

PREVALENCIA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DE LA ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS FÍSICOS DEL QUINDÍO

PREVALENCE OF POSTTRAUMATIC STRESS IN PEOPLE OVER 18 YEARS OF THE ASSOCIATION OF PHYSICALLY HANDICAPPED QUINDÍO

Isabel Viviana Echeverri Muñoz¹

Angélica Herrera Riveros²

Ángela Viviana Uribe Giraldo²

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar la posible presencia del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en un grupo de personas pertenecientes a una asociación de discapacitados físicos del Quindío. Se realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptivo con una muestra de 20 personas en condición de discapacidad, mayores de edad, que presentasen la limitación física a consecuencia de un evento traumático; se aplicó la Escala de Trauma de Davidson. Se encontró que en el 65% de la población se evidencian síntomas característicos del TEPT; que la edad de inicio de la discapacidad oscila entre los 18 y 39 años (65%); la participación masculina fue del 85% y un 15% femenina. Se concluye que el TEPT prevalece en la población objeto de estudio; y aunque en el 35% restante no se presenten trastornos o síntomas psicológicos asociados a su limitación física, su prevalencia es en menor grado para un TEPT, pero puede ser significativo en otro tipo de trastornos.

Palabras clave: discapacidad, limitación física, trastorno de estrés posttraumático.

ABSTRACT

The aim of this research was to identify the possible presence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a people group belonging to an association of physical disabilities in Quindío. A quantitative descriptive research was performed with sample of 20 people with disability, condition, legal age and physical limitation resulting from a traumatic event, to whom Davidson Trauma Scale was applied. It was found that 65% of population showed characteristic symptoms of PTSD, the age of onset of the disabilities ranges from 18 to 39 years old (65%), masculine participation in the study was 85% and 15% for women. It is concluded that PTSD is prevalent in the population under study, and although the remaining 35% do not show psychological disorders or symptoms associated with their physical limitations, their prevalence is lesser extend for PTSD, but may be significant in other disorders.

Key words: Disability, physical limitations, posttraumatic stress disorder.

Recibido: 11 de septiembre de 2012
Aceptado: 14 de noviembre de 2012

1 - Psicóloga, investigadora de la Universidad de San Buenaventura Medellín. Email: isabelviviana21@hotmail.com

2 - Psicóloga, investigadora de la Universidad de San Buenaventura Medellín.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Por lo tanto, la discapacidad física puede ser considerada como una desventaja, resultante de una imposibilidad motora que limita el desempeño del ser humano, donde las partes más afectadas son las extremidades (Verdugo, 1995).

La discapacidad es una variable dependiente que responde a un proceso dinámico que varía en severidad, duración y magnitud (Cruz & Hernández, 2008). Más de mil millones de personas en el mundo (el 15 % de la población) viven con alguna forma de discapacidad, según los últimos datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), y de esta cifra un porcentaje abrumador, el 80%, vive en países pobres. Además, según la OMS, la discapacidad debe considerarse como un problema de desarrollo, siendo uno de los desafíos más urgentes a los que deben hacer frente las políticas de desarrollo en la actualidad (Martínez, 2012).

En los últimos años se ha visto con preocupación cómo la incidencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes ha venido aumentando en forma progresiva. La tasa de discapacidad en Colombia es de 18 por 1.000 habitantes, distribuidos así: del cuidado personal (2.3%), de la conducta (2.7%), de la locomoción (36.6%), de la comunicación (61.8%) (DANE, 2004).

La discapacidad ha sido considerada como una problemática que tiene consecuencias personales, familiares y sociales que llevan a la exclusión social. En un estudio realizado por la Presidencia de la República (2002) en

nueve ciudades del país, se encontró que el 9.6% de las personas con discapacidad se encuentran con necesidades básicas insatisfechas (NBI), el 55% de los hogares viven con 1 a 3 salarios mínimos, y el 57.6% no tienen acceso a servicios de salud.

Por los datos anteriormente mencionados, se puede observar que la condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona y de sus familiares, los cuales se relacionan con la condición de dependencia asociada a una limitación física o mental, la alteración del estado de salud, y la modificación en el rol y en las actividades sociales. Es muy común que estas personas se describan a sí mismas en términos más negativos, tienen menos aspiraciones y expectativas sobre el futuro, lo cual ocasiona ansiedad y depresión (Moreno, Rodríguez, Gutiérrez & Ramírez 2006).

Los eventos traumáticos son, en la mayoría de las ocasiones, inesperados e incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y auto confianza del individuo, provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno (Puchol, 2001).

Según investigaciones realizadas por la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Medline Plus (2011), se encontró que la causa del trastorno de estrés posttraumático se desconoce, pero hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales involucrados. El trastorno de estrés posttraumático afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores). El hecho de haber estado expuesto a un trauma en el pasado puede incrementar el riesgo de este trastorno. No se sabe por qué los hechos traumáticos causan trastorno de estrés posttraumático en algunas personas, pero no en otras. En este sentido, tener antecedentes

de un trauma puede incrementar el riesgo de padecer este trastorno después de un acontecimiento traumático reciente.

Las personas con trastorno de estrés postraumático experimentan de nuevo el hecho una y otra vez en al menos una de varias formas; pueden tener sueños y recuerdos atemorizantes del acontecimiento, sensación de estar pasando por la experiencia nuevamente (reviviscencia) o tornarse muy perturbadas durante los aniversarios del evento. (Guinot, s.f.). El propósito de la investigación fue identificar la posible presencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en un grupo de personas pertenecientes a una asociación de discapacitados físicos del Quindío.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptivo en una asociación de discapacitados físicos del Quindío, que a la fecha de abril del año 2009 contaba con una totalidad de 49 afiliados, con una representación de 40 hombres y 9 mujeres. La causa de la limitación física corresponde a 16 personas como consecuencia de una enfermedad médica adquirida en la vida adulta, 18 personas por enfermedad adquirida en la niñez (prevalece el polio), 14 personas por accidentes en la vida adulta y 1 persona por accidente en la niñez.

Mediante información obtenida de la causa y edad de inicio de la limitación física, se eligió una muestra de 20 sujetos mayores de 18 años, bajo la premisa de que su condición de discapacidad se hubiera generado en la adultez y como consecuencia de un evento traumático (accidentes, desastres naturales, enfermedad médica, etc.).

Se aplicó la Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS), la cual está

diseñada para ser autoadministrada y el marco de referencia temporal que los sujetos deben considerar es la semana anterior al momento en que se aplica la escala. La utilidad de esta reside en la valoración de la gravedad y frecuencia de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en personas que han experimentado alguna tragedia o evento estresante.

Consta de 17 ítems que evalúan la frecuencia y gravedad de diversos síntomas agrupados en categorías de acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-IV para este trastorno: criterio B (ítems 1-4 y 17), criterio C (ítems 5-11) y criterio D (ítems 12-16); En cada ítem se debe responder teniendo en cuenta una puntuación de 0 a 4 en la escala de frecuencia y gravedad, en donde se obtienen dos puntuaciones para cada una de las subescalas; en la escala de frecuencia se ofrecen cinco posibles respuestas (0=nunca, 1=a veces, 2=2-3 veces, 3=4-6 veces, a diario) al igual que en la de gravedad (0=nada, 1=leve, 2=moderada, 3=marcada, 4=extrema).

Para el análisis y calificación de esta prueba, se obtienen resultados diferentes: una puntuación total que se consigue sumando todos los ítems y el resultado oscila entre 0 y 136 puntos para el total de la escala. En las subescalas de frecuencia y gravedad la puntuación corresponde a la suma de las respuestas de cada subescala, en donde los resultados oscilan entre 0 y 68 puntos. A mayor puntuación obtenida, mayor gravedad y/o frecuencia.

Los autores encontraron que el punto de corte más eficiente está en 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83% (*Estudio del psicoanálisis y psicología, s.f.*).

Para una mejor calidad en la información, en la prueba se omitió el nombre de los sujetos de estudio, lo cual facilitó que en las respuestas el sujeto relate su experiencia, teniendo la oportunidad de expresarse con libertad en un entorno seguro, empático y no crítico. Además, se recolectó información sobre: sexo, edad actual, edad de inicio de la discapacidad, estado civil y causa de la limitación física; información que permitió identificar los detalles de la experiencia vivida por el sujeto y valorar los niveles pasados y presentes del funcionamiento del mismo.

El instrumento fue aplicado en las instalaciones de la asociación, en donde se les informó a los participantes de los objetivos del proyecto, en qué consiste la prueba, qué evalúa, y la forma correcta de realizarla para garantizar la validez de los resultados. De igual manera se les leyó y explicó el consentimiento informado entregándoseles después para que lo firmasen los que quisiesen participar de la investigación. Una vez hecho esto, se les hizo entrega del cuestionario para que lo respondieran bajo supervisión.

RESULTADOS

Referente al género, se muestra en la Figura 1 que en los 20 sujetos de estudio prevalece la población masculina con una participación de 17 hombres, frente a la población femenina integrada por 3 mujeres, lo que significa que hay más factores de riesgo para el género masculino que determinan la condición de discapacidad

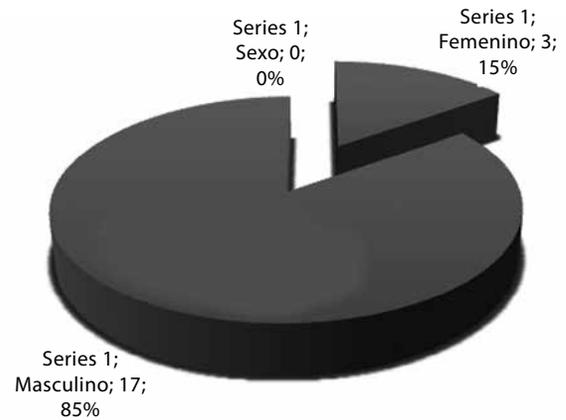


Figura 1: Distribución de la población por género.

Respecto a las edades de los sujetos, que se ilustra en la Figura 2, estas varían entre los 39 y 77 años; en los resultados estadísticos se obtiene una prevalencia de 40% (8 personas) en un rango de edades entre 39 y 48 años, 30% (6 personas) entre 49 y 58 años, 15% (3 personas) entre 59 y 68 años, el 10% (2 personas) entre 69 y 78; el rango de edad más alto corresponde entre 79 y 88 años equivalente al 5% (1 persona). Los rangos que concentran la mayor cantidad de población en condición de discapacidad corresponden a la etapa productiva del ser humano (entre los 39 y los 58 años), en la cual inciden los factores de riesgo propios del entorno laboral.

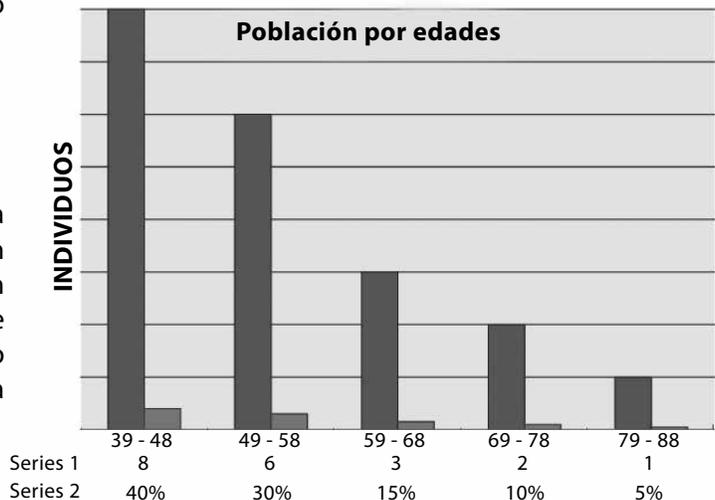


Figura 2. Población por rangos de edades según su género.

Se destaca que solo el 35% de los individuos son casados (7 personas), mientras que el 75% restante están representados en solteros, divorciados y/o viudos, como se observa en la Figura 3, lo que indica Es decir que la mayoría de las personas en condición de discapacidad se encuentran sin pareja, situación que puede incidir en la representación que ellos tienen de su discapacidad:

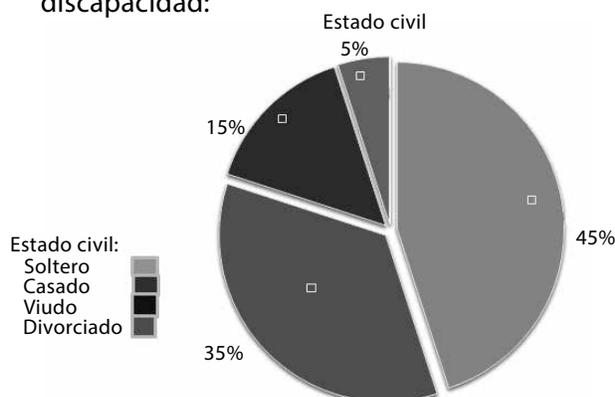


Figura 3. Población según su estado civil

La edad de inicio en la que prevalece la aparición de la limitación física oscila entre los 18 y 28 años de edad, lo que representa un porcentaje del 35% (7 personas) sobre el total de la muestra. El 65% restante de la población está representado así: entre los 29 y 39 años 6 personas; 40 y 50 años, 5 personas; 51 y 61, 1 persona y entre 62 y 72, 1 persona. Estos resultados, que se observan mejor en la Figura 4, muestran que ninguna persona está exenta de adquirir una limitación física, sin embargo, el porcentaje más alto se da en personas jóvenes.

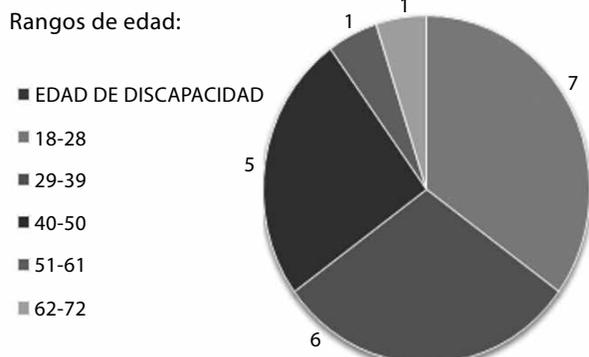


Figura 4. Población según rangos de edad de inicio de la limitación física.

Entre la causa de la limitación física, como se observa en la Figura 5, se encuentra que en el caso del 45% (10 personas) fue por accidentes como lesiones cervicales, laborales, de tránsito, etc.; 20% (4 personas) por desastres naturales como el terremoto ocurrido en Armenia el 25 de enero del año 1999, y el resto de la población, representada en un 35% (3 personas), por impacto de bala (3 personas) o alguna enfermedad médica (3 personas con trombosis o Parkinson, entre otras); lo cual trajo como consecuencia una limitación física, afectando su integridad como persona, teniendo en cuenta que es algo que toma tiempo en aceptar, por las connotaciones negativas que le rodean y que en algunos casos no se acepta nunca.

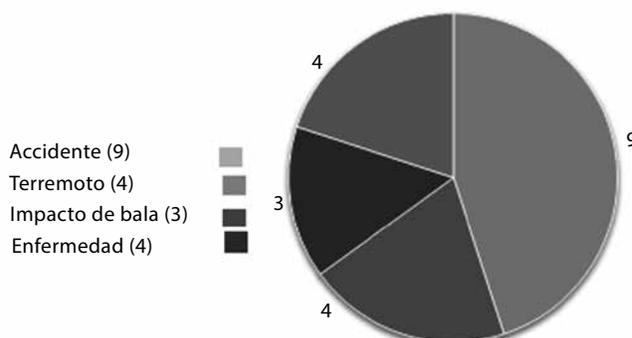


Figura 5. Población según causa de la condición de discapacidad.

En lo que respecta al análisis de los resultados obtenidos en la prueba aplicada (Escala de Trauma de Davidson) de manera general, se evidencia que el 65% del total de la muestra, equivalente a 13 sujetos, presentan síntomas relacionados con el TEPT.

De los 17 ítems de la Escala de Trauma de Davidson que se relacionan en las Figuras 6 y 7, las siguientes preguntas demuestran una frecuencia y gravedad notablemente marcada para los sujetos de estudio: No. 9: ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas? 9 personas, equivalente al 45% de la población. Pregunta No. 12: ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos? 8 personas (40%). Pregunta No. 1: ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos

dolorosos del acontecimiento? 7 personas (35%). Pregunta No. 5: ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disneas, náuseas o diarrea) 9 personas (45%).

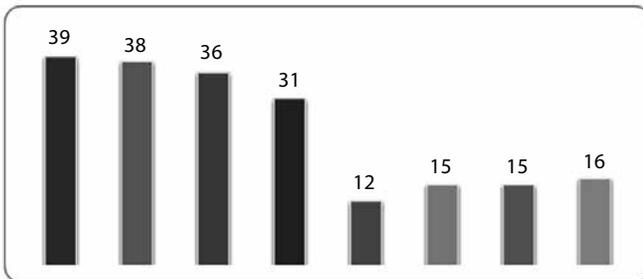


Figura 6. Población según frecuencia de los síntomas relacionados con el TEPT.

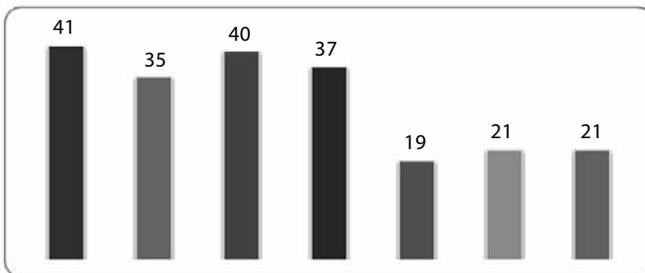


Figura 7. Población según gravedad de los síntomas relacionados con el TEPT.

En este mismo sentido, las preguntas que obtuvieron una menor puntuación por los sujetos de estudio, son: Pregunta No.2: ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento? 17 personas, lo que representa un 85% sobre el total de la muestra. Pregunta No. 3: ¿Ha sentido que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo como si lo estuviera reviviendo? 16 personas (80%). Pregunta No. 7: ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento? 16 personas (80%). Pregunta No. 4: ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado? 17 personas (85%). Concluyendo de esta manera que son las manifestaciones que menos se presentan.

DISCUSIÓN

En cuanto a los datos recogidos se encontró que en los 20 sujetos de estudio prevalece la población masculina con una participación del 85%, las edades de los mismos varían entre los 39 y 77 años, siendo casados solo el 35% de ellos son casados, la edad de inicio en la que prevalece la aparición de discapacidad oscila entre los 18 y 28 años de edad, entre la causa de la limitación física, se encuentra que el 45% fue por accidentes como lesiones cervicales, laborales, de tránsito, etc.; 20% por desastres naturales, y el resto de la población, representada en un 35% por impacto de bala o alguna enfermedad médica, lo que generó como consecuencia una limitación física, afectando su integridad como persona. El 65% del total de la muestra, equivalente a 13 sujetos, presentan síntomas relacionados con el TEPT.

El 85% de los sujetos objeto de estudio fueron hombres y solo el 15% mujeres; esto se puede comparar con los datos arrojados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en América Latina (2005) en donde muestran que la condición de discapacidad es mayor en los hombres (6.6%) que en las mujeres (86.1%), excepto en el grupo de 85 años y más (La tasa de prevalencia para el total de la población es (6.3%).

Se encontró que sólo el 35% de los individuos son casados mientras que el 65% restante están representados en solteros, divorciados y/o viudos. Esto es muy similar a lo encontrado por Fuhrmann (2002) en un estudio que realizó sobre vida en pareja y discapacidad en jóvenes chilenos. Varios estudios han concluido que una de las grandes dificultades y frustraciones que tienen las personas en condición de discapacidad es que por su

situación les es más difícil establecer pareja, encontrándose que el miedo al rechazo puede ser una causa del poco porcentaje de vida marital entre estas personas por lo que prefieren mantenerse pasivos, mostrando desconfianza y muchas veces un trato reticente y hosco con el sexo opuesto y terminan renunciando a vivir en pareja.

Entre la causa de la discapacidad, se encuentra que el 45% fue por accidentes como lesiones cervicales, laborales, de tránsito, etc.; 20% por desastres naturales, y el resto de la población, representada en un 35% por impacto de bala y/o alguna enfermedad médica. Datos similares fueron encontrados en un estudio realizado por Vásquez (s.f.) donde manifiesta que entre las causas comunes que se comparten con los países industrializados, como defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos y accidentes de tránsito, los países de la rRegión cuentan con casos significativos de discapacidad relacionados con enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales y problemas de salud relativos al desarrollo del feto y el parto. El origen de las alteraciones permanentes por enfermedad general es mayor en las mujeres que en los hombres, distinto a lo observado en las alteraciones originadas por accidentes, la cual es mayor en los hombres respecto a las mujeres. En la discapacidad originada por accidentes, prevalecen los ocurridos en el hogar, con una mayor proporción en las mujeres, mientras que los accidentes de trabajo y de tránsito afectan en su mayoría a los hombres.

En lo que respecta al análisis de los resultados obtenidos en la prueba aplicada (Escala de Trauma de Davidson) a manera general, se concluye que el 65% del total de la muestra, equivalente a 13 sujetos, presentan síntomas relacionados con el TEPT; lo cual según los criterios diagnósticos

del DSM-IV (First, 1997), se pueden ver reflejados en sintomatologías como: re-experimentación del evento traumático, pesadillas del evento u otras imágenes asociadas al mismo recurren frecuentemente en sueños, dificultad para conciliar el sueño/hHipervigilancia, problemas de concentración, irritabilidad, impulsividad, agresividad, pérdida de interés, bloqueo emocional, aislamiento social; entre otras.

Pasado el tiempo de inicio de la limitación física hay mayor propensión a tener manifestaciones asociadas al trauma, como por ejemplo imaginar no tener una vida larga o sentir dificultad para disfrutar de las cosas (anhedonia), lo cual se puede asociar a cuadros ansiosos y/o episodios depresivos (leve, moderado, grave), debido a factores como: reconocimiento de pares, permanencia en grupos, discriminación social, dificultades para entablar relaciones afectivas, dificultades para conseguir empleo, entre otras que afectan la calidad de vida de los sujetos. Podemos comparar esta información con unos estudios epidemiológicos americanos, en donde manifiestan que el 80% de los que presentan o han presentado TEPT (sea este su diagnóstico principal o no) tienen o han tenido depresión, otro trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias (Bados, 2005. Citado de Foa, Keane & Friedman, 2000). Los ítems que puntúan alto para llegar a la conclusión de un posible episodio depresivo son la pregunta 9 (incapacidad de sentir placer) y la 12 (dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos).

Para muchas de estas personas los efectos de su limitación se mitigan o incluso desaparecen con el paso del tiempo, sin embargo para muchos otros las secuelas pueden ser a largo plazo, alcanzando en algunas ocasiones enfermedades crónicas por no recibir un tratamiento adecuado;

y consecuente a esto, al comienzo de la limitación física los síntomas somatomorfos se pueden convertir en enfermedades psicosomáticas entre las que se encuentran: gastritis, problemas urinarios, migrañas, entre otras. Más concretamente, entre los trastornos comórbidos se hallan el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastornos relacionados con sustancias (Bados, 2005.).

Cabe aclarar que como el TEPT hace parte de los trastornos de la ansiedad, posiblemente un sujeto pueda generar un trastorno de ansiedad generalizada, en donde según la escala aplicada sus criterios se pueden encontrar en las preguntas 5, 13, 14, 15, 16, las cuales evalúan la dificultad para concentrarse, irritabilidad, síntomas somatoformos y trastornos del sueño, provocando un deterioro social y laboral; es necesario que estos signos y síntomas fluctúen en la misma línea de ansiedad y que específicamente se observen en un periodo mayor a 6 meses, del mismo modo podrían manejarse posiblemente episodios de pánico y en su extremo episodios psicóticos; o combinando estos dos factores trastorno bipolar I (cuadros ansiosos y depresivos). Estos datos se refuerzan con investigaciones hechas sobre el TEPT, como es el caso, del estudio elaborado por Puchol (2001), donde manifiesta: "Es importante destacar, tal como indican investigaciones recientes, que a pesar de la heterogeneidad de los sucesos traumáticos, los individuos que directa o indirectamente han experimentado este tipo de situaciones muestran un perfil psicopatológico común etiquetado en la actualidad bajo el rótulo de trastorno por estrés posttraumático y en algunas ocasiones se presentan otros trastornos asociados como depresión, trastorno de ansiedad

generalizada, ataques de pánico, conductas fóbicas o abuso de sustancias., Puchol (2001) citado de (Solomon, Gerrity, & Muff, 1992).

Según estudios realizador por la National Institute of Mental Health, se encontró que el hecho de haber estado expuesto a un trauma en el pasado puede incrementar el riesgo de este trastorno. Esto se puede comparar con un estudio realizado con los veteranos de guerra de Vietnam, en donde se observa que aquellos con sistemas de apoyo fuertes tenían menos probabilidad de desarrollar trastorno de estrés posttraumático que aquellos que no tenían ese tipo de apoyo social (Guinot, (s.f.)).

CONCLUSIONES

Acorde con el objetivo de esta investigación, se concluye que el TEPT prevalece en la población objeto de estudio ya que en el 65% del total de la muestra se evidencian síntomas característicos del TEPT. Sin querer afirmar con esto, que el 35% restante de la población no presenten trastornos o síntomas psicológicos asociados a su limitación física, su prevalencia es en menor grado para un TEPT, pero puede ser significativo en otro tipo de trastornos.

Se pretende con esta investigación concientizar a los estudiantes de psicología, y demás ciencias afines, para que se interesen en brindar a estas personas un apoyo y tratamiento adecuado que les permita afrontar la tragedia y continuar con su vida de forma satisfactoria.

Como consecuencia del evento traumático, se observa y se ratifica en los sujetos evaluados, que la sociedad a pesar del trabajo y las campañas de sensibilización que se llevan a cabo a favor de estas personas, la discriminación es aún muy notable afectando no solo la parte laboral,

académica, profesional y familiar, sino también la afectiva como se observó en los resultados obtenidos considerando que el 50% son solteros o divorciados.

Un adecuado tratamiento, dado por profesionales altamente calificados y con experiencia en este campo, determinaría un factor crucial para este tipo de población, ayudándolos de una manera integral a mejorar su calidad de vida. Factores de buen pronóstico para la recuperación son el inicio rápido de los síntomas, la corta duración de estos (menos de 6 meses), un buen nivel de funcionamiento premórbido, una buena red de apoyo social, no ser niño o anciano y la ausencia de otros trastornos psiquiátricos o médicos (Bados, 2005).

REFERENCIAS

- Bados, A. (Eds). (2005). *Trastorno por Estrés Postraumático*. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf>
- Cruz, I & Hernández, J. (2008). Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. *Revista Ciencias de la Salud*, 6 (3): 23-35 Tomado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732008000300003
- DANE, (2005). Datos Estadísticos Registro DANE. Recuperado de <http://www.fenascol.org.co/index.php?page=77>
- DANE, (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). (2004). *Información estadística de la discapacidad*. Recuperado de http://www.discapacidadcolombia.com/INFORMACION_DISCAPACIDAD.pdf.
- Estudio del Psicoanálisis y Psicología (s.f.). *Escala de trauma de Davidson*. Recuperado de <http://psicopsi.com/Escala-de-Trauma-de-Davidson>.
- First, M. (1997) *Manual Diagnóstico y Estandarizado de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Masson S.A.
- Fuhrmann, I. (2002). *Vida en pareja y discapacidad*. Recuperado de <http://www.capaces.org/upload/fckeditor/File/Ingeburg%20%20Pareja%20y%20discapacidad%20-%20Art%C3%ADculo%281%29.pdf>

Guinot, J (s.f). Psicología Granollers: *Estres Post traumatic (TEPT)*. Recuperado de <http://psicologiagranollers.blogspot.com/2010/08/estres-post-traumatico-tept.html>

Institutos Nacionales de la salud (2011). Medline Plus: *Información de Salud para Usted*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000925.htm>

Martínez, B. (2012). *La situación de la discapacidad en la política española de cooperación para el desarrollo*. Recuperado de <http://www.cermi.es/es-ES/Biblioteca/Lists/Publicaciones/Attachments/292/La%20situacion%20sobre%20discapacidad.pdf>

Moreno, M; Rodríguez, M; Gutiérrez, M & Ramírez, L. (2006). ¿Qué significa la discapacidad? *Revista Aquichán*, 6(1), 79-91. Tomado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/82/168>

Puchol, D. (2001). *Trastorno por Estrés Postraumático. Conceptualización, evaluación y tratamiento*. Recuperado de <http://www.psicologiaonline.com/ciopa2001/actividades/16/>

Puchol, D. (2001). El Trauma Psicológico. *Revista Psicología Científica.com*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-109-el-trauma-psicologico.pdf>

Presidencia de la República, Red de Solidaridad Social. (2002). *Revisión de estudios sobre la situación de discapacidad en Colombia, 1994-2001*. Bogotá.

Vásquez, A. (s.f). *La Discapacidad en América Latina*. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>

Verdugo, M. (1995). *Personas con Discapacidad*. Madrid: Siglo XXI.