*Journal of Traumatic Stress*

*Brief reports* (2,500 words) are for pilot studies or uncontrolled trials of an intervention, case studies that cover a new area, preliminary data on a new problem or population, condensed findings from a study that does not merit a full article, or methodologically oriented papers that replicate findings in new populations or report preliminary data on new instruments.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Modelos y V Dependientes | # traumas traumatic load | sexo | edad | educación | Intervención | Apoyo social |  |  |
|  | Submuestra n=147 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| r22 | Depression t1 BDI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| r24 | PTSD score t1 PCL |  |  |  |  |  |  |  |  |
| r25 | Dissociation t0 PDEQ\_t0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| r26 | Traumatic stress t0 PDI\_t0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Modelos y V Dependientes | # traumas traumatic load | sexo | edad | educación | Intervención | Apoyo social | Dissociation | Traumatic stress |
|  | Submuestra n=147 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| r32 | Depression t1 BDI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| r34 | PTSD score t1 PCL |  |  |  |  |  |  |  |  |

Estas 4 mediaciones no son significativas

r34 <- lm(formula = PCL\_t1 ~ TQ\_t0 + Edad + Sexo + CIDI\_A8\_basal + rama + MSPSS\_t0 + PDEQ\_t0 + PDI\_t0, data = mydata)

r34

summary(r34)# II: TQ\_t0 (traumatic load) -> PDEQ\_t0 (dissociation) -> BDI\_t1 (depression 1 month after)

# III: TQ\_t0 (traumatic load) -> PDI\_t0 (peritraumatic distress) -> PCL\_t1 (PTSD 1 month after)

# IV: TQ\_t0 (traumatic load) -> PDI\_t0 (peritraumatic distress) -> BDI\_t1 (depression 1 month after)

Dissociation predicts PTSD, not traumatic load, sex, age or education.

Traumatic load, education and social support predict dissociation. Not sex, or age

Not enough power for mediational model: traumatic load -> dissociation -> PTSD

1. Traumatic Load
2. Dissociation
3. PTSD
4. Relation between traumatic load, dissociation, and PTSD

Moderational models could be used as well. With dissociation and social support

1. Do these variables moderate de relationship?
   1. Demographics: sex, age, education
   2. Social support

Started writing after reading Ozer et al 2008 and Brewin 2000

With a medical sample of adults who attended the ER after experiencing or witnessing a traumatic event, we assessed the role of that peritraumatic dissociation in the development of PTSD

1. Predicting PTSD

We studied variables that have been proven (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2008) to be relevant predicting PTSD symptoms one month after suffering a traumatic event: a) demographic variables: age, sex and education; b) non-demographics personal characteristics salient for psychological processing and functioning: perceived social support, traumatic load; and c) aspects of the traumatic event or sequeale: dissociation and traumatic stress during the event.

* 1. We firs calculated the correlation between each variable and the development of PTSD symptoms:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Age | CIDI\_A8\_basal  Education | PDEQ\_t0  Dissociation | PDI\_t0  Traumatic stress | TQ\_t0  Traumatic load | MSPSS\_t0  Social support |
| PCL\_t1  PTSD symptoms | 0.09 | -0.19 | 0.49 | 0.49 | 0.32 | -0.23 |

* 1. Then included them all in a multiple regression (r34), and controlling for intervention, found that only dissociation during the traumatic event was a significant predictor one month after. Persons who reported experiences more dissociative experiences were more likely to develop PTSD. Age, education, previous traumatic experiences, perceived social support, and traumatic stress during the were not significant predictors.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Coefficients: | |  |  |  |  |
|  | Estimate | Std. Error | t value | Pr(>|t|) |  |
| (Intercept) | 22.23911 | 11.83683 | 1.879 | 0.066 | . |
| TQ\_t0 | 1.35894 | 0.85259 | 1.594 | 0.1171 |  |
| Edad | 0.06981 | 0.10002 | 0.698 | 0.4884 |  |
| SexoMasculino | -6.67248 | 3.60394 | -1.851 | 0.0699 | . |
| CIDI\_A8\_basal | -0.34509 | 0.46615 | -0.74 | 0.4625 |  |
| ramaPsicoeducaci | 7.11858 | 3.3709 | 2.112 | 0.0396 | \* |
| MSPSS\_t0 | -0.14133 | 0.17714 | -0.798 | 0.4287 |  |
| PDEQ\_t0 | 0.50479 | 0.19079 | 2.646 | 0.0108 | \* |
| PDI\_t0 | 0.27729 | 0.16687 | 1.662 | 0.1027 |  |
| --- |  |  |  |  |  |
| Signif. codes: 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1 | | | | |  |
|  | | | | |  |

Residual standard error: 12.88 on 51 degrees of freedom; (3 observations deleted due to missingness); Multiple R-squared: 0.4458; Adjusted R-squared: 0.3589; F-statistic: 5.129 on 8 and 51 DF, p-value: 0.0001028

1. Predicting dissociation

Because dissociation during the event proved to be the most significant predictor, which is consistent with previous findings (Ozer et al., 2008) we tried to understand what predicts dissociation (r25). For this we used a larger sample, since we only needed T0 data.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Coefficients: | |  |  |  |  |
|  | Estimate | Std. | Error | t value | Pr(>|t|) |
| (Intercept) | 40.67025 | 5.08483 | 7.998 | 1.28E-13 | \*\*\* |
| Traumatic load | 0.81886 | 0.37829 | 2.165 | 0.0317 | \* |
| Age | -0.01543 | 0.05329 | -0.29 | 0.7724 |  |
| Sex Male | -1.82539 | 1.65695 | -1.102 | 0.272 |  |
| Education | -0.95519 | 0.20126 | -4.746 | 4.11E-06 | \*\*\* |
| Social Support | -0.12469 | 0.08393 | -1.486 | 0.139 |  |

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 11.16 on 187 degrees of freedom; (947 observations deleted due to missingness); Multiple R-squared: 0.1637; Adjusted R-squared: 0.1414; F-statistic: 7.323 on 5 and 187 DF, p-value: 2.731e-06

We found that education and traumatic load significantly predict how much a person will experience dissociation during a traumatic event. Those who are less educated are more likely to dissociate more. At the same time, the greater the number of previous traumatic experiences, the more likely it is that a person will dissociate when experiencing a new traumatic event.

1. As a next logical step we tried mediational models in which each of these significant variables (traumatic load and education) predicted dissociation, which in turn predicted PTSD symptomatology
   1. TQ\_t0 (traumatic load) -> PDEQ\_t0 (dissociation) -> PCL\_t1 (PTSD 1 month after)
   2. CIDI\_A8\_basal (education) -> PDEQ\_t0 (dissociation) -> PCL\_t1 (PTSD 1 month after)

C:\Users\Paula Errazuriz\Dropbox\1 PROYECTOS\_INVESTIGACION\desastres\_naturales\paper factores riesgo PTSD Rodrigo\R\sintaxis\_R\_161105

####### Proyect 1: past traumatic experiences as predictor of mental health after

#new traumatic event and after 1 month (time 1)

### Variables of interest

## Numeric variables

# Edad

# CIDI\_A8\_basal: years of education

# BDI\_t0: Depression t0 (symptoms last 7 days)

# BDI\_t1: Depression t1 (symptoms last 7 days)

# PCL\_t0: PTSD score t0 (symptoms last month; inespecific, not realated to 1 event)

# PCL\_t1: PTSD score t1 (symptoms last month; inespecific, not realated to 1 event)

# PDEQ\_t0: dissociation during last traumatic event

# PDI\_t0: peritraumatic distress during the last traumatic event

# TQ\_t0: traumatic load

# MSPSS\_t0: percived social support?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Variables Independientes | | | | | |
|  | Modelos y V Dependientes | # traumas traumatic load | sexo | edad | educación | Intervención | Apoyo social |
|  | Con educación |  |  |  |  |  |  |
| r1 | Depression t0 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r2 | Depression t1 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r3 | PTSD score t0 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r4 | PTSD score t1 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r5 | Dissociation t0 PDEQ\_t0 |  |  |  |  |  |  |
| r6 | Traumatic stress t0 PDI\_t0 |  |  |  |  |  |  |
|  | Sin educación |  |  |  |  |  |  |
| r11 | Depression t0 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r12 | Depression t1 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r13 | PTSD score t0 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r14 | PTSD score t1 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r15 | Dissociation t0 PDEQ\_t0 |  |  |  |  |  |  |
| r16 | Traumatic stress t0 PDI\_t0 |  |  |  |  |  |  |
|  | Muestra total  Con educación + apoyo |  |  |  |  |  |  |
|  | Modelos y V Dependientes | # traumas traumatic load | sexo | edad | educación | Intervención | Apoyo social |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| r21 | Depression t0 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r22 | Depression t1 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r23 | PTSD score t0 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r24 | PTSD score t1 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r25 | Dissociation t0 PDEQ\_t0 |  |  |  |  |  |  |
| r26 | Traumatic stress t0 PDI\_t0 |  |  |  |  |  |  |

Resultados modelos con educación + apoyo (Modelos definitivos – r21 a r26)

Controlando por sexo, edad, años de educación, intervención (para T1) y percepción de apoyo social, el número de experiencias traumáticas predice significativamente la sintomatología de PTSD inmediatamente después del evento traumático y 1 mes después. A su vez, también predice el grado de disociación y estrés traumático que experimenta la víctima inmediatamente después del evento. Mientras más eventos traumáticos ha vivido una persona antes del último evento, más probable es que presente síntomas de PTSD, disociación y estrés traumático, manteniéndose el efecto sobre los síntomas de PTSD aún un mes después del evento.

Sin embargo, el controlando por sexo, edad, años de educación, intervención (para T1) y percepción de apoyo social, el número de experiencias traumáticas NO predice significativamente la sintomatología depresiva inmediatamente después del evento traumático ni un mes después.

El apoyo social disminuye la probabilidad de presentar depresión inmediatamente después y 1 mes después. Este apoyo social también disminuye la probabilidad de presentar PTSD inmediatamente después, pero no 1 mes tiempo después. Y tampoco se asocia a una disminución en la probabilidad de presentar disociación ni distres peritraumático.

La edad no tiene un impacto en la presentación de sintomatología.

El sexo y educación impactan las mismas presentaciones sintomáticas, con las mujeres y personas de menor educación presentando más depresión inmediatamente después (pero no X tiempo después), PTSD inmediatamente después (pero no X tiempo después), y más sintomatología de estrés traumático. Adicionalmente, las personas con menor educación presentan más disociación inmediatamente después.

La intervención no impacta la sintomatología.

Reunión con Rodrigo Figueroa y Paula 161104

Revisar la correlación entre BDI y PCL

Lo menos publicado sobre disociación y distres – centrarse en eso. Y relacionarlo con dpet y ptsd t1

Teóricamente ptsd 1 correlaciona con bdi 1;

El apoyo social debería disminuir ptsd t1

Considerar: trauma vivido de forma individual, no colectivo. T0 dentro de las primeras 72 horas, generalmente pocas horas

Luego de la reunión con Rodrigo quise ver si los resultados se mantenían considerando los pacientes para los cuales hay info en t0 y t2 ya que sólo para ellos uno puede comparar lo que pasa en el tiempo 1 con lo que les pasa en el tiempo 2. Lo otro sería meter el tiempo como moderador

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Modelos y V Dependientes | # traumas traumatic load | sexo | edad | educación | Intervención | Apoyo social |
|  | Submuestra n=147  Con educación + apoyo |  |  |  |  |  |  |
| r21 | Depression t0 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r22 | Depression t1 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r23 | PTSD score t0 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r24 | PTSD score t1 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r25 | Dissociation t0 PDEQ\_t0 |  |  |  |  |  |  |
| r26 | Traumatic stress t0 PDI\_t0 |  |  |  |  |  |  |

Creo sería interesante centrarme en esto: carga traumática como predictor de disociación y traumatic stress

Se mantienen similares los resultados. Sin embargo, los distintos modelos no son comparables porque los que requieren datos del t1 tienen un n mucho menor y por lo tanto menos poder

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Modelos y V Dependientes | # traumas traumatic load | sexo | edad | educación | Intervención | Apoyo social |
|  | Submuestra n=65  Con educación + apoyo |  |  |  |  |  |  |
| r21 | Depression t0 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r22 | Depression t1 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r23 | PTSD score t0 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r24 | PTSD score t1 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r25 | Dissociation t0 PDEQ\_t0 |  |  |  |  |  |  |
| r26 | Traumatic stress t0 PDI\_t0 |  |  |  |  |  |  |

Al eliminar todos los casos en que los pacientes no tienen info en el tiempo 1 los modelos son comparables pero casi nada es significativo. Sin embargo sí es intersante ver que la carga traumática pesa aún así. A continuación dejo sólo los modelos que buscan explicar el tiempo 1 ya que la medición t0 no es muy real porque incluye síntomas presentes previo al evento traumático nuevo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Modelos y V Dependientes | # traumas traumatic load | sexo | edad | educación | Intervención | Apoyo social |
|  | Submuestra n=65  Con educación + apoyo |  |  |  |  |  |  |
| r22 | Depression t1 BDI |  |  |  |  |  |  |
| r24 | PTSD score t1 PCL |  |  |  |  |  |  |
| r25 | Dissociation t0 PDEQ\_t0 |  |  |  |  |  |  |
| r26 | Traumatic stress t0 PDI\_t0 |  |  |  |  |  |  |

La carga traumática predice síntomas de PTSD al mes de un evento traumático, pero no la depresión. Al contrario, el apoyo social predice la depresión al mes de un evento, pero no la presencia de PTSD. La carga traumática, el apoyo social, y el tipo de intervención no predicen la disociación ni el traumatic stress durante el evento.

Los modelos de mediación probados no son significativos por lo que creo debemos centrarnos en lo anterior (se lo propuse por mail a rodrigo el 161222). Tambiéns quiero hacer correlaciones de todas las variables para entender mejor los datos.

Los modelos de mediación que probamos son:

## Mediational models:

# I: TQ\_t0 (traumatic load) -> PDEQ\_t0 (dissociation) -> PCL\_t1 (PTSD 1 month after)

# II: TQ\_t0 (traumatic load) -> PDEQ\_t0 (dissociation) -> BDI\_t1 (depression 1 month after)

# III: TQ\_t0 (traumatic load) -> PDI\_t0 (peritraumatic distress) -> PCL\_t1 (PTSD 1 month after)

# IV: TQ\_t0 (traumatic load) -> PDI\_t0 (peritraumatic distress) -> BDI\_t1 (depression 1 month after)

## Factor variables

# Sexo\*: sex

# tipo\_trauma\*: trauma tipe

# rama\*: intervention (PAP; Psicoeducation)

# CIDI\_K\_t1\*: presence of PTSD at t1? (TEPT- TEPT+)

Resultados modelos con educación + apoyo (Modelos definitivos – r21 a r26)

Controlando por sexo, edad, años de educación, intervención (para T1) y percepción de apoyo social, el número de experiencias traumáticas predice significativamente la sintomatología de PTSD inmediatamente después del evento traumático y 1 mes después. A su vez, también predice el grado de disociación y estrés traumático que experimenta la víctima inmediatamente después del evento. Mientras más eventos traumáticos ha vivido una persona antes del último evento, más probable es que presente síntomas de PTSD, disociación y estrés traumático, manteniéndose el efecto sobre los síntomas de PTSD aún un mes después del evento.

Sin embargo, el controlando por sexo, edad, años de educación, intervención (para T1) y percepción de apoyo social, el número de experiencias traumáticas NO predice significativamente la sintomatología depresiva inmediatamente después del evento traumático ni un mes después.

El apoyo social disminuye la probabilidad de presentar depresión inmediatamente después y 1 mes después. Este apoyo social también disminuye la probabilidad de presentar PTSD inmediatamente después, pero no 1 mes tiempo después. Y tampoco se asocia a una disminución en la probabilidad de presentar disociación ni distres peritraumático.

La edad no tiene un impacto en la presentación de sintomatología.

El sexo y educación impactan las mismas presentaciones sintomáticas, con las mujeres y personas de menor educación presentando más depresión inmediatamente después (pero no X tiempo después), PTSD inmediatamente después (pero no X tiempo después), y más sintomatología de estrés traumático. Adicionalmente, las personas con menor educación presentan más disociación inmediatamente después.

La intervención no impacta la sintomatología.

Reunión con Rodrigo Figueroa y Paula 161104

Revisar la correlación entre BDI y PCL

Lo menos publicado sobre disociación y distres – centrarse en eso. Y relacionarlo con dpet y ptsd t1

Teóricamente ptsd 1 correlaciona con bdi 1;

El apoyo social debería disminuir ptsd t1

Considerar: trauma vivido de forma individual, no colectivo. T0 dentro de las primeras 72 horas, generalmente pocas horas

BDI\_t0:

# BDI\_t1:

# PCL\_t0:

# PCL\_t1:

# MSPSS\_t0: percived social support?

# PDEQ\_t0: dissociation after trauma score

# PDI\_t0: traumatic stress after trauma

# TQ\_t0: trauma history (number of traumatic events?)

Posibles journals

(publicar en Inglés; Devin Atala puede revisar ingles a cambio de autoria). Preguntar si estaría de acuerdo en traducir parte importante

Sugeridos por Rodrigo:

* Journal of Traumatic Stress <http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/pages/view/guidelines> (Impact Factor: 2.624; ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: 28/121 (Psychology Clinical); 39/136 (Psychiatry (Social Science). Original basic and clinical research articles (click here to download guidelines) that consolidate and expand the theoretical and professional basis of the field of traumatic stress (max 6000 words incl. abstract and references, excl. tables/figures)
* Journal of trauma & dissociation: ISI: 0.43
* European journal of psychotraumatology: ISI: 2.325

Variables de interés:

Baseline only

MSPSS\_t0 (percepción apoyo social): escala completa

Baseline and after

IDEA GANADORA:

**Número y tipo de traumas en la historia se podría usar como predictor de otras variables como**:

- BDI (depresión al comienzo)

- PCL-C (estrés post-traumático?)

-PEDQ – nivel de disociación

-recuperación del evento (entre baseline y post, controlando por tipo de tratamiento)

SEGUÍ DESARROLLANDO ESTA IDEA DENTRO DE R

De acuerdo a la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5; [American Psychiatric Association, 2013](http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596)), el *trauma* es definido como cualquier situación de exposición a muerte, lesiones graves o violencia sexual, real o amenaza de ésta, en forma directa o como testigo, familiar o cercano a la víctima. También se considera trauma la exposición a detalles aversivos en virtud de la naturaleza del trabajo de una persona, como por ejemplo rescatistas, personal del Servicio Médico Legal, fotógrafos de la policía, entre otros.

Las crisis, duelos, tragedias o traumas producen fuertes reacciones emocionales en la mayoría de las personas, y que un grupo minoritario pero significativo de quienes viven un trauma desarrollará secuelas emocionales de largo plazo. El *Trastorno de Estrés Postraumático* (TEPT) ([Cova, Rincón, Grandón, & Vicente, 2011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300010)), está caracterizado por reexperimentación involuntaria del trauma a través de imágenes, recuerdos y/o sensaciones involuntarias, casi oníricas acerca del trauma; fuerte malestar y/o necesidad de escapar de personas, situaciones, lugares o cosas que recordaran el evento; miedo, culpa, rabia, tristeza, vergüenza y/o o sensación de embotamiento emocional; y sensación de estar permanentemente alerta o "en guardia" frente a peligros, lo que produce desconcentración, irritabilidad e insomnio, entre otros fenómenos (Fig. 1) ([Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20767/abstract)). Se ha descrito que hasta un 11,8% de las personas que concurren a los servicios de atención primaria pueden tener TEPT, sin embargo su diagnóstico es mucho más bajo ([Wade, Howard, Fletcher, Cooper, & Forbes, 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24024219), [Grinage 2003](http://www.aafp.org/afp/2003/1215/p2401.html); [Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, & McCahill, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10936633)).

A diferencia de lo que se pensaba antiguamente, la experiencia de haber vivido un trauma es muy frecuente en la vida de las personas, variando la frecuencia entre diferentes países. Por ejemplo, en un estudio casi un 80% de la población de México reportó haber vivido un trauma alguna vez en su vida, en comparación con Alemania, donde sólo un poco más del 20% reportó lo mismo ([Norris et al., 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876); [Perkonigg, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950)). En Estados Unidos y Australia la cifra fue de poco más de 50% ([Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11681550); [Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257)). Chile se encuentra en una situación intermedia: casi un 40% de los chilenos reportó haber vivido un trauma alguna vez en su vida ([Zlotnick et al., 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)).

La incidencia de TEPT luego de un trauma varía según el tipo de trauma, su severidad, su duración y la cantidad de tiempo que ha pasado desde que ocurrió el evento. En términos generales, se describe que una de cada siete personas (14%) queda con secuelas emocionales de largo plazo luego de un trauma, como TEPT, depresión post-trauma o trastornos de ansiedad ([Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257); [Norris et al., 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876); Zlotnick et al., 2006). La violación es el tipo de trauma más patogénico, dando origen a un TEPT en un 77,1% de las víctimas hombre y 47,1% de las víctimas mujeres (Zlotnick et al., 2006). El tipo de trauma menos patogénico es ser testigo de la muerte o accidente grave de otra persona, con incidencias entre 1,3 y 7,0% ([Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1996917); [Kessler et al., 1995](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257); [Norris et al., 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876); [Perkonigg et al., 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950); [Zlotnick et al., 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)). Las agresiones físicas y los asaltos también son altamente patogénicos. Afortunadamente, aunque el combate y las agresiones sexuales son los tipos de trauma más patogénicos de todos, son relativamente más infrecuentes. El tipo de trauma que más comúnmente explica un TEPT en Chile son los accidentes de tránsito graves y la muerte inesperada de un ser querido ([Zlotnick et al., 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)). Los desastres naturales también pueden ser una causa importante de TEPT. Se estima que entre un 30-40% de los directamente afectados; un 10-20% de los rescatistas y personal de ayuda humanitaria; y un 5-10% de la población general pueden desarrollar un TEPT luego de un desastre ([Galea, Nandi, & Vlahov, 2005](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958429)). En Chile, tres meses después del terremoto de 2010, casi un 25% de la población de la VIII Región del Bío-Bío presentaba un probable TEPT, y la cifra en todo el país alcanzaba poco más de un 10% ([Figueroa, Bas, & Padilla, 2014](http://es.wpamadrid2014.com/)).

Una experiencia altamente estresante que está cobrando mucho interés en el mundo académico es la de la pérdida repentina de un ser querido, que ha afectado alguna vez a un porcentaje significativo de la población. En una muestra representativa de la población general norteamericana de 27.537 adultos, [Keyes, Pratt, Galea, McLaughlin, Koenen, & Shear (2014)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119479/) determinaron que la muerte repentina de un ser querido había sido el tipo de evento traumático más frecuente y doloroso para los encuestados, y que - controlado por antecedentes psiquiátricos, otras experiencias traumáticas, y variables demográficas - por sí mismo era capaz de aumentar el riesgo de depresión, trastorno de pánico, manía, fobias, trastorno de ansiedad generalizada, abuso de alcohol y TEPT.

El último estudio de prevalencia de TEPT en Chile indicaba que un 4,4% de la población había presentado el trastorno alguna vez en su vida, y un 2,4% en el último año ([Vicente et al., 2006](http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.8.1362); [Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, & Torres, 2002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007); [Zlotnick et al., 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)). Estas son intermedias respecto a las reportadas en otros países. Por ejemplo, en Alemania, México y Estados Unidos de Norteamérica un 1,3%, 12,2% y 6,8% de la población, respectivamente, había presentado TEPT alguna vez en la vida (Kessler et al., 2005; Norris et al., 2003). Un 0,7%, 1,33% y 3,5% de la población de Alemania, Australia y Estados Unidos de Norteamérica había presentado TEPT en el último año ([Creamer et al., 2001](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11681550); [Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939839); [Perkonigg et al., 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950)).

##### Factores de riesgo

El TEPT es más frecuente en las mujeres que en los hombres, con una relación de 2:1 ([Breslau, 2001](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11495091)). Otros factores de riesgo incluyen una baja percepción de apoyo social y una alta percepción de estrés post-trauma ([Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555794)), una alta percepción de riesgo vital durante el trauma, secuelas físicas y antecedentes psiquiátricos. Es importante señalar, sin embargo, que ninguno de estos factores incrementa el riesgo más de un 50% ([Brewin, Andrews, & Valentine, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068961); [Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555794)). Aproximadamente un 80% de las personas que desarrolla un Trastorno de Estrés Agudo durante el primer mes post-trauma evoluciona hacia un TEPT ([Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10080549); [Harvey & Bryant, 1998](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642889)).

Entre los factores de riesgo de TEPT los más conocidos son ser mujer 7 , percibir bajo apoyo social y una alta carga de estrés después del trauma 8 , así como una alta percepción de riesgo vital durante el trauma, presentar secuelas físicas y/o tener antecedentes de trastornos psiquiátricos. Un 80% de las personas que desarrolla un Trastorno de Estrés Agudo durante el primer mes posttrauma

evoluciona hacia un TEPT, y del total de personas que desarrolla el cuadro, un tercio se mantiene sintomática una década después 9 , con un incremento en el riesgo de suicidio de 2,7 veces por sobre la población general 10 , y un alto costo en ausentismo laboral 9 . El TEPT ocupa el lugar número 44 en el ranking chileno de enfermedades que más aportan a la carga nacional de enfermedad 11 , y en el mundo aporta el equivalente al cáncer cérvico uterino 12 .

De allí la importancia de su prevención y tratamiento precoz.

Several risk factors of PTSD after disasters have been found in the previous literature, including female gender, minority status, lesser education, and pre-disaster psychopathology (North, Oliver, & Pandya, 2012). Most of them can be included in the concept “Social Determinants of Health”, defined by the World Health Organization as “... conditions in which people are born, grow, live, work and age. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels” (WHO, n.d.). It has been estimated that around half of the variation in health could be determined by them, whereas the health system, the genes and the physical environment only account for 25%, 15% and 10%, respectively (Canada, 2009). Large-scale studies by the US Center for Disease Control (CDC) have begun to map psychological trauma itself to be a powerful social determinant of health showing how the number and type of traumatic events an individual experiences is associated with the development of a wide range of health problems throughout the life-course in various generations (Dube, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003). The WHO (2014) publication on social determinants of mental health calls for increased research on trauma and the impact of social, economic, and environmental stressors in order to be able to effectively develop multileveled interventions and policies aimed at reducing key inequalities at both local and global levels. Little research, however, explores the social determinants of mental health in low- and middle-income countries (WHO, 2014). An exception can be seen in Myer, Stein, Grimsrud, Seedat, and Williams (2008) research in South Africa, which like Chile, has been classified as an upper middle income country (Kaiser Family Foundation, 2012). Meyer et al. (2008) found that after adjusting for demographic characteristics and life events, high levels of psychological distress were associated with participants among marginalized groups with lower socioeconomic status in South African society. These findings corroborate suggestions by life-course trauma researchers (e.g. Klest, 2012) to deepen understandings of the impact of social historical and 5 contextual factors on trauma, such as conditions of concentrated poverty and prior histories of victimization.

In terms of the impact of trauma from natural disasters, most of the risk factors previously identified in the literature have been found from small, post-disaster transversal studies (Dirkzwager, Grievink, van der Velden, & Yzermans, 2006; Norris, Friedman, & Watson, 2002; Yzermans et al., 2005), which is reasonable given the unpredictable nature of most disasters that precludes anticipation and research planning and funding. This limits the causal inference and increases the recall bias of these findings, making it essential to find ways to anticipate disasters and follow cohorts of individuals from before to after the event has struck, in order to increase the validity and causal inference of these results.

AGREGAR MÁS INFO ACÁ SOBRE FACTORES DE RIESGO QUE PIENSO USAR (ME FALTA CODE BOOK PARA ELEGIRLAS)

COPIAR METODOLOGÍA USADA POR ELLOS

Diseño : Este estudio corresponde a un Ensayo Clínico Randomizado (RCT) Población : 200 adultos (≥ 18 años) que recientemente hayan experimentado una experiencia traumática (así definida por el DSM5) 1 , reciente (hace menos de 72 horas), de origen nointencional, y que concurran a un servicio de urgencia de hospitales de la Región Metropolitana.

Criterios de inclusión:

● Adultos (≥ 18 años) que concurran al servicio de urgencia, ya sea en calidad de paciente o acompañante, que hayan sido víctimas de un trauma no intencional reciente (hace menos de 72 horas), y que cumplan alguno de los siguientes criterios:

○ Víctima directa, como familiar o como testigo de una situación que puso o pone

actualmente en riesgo la vida.

○ Víctima directa, como familiar o como testigo de una situación que puso o pone

actualmente en serio riesgo la integridad física.

● A modo de ejemplo, situaciones de este tipo incluyen accidentes graves, enfermedades catastróficas, procedimientos médicos altamente dolorosos, malas noticias médicas, catástrofes naturales, incendios, ser testigo de la muerte violenta de otra persona, explosiones, entre otros.

Criterios de exclusión:

● No comprende idioma español.

● No recuerda la experiencia traumática

● Intoxicación

● Pérdida de conciencia por más de 5 minutos

● Psicosis (pérdida del juicio de realidad).

● Niños y adolescentes (< 18 años)

● Personas en riesgo vital o en situación de inestabilidad médica que requiere implementar medidas de soporte vital incompatibles con la aplicación de PAP (fracturas graves, heridas con hemorragias severas no controladas, dolor insoportable, infarto al miocardio inestable, ).

● Familiares de personas en riesgo vital inminente o recientemente fallecidas en el servicio de urgencias en las que la oferta de participar en la investigación pueda causar aún mayor malestar.

● Compromiso de conciencia (Glasgow 2 < 15).

● Víctima directa e indirecta de trauma intencional (ej. asalto, secuestro, abuso sexual, acto terrorista, etc.).

● Pacientes vulnerables por estar afectados por algún trastorno psiquiátrico (se excluye trastorno de la personalidad), en tratamiento formal por médico (ej. esquizofrenia, retardo mental, autismo, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, depresión, Alzheimer, trastorno de pánico, etc.)

Instrumentos : todas las personas seleccionadas serán invitadas a completar los siguientes cuestionarios, los cuales volverán a ser aplicados luego de un mes por una psicóloga evaluadora:

Para el reclutamiento:

● CIDI, cuestionario demográfico

● PCLC 4 , para autoreporte de síntomas de TEPT

● HAMD 5 , para la observación clínica de síntomas depresivos

● BDI 6 , para el autoreporte de síntomas depresivos

● MSPSS 7, para la percepción de apoyo social

● THS 8 , para historia personal de trauma (no entiendo dif con TQ)

● PDEQ, para experiencias disociativas peritraumáticas

● PDI, para distrés peritraumático

● TQ, para experiencias traumáticas

● EVA, encuesta visual análoga para evaluar satisfacción con la intervención

Para la evaluación posterior (luego de 1 mes): los cuestionarios anteriores, más:

● CIDI, sección K

● HAMD 5 , para la observación clínica de síntomas depresivos

Regresión multiple

TEPT tiempo 0 = sexo (cidi 1) + edad (cidi 2) + estado civil / conviviente (cidi 4) + trabajo (cidi 7) + educación (cidi 8) + apoyo social (MSPSS) + trauma anterior (TQ total y n eventos) + tipo trauma actual + distrés peritraumático (PDI) + exp disociativas (PDEQ)

TEPT tiempo 1 = sexo (cidi 1) + edad (cidi 2) + estado civil / conviviente (cidi 4) + trabajo (cidi 7) + educación (cidi 8) + apoyo social (MSPSS) + trauma anterior (TQ total y n eventos) + tipo trauma actual + distrés peritraumático (PDI) + exp disociativas (PDEQ) + intervención (variable control)

REFS de lo copiado sin comentario de doc introducción al trauma

[American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.](http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596)

[Belsher, B. E., Kuhn, E., Maron, D., Prins, A., Cueva, D., Fast, E., & France, D. (2015). A preliminary study of an internet-based intervention for OEF/OIF veterans presenting for VA specialty PTSD care. *Journal of traumatic stress, 2,*153–156.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25864506)

[Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists, 2,* 145–151.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797699)

[Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. The Cochrane database of systematic reviews, , CD003388.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0012018/)

[Bogousslavsky, J. (2011). Hysteria after charcot: Back to the future. *Front Neurol Neurosci*, *29*, 137-61. doi:10.1159/000321783.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20938153)

[Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R., & Farfel, G. M. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, *283*(14), 1837.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10770145)

[Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *62 Suppl 17*, 16-22.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11495091)

[Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*(3), 216-22.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1996917)

[Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748-66.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068961)

[Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(3), 360-6.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10080549)

[Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. American Journal of Psychiatry, 158, 1480-1485](http://www.researchgate.net/publication/11813022_The_Peritraumatic_Distress_Inventory_A_proposed_measure_of_PTSD_Criterion_A2).

[Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., . . . Watson, P. (2006). Psychological first aid field operations guide. *Washington, DC: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.*](http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/english/1-psyfirstaid_final_complete_manual.pdf)

[Cahill, S. P., Foa, E. B., Friedman, M., Keane, T., & Resick, P. (2007). Psychological theories of PTSD. In *Handbook of PTSD. Science and practice* (pp. 55-77). Guilford Press Nueva York.](https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA55&dq=Cahill,+S.+P.,+Foa,+E.+B.,+Friedman,+M.,+Keane,+T.,+%26+Resick,+P.+(2007).+Psychological+theories+of+PTSD.+In+Handbook+of+PTSD.+Science+and+practice+(pp.+55-77).+Guilford+Press+Nueva+York.&ots=meF2pH7mlm&sig=zhKrfG2aJxMsR8c0SAVvynSwSFw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

[Clinical Guideline 26 Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. (2005). *The National Institute for Clinical Excellence.* Retrieved from http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline.](http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline.)

[Cova, F., Rincón, P., Grandón, P., & Vicente, B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Revista Chilena De Neuro-psiquiatría*, *49*(3), 288-297.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300010)

[Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the australian national survey of mental health and well-being. *Psychol Med*, *31*(7), 1237-47.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11681550)

[Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clin Psychol Rev*, *29*(8), 715-26. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.001.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19800725)

[Dell'osso, B., & Lader, M. (2013). Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *28*(1), 7-20. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.11.003.](http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(11)00180-5/abstract)

[Dieltjens T, Moonens I, Van praet K, De buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. PLoS ONE. 2014;9(12):e114714.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264843/)

[Divac, N., Prostran, M., Jakovcevski, I., & Cerovac, N. (2014). Second-generation antipsychotics and extrapyramidal adverse effects. *BioMed Research International*, *2014*, 656370. doi:10.1155/2014/656370.](http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/656370/)

[Eifling, K., & Moy, H. (2015, July 1). Evidence for Psychological First Aid | EMSWorld.com. Retrieved October 5, 2015, from http://www.emsworld.com/article/12077165/evidence-for-psychological-first-aid.](http://www.emsworld.com/article/12077165/evidence-for-psychological-first-aid.)

[Figueroa, R. A., Bas, C., & Padilla, O. (2014). Post-traumatic stress in chile after the F27 earthquake: A pre-post disaster longitudinal analysis of socioeconomic risk factors in a national representative sample of 27,593 adults. In *XVI world congress of the world psychiatry association.*](http://es.wpamadrid2014.com/)

[Figueroa, R. A., Repetto, P., & Bernales, M. (2014). [Incorporation of psychological first aid to the undergraduate curriculum]. Revista médica de Chile, 7, 934–935.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378017)

[Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, *2*(2), 119-126.](http://cism.cap.gov/files/articles/Crisis%20Intervention%20-%20A%20Review.pdf)

[Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide.* Oxford University Press.](http://www.amazon.com/Prolonged-Exposure-Therapy-PTSD-Experiences/dp/0195308506)

[Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(5), 715-23.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1955605)

[Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G. J., . . . Newton, S. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(8), 637-48. doi:10.1080/00048670701449161.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17620160)

[Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. Depression and Anxiety, 28(9), 750-769. doi:10.1002/da.20767.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20767/abstract)

[Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, *27*, 78-91. doi:10.1093/epirev/mxi003.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958429)

[Gelpin, E., Bonne, O., Peri, T., Brandes, D., & Shalev, A. Y. (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *The Journal of clinical psychiatry, 9,* 390–394.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9746445)

[Gartlehner, G., Forneris, C. A., Brownley, K. A., Gaynes, B. N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E., . . . Lohr, K. N. (2013). *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews: Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults after exposure to psychological trauma.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133344/)

[Gerardi, M., Cukor, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2010). Virtual reality exposure therapy for post-traumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, *12*(4), 298-305. doi:10.1007/s11920-010-0128-4.](http://ict.usc.edu/pubs/Virtual%20Reality%20Exposure%20Therapy%20for%20Post-Traumatic%20Stress%20Disorder%20and%20Other%20Anxiety%20Disorders.pdf)

[Gore, T. (2014, November 12). Posttraumatic Stress Disorder Treatment & Management. Retrieved September 29, 2015, from http://emedicine.medscape.com/article/288154-treatment](http://emedicine.medscape.com/article/288154-treatment)

[Green, B. (2014). Prazosin in the treatment of PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, *20*(4), 253-9. doi:10.1097/01.pra.0000452561.98286.1e.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25036580)

[Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*(12), 760-6.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1469374)

[Grinage, B. D. (2003). Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician*, *68*(12), 2401-8.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14705759)

[Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2015). Time Course of Treatment Dropout in Cognitive-Behavioral Therapies for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy, Jun 22. [Epub ahead of print]*.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26098737)

[Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(6), 381-6. doi:10.1016/j.brat.2012.02.011.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22503959)

[Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(3), 507-12.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642889)

[Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist*, *44*(3), 513-24.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2648906)

[Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, *70*(4), 283-315; discussion 316-69. doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181708)

[Holmes, E. A., James, E. L., Coode-Bate, T., & Deeprose, C. (2009). Can playing the computer game "tetris" reduce the build-up of flashbacks for trauma? A proposal from cognitive science. *PloS One*, *4*(1), e4153. doi:10.1371/journal.pone.0004153.](http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004153)

[Hyams, K. C., Wignall, F. S., & Roswell, R. (1996). War syndromes and their evaluation: From the U.S. Civil war to the persian gulf war. *Annals of Internal Medicine*, *125*(5), 398-405.](http://www.gulflink.osd.mil/medical/med_syndrome.htm)

[Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2011). Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP), 6, 825–840.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21798109)

[Isserles, M., Shalev, A. Y., Roth, Y., Peri, T., Kutz, I., Zlotnick, E., & Zangen, A. (2013). Effectiveness of deep transcranial magnetic stimulation combined with a brief exposure procedure in post-traumatic stress disorder--a pilot study. *Brain Stimulation*, *6*(3), 377-83. doi:10.1016/j.brs.2012.07.008.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921765)

[Kearns, M. C., Ressler, K. J., Zatzick, D., & Rothbaum, B. O. (2012). Early interventions for PTSD: A review. *Depression and Anxiety*, *29*(10), 833-42. doi:10.1002/da.21997.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665083/)

[Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Spoont, M. R., & Polusny, M. A. (2015). Treatment Initiation and Dropout From Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy in a VA Outpatient Clinic. Psychological trauma : theory, research, practice and policy, Jun 29. [Epub ahead of print].](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121175)

[Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61 Suppl 5*, 4-12; discussion 13-4.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761674)

[Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837)

[Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617-27. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847357/)

[Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048-60.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257)

[Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *The American journal of psychiatry, 8,* 864–871.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119479/)

[Lambert, J. E., Engh, R., Hasbun, A., & Holzer, J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *26*(5), 729-37. doi:10.1037/a0029341.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22924422)

[Marmar, C. R., Schlenger, W., Henn-Haase, C., Qian, M., Purchia, E., Li, M., Corry, N., Williams, C. S., Ho, C. L., Horesh, D., Karstoft, K. I., Shalev, A., & Kulka, R. A. (2015). Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA psychiatry, 9,* 875–881.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26201054)

[McFarlane, A. C. (2009). Military deployment: The impact on children and family adjustment and the need for care. *Current Opinion in Psychiatry*, *22*(4), 369-73. doi:10.1097/YCO.0b013e32832c9064.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19424067)

[Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., Sannibale, C., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J., & Ewer, P. L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *JAMA, 7,* 690–699.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22893166)

[Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory-driven research and intervention development. *Clin Psychol Rev*, *29*(8), 707-14. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.002.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876)

[Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Rosen, C. S., Willis, E., Resick, P., Chard, K., & Frueh, B. C. (2015). TELEMEDICINE VERSUS IN-PERSON DELIVERY OF COGNITIVE PROCESSING THERAPY FOR WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A RANDOMIZED NONINFERIORITY TRIAL. *Depression and anxiety, Aug*(3). *doi: 10.1002/da.22397.*](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26243685)

[Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. d. e. . J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in mexico. *J Abnorm Psychol*, *112*(4), 646-56. doi:10.1037/0021-843X.112.4.646.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876)

[Ori, R., Amos, T., Bergman, H., Soares-Weiser, K., Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2015). Augmentation of cognitive and behavioural therapies (CBT) with d-cycloserine for anxiety and related disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*, CD007803. doi:10.1002/14651858.CD007803.pub2.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25957940)

[Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*(1), 52-73.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555794)

[Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(1), 46-59.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950)

[Pérez-Rincón, H. (2011). Pierre janet, sigmund freud and charcot's psychological and psychiatric legacy. *Front Neurol Neurosci*, *29*, 115-24. doi:10.1159/000321781](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20938151)

[Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G. J., Collins, R. C., Rodman, J. L., & Lim, K. O. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA, 5,* 456–465.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241597)

[Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F.D., Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. Primary Care Psychiatry, 9, 9-14.](http://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id26676.pdf)

[Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). Consultado en http://www.rae.es/rae.html](http://www.rae.es/rae.html)

[Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2007). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version.* Washington, DC: Department of Veteras´ Affairs.](http://www.alrest.org/pdf/CPT_Manual_-_Modified_for_PRRP(2).pdf)

[Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560. doi:10.1002/14651858.CD000560.](http://www.cochrane.org/CD000560/DEPRESSN_psychological-debriefing-for-preventing-post-traumatic-stress-disorder-ptsd)

[Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., . . . Houry, D. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry.* doi:10.1016/j.biopsych.2012.06.002.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22766415)

[Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., De Rosa, C., Albert, U., Dell'Osso, B., & Fiorillo, A. (2015). [Should we continue to use benzodiazepines in clinical practice?]. *Recenti Progressi in Medicina*, *106*(6), 243-5. doi:10.1701/1884.20548.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26076412)

[Sayers, S. L., Farrow, V. A., Ross, J., & Oslin, D. W. (2009). Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(2), 163-70.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19210950)

[Schneier, F. R., Campeas, R., Carcamo, J., Glass, A., Lewis-Fernandez, R., Neria, Y., Sanchez-Lacay, A., Vermes, D., & Wall, M. M. (2015). COMBINED MIRTAZAPINE AND SSRI TREATMENT OF PTSD: A PLACEBO-CONTROLLED TRIAL. *Depression and anxiety, 8,* 570–579.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22384/abstract)

[Schnurr, P. P., & Lunney, C. A. (2015). Differential Effects of Prolonged Exposure on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Female Veterans.Journal of consulting and clinical psychology, Jul(6), [Epub ahead of print]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26147562)

[Shams, T. A., & Müller, D. J. (2014). Antipsychotic induced weight gain: Genetics, epigenetics, and biomarkers reviewed. *Current Psychiatry Reports*, *16*(10), 473. doi:10.1007/s11920-014-0473-9.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25138234)

[Spoont, M. R., Williams, J. W., Kehle-Forbes, S., Nieuwsma, J. A., Mann-Wrobel, M. C., & Gross, R. (2015). Does This Patient Have Posttraumatic Stress Disorder?: Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA, 5,* 501–510.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241601)

[Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(1).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437445)

[Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, *22*(4), 261-9.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10936633)

[Stevenson, C. W., Halliday, D. M., Marsden, C. A., & Mason, R. (2007). Systemic administration of the benzodiazepine receptor partial inverse agonist FG-7142 disrupts corticolimbic network interactions. *Synapse (New York, N.Y.), 8,* 646–663.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17503486)

[Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(1), 22-33. doi:10.1037/a0022196.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21261431)

[Tomb, D. A. (1994). The phenomenology of post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, *17*(2), 237-50.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7937356)

[Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, *82*(1), 31-37. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x/abstract)

[Ursano, R. J., Sonnenberg, S. M., & Lazar, S. G. (2004). Concise guide to psychodynamic psychotherapy : Principles and techniques of brief, intermittent, and long-term psychodynamic psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Pub. Retrieved from Library of Congress.](http://www.amazon.com/Concise-Guide-Psychodynamic-Psychotherapy-Guides/dp/1585621730)

[van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial.*JAMA psychiatry, 3,* 259–267.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607833)

[van der Kolk, B., & Najavits, L. M. (2013). Interview: What is PTSD really? Surprises, twists of history, and the politics of diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(5), 516-522. doi:10.1002/jclp.21992](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21992/abstract)

[Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *5*, 126-144.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3%3C126::AID-CPP153%3E3.0.CO;2-H/abstract)

[Vera-Villarroel, P., Zych, I., Celis-Atenas, K., CÃ³rdova-Rubio, N., & Buela-Casal, G. (2011). Chilean validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version (PCL-C) after the earthquake on February 27, 2010.*Psychological reports, 1,* 47–58.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22049647)

[Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., . . . Ruzek, J. I. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*(4), 381-388. Retrieved from Google Scholar.](http://psycnet.apa.org/journals/pro/39/4/381/)

[Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the chile psychiatric prevalence study. The American Journal of Psychiatry, 163(8), 1362-70. doi:10.1176/appi.ajp.163.8.1362.](http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.8.1362)

[Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). [Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders (DSM-III-R/CIDI) (ECPP)]. *Revista Médica De Chile*, *130*(5), 527-36.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007)

[Wade, D., Howard, A., Fletcher, S., Cooper, J., & Forbes, D. (2013). Early response to psychological trauma--what GPs can do. *Australian family physician, 9,* 610–614.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24024219)

[Wilcox, H. C., Storr, C. L., & Breslau, N. (2009). Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Archives of General Psychiatry*, *66*(3), 305-11. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.557.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19255380)

[Wolf, E. J., Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2015). The Influence of the Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder on Treatment Efficacy in Female Veterans and Active Duty Service Members. Journal of consulting and clinical psychology, Jul 13. [Epub ahead of print]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26167946)

[World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update.* World Health Organization.](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)

[World Health Organization. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. In *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress.* Geneva: WHO.](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf)

[Zajac, K., Randall, J., & Swenson, C. C. (2015). Multisystemic therapy for externalizing youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *24*(3), 601-16. doi:10.1016/j.chc.2015.02.007.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26092742)

[Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in chile. *Psychol Med*, *36*(11), 1523-33. doi:10.1017/S0033291706008282.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)

[Zohar, J., Sonnino, R., Juven-Wetzler, A., & Cohen, H. (2009). Can posttraumatic stress disorder be prevented? *CNS Spectr*, *14*(1 Suppl 1), 44-51.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169193)

Referencias del doc protocolo

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC:

Author.

2. Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet (London,

England) , 2 (7872), 814.

3. Wing, J.K., Sartorius, N., & Üstün, T.B. (2007). Diagnosis and clinical measurment in psychiatry: A reference manual for

SCAN. Cambridge: World Health Organization.

4. VeraVillarroel,

P., Zych, I., CelisAtenas,

K., CórdovaRubio,

N., & BuelaCasal,

G. (2011). Chilean validation of the

posttraumatic stress disorder checklistcivilian

version (PCLC)

after the earthquake on february 27, 2010. Psychol Rep ,

109 (1), 4758.

5. RamosBrieva

J A, Cordero Villafáfila A. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión.

Actas LusoEsp

Neurol Psiquiatr 1986; 14: 32434.

6. Vázquez, C., Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en

pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud, 10, 5881.

7. Arechabala Mantuliz, M. C., & Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo

de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. Ciencia y enfermería , 8 (1), 4955.

8. Carlson, E. B., Smith, S. R., Palmieri, P. A., Dalenberg, C., Ruzek, J. I., Kimerling, R., ... & Spain, D. A. (2011).

Development and validation of a brief selfreport

measure of trauma exposure: the Trauma History Screen. Psychological

assessment , 23 (2), 463.

9. Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, & Visión Mundial Internacional. (2012). Primera ayuda

psicológica: Guía para trabajadores de campo . Ginebra: OMS.

10. Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). Systematic review of psychological first aid . Geneva: WHO

Referencias de paper en ingles SSDD JOTS

Baeza, M. a. (2010). Carnaval perverso: Terremoto + tsunami y saqueos en el Chile de 2010. Sociedad Hoy, 19, 53–70.

Başoğlu, M., Kiliç, C., Salcioğlu, E., & Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. Journal of Traumatic Stress, 17(2), 133–41. http://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022619.31615.e8

Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., Gonzalez, M. P., … Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr, 28, 207–218.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol, 68(5), 748–66.

Canada, T. S. (2009). A healthy, productive Canada: a Determinant of Health approach. Ontario, Canada. Retrieved April 22, 2015, from http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-e.pdf

Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., … Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychological Medicine, 27(1), 153–60.

Davidson, J. R. T., Tharwani, H. M., & Connor, K. M. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. Depression and Anxiety, 15(2), 75–8.

18

Departamento de Epidemiología. (2008). Estudio carga de enfermedad y carga atribuible 2007. Retrieved April 16, 2016, from http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Informe-final-carga\_Enf\_2007.pdf

Dirkzwager, A. J. E., Grievink, L., van der Velden, P. G., & Yzermans, C. J. (2006). Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. Prospective study. The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 189(2), 144–9. http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.017855

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Giles, W.H., Anda, R.F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. Preventive Medicine, 37(3), 268-277.

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. American Journal of Psychiatry, 160, 1453–1460.

Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. Epidemiologic Reviews, 27, 78–91. http://doi.org/10.1093/epirev/mxi003

Garbarino, J. (2001). An ecological perspective on the effects of violence on children. Journal of Community Psychology, 29 (3), 361-378.

Gobierno de Chile. (2010). Plan de Reconstrucción Terremoto y Maremoto del 27 de Febrero de 2010. Resumen Ejecutivo. Retrieved April 22, 2015, from http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/plan-reconstruccion-resumen-ejecutivo.pdf

19

Guha-sapir, D., Hargitt, D., & Hoyois, P. (2004). Thirty Years of Natural Disasters 1974-2003: The Numbers. Presses Universitaires de Louvain. Retrieved April 22, 2015, from http://www.unisdr.org/files/1078\_publication2004emdat.pdf

Guha-sapir, D., Hoyois, P., & Below, R. (2013). Statistical Review 2012 Annual Disaster Statistical Review 2012 The numbers and trends. Retrieved April 22, 2015, from http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ADSR\_2012.pdf

Hartmann, W.E. and Gone, J.P. (2014). American Indian historical trauma: Community perspectives from two Great Plains medicine men. American Journal of Community Psychology, 54, 274-288.

Kaiser Family Foundation (2012). Global Health Facts. Retrieved April 20, 2016, from http://kff.org/global-indicator/country-income-classification/#table

Klest, B. (2012). Childhood trauma, poverty, and adult victimization. Psychological Trauma Theory, Research, Practice, and Policy, 4 (3), 245-251.

Kroll, J. (2003). Posttraumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. JAMA, 290(5), 667–70. http://doi.org/10.1001/jama.290.5.667

Leiva-Bianchi, M. C., & Araneda, A. C. (2013). Validation of the Davidson Trauma Scale in its original and a new shorter version in people exposed to the F-27 earthquake in Chile. European Journal of Psychotraumatology, 4. http://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21239

Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Retrieved April 22, 2015, from http://www.thecanadianfacts.org/the\_canadian\_facts.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (n.d.-a). CASEN Descripción y objetivos. Retrieved April 22, 2015, from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen\_obj.php

Ministerio de Desarrollo Social. (n.d.-b). Encuesta post-terremoto. Retrieved April 22, 2015, from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/enc\_post.php

20

Myer, L., Stein, D.J., Grimsrud, A., Seedat, S., Williams, D.R. (2008). Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. Social Science & Medicine, 66, 1828-1840.

Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. Psychological Medicine, 38(4), 467–80. http://doi.org/10.1017/S0033291707001353

Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. Psychiatry, 65(3), 240–60.

North, C. S., Oliver, J., & Pandya, A. (2012). Examining a comprehensive model of disaster-related posttraumatic stress disorder in systematically studied survivors of 10 disasters. American Journal of Public Health, 102(10), e40–8. http://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300689

USGS. (n.d.-a). Earthquake Summary. Retrieved April 22, 2015, from http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eqinthenews/2010/us2010tfan/#summary

USGS. (n.d.-b). Magnitude 8.8 - OFFSHORE BIO-BIO, CHILE. Retrieved January 22, 2015, from http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eqinthenews/2010/us2010tfan/

Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. The American Journal of Psychiatry, 163(8), 1362–70. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.8.1362

WHO (n.d.). WHO | What are social determinants of health?. Retrieved April 22, 2015, from http://www.who.int/social\_determinants/sdh\_definition/en/

21

WHO (2013). Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Retrieved April 22, 2015, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406\_eng.pdf

WHO (2014). Social Determinants of Mental Health. Geneva, Switzerland: WHO Press. Retrieved April 22, 2015, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809\_eng.pdf

WHO (2016). ICD-10 Version: 2016. Postraumatic Stress Disorder. Retrieved April 22, 2016, from http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F43.1

Yzermans, C. J., Donker, G. A., Kerssens, J. J., Dirkzwager, A. J. E., Soeteman, R. J. H., & ten Veen, P. M. H. (2005). Health problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice. International Journal of Epidemiology, 34(4), 820–6. http://doi.org/10.1093/ije/dyi096