



Mi Universidad

Tesis

Nombre del Alumno: Nicole Armas y Marco Ventura

Nombre del tema: avances tesis

Parcial: 3

Nombre de la Materia: taller de elaboración de tesis

Nombre del profesor: María Verónica Román

Nombre de la Licenciatura: psicología general

Cuatrimestre: 9

Pregunta de investigación

¿cuál es la prevalencia del Trastorno del Estrés Postraumático en los alumnos de la universidad del surtes (UDS)?

HIPÓTESIS

La información brindará herramientas informativas para determinar que existe alta desinformación en la sociedad, en específico en el campo estudiado y la poca relevancia que ha tomado el tema de la salud mental, por lo que se cree encontrar información relevante que pueda secundar el interés y atención de los lectores .

MARCO HISTÓRICO CONTEXTUAL

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ha sido reconocido clínicamente como una respuesta psicológica compleja a eventos altamente traumáticos que exceden la capacidad de afrontamiento de una persona. Si bien el sufrimiento postraumático ha existido desde tiempos antiguos —con registros históricos en relatos de soldados, víctimas de catástrofes y sobrevivientes de abusos—, no fue sino hasta finales del siglo XX que se le otorgó una clasificación diagnóstica formal.

Durante siglos, las respuestas emocionales extremas al trauma fueron interpretadas desde marcos religiosos, morales o incluso de debilidad personal. Fue tras las guerras del siglo XX, especialmente después de la Primera y Segunda Guerra Mundial, que la medicina y la psicología comenzaron a reconocer un patrón recurrente de síntomas en los veteranos de combate, conocido inicialmente como “neurosis de guerra” o “shock de batalla”.

El reconocimiento oficial del TEPT como diagnóstico clínico llegó en 1980, cuando fue incluido por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Desde entonces, la comprensión del trastorno ha evolucionado considerablemente, reconociéndose no solo en contextos bélicos, sino también en víctimas de abuso, violencia de género, accidentes, desastres naturales, migración forzada, entre otros

En la actualidad, el TEPT representa un problema de salud mental con implicaciones profundas a nivel personal, familiar y social. Las personas que lo padecen pueden experimentar flashbacks, insomnio, hipervigilancia, disociación, aislamiento social y alteraciones cognitivas y emocionales. Estas manifestaciones no solo afectan la calidad de vida del individuo, sino también su entorno inmediato y su capacidad de reintegrarse funcionalmente a la sociedad.

Estudiar el impacto de este trastorno es relevante en un contexto donde las crisis humanitarias, la violencia estructural y los traumas colectivos (como la pandemia del COVID-19 o los conflictos armados) han expuesto a millones de personas a situaciones potencialmente traumáticas. En este marco, cobra importancia analizar cómo el TEPT afecta de forma integral a quienes lo padecen, considerando no solo su sintomatología clínica, sino también su repercusión psicosocial.

Por ello, esta investigación busca profundizar en el impacto del Trastorno de Estrés Postraumático, explorando los factores que agravan o atenúan su afectación en las personas expuestas a eventos traumáticos, con el fin de aportar elementos para la comprensión y abordaje más efectivo de este trastorno desde una perspectiva integral y contextualizada.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una condición de salud mental que surge como una respuesta patológica a la exposición a eventos traumáticos extremos. Aunque el estudio sistemático del TEPT es relativamente reciente, el sufrimiento derivado del trauma ha acompañado a la humanidad desde tiempos antiguos. En la antigua Grecia y Roma, ya se hablaba de comportamientos anómalos y reacciones emocionales intensas tras experiencias bélicas, aunque no existía una comprensión médica del fenómeno. Durante siglos, estas reacciones fueron interpretadas desde una perspectiva espiritual, moral o como signos de debilidad.

No fue sino hasta el siglo XX que comenzó a construirse una comprensión clínica y científica del estrés postraumático. Tras la Primera Guerra Mundial, surgió el término “*neurosis de guerra*” para describir a los soldados que retornaban del frente con síntomas de ansiedad severa, pesadillas y conductas disociativas. La Segunda Guerra Mundial reforzó estos hallazgos, pero fue la guerra de Vietnam la que impulsó el reconocimiento formal del trastorno, debido a la magnitud de veteranos que regresaron con secuelas psicológicas crónicas.

En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría incluyó por primera vez el TEPT en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III),

marcando un hito en la historia de la psicopatología. Desde entonces, su definición y criterios han evolucionado. En el DSM-5 (2013) y DSM-5-TR (2022), el TEPT se reconoce como un trastorno dentro del espectro de trastornos relacionados con el trauma y el estrés, con síntomas divididos en cuatro categorías principales: reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, e hiperactivación.

A nivel neurobiológico, investigaciones en neurociencia han demostrado que el TEPT está asociado con alteraciones funcionales en estructuras cerebrales como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal. Estas regiones están implicadas en la regulación emocional, la memoria y la respuesta al miedo, lo que explica en parte la intensidad y persistencia de los síntomas.

En las últimas décadas, el concepto de trauma psicológico se ha ampliado, abarcando no solo eventos extremos como guerras y desastres naturales, sino también experiencias como el abuso sexual o físico, la violencia doméstica, la migración forzada, la trata de personas, y las pandemias globales como el COVID-19. Esto ha llevado a un reconocimiento más inclusivo del TEPT, considerando factores socioculturales, económicos y políticos como determinantes en su aparición y tratamiento.

En América Latina, el TEPT ha sido una consecuencia común en contextos de violencia estructural, conflictos armados internos, dictaduras, desplazamiento forzado y desigualdad social. En países como Colombia, El Salvador, Guatemala y Perú, se han documentado altos niveles de afectación postraumática en

poblaciones civiles y excombatientes. Asimismo, en contextos urbanos marcados por la violencia del narcotráfico o la pobreza extrema, muchas personas desarrollan síntomas de TEPT sin recibir atención profesional.

Actualmente, el TEPT representa un importante desafío para los sistemas de salud mental a nivel global. Se estima que entre el 3% y el 5% de la población mundial ha experimentado este trastorno en algún momento de su vida, aunque la cifra puede ser mucho mayor en contextos de conflicto o pobreza. A pesar de ello, el acceso al diagnóstico y tratamiento sigue siendo limitado, especialmente en regiones de bajos ingresos y en poblaciones vulnerables.

Por estas razones, el presente estudio se enmarca en la necesidad de profundizar en el impacto del TEPT, no solo desde una perspectiva clínica, sino también contextual, considerando las condiciones socioculturales que influyen en su aparición, evolución y abordaje. Reconocer el impacto del TEPT en diferentes niveles —individual, familiar, comunitario— permite no solo comprender mejor el fenómeno, sino también diseñar intervenciones más eficaces y sensibles al contexto.

La noción de trauma psicológico tiene raíces que se remontan a la medicina y filosofía clásicas, aunque solo fue reconocida como entidad diagnóstica en el siglo XX. En la Antigua Grecia, Hipócrates hablaba de una “melancolía” ligada a

experiencias dolorosas, mientras que en la Edad Media, los síntomas postraumáticos eran atribuidos a posesiones, castigos divinos o desequilibrios morales. En el siglo XIX, el concepto de “trauma psíquico” comenzó a diferenciarse del trauma físico. Jean-Martin Charcot y Pierre Janet en Francia, y Sigmund Freud en Austria, exploraron las consecuencias psíquicas de experiencias violentas, especialmente en mujeres diagnosticadas con “histeria”.

MARCO TEÓRICO

El brote de la COVID-19 resulta estresante para muchas personas, el temor y la ansiedad que causa esta enfermedad pueden ser agobiantes y generar emociones fuertes, la forma en que la población responde al brote depende de sus antecedentes, de los aspectos que los diferencian de otros individuos y de la comunidad en la que vive; no obstante, las personas que pueden tener una reacción más fuerte al estrés, en una crisis de este tipo, incluye a ciertos grupos poblacionales más vulnerables (1). La exposición a la COVID-19 podría ser un factor de riesgo comórbido en personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves.

No sorprende que la ansiedad esté en niveles altos durante la pandemia, y se presenten síntomas de estrés postraumático, o se incrementen los delirios y las alucinaciones (2). La cuarentena es un término utilizado para describir el

aislamiento de seres humanos o animales durante un período no especificado para prevenir el riesgo de propagación de una enfermedad

(3). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición psicológica que se desarrolla después de experimentar o presenciar un evento traumático (4), el que se tiene en cuenta en esta investigación es el causado por el sufrimiento mental o emocional grave que ocasionó la cuarentena del coronavirus, es una condición psicológica que ocurre después de un trauma, desencadenada por una situación aterradora, ya sea que se haya experimentado o presenciado. Puede ocurrir en personas de todas las edades y es más frecuente en mujeres que en hombres.

Aparecen cuatro síntomas predominantes la reexperimentación del acontecimiento traumático, evitación de estímulos relacionados con el trauma, embotamiento mental y un estado de hiperactivación. (5) La pandemia de COVID-19 ha sido un evento traumático a nivel global, desencadenando reacciones de miedo, indefensión y horror en millones de personas, debido a las medidas de cuarentena y el aislamiento social prolongado (6)

A nivel global, se implementó una cuarentena debido al brote de coronavirus 2019 (COVID-19) en 197 países. Se informó por primera vez sobre 27 casos en China el 12 de diciembre del 2019 (7). El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente al COVID-19 como una pandemia. Entre los países afectados estuvieron Japón, Estados Unidos, Italia, Alemania, Reino Unido, Australia, España, Francia, entre otros. Esta situación provocó que las personas experimenten una variedad de problemas psicológicos, como ansiedad, tensión, irritabilidad, depresión, ilusiones patológicas, alucinaciones, delirios,

pérdida del apetito, náuseas, diarrea, aumento en la frecuencia urinaria, sudoración excesiva, tensión muscular y otros síntomas similares. Los síntomas mencionados en cuestión pueden surgir tan pronto como al día siguiente del evento traumático y es importante tener en cuenta que las repercusiones psicológicas de este suceso pueden extenderse a lo largo de varios años (8).

Esto hace que, durante periodos de crisis, es fundamental plantear estrategias que permitan disminuir la probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos. En América Latina, la imposición de cuarentenas como medida preventiva contra el COVID-19 también fueron instituidas. Se confirmó el primer caso en Brasil el 25 de febrero de 2020, lo que llevó a la propagación del virus a la gran mayoría de los países de la región. Este fenómeno ocurrió en naciones como Ecuador, México, Perú, Argentina, Bolivia, Chile, y otros más. En Perú, se impuso una medida de aislamiento debido a la pandemia del COVID- 19.

La cual fue establecida por el gobierno de turno a partir del 16 de marzo del 2020 y fue extendida gradualmente. Además, se implementó un toque de queda riguroso en el departamento de Lambayeque, ya que la región experimentó un elevado índice de contagios y fallecimientos por el virus, situándose en el tercer puesto a nivel nacional hasta el 19 de abril de 2020. El distrito de Chiclayo fue identificado como sitio de investigación, con base en la implementación de una cuarentena a causa de la pandemia de COVID-19, junto con la imposición de un estricto toque de queda como medidas

necesarias para contener la propagación del virus, lo cual generó un considerable nivel de preocupación y miedo entre la población local. Estas medidas, aunque necesarias para controlar la propagación del virus, tuvieron un impacto

psicológico profundo en la población, exacerbando los síntomas de estrés y ansiedad. Dicho lo anterior, es para magnificar el impacto que tuvo el Trastorno de estrés postraumático a nivel mundial y no solo en nuestra comunidad UDS. La larga travesía del trastorno de estrés postraumático (TEPT) hasta que empezó a ser tomado en serio. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático son conocidos desde hace milenios, pero los médicos han tardado más de un siglo en clasificarlos como un trastorno con un tratamiento específico.

Hablaremos un poco de la historia del Trastorno de estrés postraumático, para ello es importante regresarnos demasiados años atrás, a la segunda guerra mundial.

La guerra había terminado, pero los soldados seguían luchando. Los recuerdos, las pesadillas y la depresión les atormentaban. Algunos arrastraban

las palabras. Otros no podían concentrarse. Atormentados y temerosos, los soldados luchaban contra los fantasmas de la guerra.

Por aquel entonces, se suponía que los antiguos soldados estaban embrujados por fantasmas. Pero si se les tratara hoy, probablemente recibirían un diagnóstico psiquiátrico formal de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Aunque el diagnóstico tiene sus raíces en el combate, la comunidad médica reconoce ahora que el TEPT afecta por igual a civiles y soldados. Los pacientes desarrollan el TEPT tras experimentar, conocer o presenciar un suceso traumático (definido como "amenaza o muerte real, lesiones graves o violencia sexual") y sus síntomas intrusivos afectan a su capacidad para afrontar el presente.

Es probable que casi el 7% de las personas adultas Mexicanas sufran TEPT a lo largo de su vida, pero han tenido que pasar siglos para que la sociedad haya sabido reconocer los nocivos efectos físicos y mentales de experimentar, presenciar o ser consciente de sucesos traumáticos. El trastorno anteriormente lo conocían como "histeria traumática". Los historiadores de la medicina han documentado muchos relatos tempranos de lo que ahora se clasificaría como TEPT. Está la descripción que hace Heródoto de un soldado ateniense que se quedó ciego tras presenciar una batalla

Pero aunque los primeros médicos buscaron una causa física, no fue hasta la década de 1880 cuando los psiquiatras relacionaron los síntomas con el cerebro. En aquella época, a las mujeres que expresaban emociones vehementes se las etiquetaba con "histeria", una afección que supuestamente surgía del útero. Cuando el neurólogo francés Jean-Martin Charcot observó síntomas similares en los hombres, los atribuyó a sucesos traumáticos (más que a un origen biológico) y nació el término "histeria traumática".

"El concepto de trauma estuvo ligado a la debilidad femenina desde el principio", afirma Mary Catheryne , historiadora del TEPT que trabaja como profesora adjunta de filosofía y estudios religiosos en la Universidad Old Dominion de Virginia (Estados Unidos). Y cuando la Primera Guerra Mundial irrumpió en escena, desafió la convicción común de que la estabilidad psicológica era una cuestión de carácter personal, masculinidad y fuerza moral. Anteriormente una persona que presentara traumas, miedos, o recuerdos intrusivos, era tomado como "loco" o peor aún si se trataba de un hombre, mostraba que era poco masculino, que no tenía el carácter para enfrentar sus problemas, los doctores trataban de relacionarlo con algún problema físico, sin embargo ahora sabes la realidad del problema, y que se trata de problemas mentales, e incontrolables.

Para la Segunda Guerra Mundial, los psiquiatras reconocían cada vez más que el combate tendría ramificaciones en la salud mental, y llegaron a la conclusión de que demasiados hombres propensos a la ansiedad o a las "tendencias neuróticas" habían sido seleccionados para servir en la guerra anterior. Sin embargo, aunque en el periodo previo a la Segunda Guerra Mundial se examinó y rechazó a seis veces más hombres estadounidenses, el servicio militar siguió pasando factura.

Aproximadamente el doble de soldados estadounidenses mostraron síntomas de TEPT durante la Segunda Guerra Mundial que en la Primera Guerra Mundial. Esta vez su afección se denominó "colapso psiquiátrico", "fatiga de combate" o "neurosis de guerra".

Los oficiales militares supusieron que retirar a los hombres de las situaciones de combate o tratarlos con inyecciones de fármacos como el amital sódico aliviaría su angustia psiquiátrica. No funcionó: casi 1,4 millones de los 16,1 millones de hombres que sirvieron en la Segunda Guerra Mundial fueron tratados por fatiga de combate durante la guerra, y la enfermedad fue responsable del 40 por ciento de todas las

MARCO LEGAL

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), es un derecho humano fundamental respaldado tanto por instrumentos jurídicos internacionales como por la legislación mexicana. En México, diversas leyes, normas oficiales y tratados internacionales ratificados reconocen la obligación del Estado de garantizar el acceso a servicios de salud mental, el tratamiento integral de trastornos psicológicos y la protección de personas en situación de vulnerabilidad o que han vivido eventos traumáticos.

1. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4. “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”.

Este artículo da sustento legal a la atención médica integral, incluyendo la salud mental, y establece la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso a servicios especializados para quienes sufren afectaciones como el TEPT.

2. Ley general de salud (LGS)

La **Ley General de Salud** regula la organización del sistema de salud mexicano y, en materia de salud mental, establece lo siguiente:

- **Artículo 3.º, fracción VII:**
Reconoce que la salud mental es parte integrante de la salud general y, por tanto, debe ser objeto de prevención, tratamiento y rehabilitación.
- **Artículo 72:**
Menciona que los servicios de salud mental incluirán el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales, incluyendo aquellos provocados por eventos traumáticos.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014

La **NOM-025-SSA2-2014**, titulada “*Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral en salud mental*”, establece los criterios mínimos para garantizar una atención de calidad en los servicios de salud mental. Esta norma:

- Obliga a la detección, diagnóstico y seguimiento de trastornos mentales como el TEPT.
- Establece que debe brindarse tratamiento oportuno e individualizado.
- Promueve la no discriminación y la confidencialidad para personas atendidas por condiciones mentales.

3. Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Esta ley contempla la atención especializada a menores de edad que han sido víctimas de violencia, abandono, negligencia o abuso, todos ellos factores de riesgo para desarrollar TEPT.

- **Artículo 58:**
Señala que las autoridades deberán garantizar atención psicológica y emocional cuando se haya vulnerado el bienestar emocional de niñas, niños o adolescentes.

4. Ley General de Víctimas

El **TEPT** es común entre personas que han sufrido delitos, violencia o violaciones graves a derechos humanos. La **Ley General de Víctimas** establece:

- **Artículo 27:**
Las víctimas tienen derecho a recibir atención médica, psicológica y psiquiátrica inmediata, gratuita y especializada.
- **Artículo 29:**
Establece la creación de protocolos para la atención integral del daño emocional y psicológico en víctimas de trauma.

5. Instrumentos internacionales firmados por México

a) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006)

México es Estado Parte de esta convención, que protege los derechos de personas con discapacidad psicosocial. El TEPT puede causar discapacidades temporales o crónicas que deben ser atendidas sin discriminación.

b) Declaración Universal de los Derechos Humanos

- **Artículo 25:** Reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo salud y bienestar físico y mental.

c) Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (ONU, 1991)

Estos principios obligan a garantizar la atención digna, eficaz y no discriminatoria a personas con trastornos mentales.