



# Anàlisi del trastorn d'estrès posttraumàtic en relació als símptomes psicològics i a la qualitat de vida en pacients migrants

*Treball Final de Màster: Projecte de Recerca en Psicologia Clínica i de la Salut*

**Nom Estudiant:** Núria González Aumatell  
Pla d'estudis: Màster en Psicologia General Sanitaria

**Nom Professora:** Àlicia Álvarez Garcia

Data Lliurament: Gener 2019



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/)

## FITXA DEL TREBALL FINAL DE MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

<b>Títol del treball:</b>	<i>Anàlisi del trastorn d'estrès posttraumàtic en relació als símptomes psicològics i a la qualitat de vida en pacients migrants</i>
<b>Nom de l'autora:</b>	<i>Núria González Aumatell</i>
<b>Nom del consultora:</b>	<i>Alícia Álvarez Garcia</i>
<b>Data de lliurament:</b>	<i>01/2019</i>
<b>Àmbit del Treball Final:</b>	<i>Psicologia General Sanitaria: TEPT i Psiquiatria Transcultural</i>
<b>Titulació:</b>	<i>Màster en Psicologia General Sanitaria</i>

### **Resum del Treball (màxim 250 paraules):**

L'alta prevalença de vivències traumàtiques, sumat als estressors propis de la migració i els elements de vulnerabilitat que viuen al país d'acollida els pacients migrants, poden desencadenar l'aparició de trastorns mentals, entre aquests el trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) o el TEPT complex. Per aquest motiu, es fa palesa la necessitat d'investigar la relació entre els símptomes psicològics, la gravetat dels símptomes d'estrès posttraumàtic i la qualitat de vida dels pacients d'origen cultural divers.

Així doncs, l'objectiu principal de la recerca és identificar les relacions entre aquestes variables en pacients atesos al Programa de Psiquiatria Transcultural de l'Hospital Vall d'Hebron. La hipòtesi de la investigació apunta que a més gravetat de símptomes del TEPT (↑), els pacients presentaran una pitjor qualitat de vida (↓) i majors símptomes psicològics (↑). Es tracta d'una investigació correlacional. La metodologia emprada per a validar la hipòtesi és una metodologia descriptiva no experimental amb disseny quantitatiu.

S'han obtingut resultats significatius pel que fa a les correlacions entre els diversos símptomes psicològics, del TEPT i la qualitat de vida que confirmen la hipòtesi inicial plantejada. No obstant, els tres dèficits principals de tota investigació (temps, recursos i coneixements) han condicionat la possibilitat d'obtenir uns resultats altament explicatius i amb fonament suficient per a poder ser generalitzats. Es proposa seguir investigant en aquesta línia, ampliant la mostra i observant de manera longitudinal les relacions entre aquestes variables (psicosocials incloses) al llarg del temps i l'efecte de diversos tipus de tractament en la reducció del malestar psicològic dels pacients.

**Paraules clau (entre 4 i 8):**

Migració, trauma, TEPT, TEPT-C, símptomes psicològics, qualitat de vida, psiquiatria transcultural.

**Abstract (in English, 250 words or less):**

Migrant patients typically show a high prevalence of traumatic experiences and are subject to certain sources of stress and specific vulnerabilities that are most prominent amongst that particular subset of population. This can trigger the onset of mental disorders, including Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) or the complex PTSD and thereby evidences the need to investigate the relationship between psychological symptoms, the severity of posttraumatic stress symptoms and the quality of life of patients of diverse cultural origin.

Thus, the main goal of this research was to identify the relationships between these variables in patients who are attended in the Transcultural Psychiatry Program of Vall d'Hebron Hospital. The research hypothesis proposes that the higher the severity of PTSD symptoms ( $\uparrow$ ), the lower the quality of life ( $\downarrow$ ) and the greater the psychological symptoms ( $\uparrow$ ) patients will present. This is, therefore, a correlational investigation. The methodology used to validate the hypothesis is a non-experimental descriptive methodology with quantitative design.

Significant results have been found regarding the correlations between the various psychological symptoms, the PTSD and the quality of life that confirm the initial hypothesis raised. However, the three main deficits of any research (time, resources and knowledge) have conditioned the possibility of obtaining highly explanatory and generalizable results. It is proposed to further research this line, expanding the sample and observing in a longitudinal way the relationships between these variables (psychosocial included) over time and the effect of various types of treatment in reducing the psychological discomfort of patients.

**Key words (in English, 4 - 8 words):**

Migration, trauma, PTSD, CPTSD, psychological symptoms, quality of life, transcultural psychiatry.

## Índex

0. Introducció.....	1
1. Context i justificació.....	1
2. Revisió teòrica.....	6
3. Problema.....	8
4. Preguntes de recerca, objectius i/o hipòtesis.....	9
5. Propòsit de la recerca.....	9
6. Mètode.....	10
6.1 Disseny de la recerca.....	10
6.2 Participants.....	11
6.3 Instruments.....	13
6.4 Procediment.....	15
7. Resultats.....	17
7.1 Estadístics descriptius.....	17
7.2 Correlacions de Pearson.....	23
8. Discussió.....	24
9. Conclusions.....	31
10. Referències bibliogràfiques.....	34
11. Annexos.....	38
11.1 Calendari de treball.....	38
11.2 Declaració de consentiment informat.....	39
11.3 Protocol d'avaluació.....	41

## Llista de figures

<i>Figura 1. Estructura de factors del TEPT-C (Brewin et al., 2017).</i>	3
<i>Figura 2. Distribució del nivell d'estudis</i>	12
<i>Figura 3. Tipologia d'ingressos econòmics</i>	12
<i>Figura 4. Distribució del tipus d'allotjament</i>	12
<i>Figura 5. Gràfic qualitat de vida pacient 1</i>	21
<i>Figura 6. Gràfic qualitat de vida pacient 2</i>	21
<i>Figura 7. Gràfic qualitat de vida pacient 3</i>	21
<i>Figura 8. Gràfic qualitat de vida pacient 4</i>	21
<i>Figura 9. Gràfic qualitat de vida pacient 5</i>	21
<i>Figura 10. Gràfic qualitat de vida pacient 6</i>	21
<i>Figura 11. Gràfic qualitat de vida pacient 7</i>	22
<i>Figura 12. Gràfic qualitat de vida pacient 8</i>	22
<i>Figura 13. Gràfic qualitat de vida pacient 9</i>	22
<i>Figura 14. Gràfic qualitat de vida pacient 10</i>	22
<i>Figura 15 Gràfic radial de la mitja de puntuacions dels participants sobre qualitat de vida</i>	22

## Llista de taules

<i>Taula 1 Estadístics descriptius Patrons de son</i>	17
<i>Taula 2 Estadístics descriptius Alimentació</i>	17
<i>Taula 3 Estadístics descriptius Exercici Físic</i>	17
<i>Taula 4 Estadístics descriptius Ús de substàncies</i>	17
<i>Taula 5 Freqüències i percentatges del suport social percebut</i>	18
<i>Taula 6 Estadístics descriptius de les variables principals</i>	18
<i>Taula 7 Estadístics descriptius del qüestionari GHQ-28 sobre símptomes psicològics</i>	18
<i>Taula 8 Descriptius del tipus d'exposició</i>	19
<i>Taula 9 Descriptius de la freqüència de l'episodi</i>	19
<i>Taula 10 Descriptius d'exposició al succés a la infància i/o adolescència</i>	19
<i>Taula 11 Descriptius de les seqüeles físiques a causa de l'episodi traumàtic</i>	19
<i>Taula 12 Descriptius de la re-victimització</i>	19
<i>Taula 13 Descriptius de l'ocurrència actual</i>	19
<i>Taula 14 Estadístics descriptius de l'escala EGS-R sobre gravetat dels símptomes del TEPT</i>	19
<i>Taula 15 Estadístics descriptius del grau d'afectació i interferència negativa a la vida quotidiana</i>	20
<i>Taula 16 Estadístics descriptius escala SLDS de qualitat de vida</i>	20
<i>Taula 17 Correlacions de Pearson de les variables principals</i>	23

## 0. Introducció

El fet de migrar, que sovint respon a una necessitat per a millorar la situació personal i/o familiar, implica grans canvis a totes les esferes que envolten la persona i pot generar situacions de tensió (Sayed-Ahmad, 2013). En aquest sentit, la història de vida prèvia al trajecte, el procés migratori, la pèrdua dels llaços familiars i comunitaris de la societat d'origen i el repte de viure en un context desconegut actuen com a factors de risc per la salut mental de les persones migrants (Sayed-Ahmad, 2013).

Entre les principals seqüeles es troben les somatitzacions, les alteracions adaptatives, afectives i ansioses, l'estrès agut, l'estrès crònic (síndrome d'Ulisses), l'estrès posttraumàtic i el trauma complex (García-Campayo i Sanz, 2002; Achotegui, 2009; Sayed-Ahmad, 2013).

El programa de Psiquiatria Transcultural (Servei de Psiquiatria Hospital Universitari Vall d'Hebron, 2010) en el qual s'emmarca aquest estudi, ofereix atenció a un nombre elevat de pacients que han viscut episodis traumàtics. En molts dels casos, es tracta d'esdeveniments traumàtics repetits o cronificats que desemboquen en un trastorn d'estrès posttraumàtic complex (TEPT-C).

En el present treball es descriu la recerca duta a terme en el context del Servei de Psiquiatria Transcultural de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) sobre la correlació entre símptomes d'estrès posttraumàtic, qualitat de vida i símptomes psicològics en persones migrants d'origen cultural divers que han experimentat diferents situacions traumàtiques al llarg de la seva vida.

## 1. Context i justificació

Tal com proposen Echeburúa i De Corral (2008) "*qualsevol esdeveniment traumàtic (...) suposa un trencament en el sentiment de seguretat d'una persona*". El trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) apareix quan una persona ha patit (o ha sigut testimoni) d'una agressió física o un fet que representa una amenaça per la seva vida, la seva integritat física o la d'una altra persona (Echeburúa i De Corral, 2008).



Clínicament es descriuen quatre grups de símptomes pel TEPT (American Psychological Association, 2014):

- Re-experimentació: presència de símptomes d'intrusió associats al fet traumàtic (records, somnis, reaccions dissociatives i malestar o reaccions fisiològiques cap a factors interns o externs que simbolitzen el fet).
- Evitació: evitació persistent d'estímuls associats al fet o fets traumàtics a nivell de pensaments i/o de conductes.
- Estat d'ànim i cognitiu alterat: alteracions negatives cognitives i de l'estat d'ànim associades al fet o fets.
- Híper-alerta: alteració important de l'alerta i la reactivitat (comportament irritable, autodestructiu o imprudent, híper-vigilància, resposta de sobresalt exagerada, problemes de concentració i alteració del son).

Encara que el TEPT complex estava inclòs en la categoria del trastorn d'estrès extrem no especificat (DESNOS) de la quarta edició del manual diagnòstic i estadístic de trastorns mentals DSM-IV (APA, 2002), no s'inclou aquesta descripció en el nou DSM 5 (APA, 2014; Fernández et al., 2018).

Segons el National Health Service d'Anglaterra (NHS, 2018a), el TEPT complex (TEPT-C) pot ser diagnosticat a adults o nens que han experimentat repetidament esdeveniments traumàtics com violència, negligència o abús. El TEPT-C pot ser més sever si l'esdeveniment traumàtic succeeix en edats primerenques, ha sigut causat per progenitors o cuidadors, la persona ha experimentat el trauma de manera prolongada, la persona estava sola o encara té contacte amb els que eren responsables del trauma (NHS, 2018a). Aquesta institució refereix que els símptomes poden ser similars al TEPT però, a més, inclouen sentiments de vergonya o culpa, dificultat per a controlar les emocions, dissociació (pèrdua d'atenció i concentració), símptomes físics (mal de cap, mareig, mal al pit o a l'estómac), distanciament d'amics i familiars, dificultats de relació, comportament destructiu o de risc (auto-lesions i/o abús de substàncies) o pensaments suïcides (NHS, 2018a).

En l'onzena edició de la classificació internacional de malalties (CIE-11) s'inclou la distinció entre el TEPT i el TEPT complex (World Health Organization, 2018). Segons aquest manual, el TEPT complex és un trastorn que es pot desenvolupar després d'estar exposat a un esdeveniment o una sèrie d'esdeveniments de naturalesa extremadament amenaçadora o horrible, normalment prolongats, repetitius, dels quals escapar és difícil o impossible, per exemple tortura, esclavitud, violència domèstica prolongada, abús sexual o físic repetit de la infància (WHO, 2018). Aquest segon constructe, doncs, inclou a la població que ha experimentat traumes de manera repetida i/o sostinguda en el temps i mostren un major deteriorament funcional que aquells amb TEPT (Brewin et al., 2017).

A més dels tres grans grups de símptomes del TEPT simple, re-experimentació, evitació i híper-alerta (Balbuena, 2007; Brewin et al., 2017), en el TEPT complex s'hi inclouen tres altres grups relacionats amb dificultats en l'autoorganització (veure figura 1): a) Desregulació afectiva, incloent hiperactivitat o hipo-activació; b) autoconcepte negatiu, és a dir, sentiments de fracàs o d'inutilitat; i c) dificultats interpersonals, definides per aïllament o evitació (Brewin et al., 2017).

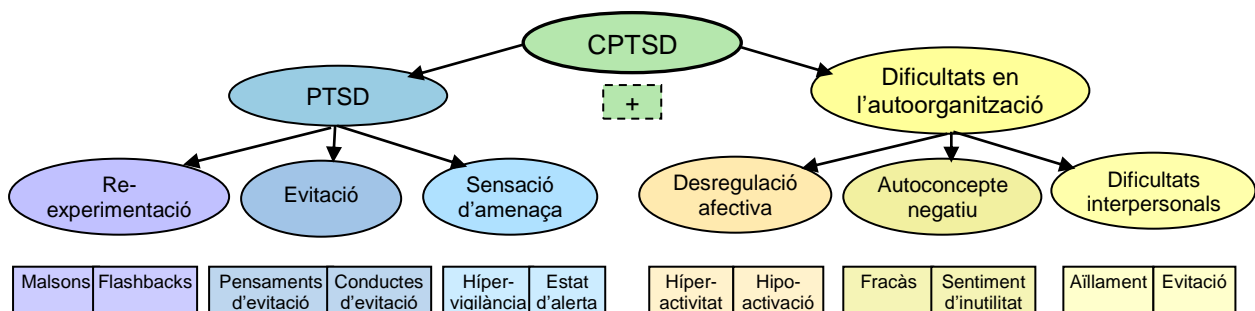


Figura 1. Estructura de factors del TEPT-C. Font: Brewin et al. (2017).

Tal com s'apunta al DSM 5 (APA, 2014), el risc d'aparició, la gravetat i l'expressió clínica dels símptomes del TEPT poden variar culturalment. Així doncs, la procedència de la persona, les diferències culturals, la situació socioeconòmica, entre d'altres elements propis de la població migrada (o sol·licitant d'asil), poden ser factors de vulnerabilitat sumats al quadre simptomatològic de la persona diagnosticada amb TEPT o TEPT-C.

La cultura són “els sistemes de coneixements, conceptes, normes i pràctiques que s'aprenen i transmeten a través de les generacions” (APA, 2014). Dins d'aquest concepte s'inclouen elements com la llengua, la religió i l'espiritualitat, les estructures familiars, les fases dels cicles vitals, els rituals cerimonials, els costums i els sistemes morals i legals de la societat. És imprescindible tenir en compte aquestes característiques culturals, sense caure en la generalització, a l'hora de tractar amb els pacients migrants o sol·licitants d'asil (Servei de Psiquiatria HUVH, 2010).

Així mateix, a la descripció que el DSM 5 (APA, 2014) fa del TEPT s'inclouen diversos factors de risc, alguns dels quals poden ser d'especial rellevància en relació a la població migrant, tal com es mostra a llista següent:

a) Factors pre-traumàtics:

- Ambientals: nivell socioeconòmic baix; escassa educació; exposició a un trauma previ; característiques culturals, etc.
- Genètics i fisiològics: sexe femení; menor edat al moment d'exposició al trauma (pels adults)

b) Factors peri-traumàtics:

- Ambientals: gravetat del trauma; perill vital percebut; lesions personals; violència interpersonal; dissociació produïda durant el trauma que persisteix després

c) Factors posttraumàtics:

- Temperamentals: avaluacions negatives; estratègies d'afrontament inadequades, etc.
- Ambientals: exposició posterior a records molestos repetitius; exposició a esdeveniments adversos posteriors, etc.

El treball en l'àmbit de la salut mental i la psiquiatria transcultural ha de gestionar les limitacions contextuais i/o els problemes que presenta aquest col·lectiu com el desconeixement de l'idioma (Miller, Martell, Pazdirek, Caruth i Lopez, 2005), les diverses perspectives culturals respecte a la salut mental i la interpretació que es fa sobre la pròpia simptomatologia (Bhui i Bhugra, 2002; McCabe i Priebe, 2004), el concepte que els pacients tenen sobre el rol del psicòleg, les diferències culturals (p. ex. en la comprensió i gestió del temps),

els freqüents desavantatges socials i econòmics derivats de la pertinença a un grup minoritari (Miranda, Lawson i Escobar, 2002) i les seves possibles conseqüències psicològiques (Bhugra, 2004), així com aquelles derivades directament de la migració i l'estrès que aquest procés suposa (Cantor-Graae i Selten, 2005).

La creació de programes especialitzats per a pacients transculturals respon a la dificultat que el concepte de multiculturalitat afegeix a la pràctica clínica habitual i a la falta de competència cultural d'alguns professionals sanitaris i dels propis dispositius assistencials (McGuire i Miranda, 2008; Qureshi, Collazos, Ramos i Casas, 2008). Així doncs, la població atesa al Programa Psiquiatria Transcultural (Servei de Psiquiatria HUVH, 2010) prové de diversos orígens culturals, majoritàriament Llatinoamèrica, Àfrica, Àsia i Europa de l'Est, sent doncs el gran gruix de la població atesa.

El TEPT sol ser un trastorn infra-diagnosticat, tanmateix, en contextos específics com el d'atenció a persones migrants gran part de la població ha experimentat esdeveniments traumàtics al llarg del cicle vital (Mingote, 2011; Sayed-Ahmad, 2013). Les persones diagnosticades clínicament de TEPT-C, d'acord amb allò proposat per la CIE-11 (WHO, 2018) i la descripció feta per Herman (1997), són pacients amb una història de violència domèstica prolongada o situacions d'instabilitat i violència extrema al país d'origen, sobrevivents de tracta i d'explotació sexual, d'abús sexual infantil, maltractament en la infància o sobrevivents discriminació continuada per orientació sexual o identitat de gènere.

Degut a les característiques concretes de la patologia, una persona traumatitzada tot i tenir la necessitat de confiar en la integritat i la competència del terapeuta pot no poder-ho fer perquè la seva capacitat de confiar ha sigut malmesa degut a l'experiència traumàtica (Herman, 1992). Per exemple supervivents d'abús sexual, violació, hostatges, presoners polítics, dones maltractades i supervivents de l'holocaust (Herman, 1992).

Per tal de donar una resposta efectiva, és imprescindible comptar amb evidència científica que tingui en compte la relació entre diversos elements intervinents. És a dir, investigar la relació entre els elements socioculturals, la simptomatologia associada al TEPT i la disminució de la qualitat de vida, que

poden influir en el procés de recuperació dels individus. Aquest punt és important i és la guia de la recerca per aportar evidència en relació a l'hora d'intervenir de manera específica amb pacients d'origen cultural divers amb experiències traumàtiques, per alleujar i disminuir la simptomatologia pròpia del TEPT i el TEPT-C, vetllant per a millorar la qualitat de vida i partint des del model bio-psico-social.

## 2. Revisió teòrica

Segons el NHS (2018b) els símptomes del TEPT poden suposar un impacte significatiu en el dia a dia de les persones que han sofert experiències traumàtiques. Així mateix, tal com proposa aquesta institució, a més dels símptomes clàssics del TEPT moltes persones poden tenir altres problemes. S'inclouen problemes de salut mental com depressió, ansietat o fòbies, comportaments perjudicials o destructius com ara l'ús indegut de drogues o d'alcohol, altres símptomes físics com mals de cap, marejos, dolors de pit i d'estómac. Així mateix, el TEPT en ocasions comporta problemes amb la feina i el trencament de relacions (NHS, 2018b).

Tal com exposa Navarro-Lashayas (2014), en relació a l'exclusió residencial, qualsevol investigació que inclogui la migració com a tema central, hauria de combinar factors individuals i de les experiències sofertes per la persona amb factors estructurals. En aquest sentit, el TEPT esdevé un element clau d'estudi per a la interacció dels factors psicosocials i neuro-biològics en situacions extremes d'estrès (Mingote, 2011). En la seva investigació Navarro-Lashayas (2014) refereix que, entre d'altres elements, els successos vitals estressants soferts per la persona tenen influència en el benestar emocional.

El TEPT no és una reacció psicològica normal a l'estrès. És un trastorn molt freqüent en la població general però està infra-diagnosticat per les pròpies característiques (Mingote, 2011). És diferenciable d'altres trastorns mentals tot i tenir una elevada comorbiditat. No obstant això, habitualment, els pacients són diagnosticats i tractats per trastorns associats secundaris (Mingote, 2011).

Els símptomes i trastorns que s'associen amb freqüència al síndrome nuclear del pacient amb TEPT són ansietat, depressió, somatització, conductes impulsives, trastorns dissociatius, conductes auto-lesives, addiccions i ideació suïcida (Mingote, 2011; Mind - National Association for Mental Health, 2018). D'altra banda però, el TEPT constitueix un factor de risc per a patir trastorn de pànic, depressió major, abús o dependència d'alcohol o d'altres substàncies i fòbia social (Engdahl et al. 1998, citat a Mingote, 2011).

La vivència d'un esdeveniment traumàtic pot desencadenar l'aparició d'un trastorn mental, al qual s'afegeixen els canvis neuro-biològics implicats en el procés d'estrès crònic (Achoategui, 2009; Mingote, 2011). Tot això, té grans i importants repercussions funcionals en la vida diària de les persones afectades que poden interferir en la qualitat de vida (Mingote, 2011).

El solapament dels símptomes del TEPT amb altres trastorns mentals, sumat a les resistències dels pacients per a referir les seves experiències traumàtiques dificulta el diagnòstic precoç i la possibilitat d'oferir un tractament eficaç. Això s'afegeix a la tendència d'emprar un enfocament clínic massa centrat en l'etiqueta diagnòstica i el tractament dels símptomes, allunyant-se de les consideracions etiològiques, sempre complexes i més difícils d'avaluar (Mingote, 2011). És important, doncs, fomentar una relació suficient de confiança i seguretat per a poder explorar la presència d'esdeveniments traumàtics a la vida del pacient i l'afectació d'aquests en el moment present, per a poder iniciar un tractament eficaç que permeti reduir la simptomatologia (Mingote, 2011).

Les diverses prevalences geogràfiques del TEPT, indiquen el fort pes etiològic de l'exposició a la situació extrema i de perill per a la vida (Mingote, 2011). Element altament important en el tractament de pacients transculturals, atès que un gran nombre dels quals han viscut experiències traumàtiques complexes (Servei de Psiquiatria HUVH, 2010). És important, a més, incloure la perspectiva de gènere en l'abordatge del TEPT tenint en compte la gravetat de la violència contra la dona i les experiències d'abús físic i sexual infantil, en el desenvolupament d'aquest trastorn (Mingote, 2011).

El perfil de símptomes del TEPT complex reconeix la pèrdua de les competències emocionals, socials cognitives i psicològiques que s'han

deteriorat degut a l'exposició prolongada al trauma complex (Cloitre et al., 2012; NHS, 2018a). Així mateix, el NHS (2018b) destaca que la falta de suport social de la família o amics pot esdevenir un element de risc per a desenvolupar el TEPT després d'un esdeveniment traumàtic. I, d'altra banda, el fet d'haver sofert depressió o ansietat fan que la persona sigui més susceptible de presentar els símptomes típics del TEPT. Així mateix, Duque, Mallo i Álvarez (2007, citats a Balbuena, 2007) proposen que el suport social (a través de la família, amics, xarxes socials o institucionals) és necessari en conjunt amb les iniciatives de la comunitat per reparar els efectes de l'experiència traumàtica i proporcionar l'acompanyament necessari en el difícil retorn a la vida quotidiana.

### 3. Problema

L'alta prevalença de les experiències traumàtiques en la història de vida de les persones migrades (Sayed-Ahmad, 2013), evidencia la necessitat d'ampliar coneixement en relació al TEPT i el TEPT-C. Per tal de clarificar la presentació típica de l'estrès posttraumàtic, cal identificar les característiques socioculturals i la simptomatologia associada que pot influir i dificultar el diagnòstic i/o tractament d'aquests trastorns (Servei de Psiquiatria HUVH, 2010).

En aquesta línia, és imprescindible entendre la relació entre el TEPT simple o complex amb altres trastorns amb símptomes relacionats i la interferència en la qualitat de vida de les persones que els pateixen (Buxton i Turnbull, 2018). A més, és important incloure variables com el suport social percebut per analitzar la influència en aquest tipus de relacions, sempre tenint en compte la perspectiva cultural.

Aquests resultats poden ajudar a poder dissenyar, en un futur, tractaments eficaços que permetin alleujar i disminuir la simptomatologia pròpia dels pacients amb TEPT o TEPT-C d'origen cultural divers.

Per tot l'explicat, es proposa una recerca per analitzar la relació entre la presentació clínica i la gravetat del TEPT amb els símptomes psicològics i la qualitat de vida de pacients migrants.

## 4. Preguntes de recerca, objectius i/o hipòtesis

Les preguntes d'investigació plantejades per a la present recerca són: 1. Com afecta la simptomatologia del TEPT als símptomes psicològics generals i a la qualitat de vida de pacients d'origen cultural divers? 2. Intervenen altres variables en l'expressió d'aquestes correlacions?

En aquest sentit, l'objectiu principal és identificar les relacions entre la gravetat dels símptomes del TEPT, la presència de símptomes psicològics (ansietat- insomni, depressió, disfunció social i simptomatologia somàtica) i la qualitat de vida de pacients atesos al Programa de Psiquiatria Transcultural.

Un segon objectiu és estudiar la relació d'altres variables (com la percepció de suport social) en l'expressió de gravetat de símptomes de TEPT, símptomes psicològics i qualitat de vida.

La hipòtesi de la recerca és que a més gravetat de símptomes del TEPT (puntuació més alta ↑), els pacients presentaran una pitjor qualitat de vida (↓) i majors símptomes psicològics (↑).

## 5. Propòsit de la recerca

El propòsit de la recerca és trobar indicadors del tipus de relació entre les variables per obtenir una fotografia de la problemàtica de la salut mental en pacients culturalment diversos que han sofert un o diversos episodis traumàtics.

Segons el tipus de relacions obtingudes, serà possible dissenyar estratègies d'intervenció futures adequades a les necessitats i peculiaritats d'aquests pacients. Els resultats obtinguts poden orientar la implementació de tractaments dirigits a disminuir la simptomatologia d'estrès posttraumàtic i a abordar la simptomatologia psicològica associada. Així mateix, incidir en elements d'especial importància com el suport social i els estils de vida per tal de fomentar una millora de la qualitat de vida de la persona.



## 6. Mètode

### 6.1 Disseny de la recerca

S'ha utilitzat un disseny correlacional quantitatiu mitjançant metodologia descriptiva (León i Montero, 2014). Es basa en el paradigma positivista i parteix d'una perspectiva metodològica empírico-analítica (Arbós, Vidal Xifré, Arnal, Bartolomé Pina i Rincón, 2010). El problema a investigar és la relació entre variables i, per tant, l'objectiu és predir les repercussions de les vivències traumàtiques i els símptomes d'estrès posttraumàtic tenen per a la persona a nivell emocional i psicològic i en relació a la seva qualitat de vida.

Les variables principals a analitzar són:

- La simptomatologia específica de TEPT i la gravetat d'aquesta. Aquesta és considerada la variable independent.
- La simptomatologia psicològica general. Aquest grup de variables es defineix com a dependents. Encara que en l'anàlisi de la correlació amb la qualitat de vida, emprarien el valor d'independents.
- La qualitat de vida percebuda. Aquesta variable desenvolupa el paper de variable dependent dins la recerca.

Variabls sociodemogràfiques: edat, sexe, país d'origen, estudis, estat administratiu, tipus d'allotjament, situació laboral, ingressos, professió, etc.

Variabls psicosocials: nivell d'integració percebut, suport social de família, amics, institucions o altres, vinculació a entitats, estils de vida (patrons de son, alimentació, exercici físic, ús de substàncies), presència o absència de patologies físiques o mentals, tractament psicològic previ i tractament farmacològic actual.

Donat que no es tracta d'un estudi experimental que es focalitza en identificar la relació causa-efecte entre variables, sinó d'un estudi que busca correlacions (és a dir la relació recíproca) entre diverses mesures vinculades a la simptomatologia TEPT, no s'han controlat variables estranyes. No obstant això, s'ha intentat incloure totes les variables psicosocials que poden influir en l'increment del malestar psicològic i emocional i la disminució de la qualitat de vida de les persones migrants que han viscut esdeveniments traumàtics.

## 6.2 Participants

La mostra està composta per deu persones migrants pacients del Programa de Psiquiatria Transcultural de Vall d'Hebron. S'ha accedit a la mostra a través d'entrevistes en el servei de psicologia del mateix hospital i del recurs de psiquiatria ubicat a la Unitat de Medicina Tropical de Drassanes. El mostreig emprat per a la present recerca és de tipus no probabilístic accidental o causal (León i Montero, 2014), atès que s'animava a participar als pacients assistents a les visites del servei.

Els criteris d'inclusió són els següents:

- Tenir origen cultural divers.
- Trobar-se en un bon estat de consciència per a poder respondre.
- No tenir un quocient intel·lectual baix.
- No tenir una patologia greu associada (p.ex. trastorns psicòtics)
- Disposar d'una llengua comú (espanyol i/o anglès) per a poder-se comunicar.
- Haver patit com a mínim un episodi traumàtic, és a dir, puntuació mínima en el Live Events Checklist [LEC-5] (Weathers, Blake, Kaloupek, Marx, i Keane, 2013).
- Firmar el consentiment informat.

La mostra total és de 10 persones migrants que resideixen al territori català, majoritàriament a la província de Barcelona, dels quals el 60% són dones. Els participants són originaris d'Anglaterra, Colòmbia, Equador, Ghana, Marroc, Nigèria, Pakistan i Romania, sent Pakistan l'únic país amb més d'un participant. La mitjana d'edat són 36 anys, amb una desviació típica de  $\pm 13,98$  anys.

Tres participants viuen a Espanya des de 2018, no obstant això, la mitja de temps d'estada és de 5 anys i quasi 11 mesos amb una desviació estàndard de  $\pm 6,06$  anys.

Set d'ells disposen de permís de residència (dos dels quals encara sense permís de treball), dues participants amb nacionalitat espanyola i una participant es troba en situació administrativa irregular.

La totalitat de participants tenen estudis mínims (figura 1). La meitat de la mostra estan casats i l'altra meitat solters. El 50% dels participants estan vinculats a entitats i, encara que cap treballa (no ocupació, atur, baixa o incapacitat) i només una participant realitza feines puntuals, el 90% tenen ingressos (veure figura 2). Tanmateix, el participant que no té ingressos, disposa de micro-préstecs d'amics.

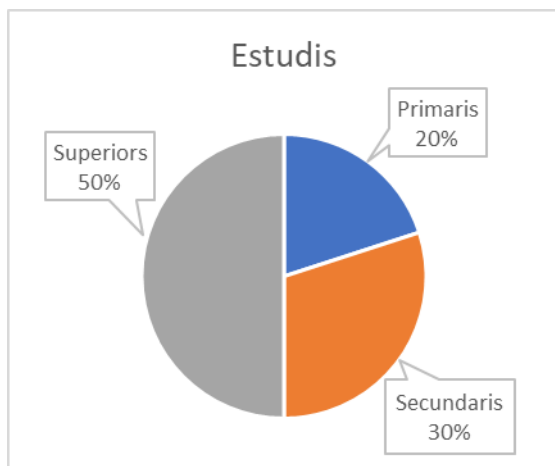


Figura 3. Distribució del nivell d'estudis.  
Font: Elaboració pròpia.

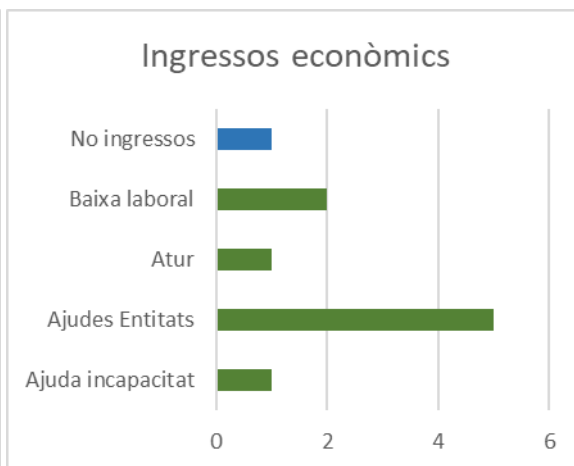


Figura 2. Tipologia d'ingressos econòmics.  
Font: Elaboració pròpia.

La situació residencial dels participants és variable tal com s'observa a la figura 3. En sis casos conviuen amb companys del mateix país d'origen o d'altres països i en els quatre casos restants amb la família nuclear.

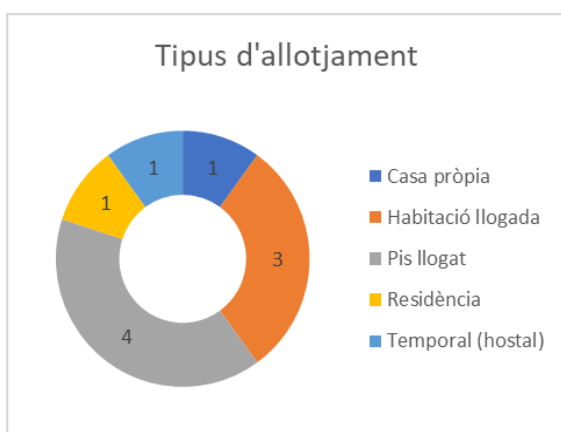


Figura 4. Distribució del tipus d'allotjament.  
Font: Elaboració pròpia.

En relació als idiomes, només en dos casos la llengua materna és l'espanyol, en els altres casos ho són l'Anglès, el Berber, el Panjabi, el Pashtum, el Romanès, el Twi, l'Urdu, i l'Urubu. Tots ells dominen de forma parcial o completa altres idiomes.

Atès que és una mostra clínica, del total de participants 5 tenen diagnòstics clínics previs diferents a TEPT (trastorn obsessiu-compulsiu, trastorn depressiu major, trastorn bipolar i trastorn de personalitat) i només 2 presenten patologies físiques (fibromiàlgia i fatiga crònica, esofaguitis i asma).

### 6.3 Instruments

Les tècniques de recollida d'informació s'han agrupat en una bateria de proves administrada als participants de la recerca. Aquesta consta de diversos instruments que es descriuen a continuació:

- Qüestionari de dades personals. Es tracta d'un qüestionari en forma d'entrevista estructurada creat *ad hoc* per a la recollida de dades dels pacients entrevistats en relació a les variables psicosocials i sociodemogràfiques. En el qüestionari s'inclou la següent informació: sexe, edat, país d'origen, religió, arribada a Catalunya, situació administrativa, nivell d'estudis estat civil, situació socioeconòmica, situació laboral, allotjament actual, unitat de convivència, professió, llengua materna, idiomes parlats, vinculació amb entitats, accés als serveis mèdics i/o socials, nivell d'integració social percebut, suport social percebut de la família, amics, institucions o altres, salut física, salut mental, patrons de son, alimentació, exercici físic, ús de substàncies, tractament psicològic previ, tractament farmacològic actual (veure annexos apartat 11.3).
- General Health Questionnaire [GHQ-28], (Golberg, 1996). És un qüestionari auto-administrat (o hetero-administrat per a persones analfabetes o amb barreres idiomàtiques) suggerit per a valorar la salut mental en base a quatre sub-escala: símptomes somàtics, ansietat i insomni, disfunció social i depressió, a més d'una valoració general de la salut. És un instrument dirigit a detectar els problemes de nova aparició (en les últimes setmanes). La puntuació mínima és de 0 i la màxima de 28, sent 6 el punt de tall. La sub-escala amb la puntuació parcial més alta orienta el diagnòstic cap a la simptomatologia més rellevant. També hi ha una versió per a identificar problemes crònics (CGHQ), en la qual el punt de tall és de 13.

- Live Events Checklist [LEC-5], (Weathers, Blake, Kaloupek, Marx i Keane, 2013). És una mesura designada a detectar els potencials esdeveniments traumàtics a la vida d'una persona, amb la intenció de recollir informació sobre les experiències traumàtiques que ha experimentat. Esdevé l'instrument clau per determinar que es compleix el criteri A del DSM-5 (APA, 2014) pel TEPT. No existeix un protocol de puntuació per aquest instrument, sinó que s'identifica si la persona ha experimentat un o més dels esdeveniments de la llista i el nivell d'exposició a cada tipus de succés traumàtic (exposició directa, testimoni directe, testimoni per referència, part de la feina, etc.).
- Escala de Gravedad de Síntomas – Revisada [EGS-R], (Echeburúa et al., 2016). És una escala hetero-aplicada que avalua la freqüència i intensitat dels símptomes del TEPT segons criteris del DSM-5 (APA, 2014) en relació a la re-experimentació, l'evitació conductual/cognitiva, les alteracions cognitives i l'estat d'ànim negatiu, els símptomes d'augment de l'activació i reactivitat psicofisiològica. Consta de 21 ítems de tipus Likert (0-3) que correspon amb la freqüència i intensitat dels símptomes. La puntuació total varia de 0 a 63, amb un punt de tall de 20 (obtenint per aquesta puntuació una eficàcia diagnòstica de 82,5%). Els punts de tall parcials són de 3, 3, 5 i 5 per a les sub-escalaes, respectivament. A més inclou ítems complementaris que avaluen la presència de símptomes dissociatius i la valoració del grau de disfuncionalitat a la vida quotidiana. Les propietats psicomètriques són bones (Echeburúa et al., 2016), atès que l'instrument en global mostra una alta consistència interna ( $\alpha = .91$ ), així com una bona validesa discriminant ( $g = 1.27$ ) i convergent ( $r_{bp} = .78$  amb el diagnòstic).
- Satisfaction with Life Domains Scale [SLDS], (Baker i Intagliata, 1982). Avalua la satisfacció subjectiva amb la vida (qualitat de vida percebuda) en base a quatre àrees: seguretat, pertinença, estimulació i realització. Així doncs, l'usuari ha d'expressar la seva satisfacció personal en relació a la seva llar, la salut, la comunitat, les relacions familiars i d'amistat, etc. La puntuació de cada sub-escala és de 1 a 7, sent el rang de puntuació total de 14 a 98. La qualitat de vida es considera bona (entre 71 i 98); mitja (entre 43 i 70) o mala (entre 14 i 42).

## 6.4 Procediment

El pla d'acció de la investigació consta de diverses fases. La recerca s'inicia amb la confecció de la bateria de proves per a la recollida de resultats. Una segona fase és la recollida de resultats pròpiament a través de l'administració dels qüestionaris i les escales. Posteriorment, es duu a terme un anàlisi de la informació obtinguda per a l'obtenció dels resultats.

El procediment per a la recollida de dades es fa seguint el protocol descrit en l'apartat d'instruments a partir de la bateria de proves confeccionada per aquesta recerca:

1. Les professionals del servei de Psiquiatria Transcultural realitzen la derivació i fan una petita introducció explicant els objectius de la recerca i els implicats en aquesta. En el primer contacte amb els participants, s'amplia aquesta explicació i es resolen els dubtes generats.
2. Es procedeix a presentar el document de consentiment informat on es detalla la investigació sense ànim de lucre com a objectiu final, s'exposa sota quina llei estan protegides les dades dels participants, la possibilitat de ratificar o cancel·lar la cessió de les dades, el compromís de secret professional sobre les dades personals i l'entrega d'una còpia del document (veure annexos - apartat 11.2). Així doncs, un cop s'ha verbalitzat l'acord de participar a la recerca es fa efectiva la signatura del consentiment informat.
3. S'administra la bateria de proves.
4. Es corregeixen els qüestionaris i s'obté la informació qualitativa categoritzada, les puntuacions totals i de les sub-escales. Totes les dades recollides són bolcades a una matriu de dades del programa informàtic *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) per a poder ser analitzades posteriorment.
5. L'anàlisi estadístic es duu a terme mitjançant el programa informàtic SPSS v24.0 (IBM Corp., 2016):
  - S'obtenen en primera instància els estadístics descriptius pel conjunt de variables (80 variables: sociodemogràfiques, psicosocials, variables diana, etc.).

- En segon terme, s'empren correlacions de Pearson, per aportar informació en relació a les correlacions positives i negatives significatives i no significatives obtingudes a partir de l'anàlisi.
- Finalment, es duen a terme altres proves estadístiques per a determinar models explicatius multivariants i la confecció de gràfics radials en relació als resultats de l'escala de qualitat de vida.

D'acord amb Herman (1997), el treball amb persones que han experimentat esdeveniments traumàtics s'ha de dirigir a finançar la seguretat en primer terme. És per això, que en el transcurs d'aquesta recerca s'ha contemplat en tot moment la voluntat dels pacients de no voler explicar o aprofundir en certs temes que poden fer aflorar les emocions i reaccions lligades al trauma sense disposar d'espai de contenció adequat. Així doncs, és possible que la recollida d'informació compti amb dades perdudes amb la raó d'anteposar el benestar dels pacients als objectius de la investigació.

## 7. Resultats

### 7.1 Estadístics descriptius

Mitjançant els qüestionaris de dades personals s'ha obtingut informació pel que fa a les variables psicosocials de tipus nominal i/o ordinal. En primer lloc, tal com s'ha comentat, la població és mostra clínica i, per tant, tots ells mostren simptomatologia psicològica o psiquiàtrica: 6 dels 10 pacients entrevistats han realitzat un tractament psicològic previ i el 90% segueix amb tractament farmacològic pels símptomes. Tanmateix, només 5 dels 10 casos tenen trastorns mentals diagnosticats i 2 dels 10 presenten patologies físiques.

En relació als estils de vida i hàbits saludables es mostren els resultats a les Taules 1 a 4.

**Taula 1** *Estadístics descriptius Patrons de son*

	N=10	Freq.	%
<b>Patrons de son</b>	Mal dormir (interromput i/o problemes de conciliació)	7	70,0
	Bon son (amb o sense fàrmacs)	3	30,0
	Total	10	100,0

*Nota:* Font: Elaboració pròpia

**Taula 2** *Estadístics descriptius Alimentació*

	N=10	Freq.	%
<b>Alimentació</b>	Manca de gana	2	20,0
	Mala alimentació	1	10,0
	Bona + sobre-ingesta (ansietat)	2	20,0
	Bona	5	50,0
	Total	10	100,0

*Nota:* Font: Elaboració pròpia

**Taula 3** *Estadístics descriptius Exercici físic*

	N=10	Freq.	%
<b>Exercici físic</b>	Gens	4	40,0
	Poc	3	30,0
	Normal	3	30,0
	Total	10	100,0

*Nota:* Font: Elaboració pròpia

**Taula 4** *Estadístics descriptius Ús de substàncies*

	N=10	Freq.	%
<b>Ús de substàncies</b>	No	7	70,0
	Sí – Tabac	2	20,0
	Sí – Alcohol	1	10,0
	Total	10	100,0

*Nota:* Font: Elaboració pròpia

En segon lloc, en relació a les variables psicosocials, el 80% dels entrevistats assegura que és bo l'accés als serveis mèdics i socials, així com el nivell d'integració percebut. Quant al suport social, s'ha distingit entre familiar, d'amics, d'institucions o d'altres. Els resultats es presenten a la taula 5.



**Taula 5** *Freqüències i percentatges del suport social percebut*

	N=10	Família		Amics		Institucions		Altres	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<b>Suport Social</b>	NsNc	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0
	Nul	3	30,0	1	10,0	5	50,0	3	30,0
	Dolent	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0
	Mitjà	3	30,0	3	30,0	2	20,0	2	20,0
	Bo	4	40,0	5	50,0	3	30,0	3	30,0
	Total	10	100,0	10	100,0	10	100,0	10	100,0

Nota: Font: Elaboració pròpia.

A la taula 6 es presenten de forma resumida els resultats de les principals variables.

**Taula 6** *Estadístics descriptius de les variables principals*

<b>Estadístics descriptius</b>	N=10	Mitja	Desviació estàndard	Rang de puntuació
	Edat		36,00	13,976
SLDS_Total.QdV		66,10	16,987	14-98
GHQ28_Total		17,20	7,021	0-28
EGSR_Total		32,70	12,614	0-63

Nota: SLDS\_Total.QdV= Satisfaction with life domains scale – puntuació total; GHQ28\_Total = General Health Questionnaire - puntuació total; EGSR\_Total = Escala de gravedad de síntomas revisada - puntuació total. Font: Elaboració pròpia.

Els resultats obtinguts a partir del qüestionari GHQ-28 es mostren a la taula 7. Cal dir que el 90% del casos presenta simptomatologia psicològica en el moment actual segons el punt de tall (6) proporcionat pel propi qüestionari (Golberg, 1996).

**Taula 7** *Estadístics descriptius del qüestionari GHQ-28 sobre símptomes psicològics*

<b>GHQ-28</b>	N=10	GHQ_SS	GHQ_AI	GHQ_DS	GHQ_D	GHQ28_Total
	Mitja		4,60	5,00	4,80	2,80
Desviació estàndard		1,506	2,000	2,300	1,989	7,021
Rang de puntuació		0-7	0-7	0-7	0-7	0-28

Nota: GHQ\_SS = General Health Questionnaire - sub-escala de símptomes somàtics; GHQ\_AI = General Health Questionnaire - sub-escala d'ansietat i insomni; GHQ\_DS = General Health Questionnaire - sub-escala de símptomes disfunció social; GHQ\_D = General Health Questionnaire - sub-escala de depressió; GHQ28\_Total = General Health Questionnaire - puntuació total. Font: Elaboració pròpia.

El 100% de participants ha puntuat al LEC-5 per més d'un esdeveniment traumàtic viscut al llarg de la vida. Entre els tipus d'esdeveniments viscuts s'inclouen: desastres naturals, accidents de transport, agressions físiques amb armes o sense, morts sobtades accidentals o violentes, patiment humà sever, agressió sexual no volguda i/o captivitat (tracta d'éssers humans), violència de gènere, etc.

Els tipus d'esdeveniments traumàtics pels quals s'avalua la gravetat dels símptomes del TEPT es descriuen a les taules 8 a 13 i són: 2 accidents de cotxe (1 d'ells amb la mort de la parella), 1 accident laboral, 1 acte sexual no desitjat a la infància i violència dels progenitors associada, 2 agressions amb armes amb perill per a la vida, 1 casament forçat, 2 casos de captivitat en relació a la tracta d'essers humans i la mort per infart d'un progenitor.

**Taula 8** *Descriptius del tipus d'exposició*

Tipus d'exposició	N=10	Freq.	%
	Exposició directa	8	80,0
Testimoni directe	1	10,0	
Testimoni per referència	1	10,0	
Total	10	100,0	

Nota: Font: Elaboració pròpia

**Taula 10** *Descriptius d'exposició al succés a la infància i/o adolescència*

Exposició infància i/o adolescència	N=10	Freq.	%
	No	4	40,0
Sí	5	50,0	
Perduts	1	30,0	
Total	10	100,0	

Nota: Font: Elaboració pròpia

**Taula 12** *Descriptius de la re-victimització*

Re-victimització	N=10	Freq.	%
	No	3	30,0
Sí	7	70,0	
Total	10	100,0	

Nota: Font: Elaboració pròpia

**Taula 9** *Descriptius de la freqüència de l'episodi*

Freqüència episodi	N=10	Freq.	%
	Episodi únic	3	30,0
Diversos episodis	2	20,0	
Episodis continuats	5	50,0	
Total	10	100,0	

Nota: Font: Elaboració pròpia

**Taula 11** *Descriptius de les seqüeles físiques a causa de l'episodi traumàtic*

Seqüeles físiques	N=10	Freq.	%
	No	6	60,0
Sí	3	30,0	
Perduts	1	10,0	
Total	10	100,0	

Nota: Font: Elaboració pròpia

**Taula 13** *Descriptius de l'ocurrència actual*

Ocurrència actualment	N=10	Freq.	%
	No	9	90,0
Sí (Esdeveniment diferent)	1	10,0	
Total	10	100,0	

Nota: Font: Elaboració pròpia

A la taula 14 es detallen els resultats de les puntuacions obtingudes a l'escala EGS-R. Segons els criteris del DSM-5 i tenint en compte que els autors posen el punt de tall en puntuació de 20 (APA, 2014; Echeburúa et al., 2016), el 90% puntuen per al diagnòstic del TEPT.

**Taula 14** *Estadístics descriptius de l'escala EGS-R sobre gravetat dels símptomes del TEPT*

EGS-R	N = 10	EGS_R	EGS_E	EGS_ACEAN	EGS_AAR	EGSR Total
	Media		7,50	5,80	10,90	8,50
Desviació estàndard		4,035	2,741	4,977	3,951	12,614
Màximo		0-15	0-9	0-21	0-18	0-63

Nota: EGS\_R = Escala de gravetat de símptomes revisada – sub-escala de re-experimentació; EGS\_E = Escala de gravetat de símptomes revisada – sub-escala d'evitació; EGS\_ACEAN = Escala de gravetat de símptomes revisada – sub-escala d'alteracions cognitives i estat d'ànim negatiu; EGS\_AAR = Escala de gravetat de símptomes revisada – sub-escala d'augment de l'activació i reactivitat psicofisiològica; EGSR\_Total = Escala de gravetat de símptomes revisada - puntuació total. Font: Elaboració pròpia.

Aquesta simptomatologia es presenta de forma tardana en 7 dels 10 casos i la meitat puntua amb la presència en algun moment de símptomes dissociatius. Així mateix, es presenten a la taula 15 els resultats de disfuncionalitat en la vida quotidiana relacionada amb el succés.

**Taula 15** Estadístics descriptius del grau d'afectació i interferència negativa a la vida quotidiana

EGS-R / interferència	N = 10	Det.Rel.	Det.Rel.	Interf.V.	Interf.V.	Interf.	Disfun.	Grau_afect.
		Parella	Familiar	Laboral	Social	Oci	Global	Succés
Media		1,40	2,10	1,70	1,80	1,60	2,10	10,70
Desviació estàndard		1,265	1,197	1,418	1,229	1,350	1,287	5,832
Màximo		0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3	0-18

Nota: Det.Rel.Parella = Deteriorament en la relació de parella; Det.Rel.Familiar = Deteriorament en la relació familiar; Interf.V.Laboral = Interferència negativa en la vida laboral/acadèmica; Interf.V.Social = Interferència negativa en la vida social; Interf.Oci = Interferència negativa en el temps d'oci; Disfun.Global = Disfuncionalitat global; Grau\_afect.Succés = Grau d'afectació del succés. Font: Elaboració pròpia.

La qualitat de vida percebuda pels participants es distingeix en 14 àrees diferents i a continuació (taula 16) es descriuen els resultats obtinguts.

**Taula 16** Estadístics descriptius escala SLDS de qualitat de vida

SLDS – Qualitat de vida	N = 10	Media	Desviació estàndard	Rang de puntuació
	SLDS Total QdV		66,10	16,987
SLDS Habitatge		5,10	1,853	1-7
SLDS Barri		5,90	,876	1-7
SLDS Alimentació		4,90	1,912	1-7
SLDS Roba		4,60	2,011	1-7
SLDS Salut		3,40	2,271	1-7
SLDS Companys de casa		5,20	1,932	1-7
SLDS Amics		4,70	1,947	1-7
SLDS Família		4,40	2,547	1-7
SLDS Altres Persones		4,60	1,776	1-7
SLDS Activitats Diàries		4,00	2,357	1-7
SLDS Temps Lliure		4,60	2,459	1-7
SLDS Temps Comunitat		5,90	1,101	1-7
SLDS Serveis Àrea		5,10	1,370	1-7
SLDS Situació econòmica		3,70	2,163	1-7

Nota: SLDS = Satisfaction with life domains scale; SLDS Total QdV= Satisfaction with life domains scale – puntuació total. Font: Elaboració pròpia.

Agrupant les puntuacions en tres categories, bona/mitja/mala, s'observa que el 40% dels participants obté puntuacions relacionades amb una bona qualitat de vida (rang 71-98), el 50% amb una mitja (rang 43-76) i el 10% amb mala qualitat de vida (14-42).

A més, s'han confeccionat gràfics radials per mostrar de manera més visible els resultats dels participants del l'escala de qualitat de vida - SLDS (Baker i Intagliata, 1982), en relació amb la satisfacció amb les diverses àrees de la vida: habitatge, barri, alimentació, roba, salut, companys de casa, amics, família, altres persones, activitats diàries, temps lliure, temps en la comunitat, serveis de l'àrea i situació econòmica (veure figures de 5 a 14).

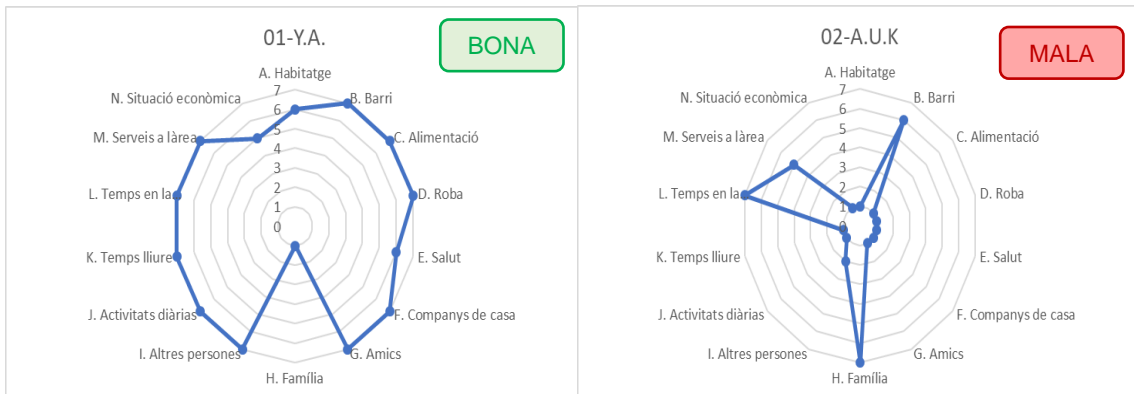


Figura 6. Gràfic qualitat de vida pacient 1  
Nota: Font: Elaboració pròpia

Figura 5. Gràfic qualitat de vida pacient 2  
Nota: Font: Elaboració pròpia

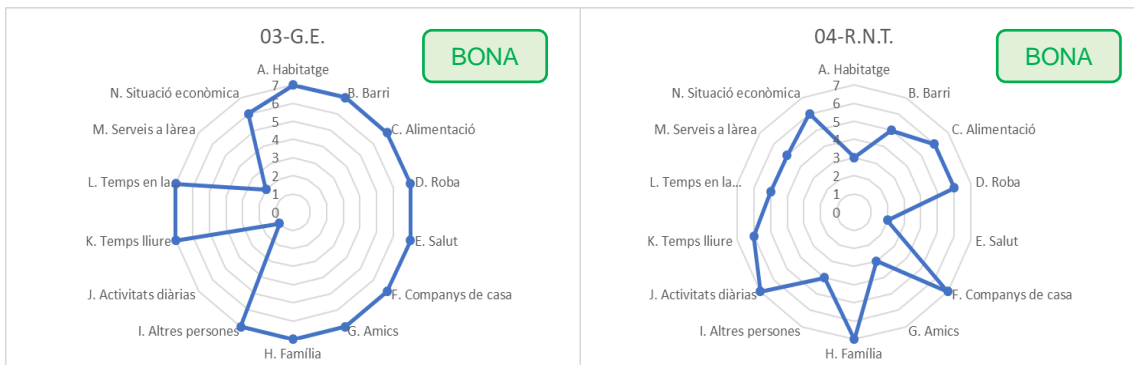


Figura 8. Gràfic qualitat de vida pacient 3  
Nota: Font: Elaboració pròpia

Figura 7. Gràfic qualitat de vida pacient 4  
Nota: Font: Elaboració pròpia



Figura 10. Gràfic qualitat de vida pacient 5  
Nota: Font: Elaboració pròpia

Figura 9. Gràfic qualitat de vida pacient 6  
Nota: Font: Elaboració pròpia



Figura 12. Gràfic qualitat de vida pacient 7  
Nota: Font: Elaboració pròpia

Figura 11. Gràfic qualitat de vida pacient 8  
Nota: Font: Elaboració pròpia



Figura 14. Gràfic qualitat de vida pacient 9  
Nota: Font: Elaboració pròpia

Figura 13. Gràfic qualitat de vida pacient 10  
Nota: Font: Elaboració pròpia

Així mateix, s'ha realitzat un gràfic radial amb la mitja de puntuacions dels participants distribuït per àrees de satisfacció (figura 15). A nivell general, els participants puntuen amb una pitjor qualitat de vida pel que fa principalment a la salut i a la situació econòmica i, en segon terme, la menor qualitat de vida s'associa amb la satisfacció amb les activitats diàries i la relació amb la família. La mitja obtinguda entre el total de casos és de 66,10 i d'acord a la categorització realitzada anteriorment, es tractaria d'una qualitat de vida mitja.

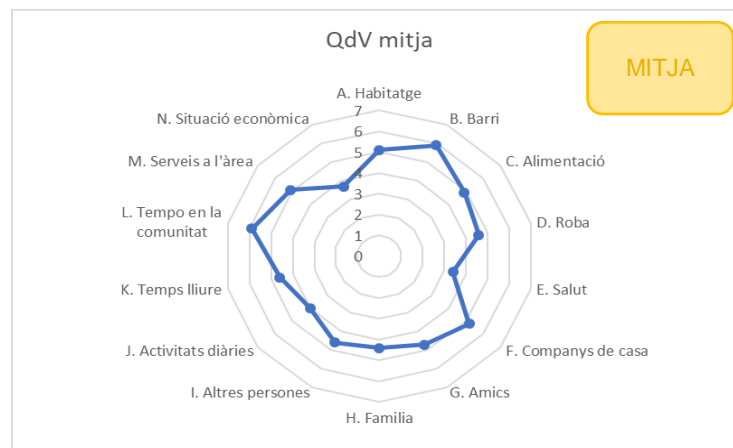


Figura 15 Gràfic radial de la mitja de puntuacions dels participants sobre qualitat de vida.  
Nota: Font: Elaboració pròpia

## 7.2 Correlacions de Pearson

A continuació es mostren els resultats obtinguts a l'anàlisi correlacional (Taula 17).

**Taula 17** Correlacions de Pearson de les variables principals

Correlacions	N=10	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
01. GHQ_SS	Cor. Pearson	1											
	Sig. (b)												
02. GHQ_AI	Cor. Pearson	,923**	1										
	Sig. (b)	,000											
03. GHQ_DS	Cor. Pearson	,969**	,918**	1									
	Sig. (b)	,000	,000										
04. GHQ_D	Cor. Pearson	,453	,698*	,525	1								
	Sig. (b)	,189	,025	,119									
05. GHQ28	Cor. Pearson	,923**	,981**	,946**	,751*	1							
Total	Sig. (b)	,000	,000	,000	,012								
06. EGS_R	Cor. Pearson	,549	,523	,551	,346	,545	1						
	Sig. (b)	,100	,121	,099	,327	,103							
07. EGS_E	Cor. Pearson	,355	,385	,416	,073	,343	,452	1					
	Sig. (b)	,313	,272	,232	,840	,332	,189						
08. EGS_ACEAN	Cor. Pearson	,647*	,636*	,571	,301	,592	,717*	,186	1				
	Sig. (b)	,043	,048	,085	,398	,071	,020	,607					
09. EGS_AAR	Cor. Pearson	,504	,605	,538	,297	,541	,540	,841**	,398	1			
	Sig. (b)	,137	,064	,109	,405	,107	,107	,002	,254				
10. EGSR	Cor. Pearson	,666*	,691*	,660*	,338	,652*	,870**	,699*	,789**	,826**	1		
Total	Sig. (b)	,036	,027	,038	,339	,041	,001	,025	,007	,003			
11. Grau afect. Succés	Cor. Pearson	,377	,372	,335	,042	,308	,767**	,642*	,703*	,755*	,899**	1	
	Sig. (b)	,283	,290	,345	,908	,386	,010	,045	,023	,012	,000		
12. SLDS	Cor. Pearson	-,837**	-,772**	-,784**	-,503	-,799**	-,682*	-,016	-,766**	-,281	-,612	-,424	1
Total QdV	Sig. (b)	,003	,009	,007	,139	,006	,030	,965	,010	,432	,060	,222	

\*\* La correlació és significativa pel nivell 0,01 (bilateral). // \* La correlació és significativa pel nivell 0,05 (bilateral).

*Nota 1:* GHQ = General Health Questionnaire; GHQ\_SS = sub-escala de símptomes somàtics; GHQ\_AI = sub-escala d'ansietat i insomni; GHQ\_DS = sub-escala de símptomes disfunció social; GHQ\_D = sub-escala de depressió; GHQ28\_Total = General Health Questionnaire - puntuació total; EGS = Escala de gravetat de símptomes revisada; EGS\_R = sub-escala de re-experimentació; EGS\_E = sub-escala d'evitació; EGS\_ACEAN = sub-escala d'alteracions cognitives i estat d'ànim negatiu; EGS\_AAR = sub-escala d'augment de l'activació i reactivitat psicofisiològica; EGSR\_Total = Escala de gravetat de símptomes revisada - puntuació total; Grau afect. Succés = Grau d'afectació del succés; SLDS Total QdV= Satisfaction with life domains scale – puntuació total; Cor. Pearson = Correlació de Pearson; Sig. (b) = Significació bilateral. Font: Elaboració pròpia

*Nota 2:* Es destaquen en verd les correlacions molt altes positives i/o negatives; en groc les correlacions altes; i en taronja les moderades entre les variables principals d'interès per a la recerca.

Dels resultats obtinguts, es pot extreure una forta correlació entre les principals variables de l'estudi: símptomes psicològics (puntuacions al GHQ), gravetat dels símptomes de TEPT (puntuacions EGS-R) i qualitat de vida (total SLDS).

Finalment, destacar que no s'han obtingut resultats significatius en els models d'anàlisi multivariants (models de regressió lineals múltiples).

## 8. Discussió

Els resultats obtinguts en aquesta investigació confirmen la hipòtesi plantejada, atès que s'ha trobat una relació significativa entre la gravetat de símptomes d'estrès posttraumàtic, l'augment dels símptomes psicològics i la qualitat de vida.

Així doncs, aquests resultats convergeixen amb les propostes fetes per altres autors que afirmen que amb freqüència s'associa ansietat, depressió, somatització, conductes impulsives, trastorns dissociatius, conductes autolesives, addiccions i ideació suïcida al síndrome nuclear del pacient amb TEPT (Mingote, 2011; Mind - NAMH, 2017).

Així mateix, s'han obtingut correlacions negatives significatives tant dels símptomes del TEPT com els psicològics amb el total de qualitat de vida. I, a més, les àrees amb puntuacions més baixes de satisfacció són la salut (gran preocupació per la salut mental) i les activitats diàries. En aquest sentit, els resultats confirmen el que proposa el NHS (2018b), el qual contempla que els símptomes del TEPT poden suposar un impacte significatiu en el dia a dia de les persones que han sofert experiències traumàtiques. I la proposta de Mingote (2011) en relació a que la vivència d'un esdeveniment traumàtic té grans i importants repercussions funcionals en la vida diària de les persones afectades que poden interferir en la qualitat de vida (Mingote, 2011).

D'acord amb Echeburúa i De Corral (2008), els antecedents psicològics, la manca de suport social i familiar, el fet d'haver sofert seqüeles greus degut a l'esdeveniment o els condicionants socials (estressors afegits per les condicions econòmiques o la situació intesble de les persones migrants) són elements que influeixen en la gravetat de la simptomatologia TEPT. Aquesta simptomatologia, al seu torn, influeix en la recuperació de les constants biològiques (dificultats en el son i l'alimentació) i el patiment psicològic per no poder controlar les emocions ni els pensaments, produint una major incapacitat per afrontar les exigències de la vida quotidiana (Echeburúa i De Corral, 2008). Aquesta idea s'observa en els resultats de la recerca, a partir de les correlacions altament significatives entre el símptoma d'anisetat i insomni

(GHQ) i el d'alteracions cognitives i estat d'ànim negatiu (EGS-R) amb la qualitat de vida (SLDS).

Des d'una altra perspectiva, Teodorescu et al. (2012) proposen el creixement posttraumàtic (variable no mesurada en la present recerca) com a element mediador de la qualitat de vida, més explicatiu que els propis símptomes de TEPT. Així mateix, consideren la migració com un acte de creixement posttraumàtic amb intenció de millorar la vida, no obstant això, han observat que aquest element correlaciona negativament amb els estressors post-migratoris (Teodorescu et al., 2012). De manera semblant però des d'un altre punt de vista Carlsson, Mortensen i Kastrup (2006) proposen que els factors post-migratoris (relacions socials i ocupació) poden resultar predictors de la qualitat de vida relacionada amb la salut en persones que han sofert episodis traumàtics. Esdevé clau, per tant, posar el focus en aquells factors de risc modificables que permetin millorar la vida de sobrevivents d'experiències traumàtiques.

D'altra banda, en la present recerca no s'han identificat relacions significatives (és a dir, correlacions moderades i baixes) pel que fa als símptomes de depressió del test GHQ-28 i d'evitació del EGS-R amb les principals variables. Això pot ser degut a la tipologia dels instruments emprats, atès que per exemple el símptoma de depressió del GHQ-28 (Golberg, 1996) se centra en gran mesura en ideació tanàtica i suïcida. O pel fet que per alguns pacients, l'ús de l'evitació esdevé un recurs o una defensa per afrontar el sofriment en relació a l'esdeveniment traumàtic. La naturalesa dels símptomes, com l'evitació cognitiva i conductual o els fenòmens dissociatius, poden induir als professionals a no veure la connexió entre els símptomes actuals (ansietat, depressió, irritabilitat, conductes de risc, etc.) i l'experiència del trauma (Echeburúa et al., 2016). Segons Kashdan, Morina i Priebe (2009), l'evitació experiencial esdevé un mediador parcial pels efectes del trastorn d'ansietat i TEPT sobre la qualitat de vida. Tanmateix, no s'ha pogut corroborar en el present estudi per l'escassetat de mostra. Així doncs, per tal de poder oferir un tractament adequat al pacient és important respondre en investigacions posteriors els nous interrogants que dibuixen aquets dos elements.



Les mitges obtingudes per les sub-escales de l'EGS-R indiquen que se superen els punts de tall parcials de tots els símptomes. A més, en relació al grau d'afectació i interferència del succés, entre les puntuacions més significatives s'hi troba la disfunció global. Així doncs, és visible que qualsevol esdeveniment traumàtic, el qual genera terror o indefensió i posa en risc la integritat física o psicològica d'una persona, suposa un trencament profund en el sentiment de seguretat d'una persona (Herman, 1997; Echeburúa et al., 2016). D'altra banda, la meitat de la mostra ha viscut de forma continuada el succés traumàtic i el mateix percentatge ha estat exposat a l'episodi a la infància i/o adolescència. També, el 70% de la mostra ha sofert re-victimització a altres successos i el 30% els ha comportat seqüeles físiques. Així doncs, encara que el trauma ve definit per la resposta traumàtica, no pel succés traumàtic en sí mateix (Echeburúa et al., 2016), la tipologia del succés pot agreujar el quadre simptomatològic associat i traduir-se en TEPT-C (NHS, 2018a). És necessari ampliar coneixement en futures investigacions en aquesta línia per a poder dissenyar instruments d'avaluació i estratègies d'intervenció que tinguin en compte aquests elements.

És important apuntar que el 90% dels pacients entrevistats han obtingut puntuacions no només per sobre del punt de tall en relació als símptomes psicològics i pel TEPT, sinó que les mitges han sortit més de 10 punts per sobre del punt de tall, apuntant a una gravetat simptomatològica i una complexitat de quadres diagnòstics de la mostra entrevistada. Cal mencionar, que la totalitat dels participants han viscut més d'un succés traumàtic al llarg de la seva vida i la meitat han sigut episodis continuats. En aquest sentit, tal com proposa Herman (1997), les categories diagnòstiques existents no estan dissenyades per als supervivents de situacions extremes. S'identifica ansietat persistent, fòbies, pànic, símptomes somàtics i depressió en aquests pacients, però aquests no són els mateixos que en els trastorns simples ordinaris, afegixen complexitat al quadre (Herman, 1997). Així mateix, en el cas del trauma complex, la degradació de la identitat dels supervivents i la seva vida relacional no és igual a la del trastorn de personalitat (Herman, 1997).

Els gràfics de qualitat de vida aporten informació important respecte el nivell de satisfacció amb les àrees de la vida dels participants. En aquesta línia, les puntuacions més baixes a nivell general es relacionen amb la situació socioeconòmica, el suport social i familiar, les activitats diàries i l'estat de salut. Elements que poden influir en la qualitat de vida i agreujar la simptomatologia. Segons Carlsson et al. (2006), l'escassetat de contactes socials esdevé un predictor significatiu d'una menor qualitat de vida relacionada amb la salut. Diversos estudis mostren que el suport social esdevé un factor mediador per al benestar, la qualitat de vida i correlaciona positivament amb la salut mental (Ke, Liu, i Li, 2010; Leung, Smith, i McLaughlin, 2016). És important, doncs, contemplar el suport social com a factor de protecció per a la salut i la qualitat de vida en futures investigacions i incloure'l com a element principal en el disseny d'estratègies d'intervenció.

Així mateix, les problemàtiques socials i econòmiques que presenten en el moment present els pacients, incrementen la presència de simptomatologia psiquiàtrica associada a la gravetat dels símptomes d'estrès posttraumàtic (Miranda et al., 2002). A més, redueixen la satisfacció amb diverses àrees de la vida com són la situació econòmica i la salut, tal com s'observa en els resultats del test de qualitat de vida - SLDS (Baker i Intagliata, 1982). Aquests elements posen de manifest la necessitat d'analitzar en profunditat les especificitats de la població transcultural amb TEPT en comparació amb la població autòctona, els quals en el moment present no presentarien conseqüències psicològiques associades a la pertinença d'un grup minoritari o a les derivades de la migració i l'estrès de tal procés (Bhugra, 2004; Cantor-Graae i Selten, 2005).

Cal destacar que l'orientació diagnòstica amb el conjunt de proves administrades i la impressió diagnòstica de l'entrevista apunten que tres dels casos puntuarien per TEPT però dos d'ells en remissió. Dos altres casos, caldria valorar el diagnòstic de TEPT complex. Mentre que en els altres casos l'orientació diagnòstica, encara que puntuen per TEPT, aniria dirigida cap altres trastorns amb els quals lliga més la simptomatologia predominant: trastorn de depressió major, trastorn bipolar, trastorn de personalitat (histriònic), dissociació, etc. La manca d'un concepte diagnòstic precís i complet, té conseqüències greus pel tractament, atès que a vegades es perd la connexió

entre els símptomes actuals del pacient i l'experiència traumàtica (Herman, 1997). Recuperar aquesta connexió a través d'estudis que posin de manifest la relació d'aquests quadres simptomàtics és essencial per a plantejar estratègies terapèutiques eficaces.

Un altre element que cal remarcar és la diferència entre els constructes de TEPT i TEPT complex, que tot i compartir gran número de símptomes, en els supervivents de trauma prolongat i repetit, el quadre de símptomes és sovint molt més complex (Herman, 1997; Brewin et al., 2017). En aquesta investigació no s'ha pogut aportar informació significativa entre pacients amb TEPT i pacients amb trauma complex per diverses raons. En primer lloc, la falta d'instruments validats per a dur a terme un diagnòstic diferencial entre TEPT i TEPT-C. En segon lloc, per la falta d'acord entre experts sobre els criteris diagnòstics del TEPT complex, sent un constructe recentment inclòs a la CIE-11 (WHO, 2018). Finalment, per una escassetat de mostra que permetés oferir resultats altament significatius de la diferència i gravetat de la simptomatologia psicològica i la qualitat de vida segons un trastorn o l'altre.

Encara que els resultats de l'estudi plantegen reptes importants per al futur en relació a la intervenció amb pacients migrants amb història de trauma, les característiques de la mostra fan que no puguin ser generalitzables. En relació a les limitacions de l'estudi, es poden destacar l'escassetat de la mostra i el biaix que els elements de la psiquiatria transcultural poden haver causat en els resultats obtinguts.

En aquest sentit, un dels principals inconvenients en l'administració de la bateria de proves ha estat l'idioma d'administració. El desconeixement de l'idioma (Miller et al., 2005) ha comportat la necessitat de re-formular en ocasions les preguntes dels qüestionaris per a fer-les més comprensibles als participants, emprar l'anglès com a idioma de comprensió mútua o, fins i tot, fer ús d'aplicacions de traducció en el seu idioma matern (urdú) per assegurar la comprensió d'allò que es preguntava. Aquest element sumat a la manca d'instruments adaptats culturalment, fa que els resultats s'hagin d'interpretar amb cautela.

D'altra banda, cal destacar que el nombre de participants finals és força reduït atès que hi ha hagut limitacions a l'hora d'accedir a la mostra per les pròpies

característiques de la població transcultural. D'una banda, com ja s'ha mencionat, les dificultats en el domini de l'idioma que impedièren l'administració de la bateria de proves en els casos en que els pacients no parlaven ni espanyol ni anglès. En aquestes situacions, s'havien de descartar com a possibles participants atès que no era possible comptar amb la presència de mediadors (recurs altament escàs en la sanitat pública). D'altra banda, la complexitat del diagnòstic i la presència de simptomatologia greu (alteració de consciència, símptomes psicòtics, etc.), element que feia descartar el pacient com a participant per resultar altament estressant la possibilitat d'administrar proves extres. També, la manca d'adherència al tractament que resulta un element rellevant en la població transcultural, fent que els pacients no assistissin a les visites d'administració de proves. Finalment, pacients que podrien complir els requisits per a ser entrevistats però són menors d'edat, tutelats per la DGAIA, i no és possible accedir (sense planificació prèvia) a una autorització dels tutors legals a través del consentiment informat.

Aquest fet influeix també a l'hora d'aplicar els models multivariants que puguin oferir resultats explicatius de les relacions. En aquest estudi, s'han dut a terme models de regressió lineals múltiples per a observar l'efecte de diverses variables com els símptomes psicològics, els símptomes de TEPT, l'edat, el sexe, els estudis i el suport social de la família i els amics en la qualitat de vida. Tanmateix, no s'ha obtingut significació en els diversos coeficients degut a una falta d'observacions vàlides i la gran quantitat de variables a contemplar. Així doncs, no és possible establir la causalitat d'aquestes relacions entenent que la simptomatologia de TEPT *per se*, pot no ser una variable suficientment explicativa per a l'augment o disminució del malestar psicològic i la satisfacció amb la vida. I d'altra banda, és important contemplar la influència de la vinculació amb les entitats i el suport social de família, amics o institucions, així com d'altres variables com l'edat, els estudis, els ingressos o la situació administrativa. Aquestes mesures no s'han pogut valorar en el model multivariant per l'escassetat de mostra però poden suposar un factor de risc o de protecció per a augmentar o reduir la gravetat dels símptomes tal com proposen Duque, Mallo i Álvarez (2007, citats a Balbuena, 2007).

De cara a investigacions futures, seria necessari poder ampliar el número de participants i tenir en compte aquests elements descrits (sexe, edat, estudis, professió, etc.) per a obtenir un model explicatiu més complet. Identificar, també, si el país d'origen o el procés migratori esdevenen elements altament significatius en comparació amb la població autòctona. A més, seria interessant posar el focus en la influència del tipus d'esdeveniment traumàtic (freqüència del succés, tipus d'exposició, edat d'exposició, etc.) en la gravetat dels símptomes d'estrès posttraumàtic i dels trastorns associats. Així com, estudiar elements mediadors com els antecedents psicològics, la manca de suport social i familiar, les seqüeles de l'esdeveniment, les estratègies d'afrontament, el creixement posttraumàtic i/o els condicionants socials (situació socioeconòmica, nivell d'integració, etc.) en relació a la qualitat i l'esperança de vida d'aquesta població.

## 9. Conclusions

El resultat del present estudi (correlacions significatives entre les variables principals) confirmen la hipòtesi central, la qual planteja un augment de la simptomatologia psicològica (↑) i una disminució de la qualitat de vida (↓), a més gravetat de símptomes TEPT (↑). Així mateix, s'observa que aquest quadre influeix en la recuperació dels hàbits saludables i les constants biològiques (dificultats del són i l'alimentació) i suposa un patiment psicològic per no poder controlar les emocions i pensaments. En aquest sentit, es confirma que la simptomatologia d'estrès posttraumàtic suposa un impacte significatiu en el dia a dia de les persones amb història de trauma i interfereix en la seva qualitat de vida.

Les altes puntuacions obtingudes pel 90% de la mostra, evidencien la complexitat dels quadres psicològics dels sobrevivents d'experiències traumàtiques i la falta d'un diagnòstic precís d'aquest trastorn. Es fa evident, la necessitat de dissenyar categories diagnòstiques específiques per sobrevivents de situacions extremes que, a més, contemplin els elements transculturals i psicosocials. En aquesta línia, entendre la diferència entre l'estrès posttraumàtic i el trauma complex i el que implica cada quadre psicopatològic és crucial per a poder recuperar la connexió entre els símptomes actuals dels pacients i les experiències traumàtiques i dissenyar estratègies terapèutiques eficaces (Herman, 1997).

S'observa que la situació socioeconòmica actual i la manca de suport social influeixen en la qualitat de vida dels pacients, incrementant la presència i gravetat de la simptomatologia psiquiàtrica (Miranda et al., 2002; Ke et al., 2010; Leung et al., 2016). Així doncs, per garantir el benestar, incrementar la qualitat de vida i afavorir la salut mental de la població migrant s'ha d'intervenir des del model bio-psico-social, posant el focus en els aspectes clínics alhora que en els factors psicosocials.

Les limitacions bàsiques en les investigacions (temps, recursos i coneixements) han jugat un paper rellevant en aquesta recerca. Atès que tot i que s'han aconseguit resultats significatius en relació a la hipòtesi plantejada, no s'han pogut establir relacions socio-demogràfiques. Aquest fet és degut a un gran

nombre de variables incloses a l'estudi i un nombre massa reduït de participants finals que dificulta la generalització dels resultats.

Així mateix, cal destacar que la idea principal del treball era dur a terme una comparació test/re-test entre els participants d'un grup terapèutic d'estrès posttraumàtic complex del Programa de Psiquiatria Transcultural. S'havien dut a terme les fases inicials constituint la bateria de proves pre i post amb instruments d'anàlisi quantitativus i qualitativus i s'havia acordat el disseny de les sessions grupals amb les conductores del grup. Tanmateix, aquesta opció s'ha hagut de suspendre atès que el grup encara no s'ha iniciat i no era viable amb els temps marcats per a la presentació del present document de TFM. Per aquest fet motiu, el plantejament del treball ha derivat cap a la descripció de les correlacions entre els símptomes de TEPT, els símptomes psicològics i la qualitat de vida, reconduint la idea inicial cap a una recerca més factible en relació als tempsos.

És necessari fer èmfasi en la complexitat de treballar amb aquesta població, per la conjunció de dificultats que conflueixen en un mateix cas. D'una banda, les limitacions en el *setting* pel que fa a l'idioma, la gestió del temps en les diverses cultures, etc. (Bhui i Bhugra, 2002; McCabe i Priebe, 2004; Miller et al., 2005). Per altra, la gravetat dels quadres diagnòstics presents en les consultes de psicologia transcultural. La majoria dels casos han sofert al llarg de la vida diversos episodis traumàtics que sumats a les dificultats socioculturals en el país d'acollida, agreugen la simptomatologia o incrementen la predisposició a desenvolupar trastorns mentals greus (Cantor-Graae i Selten, 2005). D'altra banda, cal apuntar que els instruments emprats per a la recerca no han estat adaptats culturalment, fet que implica una dificultat major a l'hora d'administrar els qüestionaris (sent hetero-administrats en lloc d'auto-administrats) i pot esdevenir un biaix en la interpretació dels resultats. En el procés d'administració s'han identificat dificultats de comprensió de la formulació d'algunes de les preguntes que van més enllà de la capacitat de l'investigador de fer-se entendre, i posen en qüestió la validesa de la resposta donada.

En relació a les tècniques de recollida d'informació, cal apuntar que l'instrument emprat per avaluar els símptomes psicològics -GHQ28 (Golberg, 1996)- és un instrument de detecció i obté puntuacions molt altes en tots els casos. És important, per tant, en futures ocasions incloure instruments de diagnòstic especialitzats en cada quadre simptomàtic com el BDI (Beck et al., 1979) per a la depressió o l'STAI (Spilberg, Gorsuch i Lushene, 1982) per l'ansietat per a veure la gravetat de la simptomatologia depressiva i ansiosa real dels pacients. Així com emprar el test MMPI-2 (Ben-Porath i Tellegen, 2009) per avaluar la presència de trastorns de personalitat. D'altra banda, l'instrument emprat per avaluar la gravetat dels símptomes de TEPT pot no esdevenir l'adequat per a població transcultural, atès que quasi la totalitat de casos superen amb escreix la puntuació de tall. I, per un altre costat, no existeix un instrument validat amb suficient evidència empírica per a avaluar la gravetat dels símptomes del trastorn d'estrès posttraumàtic complex, atès que es tracta d'una categoria diagnòstica recentment inclosa a la CIE-11 (WHO, 2018).

Seria interessant, en aquest sentit, realitzar un estudi comparatiu entre una mostra de persones autòctones i una mostra de pacients transculturals amb instruments adaptats i validats culturalment on es pogués identificar la prevalença de successos traumàtics al llarg de la vida, veure l'afectació d'aquests en la simptomatologia d'estrès posttraumàtic, i la seva afectació en relació als símptomes psicològics i la qualitat de vida de forma longitudinal.

La proposta de millora és ampliar l'estudi per augmentar la mostra i incloure dos grups (autòctons i migrants) i realitzar un diagnòstic diferencial acurat entre estrès posttraumàtic i trauma complex. Incloure les variables socio-demogràfiques (sexe, edat, estudis, professió, ingressos, etc.) i psicosocials (suport social, estils de vida, etc.). Per així poder realitzar models de regressió amb diferents observacions amb els mateixos participants al llarg del temps i emprar tècniques longitudinals que donin informació, a més, de l'eficàcia dels tractaments per a problemes de salut mental com el TEPT o el TEPT complex.



## 10. Referències bibliogràfiques

- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales*, (46), 1–184.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5th ed.). Arlington, VA: APA.
- Arbós, A., Vidal, M. C., Arnal, J., Bartolomé, M., i Del Rincón, D. (2010). *Mètodes i tècniques d'investigació socioeducativa*. Barcelona: UOC Universitat Oberta de Catalunya.
- Baker, F., i Intagliata, J. (1982). Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69–79.
- Balbuena, F. (2007). ¿Qué esconde un trauma? De lo indecible al proceso de recuperación. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud*, 3, 75–79.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. doi: 10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x
- Bhui, K., i Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: Implications for clinical practice and research. *British Journal of Psychiatry*, 181(01), 6–7. doi: 10.1192/bjp.181.1.6
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58(September), 1–15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001
- Buxton, C., i Turnbull, G. (2018). *The ICD-11 proposed diagnostic classification of Complex Post-traumatic Stress Disorder (CPTSD)*. Recuperat el 25 d'octubre de 2018 de: <https://trauma-summit.com/wp-content/uploads/2018/08/Christina-Buxton-and-Gordon-Turnbull-ICD-11.pdf>
- Cantor-Graae, E., i Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12–24. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.12
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., i Kastrup, M. (2006). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 51–57. doi: 10.1080/08039480500504982
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., ... Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. Recuperat el 25 d'octubre de 2018 de: [http://www.traumacenter.org/products/pdf\\_files/ISTSS\\_Complex\\_Trauma\\_Treatment\\_Guidelines\\_2012\\_Cloitre,Courtois,Ford,Green,Alexander,Briere,Herman,Lanius,Stolbach,Spinazzola,van\\_der\\_Kolk,van\\_der\\_Hart.pdf](http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/ISTSS_Complex_Trauma_Treatment_Guidelines_2012_Cloitre,Courtois,Ford,Green,Alexander,Briere,Herman,Lanius,Stolbach,Spinazzola,van_der_Kolk,van_der_Hart.pdf)

- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-tello, F. P., i Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, *34*(2), 111–128.
- Echeburúa, E., i De Corral, P. (2008). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima de terrorismo. En J. P. Espada, J. Olivares, i F. X. Méndez (Eds.), *Terapia psicológica: casos prácticos* (2nd ed., pp. 159–178). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, C., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Ramírez, C., Esteve, R., i López, A. E. (2018). Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. *Salud Mental*, *41*(2), 81–90. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2018.013
- García-Campayo, J., i Sanz, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Salud Mental*, *118*(5), 187–191. doi: 10.1016/S0025-7753(02)72328-2
- Golberg, D. P. (1996). *Cuestionario de Salud General de Golberg*. Barcelona: Masson.
- Herman, J. L. (1992). A healing relationship. En J. L. Herman (Ed.), *Trauma and Recovery* (pp. 133–155). Glenview, IL: Basic Books.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. Trauma and Recovery. New York: Basic Books. doi: 10.1177/1066480716628565
- IBM Corp. (2016). IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kashdan, T. B., Morina, N., i Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(2), 185–196. doi: 10.1016/J.JANXDIS.2008.06.006
- Ke, X., Liu, C., i Li, N. (2010). Social support and Quality of Life: a cross-sectional study on survivors eight months after the 2008 Wenchuan earthquake. *BMC Public Health*, *10*(1), 573. doi: 10.1186/1471-2458-10-573
- León, O. G., i Montero, I. (2014). *Mètodes d'investigació quantitativa* (2a ed.). Barcelona: Editorial UOC.
- Leung, J., Smith, M. D., i McLaughlin, D. (2016). Inequalities in long term health-related quality of life between partnered and not partnered breast cancer survivors through the mediation effect of social support. *Psycho-Oncology*, *25*(10), 1222–1228. doi: 10.1002/pon.4131
- McCabe, R., i Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: Comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, *185*(01), 25–30. doi: 10.1192/bjp.185.1.25
- McGuire, T. G., i Miranda, J. (2008). New Evidence Regarding Racial And Ethnic Disparities In Mental Health: Policy Implications. *Health Affairs*, *27*(2), 393–403. doi: 10.1377/hlthaff.27.2.393

- Miller, K. E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M., i Lopez, D. (2005). The Role of Interpreters in Psychotherapy With Refugees: An Exploratory Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 27–39. doi: 10.1037/0002-9432.75.1.27
- Mind - National Association for Mental Health. (2017). Symptoms of PTSD | Mind, the mental health charity - help for mental health problems. Recuperat el 25 de novembre de 2018 de: [https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/symptoms-of-ptsd/#.W\\_sIDmhKhdg](https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/symptoms-of-ptsd/#.W_sIDmhKhdg)
- Mind - National Association for Mental Health. (2018). *Post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Recuperat el 25 de novembre de 2018 de: <https://www.mind.org.uk/media/23538921/ptsd-2018.pdf>
- Mingote, J. C. (2011). Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático Differential Diagnostic of Posttraumatic Stress Disorder. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 2011–2121. doi: 10.5093/cc2011v2n2a2
- Miranda, J., Lawson, W., i Escobar, J. (2002). Ethnic Minorities. *Mental Health Services Research*, 4(4), 231–237. doi: 10.1023/A:1020920800686
- National Health Service - UK. (2018a). Post-traumatic stress disorder (PTSD) - Complex PTSD - NHS. Recuperat el 25 d'octubre de 2018 de: <https://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complex/>
- National Health Service - UK. (2018b). Post-traumatic stress disorder (PTSD) - Symptoms - NHS. Recuperat el 25 d'octubre de 2018 de: <https://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/symptoms/>
- Navarro-Lashayas, M. Á. (2014). Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 711–723. doi: 10.4321/S0211-57352014000400005
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., i Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 23 Suppl 1, 49–58. doi: 10.1016/S0924-9338(08)70062-2
- Sayed-Ahmad, N. (2013). Proceso migratorio, diversidad sociocultural e impacto sobre la salud mental. *Educación Social*, 54, 87–101.
- Servei de Psiquiatria Hospital Universitari Vall d'Hebron. (2010). Memoria Programa Psiquiatria Transcultural. Barcelona: Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Teodorescu, D.-S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., i Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(84), 1–16. doi: 10.1186/1477-7525-10-84

Weathers, F. W., Blake, D. D., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., i Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) - Standard Version . [Measurement instrument]. Recuperat el 18 de novembre de 2018 de: [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life\\_events\\_checklist.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp)

World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems, 11th Revision (ICD-11)* (11th ed.). Recuperat el 18 de novembre de 2018 de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

# 11. Annexos

## 11.1 Calendari de treball

Etapas i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	OCTU- BRE		NOVEMBRE				DESEMBRE				GENER			Observacions/ Comentaris estudiant	Observacions/ Comentaris consultor/a
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3		
0. Acordar conjuntament amb el consultor quina temàtica s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG															
1. Elecció del tema															
....1.1. Identificar un tema															
... 1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit															
....1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball															
2. Planificació del treball															
....2.1. Identificar els elements fonamentals del TFG															
....2.2. Organitzar elements fonamentals del treball															
....2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball															
3. Desenvolupament del treball															
....3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG															
....3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric															
....3.3. Recollir, analitzar i interpretar les dades obtingudes															
....3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua															
4. Lliurament de la memòria															
....4.1. Comunicar de forma correcta la informació															

## 11.2 Declaració de consentiment informat

A continuació s'inclou document emprat per a recollir el consentiment informat dels participants de la recerca. El consentiment ha estat dissenyat en espanyol per a facilitar la comprensió del text als participants de la investigació, tots ells amb llengües maternes diferents al català i millor domini de la llengua espanyola.

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

mayor de edad, con DNI/NIE/Pasaporte número \_\_\_\_\_

y con domicilio en \_\_\_\_\_

nacido/a el año \_\_\_\_\_, declaro:

QUE:

1. Autorizo a **Núria González Aumatell**, con DNI número 47809264-S y con domicilio en La Garriga, estudiante de la asignatura Trabajo Fin de Máster (TFM) del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), a recopilar y utilizar datos de carácter personal y clínico que hayan sido comunicados en el marco de este trabajo, con fines exclusivamente de INVESTIGACIÓN y sin ánimo de lucro.
2. Que manifiesto que he sido informado/a sobre las características de la participación en el estudio científico llevado a cabo por la estudiante. También he sido informado/a sobre que los datos personales serán protegidos en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y de acuerdo con el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la misma. En cualquier momento podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al correo electrónico [ngonzalezau@uoc.edu](mailto:ngonzalezau@uoc.edu).
3. Que el Sr./Sra. Núria González Aumatell, se compromete a guardar secreto sobre las informaciones personales y los datos de carácter personal, y a no hacer uso público de los datos de carácter personal, bajo el cumplimiento de la ley mencionada anteriormente. La estudiante sólo podrá compartir los datos obtenidos con una finalidad docente y de investigación. La estudiante se compromete a destruir la información de carácter personal una vez finalizado su uso con fines de investigación.
4. Que he recibido una copia de este documento firmada por la estudiante.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma participante.

Firma del estudiante.

### 11.3 Protocol d'avaluació

A continuació es descriu el protocol d'avaluació emprat en la recerca. El document ha estat creat en espanyol per a facilitar l'administració als pacients, en la seva totalitat, d'origen cultural divers. Tanmateix en el present document, s'inclouen els instruments creats específicament per aquesta recerca.

Aquest protocol inclou:

- *Protocolo de evaluación – TFM*: Document on es descriuen els instruments emprats en la investigació i es registra la seva administració.
- *Cuestionario de datos personales*: Document de recollida de dades personals de creació *ad hoc*.
- *Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28)* (Golberg, 1996): Qüestionari d'avaluació de simptomatologia general
- *Life Events Checklist (LEC-5)* (Weathers, et al., 2013): Llistat d'experiències potencialment traumàtiques al llarg de la vida.
- *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R)* (Echeburúa, et al., 2016): Instrument per al diagnòstic i determinació de gravetat dels símptomes de TEPT.
- *Escala de Satisfacción con los Dominios de la Vida (SLDS)* (Baker & Intagliata, 1982): Escala d'avaluació de la qualitat de vida.



## PROTOCOLO DE EVALUACIÓN - TFM

Nº paciente		Fecha	
-------------	--	-------	--

TAREA	INSTRUMENTO	FUNCIÓN	Administración realizada (v)
1. CONTACTO	Derivación y admisión investigación	Descripción investigación y aspectos clave	
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	Declaración de consentimiento	Explicación investigación y protección de datos	
3. INSTRUMENTO ADMINISTRADO	Cuestionario datos personales	Recogida de información personal	
	GHQ-28	Sintomatología general	
	LEC-5	Experiencias potencialmente traumáticas en la vida	
	EGS-R	Diagnóstico y gravedad TEPT	
	SLDS	Calidad de vida	

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS - INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Cuestionario datos personales	Creación <i>ad hoc</i> .
GHQ-28	Golberg, D.P. (1996). <i>Cuestionario de Salud General de Golberg</i> . Barcelona: Masson
LEC-5	Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). <i>The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)</i> . Instrument available from the National Center for PTSD at <a href="http://www.ptsd.va.gov">www.ptsd.va.gov</a>
EGS-R	Echeburúa, E., Amor, P.J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Hologado-tello, F.P., Muñoz, J.M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. <i>Terapia Psicológica</i> , 34(2), 111-128.
SLDS	Baker F, Intagliata, J. (1982). Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems. <i>Evaluation and Program Planning</i> ; 5, 69-79.

## CUESTIONARIO DATOS PERSONALES

(Creación *ad. hoc.*)

Nº paciente		Fecha		1. TEST		2. RE-TEST	
-------------	--	-------	--	---------	--	------------	--

DATOS DE CARÁCTER GENERAL			
EDAD		SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	
SEXO		UNIDAD DE CONVIVENCIA	
PAÍS DE ORIGEN (REGIÓN o CIUDAD)		ALOJAMIENTO ACTUAL	
GRUPO ÉTNICO/ CULTURA/ RELIGIÓN		SITUACIÓN LABORAL	
NIVEL DE ESTUDIOS		SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA (INGRESOS / AYUDAS)	
ESTADO CIVIL		ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y SOCIALES	
PROFESIÓN		APOYO SOCIAL FAMILIA (País origen/p. acogida)	
		A.S. - AMIGOS	
LENGUA MATERNA		A.S. - INSTITUCIONES	
		A.S. - OTROS	
IDIOMAS HABLADOS		LLEGADA A ESPAÑA	
		VINCULACIÓN CON ENTIDADES	
SALUD FÍSICA (ENFERMEDADES)		NIVEL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PERCIBIDO	
DATOS DE CARÁCTER ESPECÍFICO			
HÁBITOS/PATRÓN DE SUEÑO		EJERCICIO FÍSICO	
ALIMENTACIÓN		USO DE SUSTANCIAS	
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PREVIO		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	
DATOS DEL CLÍNICO QUE DERIVA (DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES)			
OBSERVACIONES ENTREVISTA INICIAL			