufren menos daños o se recuperan más rápidamente que otras. Por esto el informe vislumbra que preparar a los ciudadanos para un futuro menos vulnerable implica el fortalecimiento de la resiliencia intrínseca de las comunidades y los países.

Con relación a Becoña (2006), en su publicación hizo referencia a un estudio en particular en el que evaluó el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en una muestra de personas de la ciudad de Nueva York, luego de un mes del atentado del 11-S, encontró en su muestra un 7,5% de personas que cumplían los criterios

de TEPT. Sin embargo, a los cuatro meses el número de personas que cumplían dichos criterios bajó al 1,7% y a los seis meses al 0,6%. Esto demuestra que las personas se van adaptando a la situación y van poniendo en práctica aquellos recursos que tienen para seguir hacia adelante, y este recurso sería la resiliencia en la mayoría de ellos.

De acuerdo Barón, Cascone y Martínez (2013) dentro de su publicación realizada en Madrid mencionan un estudio acerca de la sindemia asociada a la estigmatización en donde muchas víctimas de este fenómeno son capaces de vivir plena y satisfactoriamente y no todas las personas estigmatizadas desarrollan condiciones sindémicas. Algunos estudios muestran cómo un elevado porcentaje de hombres gays (el 77%) ha sido capaz de resistir al estigma y, a pesar de poder haber desarrollado alguna problemática psicosocial, evitó que otras problemáticas se presenten en conjunto.

Según Moreno, Garrosa y Gonzáles (2000) en su recopilación de estudios alrededor del mundo sobre Personalidad resistente Bournot y Salud describen varios resultados que comprueban su hipótesis moduladora de la personalidad resistente (Hardiness), en el de Nowack (1986) con una muestra de 146 docentes y no docentes de la universidad, comprobaron que las personas con niveles más bajos de estrés y más personalidad resistente presentaban significativamente más rendimiento en el trabajo que los sujetos que presentaban niveles altos de estrés y menor personalidad resistente. Hills y Norvel (1991) en una muestra de 234 oficiales explorando el posible efecto modulador de la personalidad resistente y del neurotismo entre el estrés y sus consecuencias (Burnout, síntomas físicos e insatisfacción laboral), entre los resultados indican que esta personalidad podría ejercer un efecto principal sobre el estrés y sus consecuencias.

De acuerdo con Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal, Polanía y Rodríguez (2005) en su estudio Autoeficacia, Ansiedad y Rendimiento Académico en adolescentes la muestra estuvo compuesta por 120 adolescentes escolarizados, en los cuales se pudo observar en general los resultados de la autoeficacia se distribuyen proporcionalmente a más nivel mayor porcentaje lo que se asocia con la idea sobre los altos niveles de autoeficacia durante la adolescencia.

De acuerdo a la Agencia Pública de Noticias de Quito (2013), indicó que la ciudad de Quito está dentro del primer grupo de 33 ciudades selectas como miembros fundadores del proyecto “100 Resilient Cities” de la Fundación Rockefeller. Este grupo de ciudades demuestran un compromiso en la construcción de sus propias políticas y capacidades de preparación y prevención, con el fin de afrontar y recuperarse exitosamente ante eventos adversos.

De acuerdo a Cabrera (2015), los niños y las niñas que permanecen en la calle mantienen relaciones cercanas con su familia, aproximadamente un 75% conservan vínculos familiares y aunque permanezcan gran tiempo fuera sienten que tienen hogar. En cambio los niños de la calle, aproximadamente el 25% se encuentran sin hogar y sus vínculos familiares están rotos debido a la disfuncionalidad de sus familias. Sin embargo encuentra redes de apoyo social en instituciones, amigos, etc. En muchos casos este apoyo social será uno de los factores protectores de la resiliencia en estos niños sin importar de donde exactamente venga.

Según Gonzáles (2000), el síndrome de Estrés Postraumático se presenta tras la exposición inesperada a una situación de estrés que causa crisis y desborda ampliamente las capacidades cognitivas y emocionales del individuo. El estudio del Trastorno de Estrés Postraumático a nivel mundial aparece luego de observarse secuelas psicológicas como resultado de guerras y catástrofes en el siglo XIX, en profesionales de la salud y de quienes ejercen la vida militar. Es ya casi en el siglo XX cuando lo nombran como "neurosis traumática" o "neurosis de guerra". La guerra está considerado como el evento traumático más severo, el acto de mayor violencia en gran escala generado por la raza humana. Esto hace que dentro de la llamada psiquiatría militar, particularmente en los Estados Unidos, el estudio del TEPT haya avanzado gracias a trabajos de investigación en veteranos de las dos guerras mundiales, la guerra de Corea y, más notablemente, el conflicto de Vietnam.

Según National Comorbidity Survey-R, USA (2005), en sus últimos estudios estadísticos poblacionales la prevalencia en la población de los Trastornos de Ansiedad en conjunto es del 29 %. En los Centros de Atención Primaria, los

Trastornos de Ansiedad también son muy frecuentes (19,5%), debido a esto, el la capacitación acerca de este tipo de patologías en los Médicos Clínicos, Generalistas y Emergentólogos es primordial.

De acuerdo al Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad IMA (2005), que se especializa en Trastornos de Ansiedad, indica que el 6.8% de los casos atendidos son diagnosticados con TEPT. La tasa de Prevalencia del TEPT en la población general, a lo largo de la vida es de un 6.8% y se puede evidenciar que el cuadro es mucho más frecuentes en mujeres que en hombres con un 2% frente a 1%. Estas diferencias se pueden explicar debido a que existen factores biológicos, hormonales y sociales que hacen a las mujeres más vulnerables que el género masculino.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2005), en un estudio llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año.

De acuerdo a Caro, Rodríguez, Salgueiro, Delgado y Madiedo (2011), manifiestan que cada hora en América, 78 mujeres adultas son violadas a la fuerza, cada día 1871 mujeres son violadas a la fuerza, cada mes 56 916 mujeres son violadas a la fuerza, cada año 683 000 mujeres adultas en América son violadas a la fuerza. El 13 % de las adultas en América es víctima de por lo menos una violación durante su vida. Una de cada 8 mujeres adultas de América, que representan el 12.5 millones de las víctimas, reciben agresión sexual. Más del 60 % de todas las víctimas de estos delitos, son violadas antes de los 18 años. El 79 % de todas las violaciones ocurren cuando la víctima es menor de 11 años. El 32 % ocurre cuando la víctima tiene entre 11 y 17 años. Estos resultados estadísticos declaran el riesgo y la vulnerabilidad que tiene la mujer americana a desarrollar un trastorno mental y cabe la posibilidad de que este sea el TEPT.

Según Pérez, et. al, (2010), muestra un reporte estadístico en México basado en dos estudios, en el primero trata sobre la prevalencia de acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida con relación al que se ha reportado en EEUU, aunque la prevalencia del TEPT (11.2%) fue 37-50% más alta que las tasas en las muestras de EEUU. Este estudio no examinó otros trastornos psiquiátricos en individuos que tenían TEPT durante varias etapas del desarrollo humano. El segundo estudio reportó tasas de prevalencia mucho más bajas, 1.45% en general; 2.3% en las mujeres y 0.49% en los hombres, pero sólo tuvo en cuenta TEPT diagnosticado en los 12 meses previos al estudio y relacionados con hechos violentos solamente (por ejemplo violación, secuestro).

Según El Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2002-2004), realizó tres estudios epidemiológicos de salud mental en diversas regiones del país. Respecto al TEPT informó, en Lima Metropolitana, una prevalencia de vida del 6%, mayor en mujeres, 8%, que en varones, 3.8%. Con la misma metodología, aplicada a poblaciones de la sierra del país como Ayacucho, Cajamarca y Huaraz encuentra 12.8% total, con 9.7% en varones y 15.8% en mujeres. Y, en poblaciones de la selva Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, 8.9% global con 6.7% en varones y 10.9% en mujeres. En conclusión, la prevalencia de vida más elevada de TEPT se encuentra en población de la sierra, seguida por la de la selva y de la costa.

Según Alejo (2007), en la actualidad la población colombiana ha experimentado algún tipo de violencia, en su mayoría generada por la problemática sociopolítica generada desde hace 50 años, como la guerrilla, el narcotráfico y el paramilitarismo y además la violencia formada en las familias y las calles. Estos hechos pueden ser causas para desencadenar un cuadro de TEPT en esta población, de este modo se encuentran las siguientes cifras estadísticas: la violencia cobra alrededor de 24.000 muertes al año; el 5.6% de los homicidios ocurridos fueron atribuidos a la violencia política. Para el año 2000, se registraron 25.681 homicidios, 2.070 suicidios y más de 10.000 muertes violentas por otras causas. Para el año 2001 se registró un incremento promedio del 5%, con 27.685 homicidios.

De acuerdo con El Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (2012), comparte las siguientes estadísticas con respecto a la población 6 de cada 10 (60%) mujeres es maltratada por su pareja, el 50% de los niños también está en condiciones de maltrato, con la emigración éstas cifras tienden a aumentar, y esto se refleja en el creciente aumento de la violencia. Se ha comprobado en el Ecuador a través de estudios que el 50% de los individuos expuestos a un estrés postraumático se recuperan a los 3 meses, el 30-40% necesitará una intervención Psiquiátrica importante para su mejoría, y el 10% tienden a la cronicidad incluso con tratamiento. Sin embargo aquellos individuos que poseen una red apoyo familiar y social, acompañamiento terapéutico y características resilientes podrán superar el trauma en menos tiempo y de forma exitosa.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012), los resultados de la Primera Encuesta de Violencia de Género contra las Mujeres. En el Ecuador 6 de cada 10 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia de género, esto equivale al 60,6% de la población femenina, de las cuales un 54% sufre violencia psicológica, el 38 % física, el 35,3 % patrimonial y el 25 % de tipo sexual (INEC, 2012), y a estas cifras se deben sumar el número de casos que no se denuncian.

De acuerdo a Dibujes (2012), indica que a la Fiscalía Distrital de Pichincha llegan cada vez más casos de mujeres víctimas de violencia sexual, de un aproximado de 400 casos que se reciben al año, se podría afirmar que un 80% de estos son de abuso sexual aclarando que son datos recogidos de investigaciones anteriores. Demostrando así que la prevalencia y crecimiento del conflicto pronto se convertirá en problema de salud pública.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cómo el Trastorno de Estrés Postraumático se relaciona con la Resiliencia en los adultos víctimas del SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE TUNGURAHUA de la Fiscalía Provincial de Tungurahua?
2. ¿Cuáles son los niveles de afectación del Trastorno de Estrés Postraumático?
3. ¿Qué niveles de la Resiliencia prevalecen?

4. ¿Cuál de las dimensiones de la Resiliencia es la más importante para su desarrollo?
5. ¿En qué edad se presenta con mayor frecuencia la Resiliencia?
6. ¿Qué género es más vulnerable a presentar TEPT?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Establecer la relación entre el Trastorno de Estrés Postraumático y la Resiliencia en adultos víctimas del SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE TUNGURAHUA de la Fiscalía Provincial de Tungurahua

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Describir cual son los tipos de afectación psicológica causada por del Trastorno de Estrés Postraumático
- ✓ Determinar cuáles son los factores de la Resiliencia
- ✓ Identificar cuál factor protector de la Resiliencia es la más importante para su desarrollo
- ✓ Instaurar el rango de edad en que se presenta con mayor frecuencia la Resiliencia
- ✓ Establecer que género es más vulnerable a presentar TEPT

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La resiliencia es un tema causante de debate al no alcanzar una explicación exacta sobre quienes la poseen o como se desarrolla, sin embargo se afirma su participación esencial en el desenvolvimiento de la persona dentro de la sociedad y sus exigencias. Hoy en día el mundo y sus alcances piden que el hombre se readapte con eficacia y en el menor tiempo posible para ser parte de la supervivencia frente a varios hechos inesperados causantes de caos como fenómenos naturales, experiencias violentas (robos, asesinatos, secuestros, violencia, etc.), terrorismo, guerras, entre otros.

Es preciso promocionar la resiliencia como una capacidad agregada que facilita el crecimiento, la superación y éxito en una persona a pesar de las calamidades que se le puedan presentar, por esta razón hoy en día el desarrollar estudios de este tipo suman a la comunidad no solo estudiantil sino profesional ya que proporcionan alternativas para resolver inquietudes que se presentan en consulta.

Además, se reconoce una inconsciencia social sobre los efectos y secuelas que dejan el experimentar un evento traumático los cuales deberían ser priorizados por las víctimas y buscar ayuda profesional para la superación de dichas consecuencias, de esta manera se formarían más personas socialmente competentes, que puedan tomar decisiones acertadas, plantearse metas, vencer obstáculos, ser felices y productivos.

Gracias a la oportunidad que la Fiscalía Provincial de Tungurahua proporciona a los estudiantes para realizar sus prácticas pre-profesionales se podrá llevar a cabo esta investigación debido a que existe la facilidad de manejar información para que sea cuantificada y luego expuesta de manera libre sin perjudicar a nadie siempre y cuando se lleve a cabo el principio ético del Sigilo Profesional. Como estudiante de la carrera de Psicología Clínica existe la disposición para emprender un nuevo reto y con él lograr varias metas.

1.6 LIMITACIONES

El instrumento psicométrico sobre la Resiliencia fue realizado en EEUU con una población de ciertas características, actualmente se encuentra traducido sin embargo podrían existir sesgos el momento de aplicarlo debido a que no está adaptado a personas latinoamericanas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Sobre la Resiliencia se obtienen los siguientes antecedentes investigativos:

Según Gómez y Kotliarenco (2010), en la investigación realizada en Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas, se desarrolla dentro de un contexto familiar saludable y patológico proyectándose desde el desarrollo individual de la Resiliencia hacia su avance familiar, cuando aparece una crisis se entiende como la necesidad de una fusión entre demandas, capacidades y significados que se van construyendo dentro de la familia; en este estudio se ha desarrollado el Modelo Ecosistémico de Resiliencia Familiar que consiste en la relación existente entre los subsistemas familiares y los recursos individuales que se presentan en el momento cuando existe un desequilibrio y la familia interactúa de manera que supera o se estanca en el proceso.

Según Arnetz, et. al, (2014), en el estudio sobre Resiliencia como un factor protector contra el desarrollo de Psicopatología de los Refugiados, se planteó una hipótesis que consistía en que la Resiliencia es un factor protector que modera los síntomas de TEPT y de otros trastornos psicológicos, en refugiados iraquíes y los inmigrantes árabes que residen en EEUU, al aplicar ciertos instrumentos psicométricos se pudo comprobar que existen más desarrollo de trastornos psicológicos y los síntomas del TEPT, y se evidenció que la Resiliencia es un predictor inversa en los trastornos psicológicos más no de los síntomas de TEPT, de esta manera la hipótesis se cumple de manera parcial.

Según García y Domínguez (2012), en la investigación sobre el Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica, concluye que existen tres componentes principales en una persona resiliente: las características del temperamento, el tipo de relaciones familiares y las fuentes de apoyo externo; estos actúan de manera conjunta en el desenvolvimiento de un individuo frente a una situación de riesgo y son de utilidad dentro de la terapia debido que no se debe centrar solo en los síntomas sino de una manera completa en las potencialidades que posee la persona para afrontar los retos de la vida diaria.

Según Ruiz y López (2012), en su estudio sobre la Resiliencia psicológica y dolor crónico se concluye que la Resiliencia se desarrolla en base a la generacionalidad que hace que se adapte a cada etapa del ciclo vital y las variables de su personalidad; es así que si la persona posee estas características fortalecidas frente a una situación adversa tendrá mayor éxito, de esta manera se relaciona el poder que tiene el dolor crónico y como el sujeto hace frente a su realidad.

Según Blasco y Capdevila (2011), en su investigación sobre Contrastación de un modelo de resiliencia en cáncer infantojuvenil se concluye que desarrollar destrezas de afrontamiento en el paciente y sus familiares y brindarles un apoyo emocional mientras existe el periodo de desarrollo y supervivencia de la enfermedad mejora la calidad de vida del adolescente que padece cáncer infantojuvenil.

Según Quiceno, et. al, (2012), en su investigación comparativo sobre la Calidad de vida relacionada con salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de la libertad se concluye que las variables positivas evaluadas no reportan diferencias significativas entre PPL y hombre no privados de la libertad ambas muestras demuestran poseer habilidades y capacidades personales, tales como autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío e ingenio además capacidad de perseverancia, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable para lograr la autoaceptación tanto de sí mismos como de su vida, a pesar de la situación que están viviendo. De igual manera se pudo comprobar

que el apoyo social y familiar tiene mucha relación con el desarrollo de la Resiliencia en personas adultas de toda índole.

Según Barón, Cascone y Martínez (2013), en su publicación sobre Estigma del sistema de género: aprendizaje de los modelos normativos, bullying y estrategias de Resiliencia, explican que el estigma sexual no solo encierra una percepción individual sino un hecho amplio y público, esta puede ser una práctica aprendida que se expande a varios contextos en donde se puede identificar como bullying o acoso escolar de género que apunta a todos aquellos que son percibidos como distintos, es así que las campañas de prevención deben ser desarrolladas en los lugares donde se manifiestan este tipo de comportamientos sociales como dentro de las instituciones educativas; esto se puede lograr a través del fomento de la resiliencia en personas que son víctimas a través del empoderamiento tras el desarrollo de la autonomía e identificando factores que permitan enfrentarse a los estigmas para mejorar su salud mental.

Según Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido y Figueroa (2011), su publicación sobre Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una muestra del noroeste de México tuvo como objetivo comprobar la eficacia de este instrumento en la población elegida, de esta manera se demostró el que el uso de IRES puede medir el comportamiento adaptativo señalando ciertas dimensiones como: de actitud positiva, sentido del humor, perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación a la meta que se vieron reflejadas en la muestra, sin embargo es importante hacer una relación entre el nivel de resiliencia, el grado de la crisis y las competencias personales de cada persona.

Según Martínez (2010), su estudio experimental sobre Construcción y Análisis psicométrico de un Cuestionario de Evaluación de la Resiliencia se obtuvieron las siguientes conclusiones tuvo como objetivo comprobar la validez y fiabilidad de un cuestionario que mide la resiliencia a través de cinco dimensiones: sensibilidad, superación, positivismo, pensamiento estereotipado y tolerancia a la frustración, este fue aplicado en la muestra seleccionada y así se reveló que la hipótesis planteada no se cumple ya que los 34 ítems propuestos no se pueden agrupar en tres factores, debido a que 3 ítems debieron ser eliminados pues no

estaban formulados con relación al tema, de esta manera debió aumentarse 2 factores más para que los métodos estadísticos sean más precisos, estos errores pudieron darse por una mala estructuración del cuestionario y en el proceso de recogimiento de datos. Finalmente se acota que la resiliencia es un tema que se puede relacionar con otras variables y sacar provecho de los resultados.

Según Bosch (2012), en su publicación sobre resiliencia expone los siguientes puntos, el interés que varias ciencias han adquirido en el tema debido a que es una fortaleza que promueve el desarrollo del individuo, la resiliencia ha sido interpretada como la adaptabilidad exitosa al medio cuando existe crisis a través del fortalecimiento de la persona. Se han señalado varias dimensiones que el autor considera importantes para impulsar la resiliencia individual en el ser humano como la confianza en uno mismo, coordinación (capacidad de planificación de la actuación), autocontrol y compostura (nivel de ansiedad bajo) y persistencia en el compromiso, así mismo recalca la significancia puntual que tiene la resiliencia grupal que se adquiere a través de vínculos afectivos. Además se menciona la relevancia que tiene la resiliencia en los profesionales de la salud ya que se involucran con casos traumáticos que pueden producir contratransferencia y afectar psicológicamente al individuo, a este síndrome se le llama burn-out debido a que el practicante no presenta las condiciones suficientes para adaptarse a las decisiones que debe tomar y de esto dependerá la salud mental de innumerables usuarios; se considera que dentro del pensum educativo debería haber módulos que fortalezcan el desarrollo de la resiliencia en los estudiantes para que puedan ejercer con responsabilidad y ética profesional.

Según De Andrade y Da Cruz (2010), en su publicación sobre Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud se denotan las siguientes conclusiones, la resiliencia es un punto de investigación amplia que ofrece una gama de soluciones a problemas sociales que afectan, en este caso haciendo referencia a la familia latinoamericana y brasileña que vive en un contexto de desigualdad económica y social. Frente a una crisis existen factores de protección familiar como vínculo, cohesión y creencias familiares, estos son los impulsores para sobresalir de ciertas situaciones de adversidad como el

alcoholismo, problemas económicos, experiencias traumáticas, etc. La investigación concluyó que cada familia es un ente diferente y tiene una estrategia de afrontamiento particular, que debe ser tomada en cuenta para aplicar un método terapéutico y obtener resultados cuantificables y satisfactorios a través de una competencia adecuada de profesionales.

Según Roque y Acle (2012), en su estudio sobre Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado se observan como más relevantes los siguientes puntos: se realizó una correlación entre los cinco elementos que son parte de la resiliencia y el contexto de riesgo en el que se encuentran. De esta manera indica que la autodeterminación es fundamental para saber desenvolverse en el rol de madre frente a la crianza de un hijo con discapacidad intelectual, así mismo este papel es ente de la fomentación de vínculos afectivos, de la formación de comportamientos y difundir información a los miembros del núcleo familiar, además una madre autodeterminada tiene la facilidad de tomar decisiones claves, establecer metas y lograrlas, medir progresos y evaluar su ejecución. La progenitora que desarrolla adaptabilidad al medio hostil tendrá ciertas características como en pensar y sentir que conseguirá logros con su hijo, mantendrá la responsabilidad de hacer frente a su situación, divisará apoyos internos y externos y conservará la fé espiritual que será el impulso para continuar con su trabajo. Dentro de los factores familiares se considera que el apoyo paterno es clave para que la figura materna saque adelante al hijo discapacitado, sea menor el rechazo y el compromiso sea más elevado; así mismo el vínculo estrecho entre miembros facilitará características de la resiliencia como una comunicación afectiva, interés familiar, bienestar, momentos gratos compartidos, costumbres y tradiciones dando como resultado la inclusión y desarrollo saludables de los menores con discapacitados. Así se concluye que deberían existir programas de prevención y desarrollo de la resiliencia para madres y familiares con hijos con discapacidad intelectual para obtener familias responsables sin que influya un medio marginal.

Según Acevedo y Restrepo (2011), en su artículo sobre De profesores, familias y estudiantes: fortalecimiento de la resiliencia en la escuela en Colombia dentro de las escuelas de Aceleración de Aprendizaje se impartió talleres sobre resiliencia a los docentes debido a que se considera que este es un constructo importante que debe ser practicado en niños y adolescentes tras los sucesos violentos que se presentan en este país; es así que se realizó un plan de formación a los profesionales donde se percibió el desconocimiento del tema y su uso, es así que se les capacito e ilustro con casos sobre la aplicación de la resiliencia. Una vez que se obtuvo al personal competente se procedió a la aplicación de conocimientos en el grupo de alumnos, en donde se evidenció que los niños que tienen progresos cognitivos, emocionales y sociales es debido a que se sienten respaldados por padres y en donde el maestro se convierte en una guía para el grupo familiar al que pertenece el menor. Los niños con capacidades empáticas, que respetan a sus iguales y acatan límites pertenecen a familias que fomentan vínculos sociales, mantienen una comunicación asertiva, conservan la alegría a pesar de sus dificultades; con respecto a las aulas el docente debe impulsar a sus alumnos al progreso a través de brindar oportunidades para participar en la clase de esta manera estará fortaleciendo el sentimiento de capacidad y a la par su autoestima de la misma manera debe mantener la paciencia, las habilidades sociales, la tolerancia, la empatía, el entusiasmo, el compromiso, la espiritualidad, los valores para poder establecer un lazo con sus alumnos y familias para conocer su entorno. De la misma manera será preciso adquirir conocimientos sobre psicología evolutiva para conocer, reconocer y acompañar a los niños y niñas en cada etapa de su vida. Así se comprueba que el desarrollo de la resiliencia en niños es un trabajo de sus cuidadores tomando en cuenta que el maestro es quien tendrá la facilidad de adquirir conocimientos teóricos que deberán ser recomendados a los padres.

Según Portella y Liberalesso (2015) en su publicación sobre Resiliencia en el envejecimiento: revisión de la literatura se destacan los siguientes puntos, la capacidad de recuperación desempeña un papel importante en personas de la tercera edad debido que esto ayuda a continuar con el desarrollo y funcionamiento frente a situaciones de riesgo y adversidades al que puede estar expuesto el

individuo en diferentes etapas del ciclo vital. El afrontamiento es una forma de hacer frente a dificultades que el adulto mayor posiblemente experimentará como la pérdida de un familiar, enfermedades y accidente, etc. Dentro de las adversidades y situaciones de riesgo la persona de la tercera edad necesitaría complementarse con recursos individuales como gozar de una buena salud, mantenerse en actividad física, un adecuado funcionamiento, ser optimista, positivismo frente al hecho, flexibilidad en cuanto a comportamiento, tener un propósito, autoestima, sentido de significado, control interpersonal y la religiosidad/espiritualidad y apoyo sociales como la inclusión en su comunidad, desempeñar un rol social, participación y interrelaciones.

Según Silgo (2013) en su artículo sobre Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos se concluye con los siguientes puntos: las secuelas que son causadas por riesgos físicos y psicológicos en profesionales de la milicia y sus familias deben ser prevenidas, razón por la cual se ha incrementado en cada etapa de preparación militar un plan para entrenamiento en resiliencia. Dicho entrenamiento se imparte en la Instrucción Básica de Combate, en las Academias militares, en la Instrucción y Adiestramiento, en los programas de formación, en la preparación para operaciones, en el Ciclo del Despliegue, en la fase post-despliegue, tras acontecimientos traumáticos y en el entrenamiento de situaciones concretas de cursos específicos. Están considerados dos tipos de factores que fomentaran la resiliencia en el individuo: los internos y externos como afecto positivo, pensamiento positivo, estrategias positivas de afrontamiento, control del comportamiento, realismo, hardiness, autoeficacia, espiritualidad, entrenamiento al estrés, altruismo, fortaleza física, experiencia laboral, apoyo familiar, clima positivo de unidad- liderazgo, cohesión grupal, trabajo en equipo y pertenencia a la comunidad. Para poner en marcha este plan preventivo es necesario estandarizar el programa para que haga uso en varios grupo militares, priorizando los factores según las necesidades de cada grupo, analizar las diferencias que existen en cada usuario para potencializar y asegurar resultados exitosos; las personas que capacitaran a cada involucrado debería tener una preparación previa y deberá elegirse entre un profesional de salud mental o un instructor preparado en resiliencia.

Sobre el Trastorno de Estrés Postraumático se obtienen los siguientes antecedentes investigativos:

Según, Ruiz, (2010) en la investigación realizada en pacientes atendidos en el CSM de Alcalá de Henares tras una situación traumática, en este caso los atentados del 11M en Madrid lo que los pacientes consideraban les había resultado más útil para superar de una manera sana la experiencia traumática. El factor de Resiliencia más mencionado era el entorno sociofamiliar. Esto recalca la importancia de la red sociofamiliar ante las enfermedades mentales en general y las situaciones traumáticas en particular como se encuentra reflejado en gran variedad de estudios.

Según, Seijas Gómez, (2012) en el estudio realizado sobre Trastorno por estrés postraumático y cerebro se han descrito los hallazgos neuroanatómicos y neurofisiológicos en el TEPT, y la relación entre éste, el sueño y el daño cerebral. Teniendo en cuenta la imposibilidad de establecer una relación causal entre la sintomatología del TEPT y las alteraciones cerebrales, junto a las limitaciones metodológicas que no permiten generalizar las observaciones; la afectación neuropsicológica de los pacientes con TEPT comprende: un déficit ejecutivo en el control de la información procesada (recuperación involuntaria de imágenes del trauma), y en la focalización y el mantenimiento atencional sobre estímulos relacionados con el evento traumático (que podría responder a las conductas de evitación características).

Según, Buesa y Calvete, (2013) en su estudio sobre Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social, se puede evidenciar la interacción entre varias variables que juegan un papel importante en la desvinculación de la víctima de maltrato y su abusador a través del papel que desempeña el apoyo social e institucional, es así que los resultados presentados indican que el apoyo social es limitado debido a que únicamente el apoyo social informal por parte de una persona significativa parece tener un impacto relevante, por otra parte el apoyo de una persona significativa se perfila como el apoyo más importante para el bienestar psicológico de las mujeres maltratadas. En concreto, se aprecia de forma consistente cómo este apoyo se asocia significativamente a

una menor presencia de depresión y estrés postraumático en las mujeres víctimas de maltrato. De esta manera esta información aporta a la comunidad terapéutica ya que orienta a fortalecer las redes de apoyo social en esta población para obtener mejores resultados y fortalecer el servicio institucional que fomenta la prevención de maltrato contra la mujer.

Según Diaconu (2010), en un estudio de Caso clínico sobre El trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) de origen Laboral se evidencian las siguientes conclusiones: Considera a este síndrome como una de las más severas incapacitantes formas de estrés, este padecimiento genera varios efectos dentro del campo laboral como pérdidas económicas dentro de empresas debido a que existen grandes gastos dirigidos a atención médica y por el tiempo que se ausenta el trabajador, además del desbalance socioemocional dentro de la familia, razones por las cuales se pretende implantar un diagnóstico precoz para aplicar un tratamiento oportuno y evitar altos costos y la reincorporación laboral sea pronta. Además se comprobó que existen un gran número de casos existentes y es más frecuente de lo que están contabilizados debido a que cada persona es diferente y afronta situaciones traumáticas de forma distinta afectando así a las áreas biológica, social, laboral y psicológica y el desempeño en cada una. Por estas razones se propone realizar un diagnóstico y tratamiento durante los tres primeros meses luego de haber sufrido la experiencia traumática sin embargo por lo general es atendido posterior a los doce meses lo que agrava el cuadro y la suma de pacientes forman un problema de salud pública. En cada paciente con TEPT es preciso tomar en cuenta tres puntos: 1. Las molestias que causaran las reviviscencias, 2. Ofrecer un tratamiento exitoso cuando existen limitaciones profesionales y económicas y 3. La existencia de un profesional ético y preparado para dar tratamiento.

Según Sainz (2014), en su sobre el Estrés en víctimas de maltrato indica las siguientes conclusiones, la responsabilidad del personal de salud directamente con la comunidad al momento de educar acerca del maltrato y violencia intrafamiliar y como se debe ejecutar frente a este. Además es preciso tomar en cuenta que el apoyo social es un gran influente para afrontar este tipo de problemáticas del

medio, sin olvidar que existen varios tipos de factores estresantes que afectaran el rol de la personan en cada ámbito en el que se desenvuelva. Además se muestra que el 60% de la mujeres maltratadas presentan problemas psicológicos moderados o graves en donde predominan síntomas depresivos, de estrés postraumático, sentimientos de ineficacia, negatividad con respecto a si mismo y el mundo.

Según Muñoz y Lozano (2008), en su estudio sobre los Tratamiento de las pesadillas en el trastorno por estrés postraumático: farmacoterapia; se determinó que las pesadillas son un síntoma característico de un cuadro de TEPT que representan a las reviviscencias que son descritas en los criterios diagnósticos del DSM-IV y necesitan un tratamiento específico y especial para ser superado. La variedad de psicofármacos que son prescritos para tratar estos malestares no han tenido un resultado exitoso, necesitan aproximadamente doce meses para ver resultados contundentes es por esta razón que se hace hincapié en el dualismo profesional entre el médico y el psicólogo para tener resultados efectivos.

Según Vélez y Jansson (2010), en su artículo sobre el Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas menciona ciertos puntos: existen varios casos de mujeres maltratadas, embarazadas y con consumo de sustancias que presentan el Síndrome de estrés postraumático asociado, impidiendo así el normal funcionamiento de la persona en su medio. La gran variedad de síntomas que presenta el SEP intervienen en recaídas, representaciones mentales y el desarrollo del feto, demandando así un proceso terapéutico óptimo para promover la disminución de síntomas y así también el consumo de sustancias; de este modo se estaría impidiendo la herencia transgeneracional de trastornos neuropsiquiaticos y enfermedades de tipo orgánico, que se pueden adquirir a través de la modificación del ambiente intrauterino por la producción excesiva de glucocorticoides o se puede manifestar a través de la crianza materna expresada en el comportamiento del infante. Es así que el tratamiento psicológico se torna indispensable para una mujer que tiene estos padecimientos y los va a afrontar durante un embarazo.

Según Matud, Fortez y Medina (2014), en su artículo sobre Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja en un grupo de control que no tienen mayores diferencias socioeducativas, predomina la práctica de técnicas cognitivo-conductuales, en la aplicación de evaluaciones se pudo cuantificar la presencia de síntomas ansiosos, depresivos y de estrés postraumático los cuales disminuyeron estadísticamente luego de la aplicación del tratamiento psicológico además se fomentó la confianza en sí misma y el apoyo social. También la mejoría se puede atribuir a que el centro en donde se desarrolló el estudio ofrecía otros servicios adicionales lo cual indica que la atención a víctimas de violencia de género debe ser garantizada para combatirla. También se entablo discusión sobre el número de sesiones que debe ser atendida cada persona, se estableció un número de 10 sin embargo se concluyó que existían casos excepcionales que demandaban más encuentros. Existieron dos limitaciones el bajo nivel de educación y el menor apoyo social los cuales intervinieron durante la fase de evaluación y el 53% de las mujeres del programa de control desistieron de la asistencia a la terapia.

Según Flores, Reyes y Redl (2012), en su estudio exploratorio y transversal sobre Síntomas de Estrés Postraumático (TEPT) en periodistas mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico se obtuvo como resultados que el 35% de la muestra presentaba síntomas del TEPT tomando en cuenta el factor género y se obtuvieron las siguientes contribuciones, la prevalencia de síntomas del TEPT, de acuerdo a los criterios B, C y D establecidos en el DSM-IV-TR, los cuales son indicadores de riesgo para que se desarrolle el síndrome en este grupo, un dato curioso es que existe un resalte de los síntomas del TEPT superior a otras poblaciones de riesgo como los corresponsales de guerra, bomberos o los mismo combatientes de guerra. Además se realizó un levantamiento de datos en donde se identificaron las principales "experiencias estresantes" que desencadenaron síntomas postraumáticos en los periodistas de narcotráfico como: coberturas sobre asesinatos, ejecuciones masivas, decapitaciones, desmembramientos, mutilaciones, fosas clandestinas, desapariciones forzadas, muertes de niños y jóvenes, asesinatos de colegas periodistas, balaceras, bombazos, fuegos cruzados, etc. que son considerados como eventos descritos en el criterio A1 del DSM-IV-

TR, sin embargo es importante aclarar que no todas las experiencias traumáticas son causantes de los síntomas del TEPT. Es importante notificar que no se estableció una diferencia importante entre el factor género; dentro del síndrome del TEPT las respuestas intrusivas y evitativas alcanzaron índices altos manifestándose a través de pesadillas o pensamientos perturbadores, evitación de estímulos asociados a la experiencia traumática, aislamiento de su grupo, desinterés en actividades que antes eran gratificantes, disminución en la experimentación de emociones y síntomas de activación. Sin embargo es importante notificar que los criterios A2, E y F quedaron fuera del estudio; sin embargo los resultados son contribuyentes y novedosos aunque no se deben generalizar por el número de la muestra que es muy pequeño.

Según Contreras, Arteaga, Latorre, Folino y Campo (2010) en su estudio sobre la Asociación entre violencia de pareja y trastorno por estrés postraumático: Un Estudio de casos y controles se obtuvieron los siguientes puntos relevantes, se relacionó directamente la violencia de pareja con los síntomas del TEPT, se comprobó que el maltrato de género aumenta tres veces el apareamiento de síntomas postraumáticos, a pesar de que este estudio se llevó a cabo en EEUU siendo un país desarrollado se muestran altos índices de violencia de pareja y gran parte de la muestra son mujeres de clase media alta y con una preparación profesional esto demuestra que el maltrato de género es un problema de salud pública que se expande y trae consigo consecuencias que afectan a toda la población. Existen limitaciones que impiden hacer una generalización del estudio como aquellos casos de mujeres que mienten con respecto a las agresiones que reciben.

Según Lindern, Laini, Núñez, Kristensen (2014), en su publicación sobre El uso de imágenes mentales en la Terapia Cognitivo-Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático: una revisión sistemática se concluye con los siguientes puntos, se toma a las imágenes mentales concurrentes como un síntoma típico del TEPT que están asociadas al evento traumático y que producen un impacto emocional fuerte debido a que la persona tiene la sensación de que está reviviendo el hecho. Es así que se ha aplicado TCC como la exposición a imágenes de

reestructuración técnica en casos que la imaginería no había logrado progresos en pacientes con este síndrome, esta aplicación tiene como fin hacer una modificación cognitiva debido a que el hecho traumático produce cambios en los pensamientos y creencias de la víctima a esta respuesta se le llama cogniciones postraumáticas; de esta manera la reestructuración de las imágenes es una parte importante del tratamiento del TEPT ya que plantea un cambio en la escena traumática y por ende los pensamientos y creencias se modifican también. Esta técnica se aplicó en siete de los ocho ensayos en los cuales los pacientes presentaban pesadillas obteniendo resultados favorables en diferentes cuadros incluyendo el TEPT. Dentro de las limitaciones encontramos que es necesario la estandarización de la nomenclatura para aplicar en más casos, el uso de otro tipo de intervenciones y hacer una comparación sobre la eficacia, además las muestras de los estudios seleccionados eran de entre 10 a 23 individuos, a futuro se deberá sumar más pacientes.

Según Montes, Aranda y Castillo (2010) en su publicación sobre EMDR para el tratamiento de Estrés Postraumático en casos de violencia de género se concluye que esta técnica es muy eficaz a través de reprocesamiento de la información obteniendo resultados rápidos y una visión positiva, es así que las imágenes y pensamientos negativos y traumáticos dejaron de asociarse con el evento traumático y finalmente cada paciente expreso frases como: “ya no les dolía”, que “era como si lo viera en una película, pero ya no me duele a mí”, “es como si no fuese conmigo”, “ya no me duele ni me provoca angustia ni pena”, “siento que lo he aceptado y ya no puede dolerme”. Demostrándose así que el método EMDR permite una adaptación luego del suceso traumático.

Según Guerra y plaza (2009) según su estudio sobre Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil se obtienen las siguientes conclusiones: analizar el caso de una niña víctima de violación sexual, en el cual se aplicó la terapia cognitivo-conductual y se empleó técnicas como desensibilización sistemática, relajación, psicoeducación y control del pensamiento. Se logró reducir síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación que son propios de un cuadro de TEPT y causan malestar en varios

contextos, en la escala de jerarquización de ansiedad al comienzo puntuó 10 y al finalizar 2 evidenciando la efectividad del proceso, además refirió mayor nivel de satisfacción y felicidad y pudo incorporarse a sus actividades rutinarias, enfrento el proceso legal con claridad y sin reportar síntomas ansiosos y reactivos, refirió que la violación fue el evento más traumático que experimento y por esta razón tendrá la fortaleza de afrontar cualquier otra situación difícil. Los resultados de este estudio no deben ser generalizados a otros casos debido a que no existió un grupo de control y no siempre se obtendrán los mismos efectos, el proceso terapéutico debe ser planificado de acuerdo a las necesidades del usuario y basándose en un diagnóstico preciso y confiable, la relación terapeuta-paciente debe guiarse dentro de los parámetros éticos y profesionales correspondientes.

Según Seijas (2013) en su artículo sobre Trastorno por estrés postraumático y cerebro son relevantes los siguientes puntos, se hace una relación directa entre descubrimientos neuroanatómicos y neurofisiológicos con el sueño y el daño cerebral. Las personas que padecen los síntomas del TEPT presentan las siguientes afectaciones neuropsicológicas que pudieron desencadenarse frente al evento traumático: pérdida del control ejecutivo con respecto a la información procesada e interpretada (recuperación involuntaria de imágenes sobre el trauma), focalización y mantenimiento de la atención en estímulos que se relacionan con el hecho traumático (se ven manifestados en las conductas evitativas). Dentro de las estructuras anatómicas afectadas se evidencia la reducción del tamaño hipocampal (pensándose que mientras más sea prolongado el tiempo de exposición al estresor existirá una mayor reducción de esta estructura cerebral) y del cortex prefrontal dorsolateral; en cuanto a las funciones que se perturban se habla de la hiperactivación del cortex somatosensorial de estructuras subcorticales límbicas y del sistema hormonal del eje hipotalámico y a su vez la hipoactivación del cortex prefrontal dorsolateral. Las alteraciones del rendimiento neuropsicológico indican que los procesos más afectados son los de memoria (aprendizaje de nueva información y manipulación de ésta) y atención. El apareamiento de flashbacks se relacionan con la fase REM del sueño debido a que en esta etapa se consolidan las memorias; existen casos en los que se presenta un daño cerebral traumático y amnesia episódica y estas variables no son factores que impidan el desarrollo del

TEPT puesto que la existencia de disparadores ambientales o externos desencadenen el cuadro. Dentro del tratamiento que se aplica en el TEPT se menciona el EMDR que actúa directamente en los procesos neuropsicológicos principalmente en el sueño REM en sujetos con este padecimiento.

Según Echenique, Medina, Medina y Ramírez (2008) en su artículo sobre Prevalencia del trastorno por Estrés Postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de restablecimiento en Sincelejo (Colombia) en su artículo se obtienen las siguientes conclusiones: el desplazamiento forzado se ha convertido en las últimas décadas parte de un hecho violento en Colombia como resultado de los problemas sociopolíticos que atañen a este país, estos conflictos influyen en el progreso normal de cada persona y más si son traumáticos formándose así un problema de salud mental en la población y convirtiéndolos en seres más vulnerables a desarrollar enfermedades mentales debido a que el proceso migratorio por el que pasan está acompañado de varios hechos violentos; dentro de los resultados estadísticos obtenidos se evidencia que en la actualidad los porcentajes locales de Sincelejo sobrepasan la prevalencia nacional para el TEPT como resultado de la violencia y desplazamiento que se vive en este departamento. Los síntomas típicos de un cuadro de TEPT y más frecuentes en esta población son la reexperimentación, la evitación y la hipervigilancia que se desencadenan frente a combates, amenazas serias o daños a familiares o a un amigo íntimo; cabe recalcar que los síntomas fueron más intensos si el tiempo del suceso era menor a un año.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Resiliencia

Conceptos de Resiliencia

Antes de conceptualizar una definición que identifique esta investigación sobre resiliencia se hace referencia a otros autores y sus conceptos:

- El término resiliencia viene del latín resilio, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. En el diccionario dentro de las ciencias físicas se explica como la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe o se puede interpretar como la habilidad de un cuerpo para conservar o volver a tomar su forma luego de que se haya intentado deformarlo (Elisardo, 2006).
- Dentro de la Sociología resiliencia es aquella capacidad que forma parte de todos los seres humanos y que actúa para resistir, tolerar las amenazas, adaptarse a los cambios, beneficiarse de los obstáculos y las crisis y pese a las circunstancias mantenerse en equilibrio (Dibujes S. , 2012).
- Dentro de la Psicología este término ha sido muy debatido y ha buscado ser adaptado a cada enfoque para su aplicación, básicamente explica a la resiliencia como el cambio absoluto del enfoque de las conductas de riesgo, desventajas, faltas y déficits por una visión de recursos, fortalezas, potencialidades para hacer frente a un ambiente hostil y de ahí partir para la construcción de una actitud positiva frente a las adversidades (Salgado, 2005).
- Según Werner y Smith (1992), nos hablan de una capacidad individual para superar un trauma seguido de una historia llena de logros y éxitos a pesar de que su vida estaba marcada por desgracias. De esta manera nace el término resiliencia basado en un enfoque conductista fundamentado en varios estudios y experimentos exitosos.

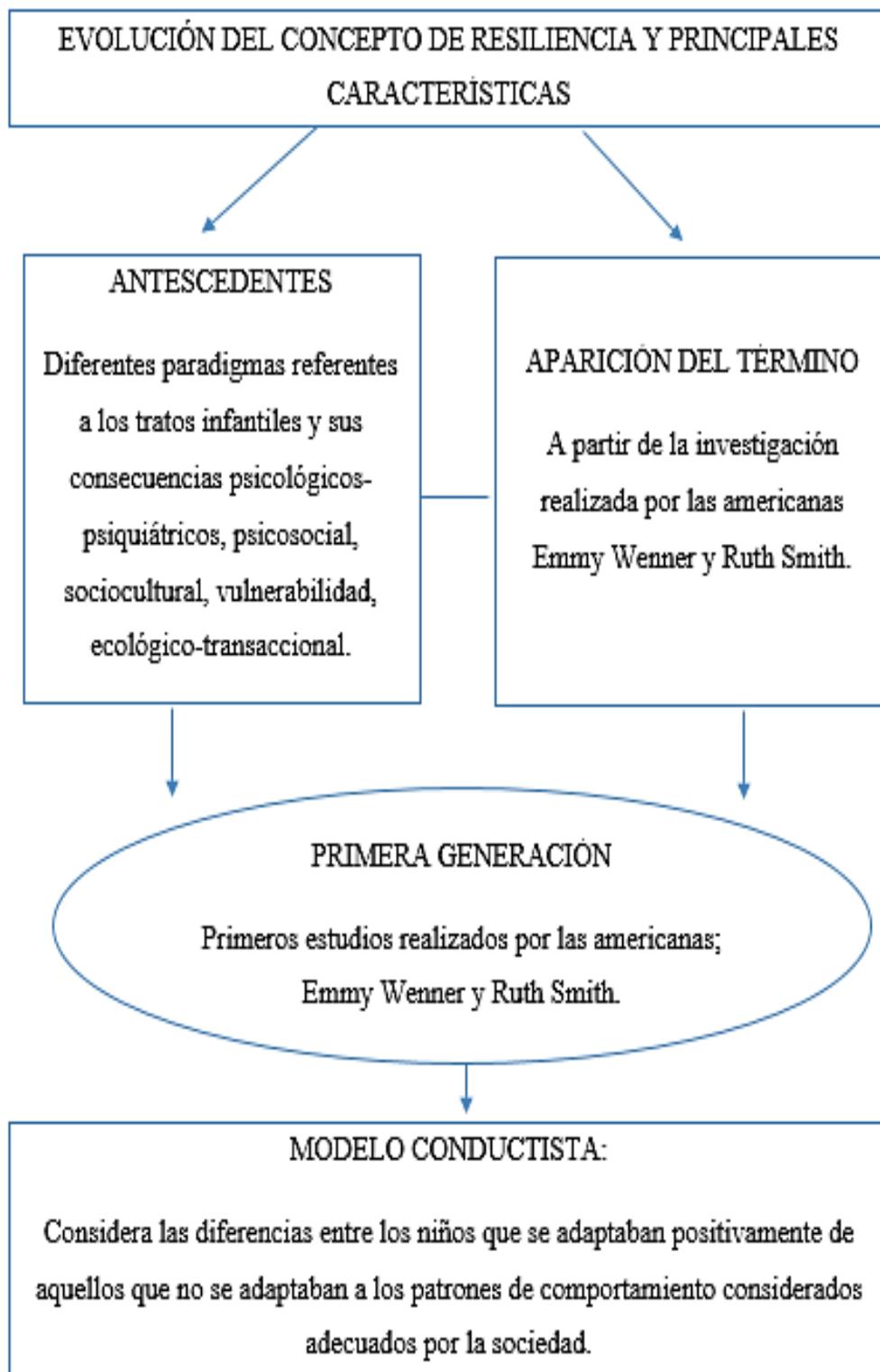


Gráfico 1- Evaluación del concepto de Resiliencia y principales características
Elaborado por: Moreno, A. 2011.

Hacia una definición

Finalmente al enriquecer el conocimiento con varias visiones es preciso definir a la resiliencia como la adaptabilidad comportamental aprendida del ser humano que le permite hacer frente a una crisis de manera exitosa. Esto se puede plantear a través de factores internos como una cognición saludable basada en el aprendizaje de modelos y externos como las redes y vínculos de apoyo, que facilitaran el resurgimiento del individuo en su ambiente adverso. Haciendo ímpetu en que el ser humano puede recuperarse de una situación desfavorable que puede ser prevista o no, haciendo uso de los recursos con los que cuente en ese momento y al llenarse de la experiencia obtener una visión positiva de lo sucedido; podrá decidir formar parte de la sociedad como un ente productivo que ha descubierto el éxito a través del dolor y el sufrimiento. Cabe recalcar que una persona que se adapte al medio en el que se desenvuelva sea cual sea va a ser siempre una persona destacada y competente.

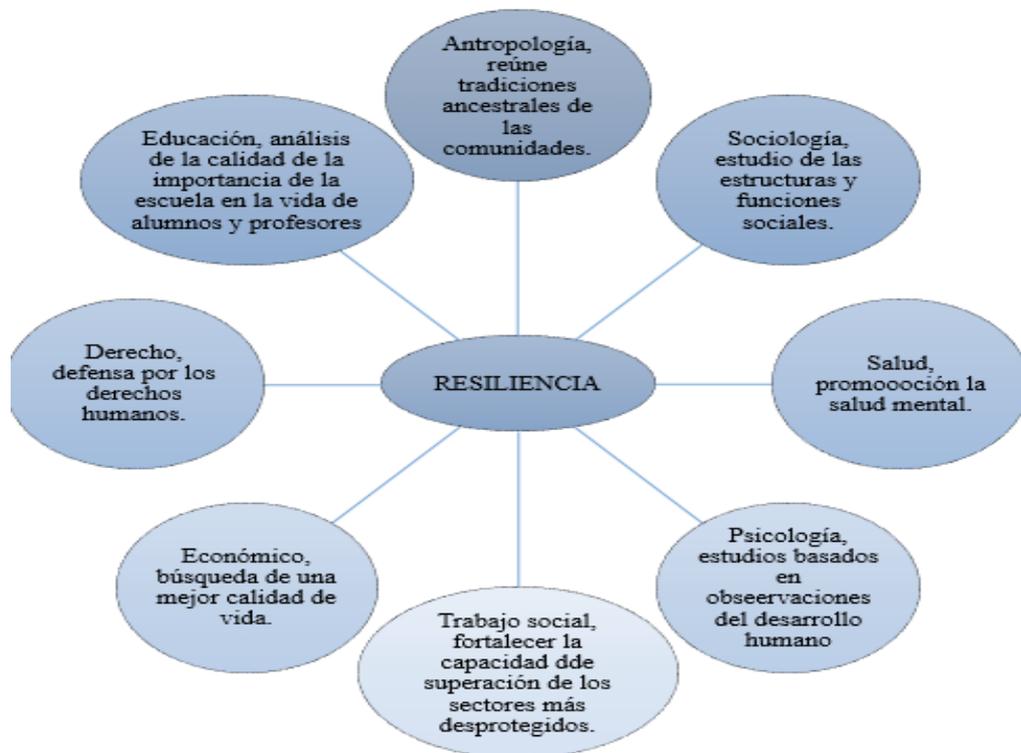


Gráfico 2-Dimensión transdisciplinaria de Resiliencia
Elaborado por: Moreno, A. 2011.

Dimensiones

Según Wagnild y Yung (1988) dentro de su teoría sobre Resiliencia mencionan dos factores y sus componentes que son fundamentales y deben ser medidos en las personas para tener una idea del nivel resiliente que presentan:

Factor I:

- ✓ **COMPETENCIA PERSONAL;** compuesto por: perseverancia, independencia, autoeficacia, decisión, invencibilidad, ingenio y poderío.

Factor II:

- ✓ **ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA** constituidos por elementos que reflejan la flexibilidad, adaptabilidad, balance y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida.

Estos factores representan las siguientes dimensiones de la resiliencia:

1. Ecuanimidad:

Hace referencia a una visión equilibrada de la vida y sus experiencias, de esta manera la persona acepta la situación y controla su comportamiento durante la adversidad, para explicar mejor esta característica de la resiliencia haremos una reseña sobre la autoeficacia que es un componente aportador de la ecuanimidad (Rodríguez, 2014):

Según Bandura (1987) las decisiones que el individuo toma durante el periodo de formación podrían influir en su desarrollo ya que tienen que ver mucho con su futuro, estas elecciones favorecerán al impulso de distintas competencias, intereses y preferencias en base a límites que se apliquen a la realidad. Entonces la autoeficacia se define como las afirmaciones de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento; es decir estas creencias de eficacia predicen una conducta futura frente a un estímulo, debido a que es posible determinar que podría hacer el individuo con el conocimiento o las habilidades que posee (Olaz, 2001).

Según la teoría Social Cognitiva las creencias de autoeficacia influyen en las conductas humanas de 4 formas:

- a. La autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas pues las personas se comprometen a realizar actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y evitan las que consideran que no lo son.
- b. Determina cuanto esfuerzo invierte una persona en una actividad específica y a la vez la perseverancia que mantendrá a pesar de los obstáculos que puedan presentarse. Cuánto mayor la autoeficacia, mayor será el grado de esfuerzo invertido y la persistencia de las personas en la actividad. De acuerdo con Pajares y Shunk (en prensa), la autoeficacia induce a crear un tipo de “profecía autocumplida” asociada a creencias de autoeficacia estables que inducirán a un buen rendimiento, por lo contrario si estas creencias son negativas el sujeto se verá limitado en cuanto a su potencial.
- c. La autoeficacia mantiene una relación directa con los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales de la persona, lo cual explica que el tener un nivel elevado de este contenido facilita mayor confianza en sí mismo y mantener la calma frente a hechos adversos.
- d. Facilita al sujeto crear su futuro y no simplemente predecirlo, el individuo que se percibe sumamente eficaz se impone desafíos y aumentan sus esfuerzos para que su rendimiento sea mejor y así alcanzar las metas propuestas, de esta manera experimentan bajos grados de ansiedad frente a dificultades y su interés por realizar actividades nuevas se incrementa (Olaz, 2001).

2. Perseverancia:

Se manifiesta como la firmeza que mantiene la persona frente la adversidad reflejada en un fuerte deseo de logro y autodisciplina (Rodriguez, 2014).

Las personas que adquieren esta característica tienden a no rendirse a pesar de los obstáculos, dificultades, frustración, desanimo o los propios ánimos de rendirse y se observa más aún cuando experimentan una hecho muy estresante y no dejan de cumplir con sus roles.

3. Confianza en sí mismo:

Abarca el convencimiento de creer en sus capacidades. Alimentar una visión positiva de sí mismo es la mejor manera de mantener una óptima autoconfianza, reconceptualizando las creencias de sí, viéndose como un triunfador, reconociendo sus fortalezas y recursos para vencer adversidades (Center, 2014).

La autoconfianza es considerada como una iniciativa personal, de determinación y resiliencia. Es preciso saber identificarlas, a través de tomar el control para poder potenciarlas; mucho tiene que ver con el autoconcepto que cada uno tiene de sí mismo y que es comunicado a los demás a través de comportamientos, estos pueden hacer creer a los demás creencias negativas de sí mismo o a su vez dar a notar lo valioso que es (James, 2011).

4. Satisfacción personal:

Hace referencia a la apreciación cognitiva de sí mismo en cuanto a lo que ha realizado en su vida y su control sobre esta, tomando en cuenta la calidad de vida, sus expectativas y aspiraciones, las metas alcanzadas, todo esto basado en el criterio personal junto a una visión optimista (Carrión A., Molero R. y González F. , 2000).

5. Sentirse bien sólo:

Hace referencia a la libertad que tiene una persona al tomar una decisión, esto hace a cada persona única e importante.

Algunos autores lo llaman autonomía y la describen como tener el control interno frente a una situación de crisis “la decisión de reubicarse en donde no exista malestar”, es decir tener una propia identidad, ser independiente, y modificar elementos del ambiente (Rodríguez, 2009).

Factores protectores que promueven la resiliencia

Identificar y aceptar la experiencia dolorosa por cual la persona está viviendo sería el primer paso para hacerle frente, de esta manera buscar las fortalezas que caractericen al individuo para adaptarlas a las demandas que existan en el momento necesario. (Gómez, 2010).

A través de estudios en niños expuestos a hechos adversos presentados por Werner (1982,1989) y Garmeiz y (1993), se han observado factores repetitivos que promueven la resiliencia.

El temperamento de la persona es un gran influyente en el cual se observan características como un adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y responsividad frente a otras personas. La capacidad intelectual y la forma en que ésta es utilizada. La relación de la familia, y sus vínculos estables entre sus miembros. Fuentes de apoyo externo, cuidadores como maestros, padres, hermanos, tíos, vecinos, etc (Kotliarenco, 1997).

Entre autores existen coincidencias en cuanto a los factores que promueven la resiliencia en las personas entre estos tenemos:

- El género: se cree que los hombres son más vulnerables que las mujeres debido a que cuando existe la separación de una familia los niños tienen más probabilidad de ser reubicados en nuevos hogares o instituciones, además las niñas no reciben el mismo castigo cuando existen conductas opositoras, a diferencia de los niños que son severamente reprendidos por sus padres.
- El desarrollo de intereses y vínculos afectivos: la búsqueda de un sentido a diferentes actividades; el ser humano aprende a través de modelos que guían el comportamiento a futuro frente a cualquier tipo de experiencia indistintamente, es así que la existencia de vínculos afectivos de parte de un familiar u otro cuidador es importante.
- La relación con pares: Tener una vida sociable estable.
- El haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva (Villalba, 2004).

La presencia de eventos vitales neutralizantes puede establecer elementos de amparo. Son experiencias que atacan o equilibran el hecho adverso, esta puede actuar de manera reflexiva en la persona cambiando la cognición negativa y disminuir el impacto de la amenaza o dificultad.

De acuerdo a Løesel, los recursos más importantes que promueven la resiliencia en niños son: Una relación emocional estable con un cuidador sea uno de los padres o no, apoyo social externo, un contexto educativo adecuado con reglas y normas claras y sin maltrato, contar con modelos sociales que motiven el enfrentamiento constructivo, mantener responsabilidades sociales determinadas con registro de logros, capacidades cognitivas y un nivel intelectual promedio, características temperamentales que faciliten el enfrentamiento a la situación, haber experimentado situaciones de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva, mantener un equilibrio de vida frente a situaciones o factores estresantes, estipular un significado subjetivo y positivo al estrés y al enfrentamiento (mantener pensamientos positivos y poco catastróficos) (Kotliarenco, 1997).

El interés de saber cuáles y como se desarrollan las características que transforman a una persona en un guerrero que sale triunfante de una dura batalla de la cual no todos han obtenido el mismo resultado, conlleva a que varios autores se centren en analizar las fortalezas que cada grupo presentan para luego ser adaptadas y generalizadas a una nueva población; de esta manera la resiliencia está interpretada como la adaptación conductual de una persona durante un hecho que cause una afectación psicológica y física que impida que el individuo continúe con normalidad, a través del uso de sus recursos propios que pueden ser innatos o aprendidos en su mayoría, además la interpretación cognitiva que el sujeto tiene de la experiencia negativa y como la aplica en su recuperación, los factores de los cuales es parte y está rodeado entre estos familiares, redes de apoyo social, instituciones, y demás, los cuales podrían ser modelos y brindar apoyo, no hay que olvidar las variantes individuales que caracterizan a cada persona y podrían sumar o restar en el afrontamiento; cada caso que se presenta es distinto al siguiente por lo cual deberá ser muy bien analizado para así trabajar con las fortalezas del individuo y las debilidades serán convertidas en oportunidades para conseguir el éxito.

Pilares de la Resiliencia

Varios autores con sus respectivos estudios citan las cualidades internas que caracterizan a las personas resilientes, Wolin y Wolin y Ojeda (1993) sintetizan estas características en una figura llamada el mandala de la resiliencia que muestra 7 diferentes segmentos a los que llaman los pilares de la resiliencia:

- Introspección: Trata sobre el cuestionamiento interno individual que cada persona se hace a sí mismo con referencia a los pensamientos, emociones y actos; facilitando el conocimiento de aptitudes y limitaciones de sí mismo. Mientras más conocimiento de sí mismo tenga una persona, mejor será el modo de enfrentamiento positivo ante hechos estresantes.
- Independencia: Es la capacidad para establecer límites entre sí mismo y los contextos hostiles, entre sí mismo y los demás, es posible mantener una distancia emocional y física, sin llegar al punto de aislarse.
- La capacidad de relacionarse: se basa en establecer lazos e intimidad con otras personas que producen satisfacción, puede ser a través de la empatía o las habilidades sociales
- Iniciativa: Es cumplir con tareas progresivamente exigentes y hacerse responsable de problemas tomando el control sobre ellos.
- Humor: Mantener el sentido cómico frente a situaciones adversas, permite desviar los pensamientos negativos, superar obstáculos y problemas.
- Creatividad: Es la capacidad para crear orden, belleza y propósitos a partir del caos y el desorden. Durante la infancia el juego simbólico se manifiesta a través de la creatividad de esta manera se desfoga la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza mientras enfrentan situaciones difíciles.
- Moralidad: Tiene que ver con la conciencia moral, el compromiso de acuerdo a los valores sociales y la diferenciación entre lo bueno y lo malo (Rodríguez, A., 2009).

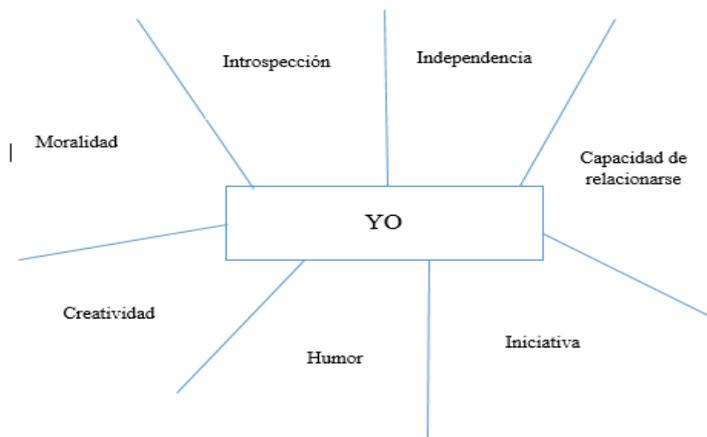


Gráfico 3- Pilares de la Resiliencia
Elaborado por: Arauco, A. y Aillón, S. 2009.

2.2.2 Trauma

Es posible definirlo como el daño psíquico provocado por un suceso de características sumamente estresantes en niveles muy altos para la persona, que probablemente desencadene un patología de estrés agudo por los efectos del hecho y si no es tomado en cuenta con el tiempo podría convertirse en un cuadro de Estrés Postraumático, síndrome que se le denominó en sus inicios como reacción al estrés agudo (Dibujes, 2012).

Se puede entender como un efecto de un hecho súbito e intenso que atenta contra la integridad física o emocional de una persona que puede dañarla; así mismo puede ser un acontecimiento aislado o una secuencia de eventos, se puede afirmar que todas las personas han experimentado alguna experiencia traumática, como maltrato, abuso, violación, muertes, desastres, guerras, etc. (Block, 2012)

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Este cuadro se lo reconoce por ser el resultado de una o varias exposiciones traumáticas desencadenando así un deterioro significativo dentro de las esferas social, laboral y personal; el concepto del TEPT se ha desarrollado desde una idea de una reacción universal hasta creerse que es una respuesta específica frente a ciertas circunstancias.

El TEPT se manifiesta luego de una exposición a un estresor amenazante posterior a esta aparece una respuesta intensa física y emocional al recuerdo del evento que puede variar entre semanas o meses (Salud, 2011).

Se considera al estrés como una manifestación de que la experiencia traumática está afectando a los recursos físicos y emocionales de una persona; en ocasiones estos síntomas desaparecen al poco tiempo, pero en otros casos se agudizan. Estos indicadores pueden ser miedo intenso, irritabilidad, evitación, alteraciones del sueño, etc. e invaden el desempeño normal de un individuo siendo necesario atención clínica diagnóstica (Block, 2012).

Según el DSM IV-TR (2002) el Trastorno por Estrés Postraumático se determina por la aparición de síntomas característicos que aparecen luego de la exposición de un suceso estresante y enormemente traumático, que puede ser experimentado por el individuo de manera directa o bien puede conocer del hecho a través de otra persona cercana a la situación (Dibujes, 2012).

Según el CIE 10 el TEPT es un trastorno que se desencadena de una respuesta tardía o aplazada frente a un hecho estresante o una situación amenazante o catastrófica, que por su naturaleza causarían malestar generalizado en cualquier persona (hechos como fenómenos naturales o causados por el hombre, guerras, accidentes, testigos de actos violentos, torturas, violencia, etc.) (CIE10).

Hacia una definición

El Trastorno de Estrés Postraumático es el resultado de vivenciar una experiencia que por su impacto consigue desequilibrar a la persona tanto física como psicológicamente, se identifica por el malestar que causa y como impide que el individuo se desenvuelva con normalidad en cada uno de sus contextos.

Sintomatología y Criterios Diagnósticos

El cuadro sintomatológico presenta una variedad de manifestaciones de tipo:

Psicológicas

- Recordar con claridad el evento traumático o bloquearlo
- Negación del hecho o incapacidad para recordar detalles
- Flashback
- Evitación de situaciones que recuerden la experiencia traumática
- Hipervigilancia, estar alerta en todo momento
- Desesperanza con respecto al futuro
- Dificultades para concentrarse

Físicas

- La presencia de los recuerdos mantienen los niveles de adrenalina elevados lo cual hace que la persona se sienta tensa, irritable, con insomnio
- La estructura cerebral que está comprometida en este cuadro es el Hipocampo que está encargado de la memoria, por los niveles altos de adrenalina y hormonas los recuerdos traumáticos no son procesados lo que desencadenan flashbacks y pesadillas
- Síntomas somáticos como cefaleas, malestares digestivos, vértigos o malestares en el cuerpo (Timms, 2010).

Según las Clasificaciones Diagnósticas Internacionales DSM-IV TR y CIE10 los signos y síntomas del TEPT son los siguientes:

Criterios Diagnósticos	Síntomas
A. El individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:	<ul style="list-style-type: none"> - Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (por ej. guerras, atentados o catástrofes) - Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos
B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:	<ul style="list-style-type: none"> - Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. - Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar - El individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático está ocurriendo (por ej. sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks) - Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático - Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:	<ul style="list-style-type: none"> - Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático - Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma - Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma - Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales - Sensación de desapego o enajenación frente a los demás - Restricción de la vida afectiva (por ej. incapacidad para tener sentimientos de amor) - Sensación de un futuro desolador (por ej. no tener esperanzas respecto a encontrar una pareja, formar una familia, hallar empleo, llevar una vida normal)
D. Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para conciliar o mantener el sueño - Irritabilidad o ataques de ira - Dificultad para concentrarse - Respuestas exageradas de sobresalto
E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.	
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se distingue entre TEPT agudo y crónico según los síntomas duren menos de 3 meses o 3 o más meses. También se habla de inicio demorado cuando los síntomas aparecen al menos 6 meses después del acontecimiento traumático	

Gráfico 4- Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático DSM-IV-TR
Elaborado por: American Psychiatric Association (2000)

Criterios Diagnósticos	Síntomas
A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, que causaría malestar profundo en casi cualquier persona	
B. Debe haber recuerdos persistentes de “revivir” el acontecimiento o situación estresante en forma de reviviscencias (“flashbacks”), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante	
C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante, que no presentaba antes de la exposición al mismo	
D. Presencia de algunos de los siguientes:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño 2. Irritabilidad o arrebatos de ira 3. Dificultad para concentrarse 4. Hipervigilancia 5. Reacción de sobresalto exagerada
Deben cumplirse los criterios B,C y D dentro de los 6 meses del acontecimiento o del fin de un periodo de estrés	

Gráfico 5- Características típicas del F.43.1 Trastorno de Estrés Post-traumático
Elaborado por: Organización Mundial de Salud. 1992.

Afectación psicológica

Se refiere a las secuelas que puede dejar una experiencia traumática y como interfieren en el desenvolvimiento del ser humano y puede imposibilitar su desempeño.

En víctimas de violencia se describen como daños psicológicos a las lesiones psíquicas y secuelas emocionales producto de una experiencia traumática, las primeras se pueden remitir gracias al paso del tiempo, apoyo social o un tratamiento que los alivie, sin embargo puede incapacitar significativamente para responder ante las demandas de la vida a nivel personal, laboral, familiar y social, a nivel cognitivo la víctima puede concebirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción de sí mismo de indefensión y de no poder controlar su vida y su futuro, a nivel fisiológico puede experimentar temores continuos y a nivel conductual puede mostrarse indiferente. Las secuelas emocionales tienen un tinte más complejo debido a que persisten de forma crónica, es decir el daño psíquico se estabiliza en la persona causando una

discapacidad que no se remite con el pasar del tiempo ni con un tratamiento adecuado; por lo tanto se habla de una alteración definitiva en el funcionamiento psicológico, por lo general su interferencia es en la modificación permanente de la personalidad y lleva a un deterioro de las relaciones sociales y el desempeño laboral. Esta transformación de la personalidad puede desencadenarse de un estado crónico o una secuela irreversible de un cuadro de TEPT posterior a haber sufrido un hecho traumático (Echeberúa E., 2001).

Tratamiento

De acuerdo a Edna Foa investigadora del TEPT, propone un esquema de evaluación diagnóstica y como debe estar diseñado el proceso terapéutico:

- a) Definición clara de la sintomatología: Se debe llegar a un diagnóstico preciso y manejar criterios de inclusión y exclusión.
- b) Fiabilidad y validez en las medidas: Los instrumentos psicométricos que se planean emplear deben cumplir con las normas adecuadas.
- c) Profesionales aplicadores: Se sugiere que los evaluadores no deben ser los mismos que intervengan en el tratamiento y se debe indicar a los participantes que no pueden revelar el tipo de evaluación que han recibido.
- d) Entrenamiento en evaluación: Los profesionales seleccionados serán entrenados minuciosamente para la aplicación correcta de la evaluación.
- e) Aplicación de tratamientos específicos y estandarizados: Para obtener resultados satisfactorios y progresos concretos es necesario emplear tratamientos planteados para este tipo de trastorno que cuente con un manual que guíe el proceso en cada sesión.
- f) Asignación al tratamiento no sesgada: En cada tratamiento debe asignarse un tratante de manera aleatoria.
- g) Evaluación de adherencia al tratamiento: La evaluación y el seguimiento debe ser continuo.

DIAGNÓSTICO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

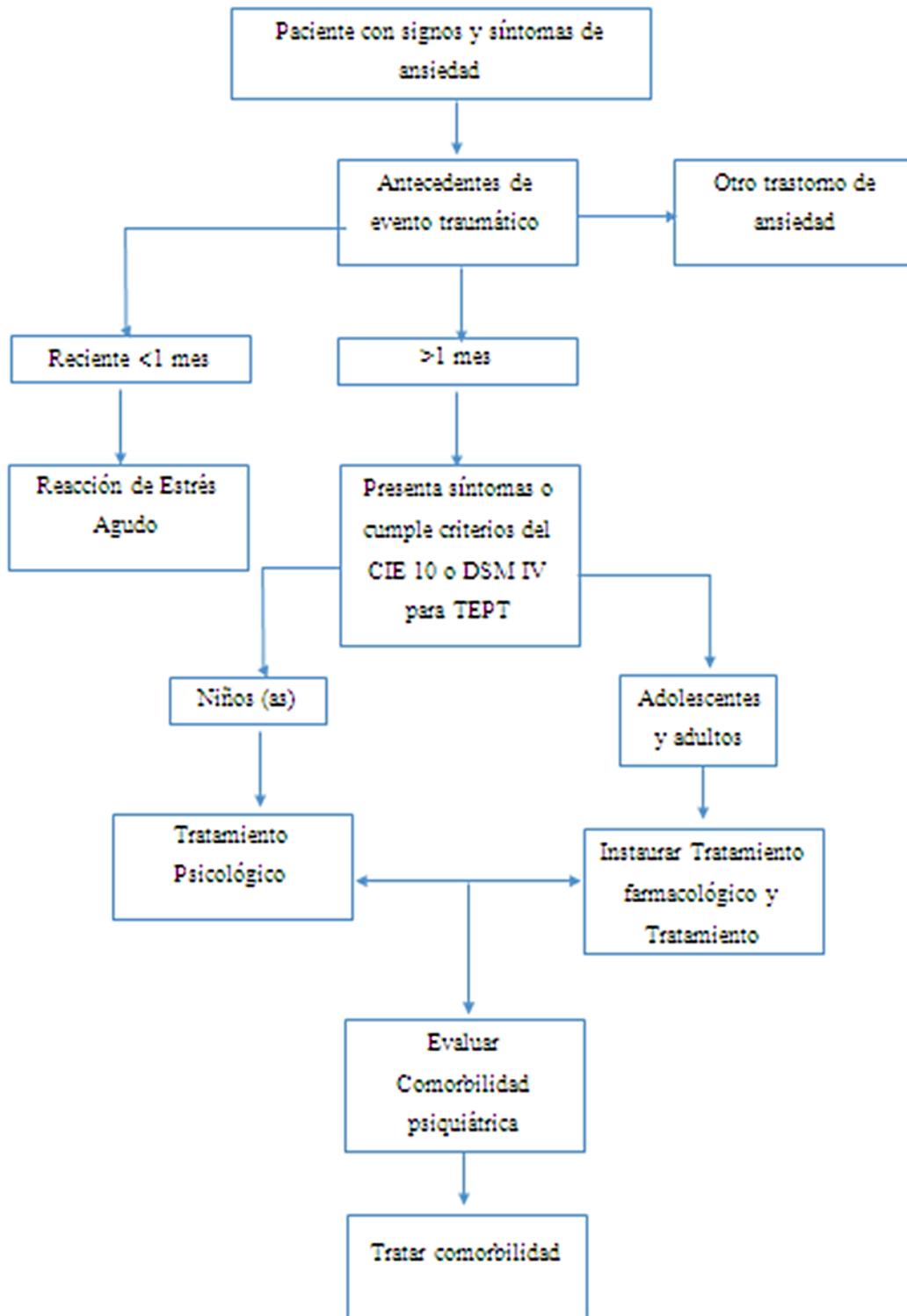


Gráfico 6- Diagnóstico de Estrés Posttraumático
Elaborado por: Consejo de Salubridad General de México

El tratamiento del TEPT va dirigido a:

- Disminuir los síntomas
- Prevenir complicaciones crónicas
- Rehabilitación social y ocupacional

Distintos enfoques teóricos han guiado diversas formas de tratamiento que intentan aliviar los síntomas asociados al Trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo de acuerdo a Baguena (2001) los tratamientos Cognitivos Conductuales ofrecen soluciones efectivas y a corto plazo, destacan dos tipos de procedimientos altamente eficaces:

1. Tratamientos que asocian elementos que informan acerca del trauma como la psicoeducación sobre el trauma, entrenamiento en relajación muscular y respiración controlada, Detención y de control del pensamiento estas técnicas permiten comprender y controlar al paciente sus reacciones frente al trauma (Botero, 2005).
2. Tratamientos por exposición, que interrumpen la asociación entre el evento traumático y la respuesta emocional condicionada que es la que se desea desaparecer.

Psicoeducación

La entrega adecuada de la información sobre el diagnóstico al paciente es eje fundamental para planificar un proceso terapéutico eficaz, de esta manera se capacita a la persona para potencializar sus fortalezas que le permitan hacer frente al cuadro a tratar. De acuerdo a Botero (2005) la educación acerca del trauma es objeto útil dentro del abordaje terapéutico del TEPT, debido a que la sintomatología queda clara para la persona y la búsqueda de los elementos necesarios para superarlos. Según Canesa y Guerra en su estudio con niños víctimas de abuso sexual se destaca el aporte de esta técnica en la motivación del paciente en conjunto con sus familiares para el afrontamiento de situaciones altamente amenazantes debido a que logra modificar los pensamientos pesimistas y facilita planificar estrategias para afrontar la experiencia.

Relajación Muscular y Respiración Controlada

Estas dos técnicas tienen como objetivo permitir al paciente que tome el control sobre las respuestas ansiosas que son el resultado de la presencia del TEPT, favoreciendo la exposición progresiva a los estímulos aversivos. Es eficaz debido a que permite controlar la activación fisiológica asociada al estrés postrauma. Jacobson presenta un procedimiento práctico que consiste en entrenar a la persona a controlar su tensión corporal a través de la realización de una serie de ejercicios voluntarios que tensan y relajan zonas musculares que acumulan estrés.

Detención y de control del pensamiento

Al detectar el pensamiento intrusivo y hacerlo consciente, el paciente debe utilizar una instrucción verbal que tiene como objetivo detener el pensamiento que causa molestias, esta técnica es efectiva cuando resulta inadmisibles exponerse al pensamiento traumático, si es usada en exceso impide desarrollar la exposición al evento traumático debido a que induce a evitar los síntomas del TEPT.

El control del pensamiento se origina de la detención del pensamiento, con el objetivo de que la persona detenga el pensamiento perturbador, posteriormente lo evoque voluntariamente y por último lo detenga voluntariamente también. De esta se busca que la persona detenga la cognición intrusiva y luego se exponga voluntariamente al pensamiento para no prolongar la evitación de los síntomas.

Desensibilización Sistemática

Esta técnica está dirigida a disminuir síntomas conductuales de miedo y evitación, desarrollándose a través de dos elementos:

1. Enseñar a la persona afectada una respuesta opuesta a la ansiedad
2. Elaborar una forma de exposición progresiva al estímulo causante de sus síntomas

Wolpe (1985) desarrollo esta técnica terapéutica con el objetivo de reducir las reacciones ansiosas, se fundamenta en la idea de que un estímulo provocador de miedo tiende a disminuir al presentar una respuesta contraria a este como por ejemplo la relajación a lo cual se lo nombra como Inhibición Recíproca. De acuerdo a Beck (1976) desde una visión cognitiva expone que la DS consigue un

cambio de cogniciones del afectado frente al estímulo aversivo es decir que según el progreso de la exposición controlada al estímulo estresor, el sujeto modifica el patrón de sus pensamientos disfuncionales que están asociados al miedo irracional que se manifiesta acompañado de signos fisiológicos.

Según Bandura (1977) defiende que la técnica DS crea modificaciones en la percepción de la autoeficacia, desarrollando una capacidad de percepción de sus fortalezas para enfrentar el hecho adverso. Con respecto a la aplicación de la DS en el Trastorno de Estrés Postraumático Baguena (2001) hace un análisis de varios estudios que concluyen con resultados positivos de la aplicación del proceso terapéutico en víctimas de accidentes automovilísticos, veteranos de guerra, y en mujeres víctimas de violación (Plaza, 2009).

Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR)

Esta técnica terapéutica moderna está guiada a tratar traumas psicológicos que no han sido superados y procesados adecuadamente por el paciente; consiste en que la persona que evoque mentalmente los recuerdos aversivos y al mismo tiempo que siga con los ojos el movimiento apresurado de los dedos del terapeuta, al cabo de unas cuantas sesiones los recuerdos pierden su acción perturbadora. A pesar de no tener aún claros los mecanismos neurológicos que consiguen éxito en el sujeto es practicada en víctimas de estrés postraumático (Vituita, 2012).

La intención principal es que los movimientos oculares rápidos faciliten el procesamiento de los recuerdos traumáticos, de esta manera concentrarse en estímulos externos como sonidos o movimientos mientras el paciente conversa el hecho adverso, esta reacción modifica la reacción típica frente al recuerdo de manera progresiva, complementándose con el aprendizaje de destrezas que facilitan la relajación y control de su intranquilidad emocional.

La EMDR consta de 4 pasos característicos:

1. Localización de un recuerdo vívido, imagen o certeza acerca del hecho traumático
2. Desensibilización y reprocesamiento, mantener un nivel de concentración en imágenes mentales mientras realiza movimientos oculares indicados

3. Instauración de imágenes y cogniciones positivas, cuando los recuerdos dejan de producir angustia
4. Exploración corporal, explorar en la tensión muscular o sensaciones poco comunes en el cuerpo para localizar conflictos adicionales que se podrán tratar más adelante (Centro Nacional para el TEPT, 2011).

2.2.3 Resiliencia una forma de hacer frente al trauma

Una persona a lo largo de la vida debe enfrentar un sin número de experiencias que según la percepción individual y la mezcla de afectos le van dando un significado que puede afectar la estabilidad, a estas experiencias se le suman hechos adversos que no están planificados ni cronometrados en el ciclo vital, estas situaciones causan verdaderamente desequilibrio por su forma inesperada de manifestarse, son circunstancias violentas como atracos, secuestros, violaciones, maltrato, guerras, atentados y muchas nominaciones a los que nuestra sociedad está expuesta.

Basado en estudios sobre víctimas de abuso sexual las áreas que se ven afectadas son la pérdida de confianza y su re-significación social, debido a que se su percepción de seguridad se ha desgastado y los organismos gubernamentales no le aseguran justicia. De esta manera, el terapeuta identifica los factores resilientes afectados por el suceso traumático y los reemplaza a través del desarrollo de nuevas habilidades resilientes (Dibujes, 2012).

Dentro del ámbito de atentados terroristas se han observado personas que presentan mayor número de capacidades resilientes cuando cuentan con: apoyo social, la inexistencia de experiencias traumáticas anteriores y el estilo de afrontamiento activo. En conclusión las víctimas de atentados terroristas y su capacidad resiliente está asociada con las habilidades de afrontamiento que presenten y a su vez se verán influenciadas por el contexto social y familiar agregando el significado que tenga la persona y su entorno acerca de la experiencia traumática. No hay que olvidar la individualidad de cada persona cuando presenta una serie de recursos (factores resilientes) que lo impulsaran a superar lo vivido de la manera más sana y adaptarse a su medio nuevamente, sin embargo las características personales, el contexto familiar y del trauma serán

facilitadores o dificultaran la potencialización de las capacidades resilientes (Ruiz A., 2010).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ✓ **Resiliencia.** Destreza de un individuo para recuperarse o regresar al mismo nivel de funcionamiento que tenía antes que se presente una adversidad; también se habla de resiliencia cuando, pasado el evento adverso, la persona presenta mínimas afectaciones psicológicas que puedan considerarse insanas (Consuegra, 2010).
- ✓ **Autoeficacia.** Se nombra así a la percepción de sí mismo de que es capaz de desenvolverse con eficacia y alcanzar metas trazadas. Tener el convencimiento de que uno tiene lo necesario para desenvolverse en situaciones que lo requieren (Castillo, 2006).
- ✓ **Bournot.** Resistencia al estrés derivado del trabajo. Involucra fatiga emocional, sentimientos de incapacidad de logros en el trabajo, y sensaciones de impotencia y pérdida de control. Es común en personas con profesiones u ocupaciones en las que se ayuda a otras personas, está caracterizada por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia (Consuegra, 2010).
- ✓ **Ecuanimidad.** Es una respuesta imparcial o neutra y proporcionada ante los estímulos pretendiendo mantener el equilibrio psicológico (Sallés, 2011).
- ✓ **Empoderamiento:** Proceso en el cual las personas robustecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones en las que viven (Silva y Martínez, 2004).
- ✓ **Hardiness.** También llamado personalidad resistente, conformado por actitudes positivas y prototipos de acciones que cuidan la integridad de la persona del impacto que pueda causar una situación adversa (Anónimo, 2012).

- ✓ **Responsividad.** Documento en el cual un profesional médico se compromete a encargarse del tratamiento de un paciente enjuiciado y a cuidar de que no se escape (Anónimo, 2012).
- ✓ **Sindemia.** Desarrollo de un estado en la salud pública donde dos a más enfermedades o condiciones convergen y afectan la población sana desencadenando otros efectos negativos (Villareal, 2003).
- ✓ **Aversivo.** Es un estímulo que produce aversión, algo que produce asco, repugnancia, odio o rechazo (Anónimo, 2011).
- ✓ **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).** El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una enfermedad real. Puede sufrir de TEPT luego de vivir o ver eventos traumáticos como la guerra, huracanes, violaciones, abusos físicos o un accidente grave. El trastorno de estrés postraumático hace que se sienta estresado y con temor luego de pasado el peligro (Anónimo, 2014).

2.4 SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

Existe una relación entre el Trastorno de Estrés Postraumático y la Resiliencia en adultos víctimas del SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE TUNGURAHUA de la Fiscalía Provincial de Tungurahua

2.4.2 Hipótesis Específicas

- ✓ La afectación psicológica producto del TEPT impiden un desenvolvimiento normal de la persona en distintas áreas
- ✓ Los distintos factores de la resiliencia permiten adaptarse a la crisis
- ✓ Las redes sociales son el factor protector más importante dentro del desarrollo de la resiliencia en el individuo
- ✓ La resiliencia se presenta más desarrollada en las personas adultas que comprenden el rango de edad entre 20 a 40 años
- ✓ El género femenino es el más vulnerable para presentar el TEPT

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

Variable Independiente: La Resiliencia

Variable Dependiente: Trastorno de Estrés Post-Traumático

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva:

Este nivel de investigación se efectúa cuando se desea describir una realidad en todos sus elementos principales, de esta manera se establecen las características del problema seleccionado, ayuda a definir la hipótesis, selecciona o elabora las técnicas apropiadas para la recolección de datos, facilita establecer semejanzas, diferencias y relaciones significativas en las variables, permite confirmar la validez de las técnicas de medición y de esta manera se pueden realizar generalizaciones que contribuyan al conocimiento.

Bibliográfica:

Este nivel de investigación hace referencia a la búsqueda, recopilación, organización, valoración, crítica e información bibliográfica sobre un tema específico que permite una visión panorámica del problema. Mientras más información recabada exista es más conocimiento aplicado.

3.2 DISEÑO

Documental- Bibliográfica

Este proyecto de investigación se basa en los niveles documental y bibliográfica ya que facilita la recopilación de información a través de diferentes percepciones, criterios estructurados, reflexiona holísticamente sobre reseñas empíricas además interpreta datos sobre el tema Trastorno de Estrés Postraumático y Resiliencia en víctimas y testigos a través de la búsqueda de información en fuentes bibliográficas verídicas teniendo como finalidad obtener resultados que pudiesen ser base para el desarrollo de una investigación científica.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

MUESTRA	FRECUENCIA
Adultos víctimas y testigos	60

Tabla 1- Población y Muestra

Elaborado por: T. Lorena Burbano B.

La muestra es de tipo no probabilística debido a que no se ejecutó un proceso de selección aleatoria.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 ESCALA PARA MEDIR RESILIENCIA

Técnica

Encuesta

Instrumento

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG (ER)

Autores:

Wagnild, G. Young, H.

Año

1993

Procedencia

Estado Unidos

Adaptación peruana

Novella (2002)

Forma de aplicación y calificación

La Escala de resiliencia de WAGNILD Y YOUNG (ER) puede ser administrada de forma individual o colectiva según sean los objetivos de evaluador, se estima un tiempo entre 25 a 30 minutos aproximadamente.

La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia:

Ecuanimidad, ítems 7, 8, 11,12

Sentirse bien solo, ítems 5, 3, 19

Confianza en sí mismo, ítems 6, 9, 10, 13, 17, 18, 24

Perseverancia, ítems 1, 2, 4, 14, 15, 20,23

Satisfacción, ítems 16, 21, 22, 25

Todos los ítems se consideran en una escala global.

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia.

Formado por dos factores

Factor I: Designado como COMPETENCIA PERSONAL; integrado por 17 ítems que indican: perseverancia, autoeficacia, independencia, ingenio, decisión, poderío e invencibilidad.

Factor II: Designado como ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA representados por 8 ítems, y reflejan la flexibilidad, adaptabilidad, balance, un sentimiento de paz a pesar de la adversidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida.

Los valores que se encuentran en esta escala son

En acuerdo: 1, 2,3

Neutral: 4

De desacuerdo: 5, 6,7

Para calificar cada ítem se le asigna un puntaje que será seleccionado por el evaluado y al finalizar el evaluador deberá hacer una sumatoria total.

Tiempo de aplicación

Aproximadamente de 25 a 30 minutos

Tipo de población

Dirigida a adolescentes y adultos

Propiedades psicométricas

Confiabilidad

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella, 2002). Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de

cuidadores de enfermos de Alzheimer; 0.86 y 0.85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas; 0.90 en madres primerizas post parto; y 0.76 en residentes de alojamientos públicos. Además, con el método test-retest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de 0.67 a 0.84, las cuales son respetables.

El año 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 a 18 años de edad de tercer año de secundaria de la UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

Validez

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores.

La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva. La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con $r = -0.36$, satisfacción de vida, $r = 0.59$; moral, $r = 0.54$; salud, $r = 0.50$; autoestima, $r = 0.57$; y percepción al estrés, $r = -0.67$. En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí (Rodríguez, 2014).

3.4.2 CUESTIONARIO PARA MEDIR SÍNTOMAS DEL TEPT

Técnica

Encuesta

Instrumento

Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

Autores

J. R.T.Davidson, D.Hughes y D.G.Blazer.

Año

1990

Forma de aplicación y calificación

El TQ es un cuestionario autoaplicado que se administra en 15 minutos aproximadamente, representa un tamizaje del TEPT su uso es sencillo consta de 44 ítems que se dividen en 3 partes:

- Listado de experiencias traumáticas: compuesta por los primeros 17 ítems referentes a si ha vivido alguna experiencia traumática y de ser positiva la respuesta se complementa con la edad cuando sucedió el hecho traumático y durante qué tiempo padeció la situación.
- Acontecimiento traumático que más le preocupa actualmente: conformada por los siguientes 9 ítems los cuales exploran las características de aquel hecho señalado anteriormente y así confirmar si cumple con los requisitos de los criterios A del DSM-IV.
- Listado de síntomas: que conforman los últimos 18 ítems que evalúan los síntomas descritos en los criterios B-D del DSM-IV.

Los valores que se encuentran en este cuestionario son

Las respuestas son dicotómicas es decir SI o NO

Las puntuaciones son: SI=1 NO= 0

El único bloque puntuado es el de la lista de síntomas, sumando se puede obtener hasta 18 puntos.

Los autores no asignan puntos de corte, es decir a mayor puntuación= mayor gravedad.

Tiempo de aplicación

15 minutos aproximadamente

Tipo de población

Para adultos

Propiedades psicométricas

Confiabilidad

El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach es de 0,67.

Validez

La validez concurrente analizada con el número de síntomas correspondientes a los criterios B, C y D del Trastorno por Estrés Posttraumático del DSM-IV y la escala ICG muestra correlaciones entre bajas ($r < 0,3$) y moderadas ($r 0,3-0,7$). Presenta una adecuada validez discriminante.

3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La muestra seleccionada para este estudio es de tipo aleatoria, proveniente del SISTEMA DE PROTECCIÓN A VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE

TUNGURAHUA de la Fiscalía Provincial de Tungurahua, correspondientes a adultos que son parte de este grupo.

En la población seleccionada se procederá a aplicar La Escala de tipo Likert sobre Resiliencia de Wagnild y Young (ER), este instrumento psicométrico consta de 25 ítems que facilitará la evaluación de la variable independiente, a posteriori se empleará el Cuestionario de Experiencias Traumáticas o TQ que consta de 44 preguntas divididas en tres áreas: listado de experiencias traumáticas, acontecimiento traumático que más le preocupa actualmente y listado de síntomas; el cual demostrará la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático como variable dependiente.

Los instrumentos psicométricos se aplicaran a partir del inicio del periodo académico septiembre 2015-marzo 2016, los días lunes, miércoles y viernes, en horarios desde 8:00 am a 12:00 pm.

Posterior a la aplicación de los test propuestos se continuará a tabular los resultados para su interpretación y comprobación de hipótesis mediante la aplicación de la fórmula del Chi cuadrado y su respectivo proceso.

CAPÍTULO IV

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. – RECURSOS

a) Recursos Institucionales.

Universidad Técnica de Ambato

Fiscalía Provincial de Tungurahua

b) Recursos Humanos

Tutor: Ps. Cl. Juan Sandoval

Autora: Lorena Burbano

Psicólogo Clínico de la Fiscalía Provincial de Tungurahua: Edwin Solano

c) Recursos Físicos.

Laptop

Impresora a tintas continuas

Internet

Recarga de tintas continuas

Manuales DSM-IV Y CIE10

Libros sobre Psicología Clínica

Materiales de Oficina

Lápices y borradores

Una resma de hojas papel bond A4

Copias de los Instrumentos psicométricos

d) Recursos Financieros

RECURSOS TECNOLÓGICOS- MATERIALES	COSTOS
Laptop	420.00
Impresora a tintas continuas	300.00
Internet	100.00
Recarga de tintas continuas	40.00
Manuales DSM-IV Y CIE10	100.00
Libros sobre Psicología Clínica	300.00
Materiales de Oficina	20.00
Lápices y borradores	10.00
Una resma de hojas papel bond A4	10.00
Copias de los Instrumentos psicométricos	70.00
Pasajes	50.00
Luz	20.00
Imprevistos	72
TOTAL	\$1512.00

Tabla 2- Recursos Financieros
Elaborado por: T. Lorena Burbano B.

4.2.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Meses	1	2	3	4	5	6
N	Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
1	Aprobación del tema	X					
2	Elaboración del perfil del proyecto		X				
3	Desarrollo del marco teórico			X			
4	Definición del marco metodológico				X		
5	Finalización del proyecto					X	X

Tabla 3- Cronograma de actividades
Elaborado por: T. Lorena Burbano B.

4.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4.3.1 BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2000). Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.

Bobes, J., Portilla, P., Bascarán, M., Sáiz, P., Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 2º edición. Barcelona: ARS MÉDICA.

CENETEC. (2011). Guía práctica clínica de Diagnóstico y Manejo del TEPT. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud.

Consuegra, N. (2010). Diccionario de Psicología-Segunda edición. Bogotá: Ecoe Ediciones.

- D'Alessio, L. (2010). Principios Neurobiológicos de la Resiliencia. Barcelona: Editorial POLEMOS.
- Forés, A., Grané, J. (2008). La resiliencia crece desde la adversidad. Barcelona: Plataforma Editorial.
- James, J. (2012). El arte de confiar en ti mismo. Barcelona: Editorial PAIDOS.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., Álvarez, C. (1996). Resiliencia construyendo en la adversidad. Santiago de Chile: Centro de estudios y atención del niño y la mujer (CEANIM).
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., Fontecilla, M. (1998). Estado de arte en resiliencia. Santiago de Chile: Centro de estudios y atención del niño y la mujer (CEANIM).
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E., Infante, F. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI).
- Organización Mundial de Salud. (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico (CIE 10). Madrid: Meditor.
- Turiezo, R y Sala, P. (2011). La Resiliencia gana. Perú: LID Editorial.
- Vallejo, J. (2002). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría-Quinta edición. Barcelona: Masson.

4.3.2 LINKOGRAFÍA

Anónimo. (2011). Concepto de aversivo. Recuperado de:
<http://www.definicionesde.com/e/estimulo-aversivo/>.

Anónimo. (2012). Concepto de Hardiness. Disponible en:
<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/personalidad-resistente>.

Anónimo. (2012). Concepto de responsivo. Disponible en:
<http://www.deperu.com/diccionario/significado.php?pal=responsivo>.

Anónimo. (2009). El estrés laboral afecta al 50% de los empresarios españoles. Recuperado de: <http://www.libertaddigital.com/profesionales/el-estres-laboral-afecta-al-50-de-los-empresarios-espanoles-1276368735/>.

Anónimo, (2014), Concepto de Trastorno de Estrés Postrauma. Disponible en:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/posttraumaticstressdisorder.html>.

Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz B., Ventimiglia, M., Jamil, H. (2014). Resilience as a Protective Factor against the Development of Psychopathology among Refugees. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 201(3): 167–172. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584239/>.

Becoña, E. (2006). RESILIENCIA: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y UTILIDAD DEL CONCEPTO. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2006-E3EEEF3-E4DF-43B4-C15D-FF038F693092/Documento.pdf>.

Castillo, M. (2006). Creencias de autoeficacia y coaching, Como mejorar la productividad de las personas. Recuperado de:
http://innovacioneducativa.upm.es/jimcue_09/comunicaciones/02_22-45_Coaching_Creencias.pdf.

- Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad (IMA). (2005). Estadísticas de interés. Disponible en: http://www.centroima.com.ar/informacion_estadisticas.php.
- Cevallos, M., Coka, A., Naranjo, A. (2015). Encara y Para: A Mí Nadie Me Insulta-Campaña en Contra de la Violencia Psicológica a la Mujer. Recuperado de: repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4041/1/113640.pdf.
- Dibujes, S. (2012). “Análisis de los factores que promueven la resiliencia para favorecer la superación del estrés pos-traumático en mujeres víctimas de violencia sexual”. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2520/1/T-UCE-0007-83.pdf>
- Epstein, D. (2013). La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/.
- Flores, R., Reyes, V., Reidl, L. (2012). *Suma Psicológica*, 19(1). 7-17. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812012000100001.
- García, M. (2013). Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos. *Sanid mil*, 69(3). 182-194. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000501475&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Gaxiola, J., Frías, M., Hurtado, M., Salcido, L., Figueroa, M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una muestra del noroeste de México. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16(1). 73-83. Recuperado de: http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Romero.pdf.

- Gómez, E.y Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 19(2). 103-131. Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17112/17840>.
- Hernandez, Z. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Periódicos electrónicos en Psicología*, 15(2): 153-161. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/liberabit/v15n2/v15n2a09.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de España. (2006). Estadísticas. Recuperado de: <http://www.sauceintegra.es/estadisticas.html>.
- Jaramillo, J. (2010). Instrumento de medición de resiliencia adolescente. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4016/1/MEDDI05.pdf>.
- Malik, K. (2014). Informe sobre desarrollo humano. Recuperado de: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-es.pdf>.
- Martínez, S. (2010). Construcción y análisis psicométrico de un Cuestionario de evaluación de la resiliencia. Recuperado de: http://www.unizar.es/abarrasa/tea/200910_25906/serrano2010.pdf.
- Moreno, A. (2012). “La promoción de la resiliencia en el vínculo entre adolescente y educador en la práctica psicomotriz educativa”. Recuperado de: http://www.tdr.cesca.es/bitstream/handle/10803/96515/01.AMP_TESIS.pdf?sequence=1.
- Moreno, B., Garrosa, E., Gonzáles, L., (2000). Personalidad resistente Bournot y Salud. *Escritos de Psicología*, 4. 64-77. Recuperado de: <http://uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/personalidad-resistente-burnout-y-salud.pdf>.

- Oriol, A. (2012). Resiliencia. *Educación Médica*, 15(2). 77-78. Disponible en: http://www.unizar.es/abarrasa/tea/200910_25906/serrano2010.pdf.
- Perales, A. (2006). Trastorno de Estrés Post-Traumático: manejo y consecuencias médicas y psicosociales a nivel de atención primaria de salud. *Revista diagnóstica*, 45(4). Recuperado por: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/oct-dic/185-191.html>. Portella, A. Liberalesso, A. (2015), Resilience in aging: literature review/ Resiliencia e velhice: revisao de literatura. doi: 10.1590/1413-81232015205.00502014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=ec4a35ca-6be9-41e9-8f3c-739ec3ad66ec%40sessionmgr113&hid=125>.
- Ruiz, G., López, A. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5(2). 1-11. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092012000200001&script=sci_arttext.
- Vélez, M., Jansson, L. (2010). Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas. *Revista Colombiana Psiquiátrica*. 39. 84-92. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000500007&lng=es&nrm=is&tlng=es.
- Quito Alcaldía. (2013). Quito seleccionada entre las 100 Ciudades Resilientes del Mundo. Disponible en: http://www.noticiasquito.gob.ec/Noticias/news_user_view/quito_seleccionada_entre_las_100_ciudades_resilientes_del_mundo--10597.
- Sallés, P. (2011). La persona ecuánime. Disponible en: <https://paulinasalles.wordpress.com/2011/10/21/la-persona-ecuanime/>.
- Silva, C. y Loreto, M. (2004). Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200003&script=sci_arttext.

Villareal, A. (2003). Sindemias y salud pública: reconceptualizando la enfermedad en el contexto biosocial. Disponible en: <https://alvarodulcevillarreal.files.wordpress.com/.../resumen-sindemias1.d...>

Visión, análisis y nuevos horizontes. (2008). Desarrollando Resiliencia en un Mundo Turbulento. Recuperado de: <http://www.visionjournal.es/visionmedia/article.aspx?id=5816&rdr=true&LangType=1034>.

4.3.3 CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

EBSCO: Acevedo, V., Restrepo, L. (2011). De profesores, familias y estudiantes: fortalecimiento de la resiliencia en la escuela. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1). 301-319. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a3243db6-cb97-4419-bd1b-c8f0a8e14570%40sessionmgr4005&vid=5&hid=4112>.

EBSCO: Barón, S., Cascone M., Martínez, C. Estigma del sistema de género: aprendizaje de los modelos normativos, bullying y estrategias de resiliencia. *Politica y Sociedad*, 50(3). 837-864. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=94922968&lang=es&site=ehost-live>.

EBSCO: Buesa, S. y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1). 31-45. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=ec4a35ca-6be9-41e9-8f3c-739ec3ad66ec%40sessionmgr113&hid=125>.

EBSCO: Contreras, L. Ateaga, J., Latorre, J. Folino, J. Campo, A. (2010). Association between Intimate Partner Violence and Posttraumatic Stress Disorder: A Case-Control Stud. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 39(1).

85-92. Recuperado de:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=ec4a35ca-6be9-41e9-8f3c-739ec3ad66ec%40sessionmgr113&hid=125>.

EBSCO: De Andrade, L. y De Cruz, S. (2010). Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud. *Perspectiva psicológica*, 7(1). 43-55. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n2/colaboracion2.pdf>.

EBSCO: Matud, M., Fortez, D., Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23. 199-207. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=ec4a35ca-6be9-41e9-8f3c-739ec3ad66ec%40sessionmgr113&hid=125>.

EBSCO: Muñoz, H., Lozano, L. (2009). Tratamiento de las pesadillas en el trastorno por estrés postraumático: farmacoterapia. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 38(2). 325-337. Recuperado de:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=ec4a35ca-6be9-41e9-8f3c-739ec3ad66ec%40sessionmgr113&hid=125>.

EBSCO: Quiceno, J., Vinaccia, S., Ibáñez, J., Álvarez, A., Jiménez, J., Pinzón, L., Serna, A. (2012). Calidad de vida relacionada con salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de la libertad. *Pensamiento psicológico*, 10(2). 23-33. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612012000200004&script=sci_arttext&tlng=es.

EBSCO: Roque, M. Aclé, G. (2011). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)*. Recuperado de:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=ec4a35ca-6be9-41e9-8f3c-739ec3ad66ec%40sessionmgr113&hid=125>.

EBSCO: Seijas, R. (2013). Trastorno de Estrés Postraumático y cerebro. *Revista Asociación Española Neuropsique*, 33(119). 511-523. doi: 10.4321/S0211-57352013000300004. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ec4a35ca-6be9-41e9-8f3c-739ec3ad66ec%40sessionmgr113&vid=17&hid=125>.

BIBLIOTECA VIRTUAL SALUD: Castellano, C. (2011). Contrastación de un modelo de resiliencia en cáncer infantojuvenil. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/21357-36203-1-PB.PDF>.

5. ANEXOS:

ESCALA DE RESILIENCIA DE WALDING Y YOUNG

(Versión traducida final)

Ítems	En desacuerdo				De acuerdo		
1. Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidido	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las experimentado anteriormente	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
15. Me manejo interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general, encuentro algo de que	1	2	3	4	5	6	7

reírme							
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento por las cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas que no les agrado	1	2	3	4	5	6	7

CUESTIONARIO PARA EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS (TQ)

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrían ser sucesos que representarían una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico; amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo; la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad; ver que otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo “no”. Si los ha experimentado rodee con un círculo “sí”, e indique qué edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (p. ej., 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas o 4 años).

Acontecimiento	Respuesta	Edad (cuando ocurrió el suceso)	Duración (tiempo)
1. Accidente de auto, tren o avión	NO SI		
2. Accidente industrial o de trabajo	NO SI		
3. Pérdida del hogar por incendio	NO SI		
4. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por inundaciones	NO SI		
5. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia por un tornado o un huracán	NO SI		
6. Pérdida del hogar o de un miembro de la familia o un amigo íntimo	NO SI		
7. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	NO SI		
8. Muerte inesperada de un miembro de la	NO SI		

familia o un amigo íntimo			
9. Estar próximo a ahogarse	NO	SI	
10. Abuso físico	NO	SI	
11. Sufrir graves quemaduras	NO	SI	
12. Ser tomado como rehén	NO	SI	
13. Combate	NO	SI	
14. Agresión	NO	SI	
15. Transgresión	NO	SI	
16. Incesto	NO	SI	
17. Secuestro	NO	SI	
18. Otra situación (especificar):	NO	SI	

Nota: si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación. Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que resulte más desagradable recordar ahora.

Acontecimiento: _____

1. ¿Estaba preparado para el suceso?	NO SI
2. El acontecimiento, ¿Supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye las palabras apropiadas	NO SI
3. ¿Sufrió lesiones físicas por ese acontecimiento?	NO SI
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	NO SI
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esta situación?	NO SI

6. ¿Tenía la sensación de podía hacer algo para detener la situación?	NO SI
7. ¿Se ha sentido “diferente” de otras personas debido al acontecimiento?	NO SI
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	NO SI
9. En caso negativo ¿sintió alguna vez ganas de hacerlo?	NO SI

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presentan síntomas desagradables, Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos en cualquier momento después del suceso.

1. Pesadillas acerca del acontecimiento	NO SI
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	NO SI
3. Estar nervioso o fácilmente asustado	NO SI
4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	NO SI
5. Dificultad para dormir	NO SI
6. Problemas de concentración	NO SI
7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	NO SI
8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	NO SI
9. Sentirse avergonzado de estar todavía	NO SI

10. Evitar hacer algo que recuerde el suceso	NO SI
11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	NO SI
12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	NO SI
13. Los recuerdos producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	NO SI
14. No poder recordar una parte importante del suceso	NO SI
15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentís antes del suceso	NO SI
16. Sentirse irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	NO SI
17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo; sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	NO SI
18. Sentirse distanciado o alejado de la gente	NO SI
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	NO SI
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	NO SI