



universidad
de león



Facultad de
Ciencias de la Salud

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico 2019-2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

TITULO:

Trastorno de estrés postraumático asociado a conflictos bélicos: importancia de la naturaleza del trauma

ALUMNO:

EVA TRECEÑO BOTO

TUTOR:

DRA. MARÍA CARMEN BÁRCENA CALVO

León, junio de 2020

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. <i>Epidemiología</i>	5
1.2. <i>Antecedentes</i>	6
1.3. <i>Justificación</i>	7
2. OBJETIVOS	7
3. MATERIAL Y MÉTODOS	8
3.1. <i>Criterios de selección de los artículos</i>	8
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	10
4.1. Sintomatología del TEPT: Criterios diagnósticos DSM-V	10
4.2. Tabla de artículos	11
4.3. Influencia de la naturaleza de la exposición al trauma	22
4.3.1. <i>Efecto acumulativo del trauma: número de estresores</i>	22
4.3.2. <i>La naturaleza del trauma: características de la exposición</i>	23
4.4. Efectos del trauma a largo plazo	24
4.4.1. <i>Persistencia de la patología</i>	24
4.4.2. <i>Transmisión intergeneracional del trauma</i>	25
4.4.3. <i>Trastorno de Estrés Postraumático y síntomas somáticos</i>	25
4.5. Influencia de la edad del paciente	25
5. CONCLUSIÓN	26
6. BIBLIOGRAFÍA	27

RESUMEN

Introducción: el trastorno de estrés postraumático afecta a la vida de la persona en un marco biopsicosocial y uno de sus principales factores etiológicos son los conflictos bélicos; por todo ello en esta revisión se analizará la influencia de la naturaleza del trauma vivido, además de otros factores, en el desarrollo de esta patología. **Metodología:** Revisión sistemática que integra la literatura obtenida en las bases de datos PubMed, Scopus y Scielo. **Resultados:** tanto en población militar como civil se detecta un efecto acumulativo del trauma sobre la salud mental y además se relaciona la exposición al trauma bélico con síntomas somáticos. La experiencia de traumas ajenos al combate tiene una asociación mayor con el diagnóstico de TEPT en comparación con traumas relativos al combate. El trauma de conflictos armados induce perjuicios sobre la salud mental a largo plazo, incluso generando una transmisión intergeneracional del trauma en algunos casos. La edad de la persona en el momento de exposición al trauma se asocia inversamente con la sintomatología del trastorno de estrés postraumático, siendo los efectos de mayor gravedad en personas jóvenes y en edad infantil. **Conclusión:** a la vista de los resultados, se puede destacar la necesidad de la prestación de preparación psicológica previa al combate en personal militar y sanitario, así como programas de atención psicológica personalizados tras los conflictos, puesto que tanto la naturaleza del trauma como la edad y otros factores condicionan el curso y la gravedad del cuadro clínico.

SUMMARY

Introduction: post-traumatic stress disorder affects the person's life in a biopsychosocial perspective and one of its main etiological factor is warfare; therefore, in this review, it will be analyzed the influence of the nature of the trauma experienced in addition to other factors in the development of this pathology. **Methodology:** Systematic review that integrates the literature obtained from the PubMed, Scopus and Scielo databases. **Results:** in both the military and civilian population, a cumulative effect of trauma on mental health is

shown and the exposure to war trauma is also related to somatic symptoms. The experience of non-combat related trauma has a greater association with the diagnosis of PTSD compared to combat-related trauma. War trauma induces long-term damage in mental health, even generating an intergenerational transmission of trauma in some cases. The age of the person at the time of exposure to trauma is inversely associated with the symptoms of post-traumatic stress disorder, being more severe in young people and children. **Conclusion:** In view of the results, it is possible to highlight the need of the provision of psychological preparation before combat in military and healthcare personnel as well as personalized psychological care programs after war exposure due to the fact that the nature of the trauma, and also the age and other factors condition the course and severity of the clinical picture.

Abreviaturas:

OMS: Organización Mundial de la Salud.

APA: American Psychiatric Association.

TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático, también conocido como TEPT es una patología psiquiátrica que afecta a todo tipo de personas independientemente de su edad, sexo y condiciones sociodemográficas. Surge como respuesta a acontecimientos estresantes, amenazantes o catastróficos que sufre la persona, ya sean breves o mantenidos en el tiempo; que por sí mismos causarían malestar en la población general. En el tipo de situaciones causantes del TEPT se incluyen catástrofes naturales, guerras, accidentes, ser testigo de muertes violentas, tortura, terrorismo y abuso sexual entre otras (1).

Ciertos factores influyen en el desarrollo del mismo, descendiendo el umbral de aparición del síndrome o agravando su curso, pero no son suficientes ni necesarios para desencadenar por sí mismos el trastorno. Estos son enfermedades neuropáticas o rasgos propios de la personalidad. Por otro lado el consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol agrava el trastorno (1).

El TEPT afecta a todo el marco biopsicosocial de la vida de la persona y se manifiesta principalmente por episodios recurrentes de vivencias del hecho traumático, en forma de sueños o reviviscencias, acompañados de sensaciones de incapacidad de respuesta al medio, anhedonia, embotamiento emocional y evitación de situaciones evocadoras del trauma. En algunas ocasiones, se presentan episodios agudos de pánico o agresividad provocados por estímulos asociados al trauma, y por lo general el TEPT viene acompañado de depresión, ansiedad y en ocasiones, ideaciones suicidas (1).

1.1. Epidemiología

En un estudio realizado por la OMS en 21 países se estimó que el 3,6% de la población mundial ha sufrido TEPT en el último año. En el mismo estudio se evidenciaron datos acerca de la prevalencia de eventos traumáticos en la vida de las personas, obteniéndose los siguientes resultados: el 21,8% de encuestados había sido testigo de actos violentos, el 18,8% había sufrido violencia interpersonal, el 17,7% sufrió accidentes, el 16,2% presencié conflictos bélicos y el 12,5% había sufrido traumas relacionados con seres queridos (2).

La prevalencia de TEPT es mayor en mujeres (5,2%) que en hombres (1,8%) según datos publicados por el National Institute of Mental Health (EEUU) (3).

Uno de los contextos relacionados con TEPT son los conflictos bélicos. La prevalencia de desarrollo de TEPT en veteranos de guerra aumenta en comparación a los datos globales, hasta alcanzar cifras del 30% de veteranos de la Guerra de Vietnam diagnosticados de TEPT a lo largo de sus vidas (4).

En cuanto a la población general superviviente de conflictos bélicos, un estudio publicado por la Sociedad Europea para Estudios de Estrés Traumático reveló que el 23,81% de adultos supervivientes de guerras a nivel mundial cumplió los criterios diagnósticos para TEPT (5).

1.2. Antecedentes

A lo largo de la historia encontramos distintas descripciones de síntomas psicológicos posteriores al trauma militar, como son la “nostalgia del soldado” descrita por el médico austriaco Josef Leopold en 1761; el “corazón irritable o Síndrome de Da Costa” descrito por el médico estadounidense Jacob Méndez Da Costa o la “columna vertebral ferroviaria” descrita en informes europeos (6).

En la Primera Guerra Mundial algunos síntomas que hoy relacionamos con el TEPT, como el insomnio y episodios de pánico, se conocían como “choque de proyectiles” término que más tarde se sustituyó por el de “neurosis de guerra”. En la Segunda Guerra Mundial los términos anteriores fueron reemplazados por el de “reacción de estrés de combate” o “fatiga de batalla” (6).

En 1952, la APA incluye por primera vez en el DSM-I el precursor del hoy conocido como TEPT, la “reacción de estrés grave” sustituida en el DSM-II por la “reacción de ajuste a la vida adulta”; ambos diagnósticos insuficientes para valorar el TEPT. En 1980 la APA incluye en el DSM-III el término de trastorno de estrés postraumático, que surgió resultado de una investigación con veteranos de la Guerra de Vietnam, víctimas del Holocausto y de traumas sexuales (6).

En la clasificación utilizada hoy en día, en el DSM-V el TEPT pasa de estar incluido en los trastornos de ansiedad, a constituir una categoría propia denominada “trastornos relacionados con el trauma y el estrés” (6).

1.3. Justificación

El trastorno de estrés postraumático es un problema de salud que afecta a un gran número de personas independientemente de su rango de edad, índole social y rasgos de personalidad. Una de sus causas son los conflictos armados, y he considerado importante valorar la posibilidad de que existan diferencias en la aparición y curso del TEPT en función de la naturaleza del trauma vivido así como considerar otros factores que puedan influir en la aparición del trastorno, empleando como población de estudio personal militar y civil; ya que las experiencias vividas por estos dos grupos pueden diferir de forma notable.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia disponible sobre la aparición de TEPT en conflictos armados, correlacionándola con factores intrínsecos a la persona y factores extrínsecos, propios de la naturaleza del trauma vivido.

Como objetivos específicos he considerado los siguientes:

1. Indagar en los métodos de diagnóstico y valoración empleados para el TEPT.
2. Conocer el desarrollo de TEPT en situaciones de guerra.
3. Valorar la influencia de factores intrínsecos y extrínsecos a la persona en el desarrollo de la patología
4. Determinar si existen diferencias en el desarrollo de TEPT en función de la naturaleza de la experiencia traumática vivida.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica realizada a partir de estudios que tienen como tema principal el desarrollo de trastorno de estrés postraumático relacionado con los conflictos bélicos.

Para la realización del informe de este estudio se siguió un protocolo de revisión de la información publicada. La táctica de búsqueda para encontrar las mejores evidencias disponibles comienza con la formulación de la siguiente pregunta de investigación en formato P.I.C.O: ¿En población civil y militar expuesta a conflictos bélicos en función de la naturaleza del trauma vivido se producirán diferencias en el desarrollo de trastorno de estrés postraumático?

Respecto a dicha pregunta de investigación, ha sido formulada conforme a la traducción de las palabras naturales a palabras clave a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los descriptores de cada base de datos que he utilizado. Los términos de búsqueda que he empleado para mi revisión en las diferentes bases de datos se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Términos de búsqueda

Palabra natural	MeSH	DeCS
Trastorno de estrés postraumático	Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)	Trastornos por estrés postraumático
Soldados	Military personnel	Actividades militares
Víctimas	Disaster victims	Víctimas de desastres
Refugiados	Refugees	Refugiados
Exposición a la guerra	War exposure	Exposición a la Guerra

3.1. Criterios de selección de los artículos

Para la selección de los artículos de mi revisión he considerado los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos con fecha de publicación inferior a 5 años (2015-2019) ya que estos artículos recientes aportan información más actualizada sobre mi pregunta de investigación.
- Artículos que realizasen estudios clínicos de intervención, estudios observacionales o revisiones de estudios clínicos que empleasen métodos de evaluación del TEPT estandarizados y basados en la evidencia científica.
- Artículos cuyo idioma de publicación fuera inglés o español.
- Artículos cuya población de estudio fuera militares en activo o veteranos, personal sanitario, víctimas de guerra o refugiados.

Teniendo en cuenta estos criterios, de la búsqueda conjunta en las bases de datos de PubMed, Scopus y Scielo obtuve un total de 6789 artículos de los cuales eliminé 6597 por no estar publicados en inglés o español y estar publicados en años anteriores a los detallados en mis criterios de inclusión.

Posteriormente, en una segunda revisión de los artículos, descarto 159 de ellos por no ser relevantes para mi estudio y no ajustarse a mis criterios de inclusión, basándome en la lectura de los resúmenes de los mismos.

Por último, tras una lectura más detallada de los estudios seleccionados, descarto 18 de ellos por no aportar resultados relevantes o suficientes para mi estudio y he obtenido un total de 15 artículos para incluir en mi revisión.

Dichos artículos han sido obtenidos tras una búsqueda exhaustiva de 5 meses en las bases de datos citadas, cuyo acceso se ha llevado a cabo a través de la universidad debido a que de este modo podía acceder a un número más amplio de artículos.

El nivel de evidencia de cada estudio se realiza según Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) a excepción de los estudios transversales, puesto que no están incluidos en la clasificación SIGN.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Sintomatología del TEPT: Criterios diagnósticos DSM-V

Los criterios diagnósticos incluidos en la clasificación del DSM-V son los siguientes (7):

Exposición al trauma	<ul style="list-style-type: none">• Experiencia directa• Presenciar el suceso• Conocer que lo ha sufrido alguien cercano• Exposición repetitiva a detalles repulsivos del trauma
Síntomas de intrusión (uno mínimo)	<ul style="list-style-type: none">• Recuerdos• Sueños• Reacciones disociativas (repetición del trauma)• Malestar psicológico• Reacciones fisiológicas
Síntomas de evitación (uno mínimo)	<ul style="list-style-type: none">• De recuerdos, sentimientos y pensamientos• De recordatorios externos (personas, lugares, etc.)
Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (dos mínimo)	<ul style="list-style-type: none">• Amnesia• Creencias o expectativas negativas• Percepción distorsionada del trauma• Estado emocional negativo persistente• Pérdida de interés en actividades• Desapego• Incapacidad de sentir emociones positivas
Alteraciones del estado de alerta y reactividad (dos mínimo)	<ul style="list-style-type: none">• Irritabilidad y furia• Comportamiento imprudente o autodestructivo• Hipervigilancia• Alteraciones del sueño y concentración
Síntomas disociativos	<ul style="list-style-type: none">• Despersonalización• Desrealización

Figura 1. Criterios diagnósticos DSM-V

4.2. Tabla de artículos

Tabla 2. Evidencia extraída de los artículos.

TABLA DE ARTÍCULOS	
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Iris Eekhout et al. Título: <i>Post-traumatic stress symptoms 5 years after military deployment to Afghanistan: an observational cohort study</i> Fecha: 2015 Tipo de estudio: estudio de cohortes prospectivo Evidencia SIGN: 2++
Población	1007 militares alemanes desplegados en Afganistán
Intervención	Se realizan cuestionarios SRIP para valorar los síntomas de TEPT en diferentes momentos del despliegue.
Resultados	El valor de SRIP aumenta comparando las mediciones previas al despliegue y posteriores, especialmente a los 6 meses y 5 años posteriores. A mayor edad y rango del militar hay un aumento menor de los síntomas. La experiencia de traumas previos y la exposición a mayores estresores en el despliegue aumenta el nivel de síntomas.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Janeese A. Brownlow et al. Título: <i>The influence of deployment stress and life stress on Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) diagnosis among military personnel</i> Fecha: 2018 Tipo de estudio: revisión sistemática Evidencia SIGN: 1++
Población	Se analizan datos de dos subestudios del Army STARRS: All Army Study (ASS) con una muestra de 21499 soldados y New Soldier Study (NSS) con una muestra de 55814 soldados.

TABLA DE ARTÍCULOS	
Intervención	En los estudios origen de los datos se realizan las siguientes evaluaciones al personal militar: puntuación de estrés en el total de vida, puntuación de estrés relacionada con el despliegue y lista de control de TEPT (checklist).
Resultados	Tanto en los soldados que han sido desplegados (ASS) como nuevos soldados (NSS) una mayor variedad de estrés traumático relacionado con el despliegue y acumulado en la vida se correlaciona con mayor probabilidad de diagnóstico de TEPT. La diversidad de estrés en el total de vida es mejor predictor de posible diagnóstico de TEPT en comparación con el estrés relacionado con el despliegue; debido a su carácter más impredecible.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Zihnet Selimbašić et al. Título: <i>Post-traumatic stress disorder and coping styles of war veterans from Tuzla Canton twenty years after the war</i> Fecha: 2018 Tipo de estudio: estudio de cohortes retrospectivo Evidencia SIGN: 2+
Población	120 veteranos de la guerra de Bosnia y Herzegovina que recibieron tratamiento para TEPT en la ciudad de Tuzla.
Intervención	Se evalúan los síntomas de TEPT a largo plazo (20 años) de los veteranos, las experiencias vividas y los estilos de afrontamiento del TEPT mediante los siguientes cuestionarios: Cuestionario de Trauma de Harvard, versión para Bosnia y Herzegovina y Cuestionario de estilo de vida.
Resultados	20 años después de la guerra los veteranos refirieron un aumento de la severidad de los síntomas, funcionalidad y nivel total de TEPT. La conexión entre el número de eventos

TABLA DE ARTÍCULOS	
	traumáticos vividos y la intensidad de TEPT sugiere un efecto acumulativo del trauma.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Monty T. Baker et al. Título: <i>Acute Assessment of Traumatic Brain Injury and Post-Traumatic Stress After Exposure to a Deployment-Related Explosive Blast</i> Fecha: 2018 Tipo de estudio: estudio de cohortes retrospectivo Evidencia SIGN: 2+
Población	801 militares estadounidenses expuestos a explosiones, atendidos en el Hospital de las Fuerzas Aéreas (Iraq).
Intervención	Se evalúan los síntomas neuropsicológicos y psicológicos mediante una batería de mediciones, a destacar: PCL-M (TEPT) y ASDS (trastorno de estrés agudo).
Resultados	Medidas neuropsicológicas: la discapacidad cognitiva tuvo una amplia variabilidad interindividual. Medidas psicológicas: En la escala PCL-M el 30% de la muestra de estudio cumplió todos los criterios diagnósticos de TEPT. En relación a la escala ASDS, un 39% de la población evaluada podría estar en riesgo de desarrollo de TEPT según sus resultados. Se encuentra asociación significativa entre las medidas de experiencias de combate y los síntomas psicológicos.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio	Autor: Carlos Osório et al. Título: <i>Combat Experiences and their Relationship to Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Clusters in UK Military Personnel Deployed to Afghanistan</i> Fecha: 2017

TABLA DE ARTÍCULOS	
Evidencia según SIGN	Tipo de estudio: Revisión sistemática Evidencia SIGN: 1++
Población	El estudio realiza un análisis secundario de un ensayo aleatorizado controlado de 2510 militares de las fuerzas armadas de Reino Unido desplegados en Afganistán.
Intervención	Se evalúan las características demográficas, la exposición a distintas experiencias de combate durante el despliegue y los síntomas de TEPT empleando varias escalas.
Resultados	<p>Las mediciones de los síntomas de evitación, entumecimiento e hiper excitación ansiosa fueron significativamente superiores en el seguimiento (entre 4 y 6 meses) en comparación a las mediciones inmediatamente posteriores al despliegue.</p> <p>Una mayor exposición a situaciones violentas de combate y cercanas a heridas o muertes está asociado significativamente con mayores niveles de síntomas de TEPT.</p> <p>Concretamente se asociaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violencia de combate con síntomas de re experimentación y entumecimiento. - Heridas o muerte con síntomas de re experimentación e hiper excitación ansiosa. - Explosivos con síntomas de hiper excitación ansiosa.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	<p>Autor: Jawad Fares et al.</p> <p>Título: <i>Post-traumatic stress disorder in adult victims of cluster munitions in Lebanon: a 10-year longitudinal study</i></p> <p>Fecha: 2017</p> <p>Tipo de estudio: estudio de cohortes prospectivo</p> <p>Evidencia SIGN: 2+</p>

TABLA DE ARTÍCULOS	
Población	244 víctimas civiles de Líbano heridas por bombas de racimo del conflicto Israel-Líbano de 2006.
Intervención	Se realizan dos entrevistas para evaluar los síntomas de TEPT a corto plazo (entre 1 y 9 meses después del evento) y largo plazo (10 años después). Se emplean dos escalas: Fares Scale of Injuries due to Cluster Munitions para evaluar el deterioro funcional y PCL-C para evaluar el TEPT.
Resultados	Las respuestas sintomáticas más comunes persistentes a largo plazo fueron de pensamientos negativos y síntomas del estado de ánimo, así como las menos comunes fueron síntomas de hiper excitación y re experimentación. Las mujeres tuvieron mayor incidencia de TEPT a largo plazo. A largo plazo, el apoyo social, familiar y religioso se correlacionaron con un descenso en la prevalencia de TEPT.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Michael Weinberg et al. Título: <i>War and Well-Being: The Association between Forgiveness, Social Support, Posttraumatic Stress Disorder, and Well-Being during and after War</i> Fecha: 2017 Tipo de estudio: estudio de cohortes prospectivo Evidencia SIGN: 2+
Población	160 civiles israelíes expuestos a fuego (misiles y cohetes) durante la Guerra de Gaza de 2014.
Intervención	Se evalúa a los civiles por medio de encuestas online durante (T1) y posguerra (T2). Cuestionarios: demográfico, de bienestar personal, de capacidad de perdón, de apoyo social percibido y de sintomatología de TEPT (PSL).
Resultados	Se correlacionan buenos apoyos sociales y capacidad de perdón post guerra (T2) con mayor bienestar postguerra (T2)

TABLA DE ARTÍCULOS	
	Se demuestra la importancia del apoyo social y capacidad de perdón no sólo en la reducción de sintomatología del TEPT sino en la satisfacción personal con la calidad de vida.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Nasser Ibrahim Abu-El-Noor et al. Título: <i>Post-Traumatic Stress Disorder Among Health Care Providers Following the Israeli Attacks Against Gaza Strip in 2014: A Call for Immediate Policy Actions</i> Fecha: 2015 Tipo de estudio: estudio transversal
Población	266 enfermeros y 207 médicos pertenecientes a hospitales de la franja de Gaza durante las ofensivas Israelíes de 2014.
Intervención	Se recogen aspectos demográficos y emplean la escala IES-R que valora la sintomatología de TEPT diferenciada en 3 categorías: intrusión, evitación e hiper excitación.
Resultados	La mayoría (89,8%) obtuvo puntuaciones que superaban el corte para sintomatología severa. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,0001$) en la prevalencia de sintomatología severa entre enfermeros (93,64%) y médicos (82,46%). Esto se relaciona con múltiples factores como el mayor tiempo en contacto con los pacientes y mayor número de narraciones traumáticas que reciben. También se encontró una correlación negativa entre la puntuación del IES-R y la edad y tiempo trabajado del encuestado.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Krzysztof Rutkowski; Edyta Dembińska. Título: <i>Post-War Research on Post-Traumatic Stress Disorder. Part I. Research before 1989</i> Fecha: 2015 Tipo de estudio: revisión sistemática Evidencia SIGN: 2+

TABLA DE ARTÍCULOS	
Población	Revisión que emplea 32 referencias bibliográficas
Intervención	Revisión sistemática de las publicaciones acerca del trastorno de estrés postraumático posteriores a la II Guerra Mundial publicadas antes de 1989. Los estudios se basan en experiencias de prisioneros de campos de concentración.
Resultados	Destaca la persistencia de patología muchos años después de que el factor traumático cediese. Se establece una relación proporcional entre la patología y la duración del aprisionamiento. Por otro lado se correlaciona una mayor prevalencia de síntomas en aquellos que fueron aprisionados en los campos de concentración durante su infancia debido a sus capacidades compensatorias disminuidas.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Krzysztof Rutkowski; Edyta Dembińska. Título: <i>Post-War Research on Post-Traumatic Stress Disorder. Part II – 1989 onwards</i> Fecha: 2015 Tipo de estudio: revisión sistemática Evidencia SIGN: 2+
Población	Revisión sistemática que cuenta con 44 referencias bibliográficas
Intervención	Revisión sistemática de publicaciones acerca de síndromes postraumáticos publicadas tras 1989. Los estudios se basan en experiencias de prisioneros de la era de Stalin y supervivientes del Holocausto.
Resultados	En supervivientes del holocausto destaca la transmisión intergeneracional del trauma, primando en la segunda generación síntomas como el aislamiento social y ansiedad. En este aspecto, la negligencia emocional durante la infancia fue clave para la trasmisión del trauma.

TABLA DE ARTÍCULOS	
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	<p>Autor: Naser Morina et al.</p> <p>Título: <i>Trauma exposure and the mediating role of posttraumatic stress on somatic symptoms in civilian war victims</i></p> <p>Fecha: 2018</p> <p>Tipo de estudio: estudio transversal</p>
Población	Muestra aleatorizada de 142 civiles supervivientes de la guerra de Kosovo expuestos a eventos potencialmente traumáticos.
Intervención	Se encuesta a los supervivientes diez años después del fin del conflicto bélico. Se hace una medición de exposición al trauma (HTQ y PDS), sintomatología del TEPT (PDS), síntomas somáticos (SCL-90-R).
Resultados	Los participantes con posible diagnóstico de TEPT presentaron mayores niveles de síntomas somáticos ($p < 0,001$). La relación entre exposición al trauma y los síntomas somáticos se encuentra mediada en parte por la evitación e hiper excitación (categorías sintomáticas de TEPT). Esta asociación fue negativa en el caso de conductas de evitación, por lo que a mayor evitación, se presentan menores síntomas somáticos; y positiva en el caso de la hiper excitación.
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	<p>Autor: Kim Korinek.</p> <p>Título: <i>Physical and Mental Health Consequences of Warrelated Stressors Among Older Adults: An Analysis of Posttraumatic Stress Disorder and Arthritis in Northern Vietnamese War Survivors</i></p> <p>Fecha: 2016</p> <p>Tipo de estudio: revisión sistemática</p> <p>Evidencia SIGN: 2++</p>

TABLA DE ARTÍCULOS	
Población	Analiza datos del Estudio Piloto de Salud y Envejecimiento Vietnamita el cual estudia los efectos en la salud a largo plazo de supervivientes de la Guerra de Vietnam (N = 405) de la región del Delta del Río Rojo, una de las más afectadas por los bombardeos estadounidenses.
Intervención	Se correlacionaron y analizaron datos relativos a las siguientes variables: síntomas de TEPT sufridos en el último año, experiencias traumáticas vividas (familiares o relativas a la guerra), padecimiento de artritis, papel en la guerra (militares, voluntarios de servicios paramilitares o civiles), edad, género, estado civil, grado de educación, bienestar emocional y ocupación laboral.
Resultados	<p>La prevalencia de artritis y su grado de incapacidad varía en función del papel ejercido en la guerra. Lo mismo ocurre con los síntomas de TEPT, más graves en veteranos de guerra que habían experimentado traumas de combate como herir, matar o presenciar violencia masiva.</p> <p>En relación a los traumas familiares, existe una correlación entre haber experimentado dichos traumas y mayor prevalencia de síntomas de TEPT y artritis. En concreto, hay asociación estadísticamente significativa en el caso de haber sufrido separación del cónyuge durante la guerra en ambos géneros; y en la pérdida de un hijo en el caso de las mujeres.</p>
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	<p>Autor: Jennifer A. Born; Mark A. Zamorski.</p> <p>Título: <i>Contribution of traumatic deployment experiences to the burden of mental health problems in Canadian Armed Forces personnel: exploration of population attributable fractions</i></p> <p>Fecha: 2018</p> <p>Tipo de estudio: estudio de cohortes retrospectivo</p> <p>Evidencia SIGN: 2++</p>

TABLA DE ARTÍCULOS	
Población	16193 militares de las Fuerzas Armadas Canadienses de variado rango desplegados en localizaciones del suroeste asiático en apoyo a una misión en Afganistán.
Intervención	Se administra a los militares un cuestionario de salud entre 90-180 días después del fin del despliegue, seguido de una entrevista personal con un experto en salud mental. Las medidas evaluadas fueron: características demográficas y de rango militar; escala de experiencias de combate; escala de síntomas de TEPT (PCL-C) y cuestionario de salud del paciente PRIME-MD (PHQ) que evalúa depresión, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico.
Resultados	Se observa la contribución del trauma a los problemas de salud mental incluso en niveles relativamente bajos de exposición a situaciones traumáticas. La exposición general al trauma obtuvo valores significativos de fracciones atribuibles poblacionales (PAFs) para los cuatro problemas de salud evaluados; siendo el mayor el correspondiente al TEPT (84%). Los eventos traumáticos que presentaron mayor influencia en el desarrollo de las patologías estudiadas fueron: exposición a un medio peligroso (PAF: 32%) y exposición a heridas o muerte (PAF: 27%).
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	Autor: Dale W. Russell; Cristel Antonia Russell. Título: <i>The evolution of mental health outcomes across a combat deployment cycle: A longitudinal study of the Guam Army National Guard</i> Fecha: 2019 Tipo de estudio: estudio de cohortes prospectivo Evidencia SIGN: 2+

TABLA DE ARTÍCULOS	
Población	585 militares de una brigada de infantería de la Guardia Nacional de Guam desplegada en Afganistán entre abril de 2013 y enero de 2014.
Intervención	<p>Se recogen datos en tres momentos respecto al despliegue: previo (días antes), durante (5-6 meses desde el inicio) y después (6 meses desde el retorno). Mediciones realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relativas a salud mental y comportamiento: sintomatología de TEPT, depresión, ansiedad, ira, agresiones y estado de salud general. - Relativas a la exposición: estresores de combate y estresores no relativos al combate. - Otras variables: soporte psicológico recibido por parte de su unidad, cohesión de la unidad, liderazgo ejercido en la misma, reintegración en sociedad después del fin del despliegue y características demográficas.
Resultados	<p>Se produce un incremento significativo de TEPT, depresión y ansiedad conforme avanza el curso del despliegue.</p> <p>Se encuentran diferencias significativas entre géneros en la manifestación de problemas de salud mental post-despliegue; siendo más graves en mujeres. Esto parece relacionarse con el menor soporte y liderazgo percibidos dentro de la unidad por parte de ellas además de su mayor experimentación de estresores no relativos al combate tales como agresiones sexuales.</p>
Autor / Título / Fecha / Tipo de estudio / Evidencia según SIGN	<p>Autor: Alan L. Peterson et al.</p> <p>Título: <i>Deployed Military Medical Personnel: Impact of Combat and Healthcare Trauma Exposure</i></p> <p>Fecha: 2019</p> <p>Tipo de estudio: estudio de cohortes retrospectivo</p> <p>Evidencia SIGN: 2++</p>

TABLA DE ARTÍCULOS	
Población	1138 médicos militares estadounidenses desplegados en Iraq entre 2004 y 2011.
Intervención	Se realizó una evaluación de los militares mediante encuestas aproximadamente en la mitad del tiempo total de su despliegue acerca de su exposición a estresores de combate, estresores relacionados con la atención sanitaria, la sintomatología de TEPT que experimentasen y sus características demográficas.
Resultados	De la muestra estudiada, los hombres reportaron menos estresores relativos a la atención sanitaria que las mujeres. Se correlacionan mayores puntuaciones en las escalas de estresores de combate y de estresores de atención sanitaria con agravamiento de sintomatología de TEPT ($p < 0,001$ en ambos). Estas correlaciones fueron más fuertes en el caso de estresores de la asistencia sanitaria (tales como exposición a pacientes con quemaduras severas y amputaciones de miembros).

4.3. Influencia de la naturaleza de la exposición al trauma

4.3.1. Efecto acumulativo del trauma: número de estresores

En el caso de población militar, se asocia la exposición a traumas de combate con mayor incidencia de patologías de salud mental incluso en niveles relativamente bajos de exposición (8).

La experiencia de traumas previos (no asociados a la vida militar) y la exposición a mayor número y variedad de estresores durante el despliegue se relaciona con mayor grado de sintomatología de TEPT (9) y otros síntomas psicológicos (10) al igual que mayor probabilidad de diagnóstico de la patología. Esta correlación indica un efecto acumulativo del trauma en la salud mental (11). También relacionado con el mayor número de eventos traumáticos, uno de los artículos que he analizado estudia la salud mental de personal sanitario, encontrando

mayor prevalencia de TEPT en enfermeros en comparación con médicos; debido en parte a que los primeros experimentaron mayor tiempo de contacto con los pacientes (12).

4.3.2. La naturaleza del trauma: características de la exposición

a) Experiencias de combate:

En un estudio analizado se relacionaron las siguientes categorías sintomáticas con situaciones concretas que he sintetizado a continuación (13).

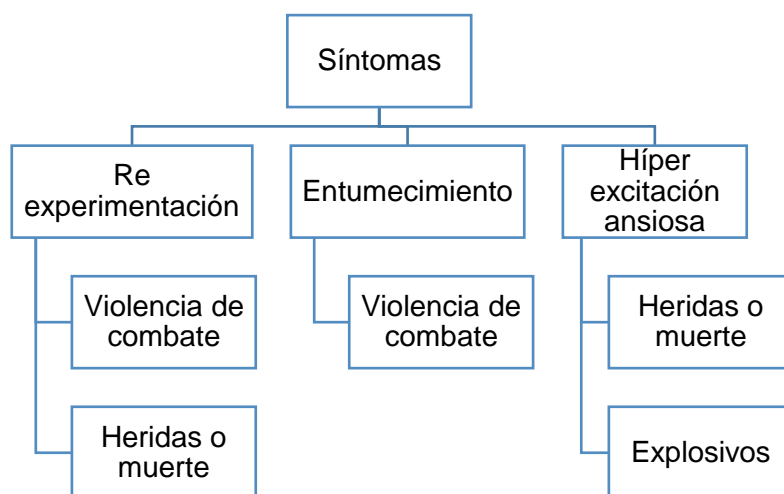


Figura 2. Relación entre experiencias y categorías sintomáticas

Por otro lado, el tipo de experiencias de combate que destacan por presentar una asociación mayor con el desarrollo de patologías mentales incluido TEPT, son las relacionadas con heridas o muerte (ya sea la cercanía a las mismas o su propia ejecución), exposición a violencia masiva (14) o a un medio violento (8).

b) Experiencias ajenas al combate:

En estudios analizados se establecieron asociaciones significativas entre el desarrollo de TEPT y la vivencia de separación del cónyuge durante la guerra y la pérdida de un hijo (14). En este ámbito, otro estudio analizado encuentra diferencias significativas entre géneros en el padecimiento de problemas de salud mental (incluido TEPT) a largo plazo, siendo más comunes en mujeres, lo

cual viene relacionado en parte con su mayor probabilidad de padecer traumas no relacionados con el combate tales como agresiones sexuales (15).

A la hora de comparar el efecto de los traumas asociados y ajenos al combate, uno de los estudios analizados indica que los estresores del total de la vida son mejores predictores del diagnóstico de TEPT que los estresores del despliegue. Esto se justifica con el hecho de que los estresores de combate son más predecibles o más esperados (16). Del mismo modo en otro artículo focalizado en personal sanitario se encuentran correlaciones más fuertes entre la exposición a estresores propios de la atención sanitaria y el agravamiento del TEPT en comparación con estresores de combate (17).

4.4. Efectos del trauma a largo plazo

4.4.1. Persistencia de la patología

La lógica nos podría indicar que a medida que transcurre el tiempo desde el suceso traumático, sus efectos en la salud mental del paciente irían en decadencia; por el contrario en la evidencia que he analizado se observa una persistencia de la patología muchos años después del trauma (18). En un estudio se encuentra un agravamiento de la sintomatología del TEPT a los 6 meses y 5 años (9) e incluso a los 20 años en otro estudio realizado con veteranos de la guerra de Bosnia y Herzegovina (11). Esto reflejaría la expresión retardada del TEPT que ya se considera dentro de los criterios diagnósticos del DSM-V (7).

Es posible encontrar diferencias entre los síntomas más comunes o agravados a largo plazo entre militares y población civil. En militares se agravaron aquellos síntomas pertenecientes a las categorías de evitación, entumecimiento e hiper excitación; comparando mediciones realizadas inmediatamente después del despliegue y entre los 4 y 6 meses posteriores (13). Por el contrario en población civil, en otro estudio, los síntomas que se expresaron en mayor medida 10 años después fueron las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Además se relacionó un mayor apoyo familiar y social con menor expresión de TEPT a largo plazo (19) como también he advertido en otro estudio, en el que se relacionan estos apoyos con menor sintomatología y mayor bienestar posguerra (20).

4.4.2. Transmisión intergeneracional del trauma

En un estudio realizado con supervivientes del Holocausto, se detectó una transmisión del TEPT entre generaciones, de tal manera que la segunda generación (hijos de los supervivientes) presenta síntomas como aislamiento social y ansiedad; en parte debido a la negligencia emocional sufrida por esta segunda generación durante su infancia (21).

4.4.3. Trastorno de Estrés Postraumático y síntomas somáticos

El impacto del trauma en conflictos bélicos acarrea no sólo el desarrollo de sintomatología psicológica sino también de síntomas somáticos asociados con el TEPT. En el caso de sintomatología de evitación se encontró una correlación negativa con la somatización, que por el contrario fue positiva en el caso de síntomas de hiper excitación (22).

4.5. Influencia de la edad del paciente

En varios de los estudios que he analizado se observan diferencias en la expresión del TEPT en función de la edad de la persona estudiada.

En el caso de militares, se asocia mayor edad y rango del militar con menor agravamiento de la sintomatología de TEPT a largo plazo (9).

En personal sanitario se correlacionó inversamente no solo la edad del encuestado sino también el tiempo trabajado, de forma que aquellos más experimentados y de mayor edad presentaron sintomatología más leve (12). Del mismo modo, en prisioneros del Holocausto, se encontró mayor gravedad de sintomatología en aquellos que sufrieron este trauma en su infancia. Este hecho se justifica en el menor desarrollo de las capacidades compensatorias de los niños en comparación a los adultos (18), es decir de aquellos procesos cognitivos que les permiten superar debilidades o dificultades (23).

5. CONCLUSIÓN

En primer lugar, en relación a la naturaleza del trauma, se puede concluir que en ambos grupos poblacionales (militares y civiles) sufrir traumas de índole ajena al combate ejerce un mayor impacto en la salud que los traumas propios del combate. En el caso de civiles, esto se debe a su menor exposición a traumas de combate y en el caso de los militares, al propio ejercicio de su profesión que les previene de la posibilidad de exponerse a dichos traumas.

En cuanto a la influencia de factores intrínsecos a la persona, el género femenino tiene mayor predisposición a padecer traumas ajenos al combate lo que se correlaciona con mayor incidencia de TEPT. Por otra parte, la edad del individuo es clave en el desarrollo del TEPT, siendo los niños el colectivo más vulnerable.

Los efectos del trauma asociado a la guerra no se reducen a un impacto inmediato, sino que ejercen influencia a largo plazo en la salud mental; llegando a limitar el bienestar de la persona años después de la finalización del conflicto e incluso a transmitir este impacto entre generaciones. En este ámbito además la sintomatología expresada a largo plazo difiere si comparamos población civil y militar.

En vista de los resultados, cabe destacar la necesidad de garantizar en primer lugar, programas de atención psicológica tras los conflictos bélicos que se orienten específicamente a las necesidades de cada individuo y se extiendan en el tiempo hasta la recuperación completa del paciente y de su entorno social y familiar. En segundo lugar, específicamente dirigido hacia militares y personal sanitario, se puede concluir que es muy importante impartir preparación psicológica a estos colectivos, previo al ejercicio de su profesión en destinos de guerra.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. 1992.
2. OMS. La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb 1]. Available from:
https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
3. National Institute of Mental Health. NIMH » Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 3]. Available from:
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd.shtml>
4. U.S. Department of Veterans Affairs. How Common is PTSD in Veterans. PTSD: National Center for PTSD [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 10]. Available from:
https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp
5. Hoppen TH, Morina N. The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors : a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. Eur J Psychotraumatol [Internet]. 2019;1(10). Available from:
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1578637>
6. Friedman MJ. History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5 [Internet]. U.S. Department of Veterans Affairs. 2019 [cited 2020 Jan 1]. Available from: https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history_ptsd.asp
7. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª. 2018.
8. Born JA, Zamorski MA. Contribution of traumatic deployment experiences to the burden of mental health problems in Canadian Armed Forces

- personnel : exploration of population attributable fractions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;54(2):145–56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1562-6>
9. Eekhout I, Reijnen A, Vermetten PE, Geuze E. Post-traumatic stress symptoms 5 years after military deployment to Afghanistan: an observational cohort study. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2015;0366. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00368-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00368-5)
 10. Col L, Baker MT, Moring JC, Hale WJ, Mintz J, Young-mccaughan COLS, et al. Acute Assessment of Traumatic Brain Injury and Post-Traumatic Stress After Exposure to a Deployment-Related Explosive Blast. *Mil Med* [Internet]. 2018;183:555–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29788111>
 11. Selimbašić Z, Brkić M, Kravić N, Hamidović J, Selimbašić M. Post-traumatic stress disorder and coping styles of war veterans from Tuzla Canton twenty years after the war. *Med Glas* [Internet]. 2018;66–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29549691>
 12. Abu-el-noor NI, Ibrahim Y, Said A, Abu-el-noor MK, Qddura IA, Jamal K, et al. Post-Traumatic Stress Disorder among Health Care Providers following the Israeli attacks against Gaza Strip in 2014 : a call for immediate policy actions. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2016;30(2):185–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26992869>
 13. Osório C, Jones N, Jones E, Robbins I, Wessely S, Osório C, et al. Combat Experiences and their Relationship to Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Clusters in UK Military Personnel Deployed to Afghanistan. *Behav Med* [Internet]. 2017;0(0):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.2017.1288606>
 14. Korinek K, Loebach P, Teerawichitchainan B. Physical and Mental Health Consequences of War- related Stressors Among Older Adults : An Analysis of Posttraumatic Stress Disorder and Arthritis in Northern Vietnamese War

- Survivors. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017;72(6):1090–102. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26758194>
15. Russell, Dale W. Russell CA. The evolution of mental health outcomes across a combat deployment cycle : A longitudinal study of the Guam Army National Guard. *PLoS One* [Internet]. 2019;1–19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0223855>
 16. Brownlow JA, Zitnik GA, Mclean CP, Gehrman PR. The influence of deployment stress and life stress on Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) diagnosis among military personnel. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2018;103(January 2017):26–32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.005>
 17. Peterson AL, Baker MT, Moore BA, Hale WJ, Joseph JS, Straud CL, et al. Deployed Military Medical Personnel : Impact of Combat and Healthcare Trauma Exposure. *Mil Med* [Internet]. 2019;184(February):133–42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29931192>
 18. Rutkow K, Edyta D. Post-War Research on Post-Traumatic Stress Disorder . Part I . Research before 1989. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2015;2674(21). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27992887>
 19. Fares J, Gebeily S, Saad M, Harati H, Nabha S, Said N, et al. Post-traumatic stress disorder in adult victims of cluster munitions in Lebanon : a 10-year longitudinal study. *BMJ Open* [Internet]. 2017;1–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28821528>
 20. Harel H, Ron P, Gil S. War and Well-Being: The Association between Forgiveness, Social Support, Posttraumatic Stress Disorder, and Well-Being during and after War. *Soc Work* [Internet]. 2017; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28957577>
 21. Nr OF, Rutkow K. Post-War Research on Post-Traumatic Stress Disorder . Part II – 1989 onwards. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2015;2674(22). Available

from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27992888>

22. Morina N, Schnyder U, Klaghofer R, Müller J, Martin-soelch C. Trauma exposure and the mediating role of posttraumatic stress on somatic symptoms in civilian war victims. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018;1–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29631551>
23. American Psychological Association. *APA Dictionary of Psychology* [Internet]. [cited 2020 Mar 15]. Available from: <https://dictionary.apa.org/compensatory-mechanism>