

UNAB



Universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencia, Humanidades y Artes
Programa de Psicología

CARACTERIZACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE
ESTRÉS POSTRAUMA EN POBLACIÓN EN CONDICION DE
DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA POLÍTICA EN EL ASENTAMIENTO
CAMINOS DE PAZ EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA

Trabajo para optar al título de Psicólogo

Laura Victoria Jagua Navas
Erwin Alonso Corredor Mesa

Autores
Donación
(\$30000=)

059504 76/37.04
NOV. 26/2004
E

Bajo la Dirección de: Ps Edgar Alejo Castillo

Bucaramanga, Noviembre de 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Tabla de Contenido

Introducción	1
Planteamiento del Problema	5
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
Antecedentes	9
Marco Teórico	15
La violencia en Colombia	15
Desplazamiento forzado interno	19
Causa y tipos de desplazamiento	20
Variables relacionadas con el desplazamiento	21
Secuelas psicológicas del desplazamiento	25
Manifestaciones psicológicas del desplazamiento	26
Trastorno de estrés postraumático	28
Aparición del concepto	29
Recorrido Histórico	30
Epidemiología del TEPT	37
Aparición del TEPT como categoríadiagnostica	38
Criterios Diagnósticos para TEPT	40
Criterios DMS IV para TEPT	41
Descripción de los síntomas TEPT	43
Eventos potencialmente traumáticos	46
Desencadenantes	47
Curso	48
Diagnostico Diferencial	49
Pronóstico	50
Etiología y Patogénesis	51
Tratamiento	51
Tratamiento para TEPT agudo	51

Tratamiento para TEPT crónico	52
Método	54
Diseño de la Investigación	54
Población	55
Instrumentos	55
Encuesta sociodemográfica	55
Escala de eventos vividos	55
Entrevista estructurada específica	56
Procedimiento	57
Resultados	59
Discusión	88
Conclusión	93
Referencias	95

Tablas

Tabla 1.	Descripción de la población	59
Tabla 2.	Descripción de consumo de cigarrillo	61
Tabla 3.	Descripción de consumo de alcohol	62
Tabla 4.	Descripción del tiempo de desplazamiento	62
Tabla 5.	Descripción de la ocupación anterior al Desplazamiento	63
Tabla 6.	Descripción de la Ocupación actual	65
Tabla 7.	Descripción de los eventos vividos	67
Tabla 8.	Prevalencia de eventos vividos Criterio A	69
Tabla 9.	Correlación de Kappa-vida	71
Tabla 10.	Correlación de Kappa-actual	71
Tabla 11.	Prevalencia TEPT vida	72
Tabla 12.	Prevalencia TEPT actual	73
Tabla 13.	Correlación de Sperman del diagnostico de TEPT Vida con genero	73
Tabla 14.	Correlación de Sperman del diagnostico de TEPT actual con genero	74
Tabla 15.	Descripción de los eventos vividos	74
Tabla 16.	Prevalencia TEPT actual y edades agrupadas	75
Tabla 17.	Prevalencia TEPT actual y Estado Civil	76
Tabla 18.	Prevalencia TEPT actual y Escolaridad	77
Tabla 19.	Prevalencia TEPT actual y tiempo de desplazamiento	78
Tabla 20.	Prevalencia TEPT actual y consumo de Cigarrillo	79
Tabla 21.	Prevalencia TEPT actual y consumo de alcohol	79
Tabla 22.	Análisis de Regresión	79
Tabla 23.	Factores de Riesgo	80
Tabla 24.	Análisis de Consistencia Interna CAPS B	81

Tabla 25.	Análisis de Consistencia	Interna CAPS C	82
Tabla 26.	Análisis de Consistencia	Interna CAPS D	82
Tabla 27.	Análisis de Consistencia	Interna CAPS total	83

Gráficas

Gráfica 1.	Distribución de los asentamientos	6
Gráfica 2.	Prevalencia del Criterio A	70
Gráfica 3.	Prevalencia TEPT vida	72
Gráfica 4 .	Prevalencia TEPT actual	73
Gráfica 5.	Descripción de los criterios B C D	84

CARACTERIZACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAÜMA EN POBLACIÓN EN CONDICION DE DESPLAZADOS POR LA
VIOLENCIA POLÍTICA EN EL ASENTAMIENTO CAMINOS DE PAZ EN EL
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA

La historia del pueblo colombiano ha estado marcada por un conflicto permanente. Las guerras del siglo XIX, la violencia entre los partidos tradicionales en los años 50s y la existencia de un prolongado conflicto armado interno desde mediados de los años 60s, caracterizan la historia política de Colombia (UNICEF , 1999)

Este conflicto ha provocado que gran parte de los colombianos se vean obligados a huir de sus regiones, por acción directa o indirecta de los grupos al margen de la ley, esto se conoce como desplazamiento interno.

El desplazamiento interno es uno de los fenómenos que mayor impacto ha producido a nivel social, económico y cultural en Colombia desde las luchas independentistas a comienzos del siglo pasado y hasta nuestros días, los conflictos armados han generado movimientos humanos masivos que alcanzaron uno de los puestos mas sobresalientes en la llamada violencia de los años 50s, que desplazo dos millones de campesinos a los centros urbanos. (Sánchez, Jaramillo 2003).

El desplazamiento forzado interno se define como,
"una migración provocada, en gran parte por el
enfrentamiento, la acción, la interacción o la simple
presencia de uno o mas actores armados en las llamadas zona'
de violencia, sin embargo, la principal causa de
desplazamiento forzado en Colombia tiene relación con la
violencia política que se desarrolla en el escenario de una

confrontación armada entre grupos guerrilleros y el estado, con la consiguiente violación de los derechos humanos, y transgresiones al derecho internacional humanitario, el desplazamiento nace también de la impunidad que a su vez alimenta las diversas manifestaciones de justicia privada". (Conferencia Episcopal de Colombia, 1995).

Todo este proceso de desplazamiento hace que necesariamente las personas vayan de un lugar al otro, que migren sin saber a donde ir. La simple migración, trae consigo secuelas emocionales que afectan la salud mental del sujeto. Los trabajos de Odegaard y Malzberg señalan una mayor prevalencia de emigrantes que de nativos en los hospitales psiquiátricos. Concluyen varios de sus estudios que la migración y las circunstancias que lo rodean son un importante factor casual de enfermedad mental.

En el desplazamiento, la migración va acompañada de otras variables que pueden perturbar en mayor medida la salud mental. Situaciones como múltiples pérdidas a nivel material, pérdidas de personas afectivamente representativas, pérdida del autoestima y compromiso de la identidad facilitan la aparición de alteraciones emocionales y comportamentales encuadrables clínicamente entre del espectro depresivo que además de la sintomatología clásica se caracteriza por: distorsión del sentido del tiempo, desinterés por el futuro y dificultad para tomar decisiones, desesperanza, aislamiento e incapacidad de relacionarse y sensación de vacío interno. (Sánchez, Jaramillo, 2003)

Así como el desplazamiento puede desencadenar síntomas que encajan dentro del cuadro depresivo, también puede desencadenar síntomas que permitan diagnosticar otros

trastornos. Se ha demostrado que el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) está directamente relacionado con el fenómeno del desplazamiento; en un estudio realizado en Bucaramanga por Bueno y Toscano (2003) con 150 hombres y mujeres desplazados por la violencia sociopolítica en Colombia entre 14 y 87 años de edad, se estimó que el 47.7% de la población presentaba síntomas asociados al TEPT. Esta situación planteada motiva a los investigadores a realizar un estudio que incluya estas dos variables.

Existen razones por las cuales los investigadores desean llevar a cabo un estudio de este tipo que incluya la relación entre el desplazamiento y TEPT. En primer lugar consideran que los sujetos en condición de desplazados son una población a riesgo que pueden desencadenar TEPT, y conocer ciertas características de este desorden en esta población puede proporcionar valiosa información para profundizar en este tema, y así diseñar programas de intervención específicos para estos sujetos. Se piensa que es una población en riesgo porque están expuestos a múltiples hechos traumáticos, y un evento o acontecimiento traumático es clave para el desarrollo de TEPT. Como dice la Dra. Gloria Amparo Camilo, psicóloga de la fundación AVRE: "podemos considerar el desplazamiento como un acontecimiento estresor (traumático) que pone a prueba la estabilidad personal y la solidez del núcleo familiar y social". (Bello, Cardinal, y Arias, 2002).

El impacto psicológico del desplazamiento forzado no solo afecta al individuo y a su familia, también perturba el entorno social y cultural; la sociedad también sufre las consecuencias del desplazamiento, no solo por el impacto que el fenómeno ocasiona en la población

receptora, sino también por los efectos políticos del mismo, sin embargo, en muchos casos es evidente la falta de sensibilidad y solidaridad de los ciudadanos frente a las familias desplazadas, las cuales son tratadas en ocasiones como intrusas y advenedizas, personas a quienes hay que tolerar a la distancia. (UNICEF Colombia, 1999). Por esta razón los investigadores ven la necesidad de hacer una descripción detallada de esta población y mostrarla a la sociedad para así buscar mecanismos que permitan una mejor adaptación entre desplazados y la comunidad receptora.

Esta problemática es vista por los investigadores como un área que requiere indagarse, teniendo en cuenta que la relación TEPT-desplazamiento es un campo con escasa información y puede resolver muchas incógnitas de gran valor teórico para la psicología clínica y social comunitaria.

Con el objeto de mejorar la salud mental de los desplazados, se pretenden mostrar unos resultados que sensibilicen al Estado para que dentro de sus planes de gobierno implanten planes que prevengan la enfermedad en esta población, teniendo en cuenta que, las experiencias traumáticas que afrontan los colombianos no han sido asumidas por los planes de gobierno de los mandatarios que han ejercido el poder en medio del conflicto armado, ninguno de ellos ha incluido dentro de sus programas y proyectos la reparación psicosocial de los daños causados por el conflicto armado. (Aguilera, 2003).

Por último el estudio pretende identificar la prevalencia de síntomas de TEPT con el fin de reconocer y describir características del trastorno en esta población

especifica, de esta manera hacer un aporte significativo en el campo social, cultural, académico y político.

Planteamiento del Problema

La situación del desplazamiento ha hecho que las víctimas de este, migren a diversas ciudades del país, entre ellas se encuentra Bucaramanga.

En el departamento de Santander, Bucaramanga se ha caracterizado por ser receptora de población desplazada por la violencia, junto con los municipios de Girón, Floridablanca y Piedecuesta, a raíz de la violencia experimentada en el Magdalena Medio, que ha afectado su composición demográfica y socio-cultural. En Bucaramanga y su área metropolitana este fenómeno se visualizó en los últimos tres años y ha aumentado desde el 2001; actualmente la ciudad acoge 23.000 desplazados, esta cifra podría ser mayor si se tiene en cuenta que muchos de los desplazados no declaran ni denuncian ante las autoridades públicas los hechos que motivan el desplazamiento, y en esa medida no quedan inscritas en el reporte oficial del RSS. Santander ocupa el puesto 12 a nivel nacional en acoger colombianos en condición de desplazados, según lo estimado en el informe de gestión de la RSS en Enero de 2000 a junio de 2001. (Corporación Compromiso, 2002).

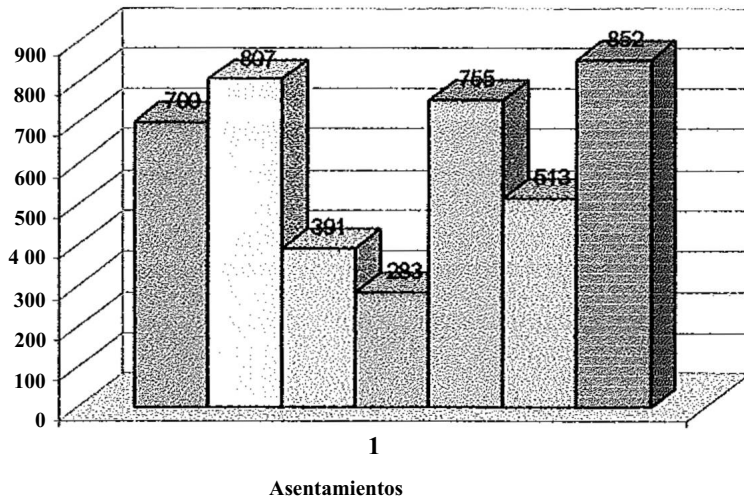
De continuar con el deterioro del orden público y el incremento de las masacres en las regiones de, Sur de Bolívar, Sur de Cesar, Provincia de García Rovira, Sur de Santander y en la provincia de Mares; los desplazados en el Área Metropolitana de Bucaramanga seguirán incrementando sus niveles de indigencia hasta el punto que el fenómeno se puede convertir en una problemática, para lo cual los

municipios del Área Metropolitana no se encuentran preparados.

Aspectos como la ilusión de mejorar los ingresos, gozar de los diferentes servicios públicos, seguridad y posibilitar la educación de los hijos, son entre otros factores que impulsan a las comunidades a migrar hacia las cabeceras municipales. Ante la ausencia de posibilidades reales de retorno o reubicación, la mayoría de estos desplazados, generalmente dispersos en los barrios y en asentamiento desean quedarse en estos centros urbanos mientras que solo una minoría desea retornar, esto agudiza la problemática de orden social. (Corporación compromiso, 2002) .

Los desplazados ubicados en el Área Metropolitana de Bucaramanga se encuentran ubicados en siete organizaciones: Asovidebu, (Asentamiento Brisas de Paz de Café Madrid) ; Asodeg, (Asentamiento del Municipio de Girón); Asodespie, (Asentamiento del Municipio de Piedecuesta); Asodeflor, (Asentamiento del Municipio de Floridablanca); Asodeca, (Asentamientos de Café Madrid); Asofadescol, (Asentamiento Villa Nazareht de Floridablanca). (Figura 1)

Sea en Bucaramanga o en cualquier parte del país, las secuelas emocionales se derivan prácticamente de hechos similares, del desplazamiento tales como, la tortura, amenazas de muerte, el secuestro y desaparición forzada, entre otros; todos estos eventos violentos son generadores de angustia y crisis en el individuo, en la medida en que rompe el equilibrio requerido para el mantenimiento de la salud mental. (Aguilera, 2003).



Asodeg Asodeca EJAsofadescol DAsodeflor
 Asodespie Asodesbu Asovidebu

Figura 1: Distribución de los asentamientos

Existen pocas investigaciones en las cuales se relacione el desplazamiento con trastornos psiquiátricos específicos. La mayoría de estudios relacionan el desplazamiento con depresión, pero esta depresión puede considerarse normal dentro de un proceso de duelo debido a las múltiples pérdidas que la persona desplazada experimenta; sin embargo la presencia del trastorno en esta población puede darse.

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede presentarse con prevalencias significativas debido a los hechos traumáticos que vivencian los desplazados, (hechos anteriormente mencionados) y estos hechos afectan la integridad física del sujeto y de otras personas convirtiéndose en un evento importante para la aparición del trastorno.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente surge la necesidad por parte de los investigadores de dar

respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características y la prevalencia del TEPT en población desplazada, ubicada en el asentamiento Caminos de Paz en el Municipio de Bucaramanga?

Objetivos

Objetivo General

Identificar y caracterizar la prevalencia de TEPT y factores de riesgo asociados al trastorno, en población desplazada, ubicada en el asentamiento "Caminos de Paz", por medio de la aplicación de la prueba Clínician Administered PTSD Scale for DSM IV (CAPS) y una encuesta sociodemográfico, con el fin de proporcionar información que permita la comprensión del trastorno y poder implantar programas de intervención adecuados a este tipo de población.

Objetivos Específicos

Identificar variables sociodemográficas en el asentamiento "Caminos de Paz", mediante un formato específico.

Describir la población entrevistada a partir de los datos obtenidos en la encuesta sociodemográfica.

Identificar la prevalencia del TEPT mediante el análisis cuantitativo de la prueba CAPS.

Describir las características del TEPT encontradas en la población que ha sido objeto de estudio.

Determinar factores de riesgo asociados a TEPT a partir de análisis estadísticos.

Antecedentes

Trastorno de Estrés Postrama ha sido objeto de estudio con relación a múltiples variables, la investigación proporciona elementos validos que ayudan a la comprensión del trastorno en población expuesta a la violencia política.

En un estudio realizado en refugiados que continúan viviendo en la zona de guerra (en nicaragua durante los años 80), los resultados revelaron que las 2/3 partes de los hombre y casi todas las mujeres sufrieron perturbaciones psicológicas. La somatización y la comunicación de la angustia generada fue central en la experiencia subjetiva, la perturbación de sueño, la hipervigilancia y otras sintomatologias de ansiedad y la pobre concentración, fueron comunes y exacerbados; una cuarta parte de los hombres y la mitad de las mujeres fueron diagnosticados con el trastorno de estrés postrama. (Summerfield, y Toser, 1991).

En un estudio realizado por Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA) en el que se evaluaron 1.800 adultos pertenecientes a cinco comunidades de EU, según los criterios Diagnósticos del Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM III) y utilizando como instrumento estadístico de evaluación la Diagnostic Interview Sachadule; se encontró una tasa de prevalencia de TEPT vida de 1.3% y una prevalencia de TEPT de seis meses del 0.44%. En este estudio los acontecimientos traumáticos mas prevalentes fueron: ser testigo de una agresión o un asesinato (35.6% en hombre y 14.5% en mujeres); estar involucrado en un incendio, inundación u otra catástrofe

natural (18.9% en varones y 15.2% en mujeres). Otros de los trabajos que apoyó la ECA fue el de Herlzer y cois en St Louis, sobre una muestra de 2.493 individuos y en el que se obtuvo una prevalencia de TEPT del 1.0%. (Jiménez, 2000)

Otro gran estudio es el National Comorbidity Survey (NCS) , dirigido por Kessler y cois. En 1990 y 1992, en el cual se utilizó una muestra de 5.877 personas con edades entre 15 y 54 años, pertenecientes a 34 estados de Estados Unidos. Para este estudio se utilizaron los criterios del DSM III R y como instrumento de evaluación una versión modificada del Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI), basada en el DIS para identificar la prevalencia de TEPT. En este estudio se encontró una tasa de prevalencia vida de este trastorno del 7.8%. En este estudio los acontecimientos traumáticos mas prevalentes fueron ser amenazado, presenciar una agresión o un asesinato, sufrir un ataque físico, combatir en una guerra y sufrir una catástrofe natural. (Bobes, 2000)

Según estudios realizados por Kulka y cois en 1990 y Belich y cois en 1997 con veteranos de la Guerra de Vietnam, la prevalencia encontrada se sitúa en un rango que va desde el 14.7% al 52% según los diferentes estudios. En 1997 Engdhal y cois realizaron pruebas a 262 prisioneros de la Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Corea y se encontró una prevalencia vida del 53% y una prevalencia actual del 29%.(Jiménez, 2000)

Es fundamental resaltar que el evento por si solo no es condición única para desencadenar el TEPT, los factores de riesgo juegan un papel importante en los eventos traumáticos en los cuales las personas tienen mayor proximidad física al evento, las posibilidades de presentar

el trastorno de estrés postrauma son mayores. En el estudio que realizó Herrera y Sierra se observó una relación significativa con los factores de riesgo de haber sido violado o torturado (Fridman, Jarason). Así mismo, en un estudio realizado con 262 americanos prisioneros de guerra se analizaron variables predictoras y su correlación con TEPT y otros trastornos; se encontró que la variable edad de captura fue correlacionada negativamente con TEPT con un valor de (-.13). Presentaron correlación positiva o son predictores de TEPT, pérdida de peso durante la captura (.30), experiencias de torturas/golpes (.21), exposición a combates (.21) y soporte social (.14), teniendo este último con la correlación más baja. En este estudio, el 53% de los prisioneros de guerra se encontraron criterios asociados al de TEPT y, que la exposición al trauma fue el factor de riesgo más fuerte para el desarrollo de TEPT. (Engdahl, Dikel, Eberly, y Blank, 1997) .

Por otra parte, la anterior investigación demuestra que la guerra causa el desplazamiento, y este la exposición a eventos traumáticos y por consiguiente de la presencia de síntomas relacionados con el TEPT. En un reporte basado en la salud mental de personas expuestas a fuertes combates, de la guerra civil en Freetown, en la Sierra León en mayo de 1999, se encontraron los siguientes datos: en una muestra de 244 sujetos de edades entre 15 y 84 años, en total 91 (37%) de los sujetos fueron recientemente desplazados y el 52% de estos fueron del sexo femenino. En una muestra con 245 sujetos expuestos a eventos, se encuentra que han sido enfrentados a ataques en el pueblo (82%), expuestos a fuego cruzado (84%), explosión de minas

(28%), bombardeo aéreo (83%), fuego de morteros (65%), quema de propiedades (62%) y destrucción de las casas (73%) ; lo cual indica que un gran grupo de la población de Freetown ha sido agobiado por la guerra. Un alto porcentaje de los sujetos manifiestan haber experimentado directamente, por lo menos una vez en su vida, eventos que afectan su integridad física como; maltrato (39%), tortura (16%) o amputaciones (7%) . El 40% de los encuestados han sido quemados bajo sus casas; el 33% fueron tomados como rehenes, y el porcentaje de las personas que reportaron haber sido raptadas es en contraste relativamente bajo (7%) . La pérdida de seres queridos y ser testigos de sus muertes violentas, puede ser uno de los más serios factores de riesgos para el desarrollo de TEPT. Los porcentajes de pérdidas de personas fueron; las perdidas en el núcleo familiar como la pareja (5%), la madre (7%), el padre (5%), los niños (9%) y los hermanos (16%). Las pérdidas de familiares lejanos como tíos o tías (14%). Los porcentajes sobre la muerte de vecino (53%) y amigos (50%) . Muchos de los sujetos fueron testigos de la muerte de una persona cercana, el 30% fue testigo de la muerte de un amigo, el 41% de un vecino. Adicionalmente el 7% fue testigo de la muerte de su hijo. A 229 sujetos de Freetown se les aplicó la escala de impacto del evento (IES) (Impacto of Event Scale Questionnaire. Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979) para medir la prevalencia de respuestas de estrés traumático y se encontró; que todos los puntajes registrados de PTSD son altos, puntajes significativo con relación a las intrusiones y la evitación, sin embargo no hay diferencias significativas entre estas. Los resultados del IES son consistentes con las valoraciones de las experiencias

traumáticas. El reporte del alto índice de experiencias traumáticas pueden explicar los puntajes altos obtenidos en IES. (Jong, cois 2000).

Es evidente como los hechos violentos a las cuales están expuestas las personas son un factor altamente incidente en el desarrollo de estrés postrauma. Algunos estudios realizados en Vietnam indican que las secuelas emocionales y psicológicas se deben a la duración y la intensidad de la vivencia traumática. En la violencia política y guerras civiles es la población civil la que más tiempo y con más intensidad está expuesta a situaciones traumáticas. Dentro de la población civil, la mayoría de los estudios se han centrado en refugiados y desplazados, pero hay otras poblaciones de riesgo como los niños y adolescentes, que han quedado huérfanos, han estado en campos de concentración, sus familias están desintegradas, su socialización o educación ha quedado interrumpida; mujeres torturadas, violadas, o con abusos de otros tipos, con familias desintegradas; hombres, prisioneros de guerra o de campos de concentración, testigos; y ancianos que han sufrido abusos, o que se encuentran sin apoyo familiar/social. (Ibáñez, 2003).

La información anteriormente mencionada proporciona referentes útiles para el actual estudio. Existen otras investigaciones realizadas que manejaron las mismas variables y los mismos instrumentos de evaluación del presente estudio. Como por ejemplo, en Barrancabermeja (Santander) se indago a 75 sujetos (hombres y mujeres) en condición de desplazados, provenientes de diversas zonas del país entre 20 y 70 años de edad y se dedujo que la presencia de TEPT en desplazados por la violencia es del

33% con la presencia de algunos síntomas característicos del trastorno tales como; afrontamiento en el criterio A, evitación en el criterio B, e hiperactivación de los eventos traumáticos por el criterio D del DSMIV. (Martínez, y Sanabria, 2003) .

Otro estudio realizado por Bueno y Toscazo (2003) con 150 sujetos (hombres y mujeres) desplazados por la violencia sociopolítica en Colombia entre 14 y 87 años de edad, se encontró que el 47.7% de la población padecía de TEPT con el cumplimiento de los cuatro criterios del DSM IV; Afrontamiento (A), re-experimentación (B) , evitación (C), e hiperactivación (D).

Marco Teórico

Ni la violencia política ni el desplazamiento forzado de la población civil son fenómenos nuevos en Colombia. Si embargo, las últimas tres décadas han alcanzado tales proporciones y características que finalmente han comenzado a reconocerse que constituyen problemas prioritarios para la sociedad y el estado colombiano. Las distintas formas de violencia son actualmente el principal problema de salud de los colombianos.

La violencia en Colombia

El desplazamiento interno de personas ha tenido en Colombia causas económicas, sociales y políticas. La disputa por el control de la tierra, la búsqueda de mejores condiciones de vida y las persecuciones por motivos ideológicos o políticos han sido causales de los desplazamientos internos de la población. Estos en su mayor parte son de tipo rural y se pueden clasificar en individual o familiar, en el que se desplaza un individuo o una familia entera y el éxodo masivo, cuando se desplazan poblaciones enteras por amenazas de genocidio o por enfrentamiento en sus cercanías de la guerrilla, de los paramilitares y de las fuerzas militares del estado colombiano. (Vidales, 1997)

La causa que ha generado mayor número de migraciones internas en Colombia ha sido la violencia ejercida por grupos armados contra sectores de la población, movidos por el interés de adquisición masiva de tierras, o de controlar regiones o territorios del país; también por no compartir las posiciones políticas de las poblaciones obligadas a

desplazarse, o simplemente porque la población que habita en regiones que son escenario del conflicto armado es considerada por uno de los bandos enfrentados como su enemiga. (Vidales, 1997)

El desplazamiento interno forzado de personas, ocasionado por la violencia armada, social o política, ha tenido momentos en los cuales se ha tornado más crítico. Uno de ellos fue el período conocido como el de la violencia, que se originó con la muerte en plaza pública del caudillo liberal Jorge Eliécer Gaitán el 19 de abril de 1948. Ello originó el enfrentamiento armado entre los dos partidos políticos más tradicionales en Colombia, el liberalismo y el conservatismo, llevándose a cabo una lucha criminal por el control político, económico y social del país. (Vidales, 1997)

Esta disputa terminó arreglándose con la creación del Frente Nacional como un acuerdo político cuya finalidad era terminar con la violencia; estaba compuesto por personalidades de los dos partidos políticos y resolvieron alternarse el poder político cada cuatro años como solución a la disputa.

Este conflicto se extendió entre los años 1946 a 1960 y que por su magnitud determinó en gran medida el cambio en la relación población rural-población urbana. Colombia pasó a convertirse en un país de municipios y ciudades, las cifras hablan por si solas: En 1938 solamente el 30.9 por ciento de la población colombiana residía en las áreas urbanas, cifra que ascendió al 39.6 por ciento en 1951, al 52.1 por ciento en 1964 luego, al 63.1 por ciento en 1973, posteriormente al 67.2 por ciento en 1985 y al 72.3 por ciento en 1994. (Niño, 1999)

La solución del acuerdo político del Frente Nacional de los años cincuenta, no acogió bajo su seno a todos los enfrentados y así ocurrió con un grupo de liberales con tendencias izquierdistas. Con las condiciones excepcionalmente favorables para la consolidación de proyectos insurgentes en los inicios de los años sesenta, este grupo dio origen al primer grupo guerrillero colombiano, conocido actualmente como la FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia), posteriormente surgieron otros grupos como el ELN (Ejército de Liberación Nacional), M-19 (Movimiento del 19 de abril), EPL (Ejército Popular de Liberación) y muchos otros más.

En los años ochenta, continúa presentándose dentro de este panorama, con gran intensidad el desplazamiento individual, no se niega su existencia, pero tampoco se le da la importancia adecuada, hasta la aparición de nuevos actores principales. Estos son: el paramilitarismo y la influencia económica del narcotráfico como un agente dinamizador del conflicto, en el sentido de que los narcotraficantes pagan protección a los grupos insurgentes o se protegen con sus propios ejércitos privados, lo que permite modernizar el arsenal militar de los bandos en conflicto, mejorando su capacidad para destruir. (Videles, 1997)

En la década de los noventa el conflicto armado crece a niveles que originan desplazamientos masivos hacia las cabeceras municipales, provocando gran presión sobre las autoridades municipales y estas a su vez sobre las autoridades departamentales y nacionales. El desplazamiento ha afectado a regiones enteras del país, especialmente los departamentos de Antioquia, Bolívar, Córdoba, Cesar y

Caquetá, donde la población huye hacia las capitales departamentales como medida desesperada para salvar sus vidas. Las ciudades intermedias de esta manera conocen un aumento significativo de su número de habitantes. (Niño, 1999)

En el desplazamiento forzado se encuentra un drama humano de incalculables magnitudes y consecuencias. Abandonar forzosamente su ambiente, su historia y su tierra, constituye para las personas desplazadas emprender un viaje a la incertidumbre, en el que no se sabe cuando se vuelve si es que se vuelve. (UNICEF, 1999)

Durante el periodo de 1985 a 1994 hubo un total de 650.000 desplazados. En los años recientes las cifras anuales han ido creciendo: 89.000 en 1995, 181.000 al año siguiente y 257.000 en 1997. La década de los noventa y en especial los años 1996 y 1997 es el periodo de mayor auge del problema.

En 1997 y los primeros meses de 1998 fueron excepcionalmente graves y difíciles para la población que vivía en las zonas de conflicto armado. Especialmente, porque los actores del conflicto armado, particularmente los paramilitares y los grupos guerrilleros, han hecho de la población civil un objetivo militar; ante los homicidios en masa, desapariciones forzadas y las amenazas de muerte de cientos de pobladores han tenido que salir, masiva, familiar o individualmente de sus lugares de residencia y trabajo hacia los cascos urbanos de los municipios más cercanos y las zonas suburbanas de las grandes capitales.

Lo expuesto anteriormente indica que las causas inmediatas de los desplazamientos internos son la violación de los derechos humanos políticos y civiles de las personas

Tipos de desplazamiento

El desplazamiento forzado es producido por múltiples causas. Las masacres son las acciones armadas que más desplazan población, en promedio en cada masacre se desplazan 224 personas. La segunda acción armada que más desplaza población es la amenaza generalizada (órdenes de desalojo a la población) en las que migran en promedio 144 personas, le siguen en orden, enfrentamientos armados 102 personas, tomas a municipios 78 personas, ataques indiscriminados 33 personas y amenazas específicas 15 personas." (RSS, 2001).

Como se puede observar las personas se movilizan por diverso motivos, lo que permite de igual forma identificar una tipología del desplazamiento interno en Colombia, identificada por el procurador general de Derechos Humanos en Colombia y presentada por el concejo Noruego para refugiados en el documento "perfil del desplazamiento interno en Colombia" del año 2002, ha identificado cuatro tipos de desplazamiento:

Desplazamiento deliberado de poblaciones de campesino generado por los diferentes actores armados, para ahuyentar el grupo entero o la comunidad, a través de asesinatos o amenazas físicas.

Desplazamiento no deliberado resultante de confrontaciones entre grupos armados, bombardeos o acciones militares que atacan indiscriminadamente a la población local, quienes carecen de mínimas garantías y protección hacia sus vidas e integridad física.

Desplazamiento causado por grupos interesados en apropiarse de tierras. Estos grupos actúan a través de

actores armados y/o delincuencia común para obligar a los campesinos a sus hogares y cultivos.

Desplazamiento hacia reservas naturales y forestales, cuyo objetivo es el establecimiento de cultivos ilícitos. (Norwegian Refugee Council, 2001)

Variables Relacionadas con el Desplazamiento

Existen variables que permiten una mejor comprensión del desplazamiento, siendo estas un factor determinante en el desarrollo de manifestaciones emocionales en la población desplazada, teniendo en cuenta como se presenta cada situación, y como es percibida por cada sujeto, las manifestaciones van a ser diferentes. Arias y Ruiz (2000) clasifican las variables de la siguiente manera.

Tipo de hecho violento.

El desplazamiento no es una condición uniformizante de la que se desprenden, un conjunto de significados que definen al desplazado como un sujeto que ha sufrido pérdidas, un ser desvalido, desarraigado, con profundos cambios de rol, o victimizados, significados todos atravesados por la idea de que son cambios malos en si mismos. Es preciso entender que el hecho violento que a propiciado el desplazamiento tiene una estrecha relación con el grado y tipo de afectación emocional. No es igual la expresión emocional de una persona o familia, y una comunidad, que se ha visto obligada a optar por el desplazamiento, debido a, por ejemplo, una masacre colectiva en medio de una amenaza que exige el desalojo del lugar, que el desplazamiento por causa de un rumor.

Pérdida de un familiar en el evento previo al desplazamiento.

Entre las familias y comunidades en situación de desplazamiento existe un porcentaje significativo de quienes han sufrido la muerte de un familiar que, generalmente causa la decisión de desplazarse; esta variable debe ser tomada en cuenta para el trabajo emocional con esta población y para diferenciarla respecto aquélla que no ha sufrido, de manera directa, tal pérdida.

Composición de la familia que se desplaza.

Entre las personas sometidas a desplazamiento varía la composición del grupo familiar. En algunos casos todo el grupo logra mantenerse junto durante el desplazamiento; no obstante, en la mayoría el grupo se dispersa por que unos se quedan con la esperanza de conservar sus pertenencias o por que no conciben un entorno distinto del que se tiene (generalmente hombres cabeza de familia); los demás, por distintas razones, prefieren asumir el riesgo.

Expresión en los roles familiares.

Tanto en los casos en que algunos de los miembros de la familia se han quedado, como en los que hay pérdida de un ser querido, en las relaciones familiares y de grupo se observa un cambio en los roles cuyas implicaciones emocionales están relacionadas con la aceptación o la obligatoriedad y desagrado con que se asuma esta situación.

Abrupto Vs. Organizado.

Un aspecto importante en la situación psico-social de las persona que se han visto obligadas a desplazarse, es el

relacionado con la posibilidad o no de reparar el desplazamiento. En aquellos casos en los que el desplazamiento se presenta de manera abrupta, donde no tiene la posibilidad de escoger entre lo que se lleva o dejan o sobre el sitio a donde ir, por otra parte aquellos que han tenido la oportunidad de "organizar" el desplazamiento, es decir, de escoger frente a lo que se lleva o se deja, hacia donde se va y por qué.

Comunidad receptora - red social de apoyo.

Otro elemento que cuenta para la expresión psicosocial tiene que ver con la existencia o no de una red social de apoyo en el sitio de llegada y con la acogida que brinde la comunidad receptora.

Situación de dependencia.

Mucho tiempo de estas personas transcurre en un no hacer consecuencia, en parte, de la imposibilidad de resolver lo económico, y en particular, lo laboral, entendido más que como una vinculación contractual o de contraprestación, como un "hacer" de una actividad similar a la que se realizaba.

Dificultad para aceptar el nuevo medio.

Por otra parte tiene dificultades para adaptarse a ese "no hacer" que les produce conflictos emocionales, reconocen que no están a gusto.

Disminución y/o finalización de los aportes de ayuda.

Cuando sobreviene la disminución o fin de la ayuda, hecho casi inevitable, se presenta un momento de abandono y

confrontación con la realidad, surcado por la ausencia de recursos para afrontar necesidades, desesperación. En esta etapa hay mayor riesgo de vinculación a grupos armados que a menudo se constituye en la única oferta laboral, particularmente para los hombres y los jóvenes; también aumenta la posibilidad de verse envueltos en situaciones de delincuencia y busque de dinero fácil. Sin embargo, es también un momento idóneo para generar espacios de creación colectiva de soluciones: cooperativas, pequeños negocios familiares, búsqueda de trabajo individual, participación entusiasta en el desarrollo de proyectos productivos, etc.

Estabilización o desestabilización.

Los sujetos que se estabilizan empiezan a ver resultados y, sobretodo, a encontrar algunos aspectos no necesariamente negativos de la experiencia. Los que se desestabilizan en esta etapa guardan relación con el tiempo que ha transcurrido entre el desplazamiento u el no encuentro de alternativas; fácilmente asumen posturas crónicas de desesperanza, aislamiento, dependencia, carencia de iniciativa e incredulidad que se expresan en un sin sentido de futuro.

Cabe resaltar, que cada una de las variables mencionadas anteriormente, varían considerablemente en la ocurrencia de los hechos y la forma en que la vivenció cada sujeto, y esto es lo que conlleva a que se desarrollen sentimientos, pensamientos, emociones diversas que permiten o no la aparición de secuelas que afectan considerablemente la salud de las personas desplazadas. Las implicaciones del desplazamiento son muchas pero puede encajarse en categorías que componen la complejidad del ser humano,

dichas categorías son: biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

Secuelas psicológicas del desplazamiento

A nivel individual el desplazamiento genera incertidumbre y desconcierto, el sujeto no es capaz de explicarse la razón por la cual tuvo que renunciar a su mundo y se encuentra temerosa e indecisa sobre como reaccionar frente a la circunstancia. Se presentan igualmente sentimientos de rabia generado por encontrarse en una situación difícil por decisión de otro. También se encuentra en una situación de crisis entendiéndose como una respuesta natural ante un hecho negativo. En un principio la crisis se caracteriza por la desorganización emocional, dependiendo del tipo violento que genero el desplazamiento, este malestar emocional se manifiesta como intranquilidad, desasosiego, inquietud (ansiedad) y tristeza o desánimo (depresión). La respuesta emocional predominante durante el desplazamiento es el miedo y a esto se le suma la necesidad de asumir las pérdidas, que pueden ser materiales concretas o simbólicas, que originan distintos procesos de duelo caracterizados en general por la tristeza. (Camilo, 2000)

Desde el punto de vista social se rompe el tejido social que ha sustentado la vida familiar e incluso personal de los desplazados. Al fragmentarse se pierden puntos de referencia y se distorsionan o pierden valores. Igualmente el desplazado debe adaptarse a nuevos valores y puntos de referencia de la sociedad que lo acoge. De otra parte es muy probable que sufra rechazo y no aceptación de la sociedad en la que se inserta. (Taborda, 2002). También experimentan tensión al verse presionados a establecer

comunicación y entablar nuevas relaciones con personas extrañas. Los padres cabezas de familia deben empezar a realizar actividades desconocidas para mejorar su economía, y posiblemente los padres o las madres se desconcentren de la crianza de los hijos, disminuyendo de esta manera las relaciones familiares. (Camilo, 2000).

En el plano familiar es igualmente desestructurado, por pérdida o ausencia de miembros o por que aunque esto no ocurra, se cambian los roles y puntos de referencia, las repercusiones individuales inciden en la armonía familiar y es muy factible que se inicie un proceso de maltrato que retroalimenta las reacciones individuales. O puede ocurrir que la familia se acabe de desbaratar por ausencia de otros miembros que se van en busca de trabajo, o son separados por autoridades, o se ven obligados a huir por nuevas persecuciones. (Taborda, 2002).

Manifestaciones Psicológicas del Desplazamiento

Camilo (2000) hace una clasificación de las distintas manifestaciones psicológicas del desplazamiento y lo refiere en los siguientes párrafos. Todo ser humano tiene pérdidas, desde la muerte natural de un familiar hasta la pérdida económica. Sin embargo en los desplazados la elaboración del duelo es más compleja porque las pérdidas son múltiples, han perdido sus familiares, amigos, y vecinos en masacres, han perdido su lugar de origen, sus tierras, sus lazos grupales, su historia.

Las respuestas de los seres humanos frente a los diversos hechos de violencia dependen de los recursos psicológicos del afectado, de la naturaleza y calidad del apoyo que encuentre en su entorno, de las características y

severidad del hecho traumático y de su historia personal y social. En las personas víctimas del desplazamiento es usual encontrar un proceso de duelo, como consecuencia del vacío que nos deja la pérdida de algo querido. (Camilo, 2000)

El duelo tiene tres fases representativas; en la primera fase se manifiestan sentimientos de ansiedad, ausencia, abandono, se culpa al otro y esto ocasiona agresividad, retraimiento, mutismo, y la negación. En la segunda fase la persona empieza a aceptar la realidad de la separación, entra en un periodo de depresión, crisis de llanto, disminución del apetito, dificultad para interactuar con otros, persiste el deseo del olvidarlo todo; y se entra a una tercera fase, donde se empieza a superar el duelo, continua triste pero no le impide continuar con sus labores, se habla de los momentos agradables y no solo de la muerte y esto es señal de que se supera el duelo. (Camilo, 2000)

Como ya se menciona anteriormente alguno de los efectos de los procesos del duelo pueden ser:

La depresión que se caracteriza por sentimiento de tristeza y estado del ánimo que cada día se hace mas intenso; puede ser generado por alguna pérdida, abandono, separación problemas familiares, desplazamiento, etc. Se manifiesta en estados de incapacidad o desinterés para realizar las diferentes actividades cotidianas, así como dolencias físicas, alteraciones del apetito, del sueño y del deseo sexual. Se presenta un paulatino retraimiento de la familia y de las personas. En ello es usual que verbalicen la sensación de estar aburridos todo el tiempo, sin ganas de hacer nada. De igual manera, en las personas

pueden surgir sentimientos de agresividad, la cual se expresa con una manifestación externa de odio. Hostilidad o furia dirigida a si mismo o hacia otros. Es común sentir deseos de venganza, que conducta antisocial que predomina en los jóvenes de sexo masculino. En este mismo sentido, se generan síntomas característicos de ansiedad. Esta es una emoción fundamentalmente basada en un miedo intenso o preocupación muy fuerte ante una amenaza indefinida y cuyas características no son bien conocidas, frecuentemente viene acompañada con de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento. A diferencia de la ansiedad el miedo es una emoción intensa que se produce en las personas siempre que hay una situación de peligro que amenaza su integridad física (Camilo, 2000).

Dentro de los trastornos por ansiedad se encuentran, el trastorno por angustia, que puede ser con o sin agorafobia, Fobia social, Fobia específica, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno por estrés postraumático. (Goldman, 1996).

Trastorno de estrés postravmático

A lo largo de la historia, el ser humano ha tenido un contacto muy estrecho con las situaciones traumáticas. En la antigüedad era frecuente presenciar acontecimientos terribles; guerras, maltrato, abuso sexual, etc. Las sociedades mas modernas han ido desarrollando una convivencia más aceptable, por lo que se han conseguido evitar tener que presenciar estas situaciones tan dramáticas, que provocan un intenso impacto emocional sobre nosotros. Sin embargo, no ha conseguido evitarse la existencia de situaciones traumáticas. Por lo general

estudios epidemiológicos han demostrado que en países donde no se han producido grandes catástrofes la gente corriente ha sufrido, como otros sufrían, situaciones que pueden considerarse más allá del límite de las experiencias que depara la vida a cualquier ciudadano corriente. (Bobes 2000)

El hecho de que un trauma emocional grave tiene un gran impacto sobre las personas, lo sabe intuitivamente casi todo el mundo. Las experiencias nos transforman. Cuando se observa que las personas que han atravesado por estas experiencias encontramos que unos las superan, sin quedar grandes secuelas en su temperamento y carácter, mientras que otros parecen quedarse fijados en el acontecimiento. Su estado de ánimo y su reactividad hacia el medio parece anclarse en aquel infausto acontecimiento que ocurrió tiempo atrás.

Es sabido, ya de una manera más científica y tras el estudio riguroso de las personas que los han sufrido, que el impacto de los acontecimientos traumáticos puede modificar al individuo en los planos biológico, psicológico y social. Tanto es así que el recuerdo del acontecimiento traumático es capaz de teñir el resto de la vida psíquica del individuo, llegando incluso a alterar la capacidad de apreciar la realidad que le rodea de una manera adecuada.

(Bobes 2000)

Aparición del concepto de trastorno de estrés pos traumático

En la historia de la psiquiatría siempre se ha debatido la posibilidad de que los traumas psicológicos produzcan cambios importantes en el sistema nervioso central (SNC). De hecho, la distinción clásica entre lo orgánico y lo

funcional se ha mantenido prácticamente hoy. Aunque la influencia de lo traumático en la historia de la psiquiatría ha sido muy grande. Resulta interesante resaltar que la categoría diagnóstica del Trastorno de estrés postraumático, tan solo fue aceptada hace 20 años. (Bobes 2000)

Recorrido Histórico del Trastorno de Estrés Postraumático

Accidentes de ferrocarril.

La primera descripción de un cuadro en la literatura científica que se parezca al trastorno de estrés postraumático surgió en la segunda mitad del siglo XIX, cuando el médico británico John Erichsen describió las lesiones "en latigazo", que sufrían las víctimas de los accidentes ferroviarios (railroad spines) . Este autor defendió la existencia de una enfermedad genuina y distinta, tanto de la histeria como de la simulación. Esta propuesta fue muy debatida y otros autores como Page defendieron que el origen de los railroad spines era psicológico.

El neurólogo alemán Hermann Oppenheim fue el primero en acuñar el término "neurosis traumática" en 1889. Este autor defendió que los síntomas que presentaban estos enfermos estaban producidos por cambios moleculares muy sutiles en el SNC. Por otro lado, la alta frecuencia de síntomas aparentemente relacionados con el corazón (taquicardia, palpitaciones, etc) trajo consigo que la neurosis traumática se asociara durante mucho tiempo al grupo de las neurosis cardíacas. (Bobes 2000)

Enfermos de Guerra.

Durante la Primera Guerra Mundial diversos autores estudiaron los trastornos que sufrían los soldados atrincherados describiéndolos como diversos términos como astenia neurocirculatoria, corazón del soldado, corazón irritable. La neurosis traumática de entonces se incluyó en este grupo.

Un psiquiatra militar británico acuñó el concepto de Shell Shock en los estudios que realizó en los soldados británicos. En aquellos momentos las neurosis traumáticas planteaban serias dificultades a todas las partes implicadas. Los soldados no deseaban ser tratados como cobardes en combate, los médicos que lo diagnosticaban no querían tener que diagnosticar cobardía, y las autoridades militares no sabían como explicar el hecho de que un soldado que había afrontado el combate de manera satisfactoria se hundiera de repente. Esta cuestión era importante en aquella época, ya que más de 200 soldados británicos fueron condenados a muerte y ejecutados por un delito de cobardía. (Bobes 2000)

La Escuela Francesa..

La existencia de la relación entre la histeria y los traumas psicológicos se detecto a mediados del siglo XIX, sobre todo por los investigadores de la escuela francesa. Cuando Briquet estudió en 1859 los síntomas de la histeria, incluyendo la somatización, y la existencia de traumas durante la infancia, observó que en 381 de los 501 pacientes que estudio había antecedentes de traumas infantiles. De hecho, el término de pseudología fantástica empezó a utilizarse para referirse a niños que habían acusado a sus padres de incesto.

Charcot se había interesado por el fenómeno de la histeria, y señaló que la experiencia de un trauma podía situar al paciente en un estado mental similar al que se consigue mediante la hipnosis. Según Charcot este estado hipnoide era una condición fundamental de lo que denominó autosugestión histerotraumática.

Una figura muy importante en la escuela francesa de las neurosis traumáticas fue Pierre Janet. Siguiendo la línea abierta por Charcot estudió la relación entre histeria y los traumas previos. Estudió una muestra de 591 pacientes histéricos y encontró antecedentes de traumas en 257 casos. Janet introdujo el término subconscientes para referirse al conjunto de recuerdos que constituyen los esquemas mentales que guían a la persona en sus relaciones con el entorno. (Bobes 2000)

Janet propuso que cuando las personas experimentan emociones vehementes, sus mentes se vuelven incapaces de confrontar sus experiencias aterradoras con los esquemas cognoscitivos preexistentes. Como consecuencia, los recuerdos de la experiencia traumática no pueden integrarse en la conciencia personal, y por ello se escinden (disocian) . Janet afirmó que estas personas son incapaces de recitar lo que él denominó memoria narrativa, y todavía continúan confrontándose con la situación traumática. Esto produciría lo que Janet definió como una fobia de la memoria que evita la integración de los recuerdos traumáticos al plano conscientes. En esta situación, los restos del recuerdo del acontecimiento traumático constituyen una idea fija que no puede eliminarse, ya que no se ha transferido a la memoria narrativa. Por ello, esta idea continúa apareciendo de manera intrusa como

percepciones aterradoras, preocupaciones obsesivas y reexperiencias somáticas.

Este autor también observó que los enfermos que habían sido traumatizados parecían reaccionar, ante situaciones que recordaban el trauma, de forma similar a como lo habían hecho ante el acontecimiento real, pero que no tenía ningún valor adaptativo posterior. Janet defendió que el fracaso de estos enfermos a la hora de integrar la experiencia traumática en la totalidad de su conciencia personal, les lleva a quedar fijados a la idea. Esto afecta también a su capacidad de asimilar nuevas experiencias en su vida. Como si el desarrollo de su personalidad se hubiera detenido en un momento determinado, y que no crecer más con la suma de nuevos elementos. Los pacientes sentían que su vida se encontraba bloqueada por un obstáculo infranqueable. (Bobes 2000)

Janet consideró que el esfuerzo mental que suponía el intento continuado para eliminar de la vida consciente los recuerdos traumáticos era muy grande, lo cual reducía la energía psicológica que el individuo dedicaría a otras actividades mentales. Por ello, estos enfermos presentaban limitaciones importantes en su funcionamiento social y laboral.

Neurosis de renta.

Tiene especial relevancia la figura de Edouard Stierlin en la historia de la investigación de este trastorno. Este autor fue el primero en estudiar una población no clínica. En el año 1906 analizó una muestra compuesta por mineros que habían sufrido un grave accidente, o que estuvieron cerca del mismo. Y en 1907

estudió la población de la ciudad de Messina (Italia) donde se habla producido un terremoto pocos meses antes. Stierling observó que, entre los supervivientes, un 25% sufrían alteraciones del sueño y pesadillas. Estos hallazgos planteaban la existencia de cierta vulnerabilidad más que una predisposición a padecer la enfermedad. La hipótesis que defendió Stierlin fue que la causa del trastorno era el acontecimiento traumático, pero que existía vulnerabilidad a padecer la enfermedad. Este modelo se acepta en la actualidad y se ha confirmado en estudios más recientes. (Bobes 2000)

Tras la Primera Guerra Mundial, Bonhoeffer modificó el concepto de la neurosis traumática. La considero una enfermedad social, que requería por lo tanto una cura social. Consideraba que la raíz del problema se encontraba en la posibilidad de obtener una compensación económica. En resumen, la neurosis traumática se debía a la existencia de una ganancia secundaria, se consideró que era artefacto del sistema de Seguridad Social y se empezó a denominar neurosis de renta. La Seguridad Social alemana aceptó esta propuesta y estableció que las neurosis traumáticas no tenían derecho a compensación económica. Esta postura ha persistido hasta hoy en Alemania.

Concepción Psicodinámica.

La doctrina freudiana siempre ha explicado la sintomatología neurótica como desencadenada a partir de conflictos en el inconsciente, y esto era aplicable tanto a la enfermedad postraumática como a otros trastornos de ansiedad. (Bobes 2000)

Freud fue discípulo de Charcot, y al regresar a Viena adoptó gran parte de los postulados de su maestro. En los primeros trabajos de Freud sobre la histeria utilizó el concepto de subconsciente, entendido como lugar donde se almacenan los acontecimientos con gran carga emocional. Freud y Breuer reconocieron la influencia que tuvieron sobre ellos los conceptos desarrollados por Janet. Durante la primera Guerra Mundial, Freud volvió a interesarse por las neurosis traumáticas, pero a diferencia de Janet no relacionó su etiología con la imposibilidad de adaptar un acontecimiento a nuevas situaciones. Freud postuló que el origen de la neurosis traumática se encontraba en pulsiones sexuales que eran reprimidas durante los conflictos de la fase edípica. Freud nunca aceptó que el origen de este trastorno pudiera estar en el acontecimiento traumático, y siempre lo buscó en los conflictos durante la infancia. (Bobes 2000)

Freud terminó desarrollando dos modelos separados de neurosis traumática. El primero es la situación insoportable y el segundo el impulso inaceptable, en el que los síntomas se originan en la movilización de los mecanismos de defensa. Freud consideró que la compulsión de reprimir conductas de estos enfermos se debe a la represión. Puesto que los recuerdos se encuentran reprimidos, el paciente está obligado a repartir el material como una experiencia contemporánea, en lugar en lugar de recordar un suceso perteneciente al pasado. En la actualidad se ha demostrado que los eran erróneos. (Bobes 2000)

Abram Kardier y su modelo.

Este psiquiatra, después de haber sido analizado por Freud, empezó su carrera tratando a veteranos de la Primera Guerra Mundial. Siguiendo la doctrina freudiana intentó dar una explicación del trastorno que no le resultó satisfactoria. Por ello, se dedicó a reanalizar muy cuidadosas observaciones clínicas y, poco después de estallar la Segunda Guerra Mundial, publicó una obra que resultaría fundamental para el desarrollo conceptual de las neurosis traumáticas. Al igual que los otros autores que se habían preocupado por esta enfermedad, Kardiner realizó unas descripciones clínicas muy cuidadosas, y fue desbrozando la esencia del trastorno frente a otros diagnósticos que padecían estos enfermos como epilepsia, histeria, etc. (Bobes 2000)

Kardiner observó que los enfermos con neurosis traumática desarrollan un grado de vigilancia anormal, y una sensibilidad excesiva respecto a estímulos amenazantes del entorno. Esto era algo que ocurría en el campo de batalla, pero que también persistía en las fases crónicas de la enfermedad. Por ello, Kardiner afirmó que el origen de las neurosis traumáticas era una fisioneurosis donde la alteración principal reside en los mecanismos que regulan el grado de alerta de la conciencia. Persistiendo de las condiciones fisiológicas, Kardiner describió cómo estos pacientes tenían una concepción alterada de la relación de sí mismo respecto al mundo.

Como Janet y Freud, Kardiner también señaló que muchos de sus pacientes tendían a comportarse del mismo modo que si estuvieran experimentado el trauma de una manera real.

(Bobes 2000)

Epidemiología del TEPT

La epidemiología del TEPT, aún en los casos más clásicos, sigue siendo incierta. La prevalencia del TEPT oscila entre el 1% y 3% de la población general, aunque un 5% a 15% adicional puede presentar formas subclínicas del trastorno. Entre los grupos de alto riesgo que han experimentado eventos traumáticos, la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre el 5% y el 75%, según Kaplan y entre el 30% y el 90%, según Tomb. Cerca del 30% de los veteranos de Vietnam sufrieron TEPT y un 25% adicional experimentó formas subclínicas. (Kapplan al et 1994)

Aunque el TEPT puede presentarse a cualquier edad, es más prevalente en adultos jóvenes, debido a la naturaleza de las situaciones precipitantes. Los niños también pueden presentar el TEPT. El trastorno tiende a ocurrir en sujetos solteros, divorciados, viudos, con minusvalías económicas o abandonadas socialmente. (Kapplan al et 1994)

No todas las personas experimentan TEPT después de un evento traumático. Aunque el estresor es necesario para hacer el diagnóstico, no es suficiente para producir el trastorno. El clínico debe tener en cuenta los factores biológicos y psicosociales preexistentes y los eventos ocurridos después del trauma. Por ejemplo, hacer parte de un grupo que sufrió el desastre puede ayudar a afrontar el trauma porque otros compartieron la experiencia. Por otra parte, los sentimientos de culpa de los sobrevivientes puede complicar el tratamiento del TEPT. (Skodd al et 1996).

La investigación reciente sobre el TEPT ha puesto mayor énfasis en la respuesta subjetiva al trauma que a la

severidad del estresor por si mismo. Aunque inicialmente se creyó que los síntomas del TEPT eran directamente proporcionales a la severidad del estresor, los estudios empíricos demuestran lo contrario. Como resultado, el consenso actual considera que el trastorno tiene una estrecha relación con el significado subjetivo para el paciente. (Skodd al et 1996).

Si bien la mayoría de las personas no experimentan síntomas de TEPT frente a un trauma abrumador, eventos que parecen corrientes o menos catastróficos para la mayoría de las personas pueden producirlo en algunos individuos vulnerables. (Skodd al et 1996),

Entre los factores predisponentes a la vulnerabilidad, que parecen jugar un papel principal en el desarrollo del trastorno se encuentran: (APA 1994):

1. La existencia de traumas en la infancia (maltrato, abuso sexual)
2. Rasgos de personalidad borderline, paranoide, dependiente, o antisocial
3. Un sistema inadecuado de apoyo
4. Vulnerabilidad genético-constitucional a los trastornos mentales
5. Cambios vitales estresantes recientes
6. Locus de control externo
7. Ingesta reciente de alcohol

Aparición del trastorno de estrés postraumático como una categoría diagnóstica

Las descripciones que se realizaron de este trastorno en diferentes ámbitos no fueron suficientes para impulsar

la existencia de una categoría diagnóstica con la suficiente entidad. Sin embargo/ durante la década de los años setenta se produjeron avances importantes en dos ámbitos cuya consecuencia fue la introducción del concepto en el DSM III. Estos dos acontecimientos fueron, por un lado, la descripción psicopatológica de las mujeres víctimas de una violación y, por otro lado, el retorno de los veteranos de la guerra de Vietnam. (Bobes 2000)

En 1974, Ann Burgess y Linda Holstrom describieron el síndrome de la mujer violada. Destacaron que las terribles pesadillas y flashback que experimentaban estas mujeres eran muy parecidos a los que habían sido descritos en soldados expuestos al combate. Por otro lado, también se produjo una mayor sensibilización respecto a la violación doméstica.

El retorno de los soldados de la guerra de Vietnam produjo en EE.UU. un impacto importante. Sin entrar en las consideraciones sociales, muchos de estos veteranos no recibieron el apoyo que esperaban, y manifestaron numerosos cuadros compatibles con trastornos de estrés postraumático. Los psiquiatras que los trataban empezaron a crear terapias de grupo, y muchos de los participantes comprobaron que presentaban los mismos síntomas. Los profesionales revisaron los textos de Kardier, y al constatar la alta coincidencia se empezó a presionar para que la enfermedad se introdujera como una categoría diagnóstica en el DSM III. Los diversos síndromes que se estaban estudiando ampliamente (mujer violada, mujer maltratada, niño maltratado y veterano del Vietnam) se incluyeron en la misma categoría: trastorno por estrés postraumático.

La inclusión en el DSM III fue un tanto precipitada, debido a la enorme presión social que sufrían los comités que la elaboraban. De hecho, no se realizaron estudios de campo y los criterios diagnósticos se incluyeron basándose en una revisión de la bibliografía y de la casuística disponible. Los estudios de campo se llevaron a cabo para el DSM IV. (Bobes 2000)

Criterios Diagnósticos para estrés postraumático

Los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se presentan a continuación. Muchas personas experimentan una agresión psicológicamente traumática "fuera de los límites de la experiencia humana usual", pero pocos desarrollan un trastorno por estrés postraumático. Muchos de los que están sujetos a agresiones psicológicamente traumáticas las vuelven a experimentar en sueños, o en la memoria, con sentimientos desagradables asociados; los cambios en el afecto y la experimentación repetida del traumatismo, por lo general, disminuyen en frecuencia e intensidad (al igual que sucede con los recuerdos placenteros) y no son por sí mismos, signos de trastorno por estrés postraumático.

Un diagnóstico de estrés postraumático requiere de la presencia de una alteración sustancial en el funcionamiento o un sufrimiento asociado con la experiencia repetida del traumatismo; síntomas de despertar; y signos de entumecimiento o evitación.

No puede hacerse un diagnóstico por estrés postraumático a menos que los síntomas persistan mínimo un mes; se diagnostica este tipo de trastorno si persisten tres meses o más; el inicio retardado debe especificarse,

si los síntomas se manifiestan por más de seis meses después del traumatismo.

Criterios Diagnóstico del DSM-IV para el trastorno por estrés *postraumático*

A. La persona ha estado expuesta a un evento traumático; en el que estuvieron presentes los siguientes:

1. La persona experimentó, atestiguó o se confrontó con un evento o eventos que involucran una muerte real o aterradora o lesiones graves, o amenazas a la integridad física de él mismo o de otros.
2. La respuesta de la persona implica miedo intenso, impotencia u horror. NOTA: En niños es posible que se presente una conducta desorganizada o agitada en lugar de lo anterior.

B. El evento traumático se vuelve a presentar de manera persistente, en una (o más) de las maneras siguientes:

1. Recuerdos angustiantes, recurrentes e intrusivos del evento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones. NOTA: En niños pequeños, puede ocurrir juego repetitivo en el cual se expresan temas o aspectos del trauma.
2. Sueños angustiantes o recurrentes del evento. NOTA: En niños pueden ocurrir sueños aterradores sin que se reconozca el contenido.
3. Actuar o sentir como si la experiencia traumática estuviera sucediendo (incluya una sensación de revivirla, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos, incluso los que ocurren al despertar o

cuando se está intoxicado). NOTA: En niños puede ocurrir representación específica del trauma.

4. Angustia psicológica intensa al exponerse a señales internas o externas que simbolizan o semejan un aspecto de la experiencia traumática.
5. Reactividad psicológica a señales internas o externas que simbolizan o semejan un aspecto del evento traumático.

C. evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o entorpecimiento de la sensibilidad general (no presentes antes del trauma) , indicados por al menos tres de los siguientes:

1. Esfuerzo para evitar pensamientos, sentimientos, o conversaciones asociadas con el trauma.
2. Esfuerzo para evitar actividades o situaciones que estimulen el recuerdo del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Interés o participación marcadamente disminuida en actividades significativas.
5. Sentimiento de alejamiento o desapego de los demás,
6. Límites restringidos de afecto, por ejemplo incapaz de tener sentimientos de amor.
7. Sensación de un futuro corto, por ejemplo, no se espera terminar su carrera, casarse, tener hijos, o un lapso de vida normal.

D. Sentimientos persistentes de excitación incrementada (no presentes antes del trauma) como se indica por dos o más de los siguientes:

1. Dificultad para quedarse o permanecer dormido.
2. Irritabilidad o arranques de cólera.

3. Dificultad para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuesta exagerada de sobresalto.

E. La duración del trastorno (síntomas de los criterios B, C, D) es mayor de un mes.

F. El trastorno provoca aflicción o alteración en el funcionamiento social, ocupacional, u otras áreas importantes del mismo, clínicamente significativas.

Especifique si:

Aguda: si la duración de los síntomas es menor a tres meses.

Crónica: si la duración de los síntomas es de tres meses o más.

Con inicio tardío: Si el inicio de los síntomas es por lo menos seis meses posterior al estresor. (Goldman, 1996).

Descripción de los síntomas TEPT

En 1934, Hans Selye enunció por primera vez el concepto de Estrés. Desde aquel momento hasta la fecha, la concepción acerca del mismo ha ido evolucionando. Hoy, podemos definir el estrés como "una reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma". El concepto moderno de estrés, entonces, refleja la interacción entre tres factores: el entorno, la manera como la persona percibe el entorno y la percepción de los propios recursos de la persona para enfrentar las demandas del entorno. (Cazabat, 2001)

De acuerdo con Selye, esto provoca en el individuo dos

tipos de respuesta: de afrontamiento o de huida. Consecuentemente, el organismo se prepara para luchar o huir. Es así que se produce un aumento del ritmo cardiaco, del ritmo respiratorio, de la presión sanguínea, se dilatan las pupilas, se tensan los músculos, se produce una vasoconstricción periférica, aumenta la glucemia, se libera adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, etc. cuando el individuo ha experimentado, ha presenciado o se ha enterado de "acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos." (DSM-IV, 1994) y como resultado de ello experimenta además tres clases de síntomas: Uno de reexperimentación del hecho traumático, tres de evitación y de embotamiento psíquico, dos de hiperactivación se dice que sufre de un Trastorno por Estrés Post Traumático. (Cazabat, 2001) Dichos síntomas pueden ser los siguientes:

Síntomas de Reexperimentación.

Estos pueden producirse de varias maneras por la irrupción recurrente de pensamientos, sentimientos o imágenes relacionados con el hecho traumático, sueños y pesadillas recurrentes que producen malestar la sensación de estar viviendo nuevamente el hecho traumático, que puede darse bajo la forma de flashbacks, episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones reacciones fisiológicas o psicológicas intensas de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan o simbolizan el hecho traumático. Es de destacar que cada nueva reexperimentación del hecho traumático provoca en el individuo una réplica de la reacción de estrés original frente al trauma, provocando

así una retraumatización. De esta manera, el trauma se autoperpetúa. El individuo queda fijado en el tiempo y es continuamente reexpuesto al hecho traumático. (Cazabat, 2001)

Síntomas de Evitación.

Bajo esta categorización se han agrupado dos tipos de síntomas: Los de evitación en sentido estricto, incluyen el esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos etc. que recuerden el hecho traumático. Los de carácter disociativo o de embotamiento psíquico, tales como: incapacidad para recordar aspectos significativos del hecho traumático, reducción del interés o de la participación en actividades que le resultaban significativas, sensación de desapego o enajenación o extrañamiento, reducción significativa de la vida afectiva, con incapacidad de experimentar sentimientos positivos, sensación de futuro desolador y desesperanza. (Cazabat, 2001)

El individuo desarrolla esta serie de síntomas en un aparente intento de resguardarse de las emociones intolerables, o bien evitando directamente los recordatorios del trauma, o bien anestesiándose emocionalmente, ya sea por medio de mecanismos disociativos o síntomas de amnesia, ya sea por medio de consumo de sustancias, trastornos alimenticios, adicción al trabajo, etc.

Síntomas de Hiperactivación.

También denominados de Hyperarousal como; trastornos del sueño, trastornos en la concentración, irritación, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada.

El paciente está siempre en guardia en otro intento de permanecer a salvo de la reexposición al hecho traumático. El paciente traumatizado nunca se siente a salvo, por lo que es imprescindible la construcción de una buena alianza terapéutica como para que el paciente llegue a confiar en el clínico. (Cazabat, 2001)

Eventos Potencialmente Traumáticos

El TEPT según de DSM-IV es el trastorno que requiere de la ocurrencia de un estresor y este es parte del diagnóstico. A diferencia de otros trastornos de ansiedad, que solo describen sus síntomas, el TEPT requiere de la ocurrencia de un evento catastrófico. A continuación se describe una somera clasificación de de tales eventos:

Causados intencionalmente por el hombre: Hechos con malicia y deliberadamente. Tales como; combates, Guerras civiles, combates o enfrentamientos; abuso sexual, físico y emocional; tortura física, emocional y espiritual; asalto criminal, crimen violento, atraco; hostigamiento, campos de concentración; bombardeos; ser testigo de la reacción emocional de temor de los padres; suicidio u otras formas de muerte súbita; daño o pérdida de una parte del cuerpo.

Ocurrido sigla intencionalidad humana tales como; accidentes, desastres tecnológicos; desastres industriales; incendios, explosiones; accidentes automovilísticos o aéreos; desastres nucleares; colapso de escenarios deportivos.

Desastres Naturales como; huracanes; tifones; tornados; avalanchas; erupciones volcánicas; incendios forestales; ataque por animales, entre otros.

Desencadenantes (triggers)

La sintomatología descrita para el trastorno de estrés postrauma puede por momentos estar apaciguada o sin exacerbación total. Existen muchos desencadenantes en medio ambiente que pueden activar el material traumático y estimularlas intrusiones. Ellos pueden desencadenar los recuerdos completos o solo fragmentos de ellos. A menudo, los desencadenantes de intrusiones ocurren en contra de la voluntad. (Schiraldi, 2000)

Algunas personas consideran útil entender los desencadenantes por medio de doce categorías.

1. Estímulos visuales.
2. Estímulos auditivos.
3. Estímulos olfativos.
4. Estímulos táctiles.
5. Estímulos físicos o corporales: sensaciones cenestésicas, tensión o posición.
6. Fechas significativas o las estaciones.
7. Eventos estresantes o arousal.
8. Emociones fuertes.
9. Pensamientos.
10. Comportamientos.
11. Estando fuera de sí: disociando o estando relajado.
12. combinación de los desencadenantes mencionados anteriormente. (Schiraldi, 2000)

Trastornos y características asociados al TEPT

Las víctimas pueden describir dolorosos sentimientos de culpa acerca de la supervivencia cuando otros no la tuvieron o de las cosas que tenían que hacer para lograrlo.

La evitación fóbica de situaciones o actividades que recuerdan o simbolizan el trauma original pueden interferir con las relaciones interpersonales y conducir a conflicto conyugal, divorcio o pérdida del trabajo. (Kapplan 1994)

Puede haber un incremento del riesgo de Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Somatización, y Trastornos por Abuso de Sustancias. Se afirma que los pacientes con TEPT tienden a consultar más, cuando presentan comorbilidad con otros trastornos que cuando presentan únicamente síntomas del TEPT. (Skodd al et 1996)

Curso

El TEPT es de aparición brusca, pudiendo producirse dicha aparición hasta años después de producido el hecho traumático. El TPET es un diagnóstico relativamente fácil de hacer cuando el paciente refiere la existencia del hecho traumático. En cambio, cuando los síntomas son de aparición tardía, en muchas oportunidades no es evidente para el paciente la vinculación entre la experiencia traumática y sus síntomas, por lo que el clínico debería investigar siempre la existencia de tales experiencias. La historia de traumas del paciente es un elemento importante en el diagnóstico diferencial y nunca debería ser omitida. A menudo, otro de los obstáculos que encuentra el clínico, es que frecuentemente el paciente evita hacer referencia al hecho traumático para evitar el sufrimiento.

Aproximadamente la mitad de los casos que presentan esta sintomatología, suele resolverse espontáneamente en el lapso de los tres primeros meses. El resto, requieren de atención psicoterapéutica para su resolución. Obviamente si

la intervención es temprana será, más rápida su resolución. Si la intervención se demora mucho tiempo, el paciente estructura su vida en torno de los síntomas, dañando las actividades sociales, interpersonales, laborales, etc. por lo que la recuperación es más lenta y dificultosa.

Según investigaciones realizadas por Friedman, el 80% de pacientes diagnosticados con TPET tiene al menos un diagnóstico psiquiátrico más, incluyendo trastornos afectivos (26%-65%), de ansiedad (30-60%), alcoholismo o abuso de drogas (60-80%), o trastornos de personalidad (40-60%) (Friedman, 1996).

Diagnostico diferencial

Posiblemente por la falta de diagnóstico precoz, o por las características propias del trastorno o de las causas que lo desencadenaron (violaciones, abuso, conflictos bélicos perdidos etc. Con el consecuente ocultamiento de las víctimas) , son pocas las oportunidades en las que nos encontramos con el TEPT puro, lo más frecuente es la presencia de otros trastornos asociados, y hacen difícil el diagnostico de estrés postraumático.

En el TEPT el agente estresor debe resistir suma gravedad, y en cambio en el trastorno adaptativo el agente estresante puede ser de cual intensidad. Se diagnostica estrés adaptativo porque la persona no reúne los criterios suficientes para diagnosticar TEPT y aunque el cuadro es típicamente de TEPT su desenlace no es importante.

Los síntomas de evitación, embotamiento emocional, y aumento de la activación previos a un evento traumático, no reúnen los criterios para diagnosticar TEPT y deben ser diagnosticados como secundarios a otros trastornos como al

trastorno del estado del animo, u otros trastornos de ansiedad. Si el cuadro sintomático, pese a parecerse como respuestas a un factor estresante de carácter extremo, reúne los criterios de otro trastorno mental, como trastorno breve psicótico, trastorno de conversión, trastorno depresivo mayor, en vez de un TEPT o además de el, debe diagnosticarse el otro trastorno mental*

La mayor parte del tiempo, la capacidad humana para recordar y para el afecto asociado, no provoca una disfunción o sufrimiento sustancial y no debe diagnosticarse como trastorno por estrés postraumático.

Los trastornos adaptativos incluyen una "reacción inadaptativa a una agresión psicosocial identificable", pero involucra limites mas amplios de experiencias humanas menos extremas (por ejemplo, la muerte no violenta de una pariente) y puede resultar en unos pocos de los síntomas encontrados en el trastorno por estrés postraumático (como síntoma de excitación, entumecimiento o evitación). La experimentación repetida intensa es menos común en los trastornos adaptativos. (Goldman, 1996) .

Pronóstico

El trastorno de estrés postraumático agudo, por lo general, responde bien a medidas simples de apoyo, emociones, catarsis y regreso a la actividad si se aplican rápidamente. La recuperación completa es la regla mas que la excepción. Sin embargo, el trastorno por estrés postraumático crónico es mas difícil de tratar y puede durar decenios mientras causa varios grados de incapacidad.

Etiología y Patogénesis

Puesto que diferentes individuos que experimentan el mismo trauma responden de manera distinta, la causa y patogénesis del trastorno por estrés postraumático involucra diferentes factores. Las contribuciones relativas de la dotación genética, desarrollo físico, madurez psicológica, apoyo social y expectativas culturales, experiencia pasada con los traumas y naturaleza del traumatismo, son inciertas. Desde el punto de vista psicológico, el fracaso para integrar una experiencia traumática a las experiencias de la vida de la persona, puede llevar a un patrón que alterna la experimentación repetida del suceso traumático y el entumecimiento defensivo cuando la experimentación repetida puede ser traumática. (Horowitz 1976)

Tratamiento

Trastorno por estrés postravmátiao agudo.

Excelentes pruebas reunidas en los conflictos militares desde la Segunda Guerra Mundial a la actualidad, indican que los individuos que sufren de trastorno por estrés postraumático agudo, tienen una alta probabilidad de recuperarse por completo si se les trata como sigue: cuando los síntomas y signos de este trastorno surgen en combate y los reconocen soldados compañeros, los individuos afectados son retirados del frente y los envían a la estación de auxilio más cercana. Ahí se les mantiene en uniforme, se les proporciona alimento, se les alienta a hablar de sus experiencias y se les dice que su reacción es normal para el trauma que han experimentado. Se espera que desempeñen sus deberes en la medida en que sean capaces, no se les

permite asumir el papel de paciente y regresan al frente dentro de 24 o 72 horas. La sedación es innecesaria y puede ser contraproducente debido a la sugestión de un "rol de enfermo" y a la posible inducción de un aprendizaje dependiente del estado. La experiencia israelí en la Guerra del Yom Kippur en 1973, encontró estas técnicas eficaces en el restablecimiento de la aptitud de los soldados para el combate y en la prevención del desarrollo de un trastorno de estrés postraumático crónico. Este enfoque parece incluir importantes elementos de exposición graduada.

Las implicaciones de la experiencia de guerra para los síndromes de estrés postraumático agudos en civiles, son evidentes y confirman el viejo aforismo: "Debes subirte de nuevo al caballo que te tiró".

Trastorno por estrés postraumático retardado o crónico

No hay tratamientos eficaces del trastorno por estrés postraumático crónico. Sin embargo, algunas de sus manifestaciones pueden tratarse sintomáticamente. La exposición en fantasías o cuando puede hacerse sin peligro en la vida real, ha mostrado ser útil en algunos pacientes, pero no en todos. Para otros, la exposición parece ser un tipo de experimentación repetido, el cual perciben demasiado perturbadora y posiblemente sensibilizante. Otros terapeutas conductuales, experimentados en el trabajo con pacientes que sufren de trastornos por estrés postraumático, sostienen que la exposición es eficaz para la mayoría de los pacientes, amenos que estén muy deprimidos. La exposición es lo más útil para la evitación de fobias y los síntomas de ansiedad asociados con este trastorno.

Los medicamentos con frecuencia son útiles para aliviar los síntomas disfóricos y depresivos, asociados con el trastorno por estrés postraumático crónico» En particular, las alteraciones del sueño y las pesadillas, se alivian a menudo con antidepresores, heterocíclicos o inhibidores de la monoaminoxidasa. Los ansiolíticos pueden ser también benéficos, aunque debe tenerse en cuenta el riesgo de dependencia. Los beta bloqueadores pueden ser útiles, si el temblor es problema mayor. (Goldman, 1996).

Método

El presente trabajo de investigación es un estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal.

Los estudios epidemiológicos se clasifican según la temporalidad en: Estudio retrospectivo, entendido como un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Estudio prospectivo, entendido como un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro. Y finalmente el estudio transversal o estudio de prevalencia, es observacional, descriptivo, en el que en un único momento temporal, se mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto.

Diseño de la Investigación

El presente proyecto se lleva a cabo mediante el estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal que tiene como objetivo, identificar a partir del diagnóstico de un desorden, la prevalencia de este en un estudio poblacional a través de la utilización de técnicas de tamizaje. Una vez identificadas las personas diagnosticadas) lo que se busca es conocer las características más representativas de los síntomas encontrados y las características de las personas diagnosticadas, así como también rasgos afines a desordenes comorbidos al TEPT. Después de identificadas las personas que presentan los criterios para diagnosticar TEPT y aquellas que no presentan el trastorno, se relacionan las

características demográficas con la prevalencia del desorden.

Población

La población que se escogió para realizar la investigación esta ubicada al Norte de Bucaramanga. El asentamiento Caminos de Paz esta conformado por 62 familias, provenientes de diferentes zonas del país.

Para el objeto de la investigación se tomó una muestra representativa de los residentes del asentamiento, en total fueron 84 personas (58 mujeres y 26 hombres) entre 18 y 80 años de edad.

Instrumento

Con el fin de realizar los procedimientos necesarios para la investigación, se seleccionaron los siguientes instrumentos:

Encuesta sociodemográfica.

Este instrumento es una entrevista estructurada con 18 reactivos, de pregunta abierta. Este instrumento recoge información relacionada con el tiempo de desplazamiento, actividad actual, enfermedades recientes, y tipo de relaciones con la comunidad en la que reside. La aplicación de este instrumento tiene una duración aproximada a 10 minutos.

Escala de eventos vividos.

Para la elaboración de este instrumento se tuvieron en cuenta 17 eventos posiblemente traumáticos, El instrumento hace una clasificación (A: le ha ocurrido a ud

personalmente; B: De los cuales ud fue testigo; C: Ud se ha enterado o le han ocurrido a alguien cercano a ud; D: Ud no esta seguro de esto; E: Esto no aplica a ud.) que busca identificar el tiempo del suceso, y que tan intenso fue el evento teniendo en cuenta la proximidad del hecho. La aplicación del instrumento es de 20 minutos aproximadamente.

Entrevista Estructurada Especifica (CAPS) .

Clinician Administered PTSD scale for DSM IV.

Desarrollada por Blake, D. ; Weathers, f. ; Nagy, L. ; Kaloupek, d. y Keane, T. (1998) del National Center for Post-traumatic Stress disorder, Behavioral Science División, Boston Va Medical Center.

La escala evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además, evalúa otros 5 síntomas que frecuentemente se asocian al TEPT: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización, y despersonalización.

Esta escala es un protocolo de entrevista clínica estructurada que evalúa y permite el diagnostico diferencial de TEPT de acuerdo con las categorías diagnosticadas de DSM IV.

El tiempo requerido para la aplicación de la prueba oscila desde 60 y 120 minutos por sujeto. Esta prueba debe ser aplicada por personal capacitado o preferiblemente por psicólogos o psiquiatras.

UNAS BIBLIOTECA MET UNAS

Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación se llevaron a cabo las siguientes etapas:

Etapas 1:

Revisión bibliográfica, sobre el desplazamiento forzoso y el trastorno por estrés postraumático. Se tuvieron en cuenta estudios relacionados con la investigación.

Etapas 2:

Se formuló el problema, se plantearon los objetivos, y se escogieron los instrumentos de aplicación.

Etapas 3:

Ubicación del asentamiento e identificación de la población objeto de estudio para la investigación, se realizaron los contactos con Pastoral Social, para que se permitieran el acceso al asentamiento.

Etapas 4:

En esta etapa se aplicaron los instrumentos a los 84 sujetos del asentamiento Caminos de Paz. La aplicación de este instrumento duro aproximadamente tres meses.

Etapas 5:

Se realizo a la base de datos correspondientes para cada una de las pruebas en EPI INFO, con el fin de recopilar la información suficiente para lograr el objetivo de la investigación.

Posteriormente se transfirió la información a SPSS 11.5 PARA WINDOWS, para comenzar el análisis e interpretación de los datos.

Etapa 6:

Se realizó el análisis e interpretación de los datos para poder llegar a obtener los resultados que se exponen en esta investigación, y así resolver nuestro planteamiento inicial, y establecer la discusión y las sugerencias correspondientes del estudio»

Resultados

Para presentar los resultados obtenidos en el proyecto de investigación. Se inicia presentando la información sociodemográfica, la cual se observa en la tabla 1. Con relación a la edad, El mínimo de edad es de 18 años y el máximo de 79 años. Igualmente se denota que la media de el total de la muestra es de 35.39 años y una desviación estándar de 14.749, con una media para las mujeres de de 32.90 y respectiva desviación estándar de 13.490, y para los hombres la media es de 40.96 años y una desviación estándar de 16.141.

Tabla 1

Descripción de la población

		Mujer	Hombre	Total
Grupo Total	n	59	25	84
Edad				
	Media	32.9	40.96	35.39
	std D	13,490	16.141	14.749
	Mn	18	18	18
	Mx	76	79	79
Tiempo Desplazamiento				
	Media	28.97	30.31	29.38
	Std D	15.735	16.404	15.858
	Mn	1	1	1
	Mx	72	72	72
Estado Civil				
	Soltero	n	1	8
		%	8.30%	1.20%
	Unión Libre	n	16	46
		%	35.70%	19.00%
	Casado	n	6	14
		%	9.50%	7.10%
	Separado	n	2	12

	%	11.90%	2.40%	14.30%
Viudo	n	4	0	4
	%	4,80%	0%	4.80%
Escolaridad				
Analfabeta	n	0	4	4
	%	0%	4.80%	4.80%
Prim. Comp>	n	4	0	4
	%	4.80%	0%	4.80%
Prim. Incom.	n	30	14	44
	%	35.70%	16.70%	52.40%
Bach. Comp.	n	14	3	17
	%	16.70%	3.60%	20.20%
Bach. Incom.	n	6	1	7
	%	7.10%	1.20%	8.30%

El tiempo de desplazamiento varia entre 1 y 72 meses. Con un media de 29.38 meses para el total de la muestra, su desviación estándar es de de 15.858. Las medias fueron de 28.97 y 30.31 tanto para las mujeres como para los hombres respectivamente, con desviaciones estándar de 15.375 y 16.404.

La variable estado civil se clasifico en cinco categorías, donde se encontraron los siguientes resultados: ser soltero refirieron el 9.5% (8 sujetos) de los cuales el 8.3% (7 sujetos) eran mujeres y el 1.2% (1 sujeto) era un hombre; unión libre, variable encontrada en el. 54.8% (46 sujetos) de la muestra, con un 35.7% (30 sujetos) y un 19% (16 sujetos) para mujeres y hombres respectivamente; sujetos casados, se encontraron en un 16.7% (14 sujetos), clasificados por genero en 9.5% (8 mujeres) y en 7.1% (6 hombres); el 14.3% (12 sujetos) manifestaron ser separados, de los cuales el 11.9% (10 mujeres) y el 2.4% (23 hombres);

y finalmente el estado civil viudo, fue referido por el 4.8% de la muestra y todos eran mujeres (4) .

El nivel de escolaridad es otra de las variables evaluadas en la población estudiada y se halló que: Analfabeta eran el 4.8% (4 sujetos) y todos correspondían a hombres; con primaria completa se encontraron el 4.8% (4 mujeres); con primaria incompletase halló el 52.4% (44 sujetos) de la muestra, donde el 35.7% (30 sujetos) son mujeres y el 16.7% (14 sujetos) son hombres; la categoría bachillerato completo fue para el 20.2% (17 sujetos), donde un 16.7% (14 sujetos) y un 3.6% (3 sujetos) eran mujeres y hombres respectivamente; y por último, bachillerato incompleto, tenían el 8.3% (7 sujetos), de los cuales el 7.1% y el 1.2% correspondían a 6 mujeres y 1 hombre respectivamente.

Tabla 2: **Descripción de consumo de cigarrillo**

	Genero		Total
	Mujer	Hombre	
No	46	17	63
% Total	54,8%	20,2%	75,0%
si	12	9	21
% Total	14.40%	10.80%	25.20%
Total	58	26	84
% Total	69,0%	31,0%	100,0%

Como se puede ver, la tabla 2, presenta el consumo de cigarrillo en la población, y se encontró que el 75% (63 sujetos) no presentan la conducta de consumo, de los cuales el 20.2% (17) y el 54.8% (46) son hombres y mujeres respectivamente; así mismo se halló que el 25.2% sin son

consumidores de cigarrillo, desde menos de 5 cigarrillos semanales hasta mas de 5 cigarrillos diarios, de los cuales el 14.4% (12 sujetos) son mujeres y el 10.8% (9 sujetos) son hombres.

Tabla 3: **Descripción consumo** de **alcohol**

		Genero		Total
		Mujer	Hombre	
No	N	51	11	62
	% Total	60,7%	13,1%	73, 8%
Si	N	7	15	22
	% Total	8,3%	17.80%	26.10%
Total	N	58	26	84
	% Total	69,0%	31,0%	100,0%

Con relación al consumo de alcohol los datos refieren que el 62.1% de la población estudiada con 22 sujetos, consumen alcohol desde unos simples tragos hasta la pérdida de la conciencia. De estos sujetos el 17.8% corresponde a 15 hombres y el 8.3% corresponde a 7 mujeres.

Tabla 4: **Descripción del Tiempo de desplazamiento**

		Genero		Total
		Mujer	Hombre	
1 A 12 M	N	8	3	11
	% Total	9,5%	3, 6%	13,1%
13 A 24 M	N	17	8	25
	% Total	20, 2%	9,5%	29,8%
25 A 36 M	N	19	7	26
	% Total	22, 6%	8,3%	31,0%
37 A 48 M	N	11	6	17

continua clón

	%	Total	13,1%	7, 1%	20,2%
49 A 60 M		N	1	1	2
	%	Total	1,2%	1,2%	2,4%
61 A 72 M		N	2	1	3
	%	Total	2, 4%	1,2%	3, 6%
Total		N	58	26	84
	%	Total	69, 0%	31,0%	100,0%

Para obtener una mejor visión acerca del tiempo de desplazamiento (ver tabla '4), se clasificó en seis categorías de doce meses cada una, y los datos fueron los siguientes : de 1 a 12 meses se encuentra el 9.5% (8 mujeres) y el 3.6% (3 hombres) para un total de 13.1% (11 sujetos); de 13 a 24 meses, un 20.2% (17) corresponde a mujeres y el 9.5% (8) corresponde a 7 hombres, para un total de 29.8% (25 sujetos); de 25 a 36 meses, el 22.6% (19) son mujeres y el 8.3% (7) son hombres para un total de 30.9% (26 sujetos); de 37 a 48 meses de desplazamiento, un 13.1% (11 mujeres) y un 7.1% (6 hombres), para un total de 20.2% (17 sujetos); de 49 a 60 meses, eran el 1.2% (1 sujeto) por cada genero, para un total del 2.4% (2 sujetos); y de 61 a 72 meses, el 2.4% (2sujetos) son mujeres y el 1.2% (1 sujetos) es hombre, para un total del 3.6% (3 sujetos).

Tabla 5: **Descripción de la ocupación anterior al desplazamiento**

		Genero		Total
		Mujer	Hombre	
Agricultor	N	16	20	36
	% Total	19, 1%	23,8%	48,9%
Conductor	N	0	1	1

	%	Total	,0%	1,2%	1, 2%
Estudiar		N	2	1	3
	%	Total	2, 4%	1, 2%	3, 6%
Finca		N	2	0	2
	%	Total	2, 4%	, 0%	2, 4%
Hogar		N	31	2	33
	%	Total	36, 9%	2,4%	39,3%
Independiente		N	1	1	2
	%	Total	1,2%	1,2%	2, 4%
Líder					
Comunitaria		N	1	0	1
	%	Total	1,2%	, 0%	1,2%
Mecánico		N	0	1	1
	%	Total	,0%	1, 2%	1,2%
Ser Militar		N	0	1	1
	%	Total	, 0%	1,2%	1,2%
Trabajo					
Restaurante		N	1	0	1
	%	Total	1,2%	,0%	1,2%
Vendedor		M	2	1	3
	%	Total	2, 4%	1,2%	3,6%
Total		N	58	26	84

La ocupación antes del desplazamiento fue otra variable que se tuvo en cuenta para caracterizar la población. De los 84 sujetos abordados, el 48.9% (36 sujetos) se dedicaban a la agricultura como jornaleros, donde un 19.1% (14 sujetos) son mujeres y el 23.8% (20 sujetos) son hombres; el 1.2% (1 hombre) se dedicaba a la conducción; el 3.6% de los sujetos (3) estudiaban en sus lugares de proveniencia, de los cuales el 2.4% (2 sujetos) son mujeres y el 1.2% (1 sujeto) es hombre; el 2.4% (2 sujetos) de la muestra trabajaba en sus propias finca y correspondían a hombres; dedicados a las labores del hogar, un 39.3% (33 sujetos), donde un 36.9% (31 sujetos) son mujeres y un 2.4% (2 sujetos) son hombres; en este mismo sentido se encontró que el 2.4% (2 sujetos) eran

trabajadores independientes y con respecto al genero, se halló un 1.2% por cada genero; reencontró una persona que se desempeñaba como líder comunitaria y era de genero femenino (1.2%); Había un sujeto que se dedicaba a la mecánica, un 1.2%, de genero masculino; el 1.2% (1 sujeto) estaba prestándole servicio militar (1 hombre); trabajando en un restaurante se halló un 3.6% de los sujetos de los cuales el 2.4% (2 sujetos) de estos son mujeres y el 1.2% (1 hombre) de los mismos es hombre; y trabajando como vendedores, un 3.6% igualmente al anterior 21 2.4% (2 mujeres) y el 1.2% (1 hombre).

Tabla 6: **Descripción de la ocupación actual**

		Genero		
		Mujer	Hombre	Total
Brasero	N	0	1	1
	% Total	, 0%	1,2%	1, 2%
Celador	N	0	1	1
	% Total	, 0%	1,2%	1,2%
Conductor	N	2	0	2
	% Total	2, 4%	, 0%	2, 4%
Construcción	N	0	3	3
	% Total	r 0%	3, 6%	3, 6%
Desempleado	N	3	5	8
	% Total	3, 6%	6,0%	9,5%
continuación				
Estudiar	N	3	0	3
	% Total	3, 6%	, 0%	3, 6%
Hogar	N	36	1	37
	% Total	42, 9%	1, 2%	44,0%
Independiente	N	2	2	4
	% Total	2,4%	2, 4%	4,8%
Jardinero	N	0	1	1
	% Total	,0%	1,2%	1,2%
Líder Comunitaria	N	1	0	1

	% Total	1, 2%	, 0%	1,2%
Modistería	N	1	0	1
	% Total	1,2%	, 0%	1,2%
Oficios				
Varios	N	4	5	9
	% Total	4,8%	6,0%	10,7%
Servicio				
Domestico	N	4	0	4
	% Total	4,8%	0%	4,8%
Teje Canastas	N	1	0	1
	% Total	1, 2%	, 0%	1,2%
Tendero	N	0	1	1
	% Total	, 0%	1,2%	1,2%
Vendedor	N			
Ambulante		2	4	6
	% Total	2,4%	4,8%	7,1%
Zapatero	N	0	1	1
	% Total	, 0%	1, 2%	1,2%
Total	N	58	26	84
	% Total	69, 0%	31,0%	100,0%

Estas personas se encuentran en este momento trabajando en diversas ocupaciones, de las que han tenido que adiestrarse y que muy poco conocían a cerca de las mismas. La tabla 6 muestra la ocupación actual. El 1.2% (1 sujeto) se dedica brasero (cargador de bultos) y es hombre; Un 1.2% es celador y es un hombre también; el 2.4% (2 sujetos) se dedican a ser conductores y ambos sujetos son hombres; personas que se dedican a la construcción el 3.6% (3 hombres); Persona que no hacen absolutamente nada, desempleados el 9.5% (8 sujetos) de los cuales el 3.6% (3 sujetos) son mujeres y el 6.0% (5 sujetos) son hombres; a estudiar se dedica el 3.6% (3 sujetos), y son solo mujeres; dedicados a los quehaceres del hogar se halla un el 44% (37 sujetos) donde el 42.9% (36 sujetos) son mujeres y el 1.2% restante corresponde a un hombre; como trabajadores independientes se encuentra el 4.8% (4 sujetos), de los

cuales un 2.4% (2 sujetos) corresponden a cada genero; como jardinero labora un 1.2% un sujeto y es hombre; Como líder comunitaria un 1.2%, una mujer; en la modistería se desempeña un 1.2% (una mujer); como categoría de oficios varios se halla un 10.7% (9 sujetos) donde un 4.8% (4 sujetos) son mujeres y el 6% (5 sujetos) son hombres; como empleados del servicio domestico se encuentra un 4.8% (4 sujetos) de los sujetos y corresponden solo a mujeres; como tejedora de canastas se halla el 1.2% y es una mujer; con tienda con su propio negocio hay un 1.2% y es un hombre; con vendedores ambulantes reencuentran el 7.1% de la muestra, y el 2.4% (2 sujetos) son mujeres y el 4.8% (4 sujetos) son hombres; y finalmente con un 1.2% (1 sujeto) labora como zapatero. Como puede verse el 53.5% de la población, son personas que no generan ingresos económicos para sus familias.

Tabla 7: **Descripción De Los Eventos Vividos**

	Le Ocurrió	frecuencia
Desastre Natural	22	26,2
Incendio o explosión	16	19,0
Accidente de Transito	17	20,2
Accidente de Trabajo	7	8,3
Sustancia Toxicas	8	9,5
Agresión Física	31	36,9
Asalto con Arma	22	26,2
Asalto Sexual	9	10,7
Experiencia sexual incomoda	5	6,0
Expuesto a Zona de Guerra	31	36,9
Secuestro	4	4,8
Amenaza contra la vida por enfermedad	8	9,5
Tortura o sufrimiento humano	9	10,7
Muerte Violenta Inesperada	14	16,7
Muerte de un pariente	14	16,7
Daño Físico ocasionado por otro	12	14,3
Otro Evento Traumático	12	14,3

Para entrar a describir características relacionadas con el TEPT como tal, vease inicialmente los eventos potencialmente traumáticos a los cuales estuvieron expuestos los sujetos entrevistados. En la tabla 7, se presentan dichos eventos. El evento desastre natural se presentó en el 26.2% de los sujetos; haber estado expuesto a un incendio o una explosión, lo señalaron el 19% (16 sujetos); el haber vivenciado un accidente de tránsito le ocurrió al 20.2% (17 sujetos); el 8.3% (7 sujetos) de los sujetos tuvieron un accidente de trabajo; el estar expuesto a sustancias tóxicas, le sucedió al 9.5% (8 sujetos) de la muestra; Ser víctima de agresión física, fue un evento presente en el 36.9% (31 sujetos); el ser asaltado con un arma le ocurrió al 26.2% (21 sujetos de la muestra) de la población entrevistada; el 10.8% (9 sujetos) de la muestra manifestó haber sido víctima de asalto sexual (violación); Haber vivido una experiencia sexualmente incomoda (diferente a una violación), le ocurrió al 6% (5 sujetos) de los entrevistados; al 36.9% (31 sujetos) de la muestra estuvo en zona de guerra; ser víctima de secuestro, refirieron el 4.8% (4 sujetos) de las personas; el haber estado amenazada su vida por una enfermedad, le sucedió al 9.5% (8 sujetos) de la muestra; ser víctima de tortura refirieron el 10.7% (9 sujetos); Haber presenciado la muerte violenta de otra persona le ocurrió al 47.8% (18 sujetos) entrevistados; tener que presencia la muerte de un pariente, fue un evento que le sucedió al 21.4% (18 sujetos); haber sufrido daño físico causado por otro sujeto (diferente a la tortura), le ocurrió al 14.4% (12 sujetos);

y un 14.4% (12 sujetos) manifestaron haber vivido algún otro evento generador de temor y ansiedad.

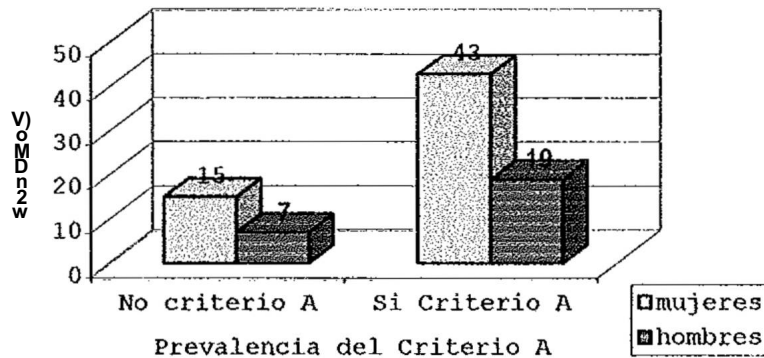
Los eventos anteriormente descritos, a pesar de haber sido vivenciados por los sujetos, no necesariamente fueron vivenciados con temor u horror excesivos como para cumplir con el criterio A del DSM-IV, por tanto no cumpliría la totalidad de criterios para diagnosticar TEPT.

Tabla 8: **Prevalencia de Eventos Vividos Criterio A**

	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	1	1.2
Accidente de transito	2	2.4
Fue torturado	1	1.2
Fueron obligados a entregar las tierras	37	44.0
Herido por arma de fuego	1	1.2
Muerte en la familia	6	7.1
Presencio enfrentamientos	17	20.2
Presencio la muerte de un familiar	2	2.4
Recibieron amenazas contra la vida	1	1.2
Secuestro de familiares	3	3.6
Testigo de muerte	6	7.1
Tortura a familiares	5	6.0
Violación	2	2.4
Total	84	100.0

Teniendo en cuenta los eventos traumáticos, que fueron referidos por los entrevistados, como vividos con temor, horror, desesperanza y que pusieron en peligro la integridad física de los sujetos (ver tabla 8), fueron los siguientes: El de mayor prevalencia con un 44% (37 sujetos), fue el haber sido obligados a entregar sus tierra y desplazarse; después se encuentra con un 20.2% (17 sujetos), el evento de haber presenciado enfrentamientos entre grupos armados; posteriormente se encuentra con un

7.1% (6 sujetos) cada uno, El haber presenciado la muerte de un familiar y haber presenciado la muerte de otras personas; después con un 6% (5 sujetos) de la muestra refirió haber presenciado la tortura de un familiar; con un 3.6% (3 sujetos) de la muestra se halló que las persona vivenciaron el secuestro de un familiar; con un 2.4% (2 sujetos) cada uno, manifestaron haber sido victimas de violación, haber tenido un accidente de transito y haber perdido un miembro de su familia; y finalmente, con un 1.2% (1 sujeto) cada uno, se presentaron los eventos de haber abortado, haber sido torturado, de haber sido herido por arma de fuego y haber recibido amenazas contra su propia vida.



Gráfica 2: Prevalencia de Criterio A

La gráfica nos muestra la prevalencia del Criterio A con relación al número de hombres y mujeres encuestadas. Las mujeres que cumplieron con el Criterio A fueron 43 y los hombres 19 con un porcentaje de 51.6% y 22.8% respectivamente. La cantidad restante contestaron NO a la pregunta ¿Alguna vez a vivido alguna experiencia

traumática?, con un porcentaje del los cuales el 18% (15) fueron mujeres y un 8.4% (7) fueron hombres.

Tabla 9: Correlación de Kappa-vida

Correlación Kappa Para TEPT Vida									
Cortes	A	B	C	D	S	E	Vpp	Vpn	Kappa
40	1	12	3	68	0, 25	0, 85	0, 08	0, 96	0, 48
45	1	11	3	69	0, 25	0, 87	0, 08	0, 97	0,58
50	1	8	3	72	0,25	0, 8	0, 11	0, 96	0, 94
55	1	5	3	75	0,25	0, 94	0, 16	0, 96	0, 15
60	1	5	3	75	0,25	0, 94	0, 16	0, 96	0,16

Tabla 10: **Correlación de Kappa-actual**

Correlación Kappa Para TEPT Actual									
Cortes	A	B	C	D	S	E	vpp	Vpn	Kappa
30	4	4	0	76	1	0, 95	0, 5	1	0, 64
35	4	1	0	79	1	0, 99	0, 8	1	0, 89
40	4	1	0	79	1	0, 99	0,8	1	0, 89
45	3	1	1	79	0,75	0, 99	0,75	0, 99	0,74
50	2	1	2	79	0, 5	1	0, 66	0, 97	0,56

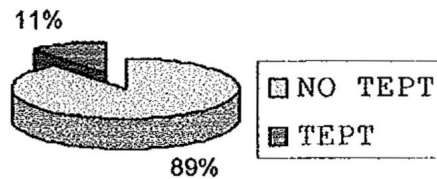
Para identificar cuales de los sujetos ameritaban el diagnostico de TETP mediante el puntaje ideal, primero de determino el diagnosticóte los sujetos a través de la presencia} de cada uno de los criterios del DSM-IV sin tener en cuenta los puntajes de intensidad hallados en CAPS, posteriormente mediante el cálculo del estadístico Kappa se estimó algunos puntos de corte para determinar a partir del valor del Kappa más alto, el puntaje ideal para diagnosticar TEPT. Al observar los resultados obtenidos en la tabla 8, se halló que el punto de corte ideal para

diagnosticar TEPT-vida fu de 50 con un valor de Kappa de 0.94. Asi mismo, para diagnosticar TEPT actual se halló que el puntaje de corte ideal fue de 40puntos con un valor de Kappa de 0.89.

Tabla 11: **Prevalencia de TEPT vida**

	frecuencia	porcentaje
NO TEPT	75	89,3
TEPT	9	10,7
Total	84	100

Diagnostico TEPT vida



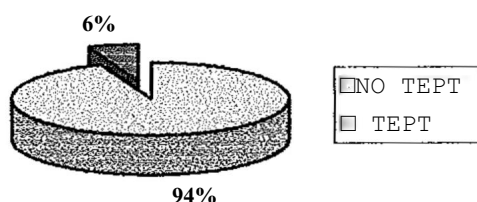
Gráfica 3: Prevalencia de TEPT vida

Ya determinados los valores para hacer un diagnóstico, la tabla 11 muestra como se encontró que la prevalencia-vida de TEPT fue del 10.7% correspondiente a 9 sujetos, el 89.3% restante no puntuaron lo suficiente para TETP-vida. En la gráfica 3 se presentan los porcentajes de prevalencia aproximados y se percibe las diferencias entre TEPT vida y No TEPT.

Tabla 12: **Prevalencia de TEPT actual**

	frecuencia	porcentaje
NO TEPT	79	94
TEPT	5	6
Total	84	100

Diagnostico TEPT Actual



Gráfica 4: Prevalencia de TEPT actual

En la tabla 12 indica una prevalencia del 6% de la población entrevistada lo cual corresponden a 5 sujetos. El 94% (79 sujetos) no obtuvieron un puntaje suficiente en el CAPS para ser diagnosticados con TEPT.

Tabla 13: **Correlación de Sperman del Diagnostico de TPET vida con genero**

		TPET Vida		Total
		No TPET	TPET	
Mujer	N	50	8	58
	% Total	59,5%	9,5%	69,0%
Hombre	N	25	1	26
	% Total	29,8%	1,2%	31,0%
Total	N	75	9	84
	% Total	89,3%	10,7%	100,0%

La tabla 13 muestra como se distribuyen los sujetos diagnosticados con TEPT prevalencia-vida respecto al genero, y se observa que el 9.5% (8 sujetos) son mujeres y el 1.2% (1 sujeto) restante es hombre.

Tabla 14: **Correlación de Sperman del diagnostico TPET actual con Género**

		TPET Actual		Total
		No TPET	TPET	
Mujer	N	53	5	58
	% Total	63,1%	6, 0%	69,0%
Hombre	N	26	0	26
	% Total	31,0%	, 0%	31,0%
Total N		79	5	84
% Total		94,0%	6, 0%	100,0%

La tabla 14, al igual que la tabla anterior muestra la relación de TEPT y genero, pero aqui se ve con prevalencia actual, y se observa que la prevalencia del 6% corresponde en total a mujeres.

Tabla 15: **Descripción de los eventos vividos**

	TEPT actual		Total
	NO TEPT	TEPT	
Aborto	1	0	1
Accidente de transito	2	0	2
Fue torturado	1	0	1
Fueron obligados a entregar las tierras	36	1	37
Herido por arma de fuego	1	0	1
Muerte en la familia	5	1	6
Presencio enfrentamiento	17	0	17

Presencia la muerte de un familiar	2	0	2
Recibieron amenazas contra la vida	1	0	1
Secuestro de familiares	3	0	3
Testigo de muerte	4	2	6
Tortura a familiares	5	0	5
Violación	1	1	2
Total	79	5	84

Teniendo en cuenta la prevalencia actual de TEPT hallada en la población abordada,- se relaciona con las prevalencias de eventos traumáticos (ver tabla 15) y se observa que de los sujetos diagnosticados, el 2.4% (2 sujetos) de estos vivenció el evento de haber sido testigo de muerte; el 1.2% (1 sujeto) fue víctima de violación; otro 1.2% (1 sujeto) vivenció la muerte de un familiar; y el 1.2% (1 sujeto) restante, fue obligado a dejar sus tierras.

Tabla 16: **Prevalencia TEPT actual y Edades Agrupadas**

				TPET Actual		
				No TPET	TPET	Total
18 A 28 Años	N	36		0	36	
	% Total	42,9%		,0%	42,9%	
29 A 38 Años	Ñ	17		2	19	
	% Total	20,2%		2,4%	22,6%	
39 A 48 Años	N	18		1	19	
	% Total	21,4%		1,2%	22,6%	
49 A 58 Años	N	2		2	4	
	% Total	2,4%		2,4%	4,8%	
59 A 68 Años	N	3		0	3	
	% Total	3,6%		,0%	3,6%	
69 A 79 Años	N	3		0	3	
	% Total	3,6%		,0%	3,6%	
Total	N	79		5	84	

% Total 94,0% **6,0%** 100,0%

Al cruzar las variables de TEPT-actual y edades por rangos, se puede ver que los sujetos diagnosticados se encuentran entre las edades de 29 a 58 años de edad, distribuidas así: Entre las edades de 29 a 38 años se encuentran el 2.4% (2 sujetos); entre el rango de edades de 39 a 48 años, se encuentra el 1.2% (1 sujeto) de la muestra; y entre las edades de 49 a 58 años se halla un 2.4% (2 sujetos).

Tabla 17: Prevalencia TEPT actual y Estado civil

		TPET Actual		Total
		No TPET	TPET	
Soltero	N	7	1	8
	% Total	8,3%	1,2%	9,5%
Casado	N	14	0	14
	% Total	16,7%	,0%	16,7%
Separado	N	10	2	12
	% Total	11,9%	2,4%	14,3%
Viudo	N	3	1	4
	% Total	3,6%	1,2%	4,8%
Unión Libre	N	45	1	46
	% Total	53,6%	1,2%	54,8%
Total	N	79	5	84
	% Total	94,0%	6,0%	100,0%

Con relación al estado civil y TEPT actual (ver tabla 17), se evidencia que de la población, el 2.4% (2 sujetos) con TEPT son separados; un 1.2% (1 sujeto) corresponde un sujeto soltero; un 1.2% (1 sujeto) corresponde al estado civil viudo; y el 1.2% (1 sujeto) restante esta en unión

libre. Se puede notar que el 4.8% de los sujetos son persona que no poseen pareja y el 1.2 en unión libre.

Tabla 18: Prevalencia TEPT actual y Escolaridad

		TPET Actual		Total
		No TPET	TPET	
Analfabeta	N	4	0	4
	% Total	4,8%	, 0%	4,8%
Analfabeta Funcional	N	4	0	4
	% Total	4,8%	, 0%	4,8%
Primaria Incompleta	N	41	3	44
	% Total	48,8%	3, 6%	52,4%
Primaria Completa	N	16	1	17
	% Total	19,0%	1,2%	20,2%
Bachiller Incompleta	N	7	0	7
	% Total	8,3%	,0%	8,3%
Bachiller Completa	N	7	1	8
	% Total	8,3%	1, 2%	9,5%
Total	N	79	5	84
	% Total	94,0%	6, 0%	100,0%

Si se observa detenidamente la tabla 18, se nota que el 3.6% (3 sujetos) de la muestra con TEPT actual posee primaria incompleta; el 1.2% (1 sujeto) con TEPT actual, tiene primaria completa; y el 1.2% (1 sujeto) con TEPT actual tiene bachillerato completa. Se puede inferir una relación aparente entre TEPT y escolaridad baja.

Tabla 19: Prevalencia TEPT actual y Tiempo de desplazamiento

		TPET Actual		Total
		No TPET	TPET	
1 A 12 Meses	N	11	0	11
	% Total	13,1%	, 0%	13,1%
13 A 24 Meses	N	23	2	25
	% Total	27, 4%	2,4%	29,8%
25 A 36 Meses	N	24	2	26
	% Total	28,6%	2,4%	31,0%
37 A 48 Meses	N	16	1	17
	% Total	19,0%	1,2%	20,2%
49 A 60 Meses	N	2	0	2
	% Total	2,4%	,0%	2, 4%
61 A 72 Meses	N	3	0	3
	% Total	3, 6%	, 0%	3, 6%
Total	N	79	5	84
	% Total	94,0%	6, 0%	100,0%

El tiempo de desplazamiento comparado con TEPT actual (ver tabla 19) se evidencia que el 2.4% (2 sujetos) se hallan entre 13 y 24 meses de desplazamiento; el 2 «4% (2 sujetos), estaban entre 25 y 36 meses de desplazamiento; y el 1.2% (1 sujeto) estaba entre 37 y 38 meses.

Tabla 20: Prevalencia TEPT actual y consumo de cigarrillo

		TPET Actual		Total
		No TPET	TPET	
No	N	59	4	63
	% Total	70,2%	4,8%	75,0%
Si	N	20	1	21
	% Total	23,8%	1,2%	25,0%
Total	N	79	5	84

% Total 94,0% 6,0%100,0%

El consumo de cigarrillo y TEPT actual, se presenta en la tabla 20 y se evidencia con claridad que el 4.8% (4 sujetos) con TEPT no poseen la conducta de fumar y el 1.2% (1 sujeto) con TETP no fuma.

Tabla 21: Prevalencia TEPT actual y Consumo de alcohol

		TEPT Actual		Total
		No TEPT	TEPT	
No	N	60	2	62
	% Total	71,4%	2,4%	73,8%
Si	N	19	3	22
	% Total	22,6%	3,6%	26,2%
Total	N	79	5	84
	% Total	94,0%	6,0%	100,0%

La tabla 21 muestra el consumo de alcohol y el TEPT actual, se observa el 2.4% (2 sujetos) con TEPT no poseen la conducta de consumir alcohol y el 3.6% (3 sujetos) si consumen alcohol.

Tabla 22: Análisis de Regresión

Variable		Score	df	Sig.
Estado Civil		13.291	1	0
Escolaridad		3.063	1	0.08
Consumo de cigarrillo		0.071	1	0.79
Consumo de alcohol		0.524	1	0.469
Edades		1.337	1	0.248
Tiempo		0	1	0.996
Genero		2.383	1	0.123
Overall Statistics		22.992	7	0.002

El análisis de regresión (ver tabla 2), permite establecer el grado de correlación entre dos variables controlando otras variables que puedan interferir en esta relación. No obstante, cuando los valores de significancia están por debajo de 0.05; las correlaciones son estadísticamente significativas. Al realizarse este análisis se encontraron los siguientes resultados: La variable estado civil con valor de significancia inferior a 0.05, indica que el valor 13.291 es estadísticamente significativo, lo que quiere decir que el estado civil está directamente relaciona con el TEPT. Las demás variables analizadas obtuvieron valores de significancia superiores a 0.05 y sus puntajes son: escolaridad 0.080 (3.063), fumar 0.790 (0.71), consumo de alcohol 0.469 (0.524), edades 0.248 (1.337, tiempo de desplazamiento 0.996 (0.000) y genero 0.123 (2.383). Lo anterior no permite deducir un correlación estadísticamente significativa.

Tabla 23: *Factores de Riesgo*

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Inferior	Superior
Para la cohorte			
GENERO	0.671	0.575	0.783
N de casos validos	84		

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Inferior	Superior
Para la cohorte			
estado civil	0.241	0.163	0.356
N de casos validos	84		

Para complementar el análisis se calculó el factor de riesgo (Tabla 23) o riesgo relativo (cuando entre el intervalo de confianza se encuentra el valor de 1, los resultados no son estadísticamente significativos), que permite ver la relación de una variable dicotómica con respecto a otra similar. Se calculó para con el diagnóstico de TEPT (si-no) y otras variables como genero (hombre-mujer) consumo de alcohol (si-no), consumo de cigarrillo (si-no) y estado civil que se dicotomizó en estar acompañado (casado o unión libre) y en estar solo (viudo, soltero o separado). Los resultados: Consumo de alcohol y cigarrillo no fueron estadísticamente significativos, dado que los intervalos de confianza (odds ratio) para estas variables pasan por 1, están entre los valores de 0.306-12.629 y 0.078-6.992 respectivamente. Por otra parte, con relación al género, se obtuvo un intervalo de confianza entre 0.575 y 0.783, con un valor de 0.671. Para la variable estado civil el intervalo de confianza esta entre 0.163 y 0.356 y el valor de riesgo de 0.241. Lo anterior significa que las mujeres y el no tener pareja, son factores de riesgo asociados al TEPT. Esto indica que las mujeres pueden desencadenar TEPT en un 67% mas veces que los hombres y el estar solo puede desencadenar TEPT en un 24% mas que el estar acompañado (tener pareja o cónyuge).

Tabla 24: *Análisis de Consistencia Interna CAPS B*

<u>Alpha si el ítem es borrado</u>	
B1 PUNTOS	0.6934
B2 PUNTOS	0.6396
B3 PUNTOS	0.7812
B4 PUNTOS	0.7311
B5 PUNTOS	0.6305

Coeficiente de Fiabilidad

N° de casos 84 N° de Items = 5 Alpha = ,7506

Análisis de Consistencia Interna CAPS C

Alpha si el ítems- es borrado	
C1 PUNTOS	0.8492
C2 PUNTOS	0.8124
C3 PUNTOS	0.8841
C4 PUNTOS	0.8312
C5 PUNTOS	0.8322
C6 PUNTOS	0.8508
C7 PUNTOS	0.8316

Coeficiente de Fiabilidad

N° de casos 84 N° de Items = 7 Alpha = .8633

Análisis de Consistencia Interna CAPS D

Alpha si el ítems es borrado	
D1 PUNTOS	0.8461
D2 PUNTOS	0.822
D3 PUNTOS	0.8194
D4 PUNTOS	0.8295
D5 PUNTOS	0.8311

Coeficiente de Fiabilidad

N° de casos 84 N° de Items = 5 Alpha = .8585

Análisis de Consistencia Interna CAPS Total

Alpha si el ítems es borrado	
B1 PUNTOS	0.9236
B2 PUNTOS	0.9221
B3 PUNTOS	0.927
B4 PUNTOS	0.9258
B5 PUNTOS	0.9196
C1 PUNTOS	0.9201
C2 PUNTOS	0.9154
C3 PUNTOS	0.9289
C4 PUNTOS	0.9215
C5 PUNTOS	0.9198
C6 PUNTOS	0.9228
C7 PUNTOS	0.9185
DI PUNTOS	0.9167
D2 PUNTOS	0.9192
D3 PUNTOS	0.922
D4 PUNTOS	0.9218
D5 PUNTOS	0.9237

Coeficiente de Fiabilidad

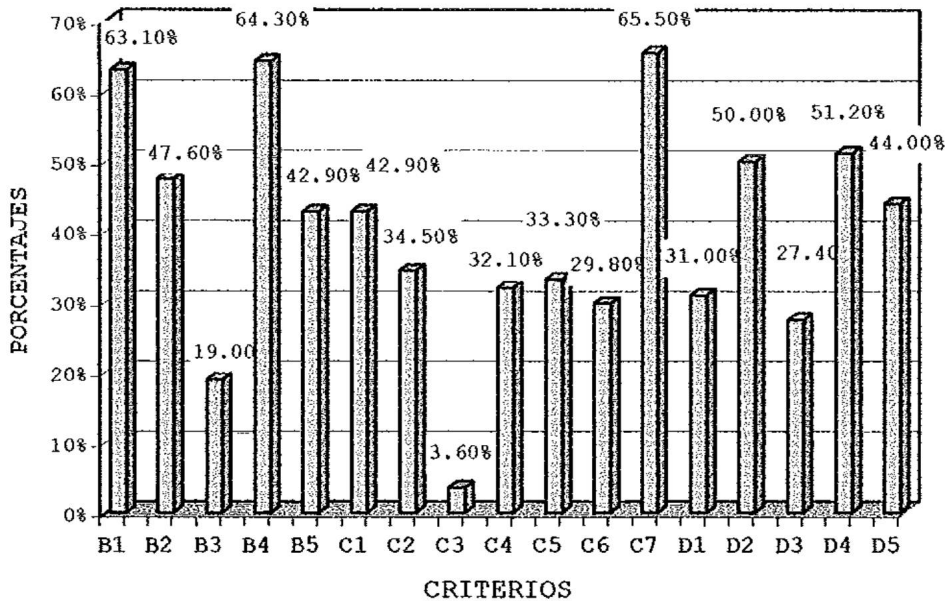
N° de casos 84

N° de Items = 17

Alpha = .9261

Para determinar la consistencia interna de la prueba, se calculo, por medio del SPSS 11.5, el alfa de Crombach. Se obtuvieron los siguientes resultados para cada uno de os criterio en general: Los puntajes fueron significativos, la consistencia interna para el criterio B total, fue un alfa de 0.7506, y puede verse claramente que al eliminar el ítems B3 ,la consistencia interna aumentaría a 0.7812. Los demás ítems al ser eliminados disminuirían la consistencia del criterio B. La consistencia interna para el criterio C total, fue de un alfa de 0.8633, si se borrara el ítems C3 la consistencia aumentaría a 0.8841, el borrar los demás

ítems disminuiría la consistencia para el criterio C. Igualmente se determinó la consistencia interna para el criterio D con un valor de 0.8585. Si se llegase a eliminar alguno de los ítems la consistencia disminuiría. Finalmente la consistencia interna que se obtuvo para B, C y D fue 0.9261; para este caso el único ítems que podría disminuir la consistencia interna de la prueba sería el ítems C3, lo cual permite inferir que es un ítems que tiene poca o ninguna relación con la prueba en total



Gráfica 5: Descripción de los Criterios B C D

Al hacerse una revisión de tallada de cada uno de los criterios utilizados para diagnóstica TPET, sin tener en cuenta las puntuaciones, sino solamente si tiene o no el síntoma puede observarse con claridad los porcentajes altos de cada criterio en lo entrevistados. A continuación se

describe detalladamente cada uno de los porcentajes por criterio que se encontraron en la muestra.

Es importante resaltar que a pesar de la baja prevalencia encontrada en el asentamiento abordado, no significa que la mayoría de la población no presente de TPET. Como se puede observar en la Gráfica 5 con relación al criterio B el cual hace referencia a que el acontecimiento traumático persiste y es reexperimentado.

Para el caso de B1, el evento se reexperimenta mediante recuerdos repetitivos de la situación y provoca malestar y en el incluye imágenes, pensamientos y percepciones. Este es vivenciado por el 63.1% de los entrevistados; B2 hace referencia al a reexperimentación a través de sueños de carácter recurrente y poco placenteros, este criterio esta presente en el 47.6% de la muestra; El criterio B3, esta determinado por que el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (Se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertar o al intoxicarse). Este criterio B3 esta presente en menor medida con un 19%; así mismo el criterio B4 esta en 54,3% de los sujetos y refiere el malestar psicológico intenso que se experimenta al exponerse a estímulos internos o externos que simboliza o rememoran un aspecto el evento; y el criterio B5, que son las respuestas filológicas como aumento del ritmo cardiaco, temblor y sudoración, que el sujeto vivencia al exponerse a estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático, se halla en el 42,9% de la población muestreada.

Con relación al criterio C, la evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma). El 42,9% de las personas entrevistadas se esfuerza para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al trauma, o sea presenta el criterio C1; De igual forma el 34,5% de la muestra presenta el criterio C2, lo cual significa que los sujetos se esfuerzan para evitar actividades, lugares o personas que motiva el recordar el evento traumático; El criterio C3, es el que se encuentra en una medida excesivamente baja, con un 3,5%, y mide la incapacidad del sujeto para recordar un aspecto importante de los vivido durante el acontecimiento traumático; en este mismo sentido se puede observar que el criterio C4 se halla en un 32,1% de la muestra, dado por la significativa disminución el interés o participación de actividades; El C5, es un criterio que se encontró en el 33,3% de las persona abordadas, las cuales referían presentar una sensación de desapego y enajenación frente a los demás; restricción en la vida afectiva, sentirse emocionalmente apático o con dificultad para experimentar sentimiento de amor y/o felicidad, es el criterio C6 con un de 29,8% en la muestra; y finalmente se encuentra el criterio C7, el cual refiere haber sentido en algún momento la necesidad de no planear futuro, se halló presente en el 65,5% de los entrevistados.

El criterio D, esta relacionado con el arousal elevado o síntomas persistentes de nivel de actividad traumática (ausente antes del trauma). Cuando dicho nivel de actividad causa al sujeto dificultad para dormir se deduce la presencia de D1, en la población con un 31%; el D2, con un

Discusión

Como se pudo observar a través de los resultados la prevalencia obtenida es del 6% en la población, es baja en relación a otras investigaciones realizadas. En los estudios realizados, el Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA) el que se evaluaron diferentes trastornos psiquiátricos en una muestra de mas de 18.000 y el National Comorbidity survey (NCS) con una muestra de 8.098 sujetos, las prevalencias halladas de TPET en la población general en cinco comunidades de Estados Unidos, fueron: de los autores Davidson y cois. (1991) la prevalencia fue del 1,3%; Helzer y cois. 1.0%; Breslau y cois. 9,2%; Kessler y cois. 7.8%; Crespo y cois. 8.0% y la presente investigación 6.0%. Como se puede observar la prevalencia del estudio presente es similar a la de los estudios mencionados, pero se hace necesario resaltar que las magnitudes de las muestras son bastante diferentes, (ECA, n:1.8000; NCS, n:8.098; y presente estudio, n:84) y el tipo de población no es la misma los estudios de el ECA y el NCS fue realizada con sujetos de población en general y el presente estudio se llevó a cabo con población a riesgo, de ahí el hecho de que la prevalencia se perciba como baja.

Si se compara la prevalencia obtenida con prevalencias de otras investigaciones con poblaciones expuestas a eventos traumáticos, se puede observar la diferencia entre estas. Con veteranos de guerra del Vietnam realizado por Kulka y cois, en 1990 y por Bleich y cois, en 1997, la prevalencia se halla en un rango entre el 14.7% y el 52% y en veteranos de guerra del ejercito Israel! la tasa de prevalencia alcanzó el 100% en cuanto a la prevalencia-vida y al 87% para la prevalencia actual. No se especifica el

por que de las diferencia entre estas investigaciones, lo que si se puede inferir es que este tipo de sujetos (veteranos de guerra) se enfrentan a fuertes acontecimientos traumáticos como muertes, tiroteos, bombardeos por periodos prolongados de tiempo y otros. Esto es determinante en el desencadenamiento del trastorno. Al igual que el estudio con prisioneros de guerra de la segunda guerra mundial y de la guerra de corea por Engdhal y cois, en 1997, la prevalencia-vida fue del 53% y la prevalencia actual del 29%, en el ejercito japonés las tasas fueron de 84 % y 59% para la prevalencia-vida y la actual respectivamente. N este mismo sentido, las prevalencias halladas en sobrevivientes de un tiroteo fueron del 20% en varones y 36% en mujeres, este estudio fue realizado por North y cois. En 1994. (Bobes 2000)). El estudio que se esta presentando en este texto la prevalencia baja (6%) con relación a las investigaciones anteriormente citadas debido a que no todos los sujetos entrevistados no vivenciaron (el 26.2% no cumplió el criterio A) un evento como traumático como si ocurrió con estas poblaciones en las cuales se tenia la certeza de haber vivenciado tales eventos, .

Bajo los mismos parámetros, tales como: población, el tipo de estudio y el tipo de instrumento se realizaron otrasinvestigaciones, y los hallazgos fueron excesivamente diferentes con relación a la prevalencia. Por ejemplo, en el estudio realizado por Bueno y Toscano (2003) se determinó un prevalencia del 47.7%, considerablemente alta con relación al presente estudio. Estoas resultados abismalmente diferente se deben principalmente a que la población estudiada en el presente estudio un 26.2% no

cumplió con el criterio A que es determinante en el desencadenamiento de TPET, de igual modo el evento traumático por el cual se direccionó la entrevista no desencadenó los síntomas suficientes para el diagnóstico del trastorno. Por otro lado la investigación realizada por Martínez y Sanabria (2003) se encontró que el 33% de los sujetos presentaban síntomas característicos del trastorno como evitación e hiperactivación, de igual modo en la presente investigación independientemente de que existiera el trastorno como tal se halló que se presentaban síntomas de TPET: El criterio B, reexperimentación con un 45.38%, el criterio C, evitación con un 34.5% y el criterio D, hiperactivación con un 40.72%. Sin presentarse los criterios B, C y D en los mismos sujetos lo que no permitió realizar el diagnóstico de TEPT.

Teniendo en cuenta la prevalencia de los criterios de forma independiente, se observa que el criterio B (reexperimentación o intrusiones) fue que mayor prevalencia similar a la investigación llevada a cabo en Sierra Leona por Jong, Mulhern, y Van der Kam en el 2000 que todos los puntajes registrados de PTSD son altos, puntajes significativos con relación a las intrusiones y la evitación, sin embargo no hay diferencias significativas entre estas. Por el contrario, el criterio C, la evitación fue de menor prevalencia en el presente estudio. En Sierra Leona el reporte del alto índice de experiencias traumáticas como presenciar el asesinato de un familiar o un amigo, pueden explicar los puntajes altos obtenidos en IES, eventos que no fueron comunes o altamente prevalentes en el estudio actual.

Otra investigación realizada con refugiados, que continuaban viviendo en zona de guerra en Nicaragua en los años 80S. El 25% de los hombres y el 50% de las mujeres merecían el diagnóstico de trastorno de estrés posttraumático. (Summerfield, y Toser, 1991) , con relación a este estudio la diferencia es perceptible, probablemente debido a que los sujetos continuaban viviendo en medio de la guerra y la población estudiada en el presente estudio no, por tanto la prevalencia solo alcanzó solo un 6%.

Los acontecimientos traumáticos de mayor prevalencia en la investigación fueron el desplazamiento con un 44%, el evento exposición a zona guerra con un 36.9%, agresión física un 36.9 y desastre natural con un 26.2%. En los estudios de Sierra Leona en una muestra con 245 sujetos expuestos a eventos, se muestra que han sido enfrentados a ataques en el pueblo (82%), expuestos a fuego cruzado (84%), explosión de minas (28%), bombardeo aéreo (83%), fuego de morteros (65%), quema de propiedades (62%) y destrucción de las casas (73%); lo cual indica que un gran grupo de la población de Freetown ha sido acogido por la guerra. La pérdida de seres amados y ser testigos de sus muertes violentas, puede ser uno de los más serios factores de riesgos para el desarrollo de PTSD como ocurrió con la población de Freetown, factores poco hallados en el presente estudio y que son determinantes en las diferencias encontradas entre estas investigaciones.

Esta investigación encontró que el 22.8% de los hombres y el 51.6% de las mujeres tuvo por lo menos un evento traumático. lo cual indica que al igual que los estudios de NCS, los varones se encuentran mayormente expuestos que las mujeres. En el NCS el 60.7% de los

varones y el 51.2% de las mujeres señalaron haber sufrido como mínimo un episodio traumático. (Bobes 2000)). Lo que es importante resaltar aquí es que a pesar de que los hombres están mas expuestos a los eventos, las mujeres son quienes presentan mayores prevalencias del trastorno, en este estudio se halló que la prevalencia total obtenida del 6.0%, todos losa casos, fueron mujeres. Así mismo, los estudio del NCS muestran esta relación, concluyendo que las mujeres presentan un riesgo a padecer el trastorno cinco veces mayor que los hombres. (Bobes 2000) . En el presente estudio se deduce que las mujeres pueden desencadenar TEPT en un 67% más que los hombre y que el estar solo (viudo, separado o soltero) tienen un mayor riesgo de desencadenar el trastorno en un 24% más queel estar acompañado (casado o en unión libre).

La edad considerada como otro de los factores de riesgo asociados al TPET. En los estudios del ECA, se encontró el 76.5% de los sujetos tenían menos de 45 años y en estudio reciente de Breslau y cois. La edad de inicio se situaba por debajo de los 38 años. En comparación con los datos hallados en esta presentación 3.6% de los sujetos diagnosticados tienen menos de 45 años, lo cual permite reforzar este supuesto de edad como un factor de riesgo asociad al TEPT.

Dentro del análisis que se realiza, se debe resaltar los hallazgos obtenidos son relación a la ocupación, que fue el encontrar una alta prevalencia con relación a la ocupación estar dedicado al hogar, el cual puede ser vista como un factor de riesgo y que por supuesto para concluir esto es necesario demostrarlo estadísticamente. La prevalencia de dicha ocupación antes del desplazamiento y

la prevalencia actual es similar son un 39.3% y el 44% respectivamente. Sin embargo, se hace necesario clarificar que las ocupaciones del hogar en el campo implica muchas actividades a realizar (cocinar para muchos obreros, madrugara ordeñar, criar animales domésticos, etc.), por el contrario, estar dedicado al hogar en la actualidad en el asentamiento, es despertar temprano preocupados por la alimentación, en un espacio de condiciones deprimentes y carente de comodidades que hacen que el sujeto sea mucho más vulnerable que antes de desplazarse. Igualmente las diversas ocupaciones en las cuales están muchos de los sujetos en este momento, son poco familiares y seguramente no bien remuneradas que generan insatisfacción en ellos y que siguen sumando puntos a contra y aumentan la vulnerabilidad.

Conclusiones

La condición del desplazamiento lleva consigo inmersa una cantidad de posibles vivencias traumáticas que predisponen a las víctimas de esta situación a desencadenar TEPT. La investigación demostró que parte de la población cumplió con los criterios para diagnosticar el trastorno, el 6%. Sin embargo no todas las personas desplazadas han vivenciado eventos cuyas implicaciones puedan trastornar la psique del sujeto, y por tanto, no todas deben desencadenar estrés postraumático.

El vivenciar un evento catalogado como traumático no es condición suficiente para desencadenar el trastorno, existen factores de riesgo que facilitan la presencia de este o existen factores protectores que evitan el mismo. Es

tangible que ciertos factores favorecen el desencadenamiento de TEPT, tales como ser mujer, estar dentro de un rango de edad determinada (menos de 50 años), las características del evento traumático y por consiguiente la sintomatología prevalente. Hallazgos igualmente demostrados por los estudios del NCS y el ECA. En esta investigación se demuestra estadísticamente que ser mujer y el estar solo (viudo, soltero o separado) son factores de riesgo asociados al TEPT.

La investigación nos demuestra, que aunque muchos sujetos cumplieron con el criterio A, (haber vivenciado un evento traumático), no significa que no tengan síntomas propios del TEPT; como se pudo observar, gran parte de la población presentó sintomatología. Aquí cabría preguntar ¿.acaso por el hecho de que no cumple la totalidad de los criterios no termina siendo significativo? A pesar de la prevalencia baja con relación a otros estudios, no deja de ser un número significativo, aunque no lo sea estadísticamente.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. Recuperado en: www.psiquiatria.com
- Blake, D. (1994) . Rationale developinent of the clinician Administered PTSD scale. The Nat.i.onal Center for PTSD. USA.
- Bentolila, S. (2001). Comorbilidad y diagnostico Diferencial que padecen de TEPT. Recuperado en, www.intersiquis.com
- Bueno, C., Toscano, R. (2003). Identificación del TEPT en población desplazada en la ciudad de Bucaramanga. Proyecto de Grado. Bucaramanga.
- Adjukovic, M., Adjukovic, D. (1993). Psychological wellbeing Of refugee children. Children abuse and neglect. Recuperado en, <http://www.Waraffectedchildren.gc.ca/Socscimedpaper-en.asp>.
- Aguilera, A. (2003). Las secuelas emocionales del conflicto armado para una política publica se paz. Toluca, México.Convergencia.
- Arias, F., Ruiz, S. (s.f). Construyendo caminos con familias, comunidades afectadas por la situación del desplazamiento en Colombia, en efectos psicosociales y culturales del desplazamiento. Unibiblos. Bogotá
- Bello, M., Cardinal, E., Arias, F. (2002). Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.
- Bello, M. (2001) . Desplazamiento forzado y reconstrucción de identidades. Colombia. Icfes.

- Bobes, J., Et al. (2000). Trastorno de Estrés postraumatico
Barcelona, España. Masson S.A.
- Camilo, G. (2000). Impacto psicológico del desplazamiento
forzado: estrategias de intervención. Colombia.
Universidad nacional de Colombia.
- Cazabat, E. (2001) TEPT criterios diagnósticos. Recuperado
en, <http://intersiquis/psiquiatria/Icongreso.com>
- Doherty, G. (2003). Resiliency following war. Mental Health
Moment. Recuperado en, <http://www.aangelfiré.com/biz3new/Mhml22c.htm>.
- Goldman, H. (1996). Psiquiatría General. Manual Moderno.
México D.F.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. (1994) Comprehensive
Textbook of psychiatry. Baltimore : Williams &
Wilkins, 7th Edition. Recuperado en: www.intersique.co
- González, MP., Bascaran, MT. (2001). Evaluación psicometría
del TEPT. Recuperado en, www.psiquiatria.com.
- Friedman, M., Jarason, J. (s.f). the applicability of the
PTSD concept to refugees. The Mental Health.
- Halligan, S. (2000). Risk Factors for PTSD. The National
Center for PTSD. USA.
- Ibáñez, V. (2003). Consecuencias psicológicas y
psiquiátricas de la guerra. Recuperado en,
<http://www.medítex.es/elmedico/informes/guerra.htm>.
- Jong, K. (2001). Assessing trauma in Sierra Leone. Medecins
Sans frontiers. Amsterdam netherlands.
- Jimenes, L (2000). American veteranos studies and their
relevante for latin American. www.revistachilena.com
- Medina, J., Pérez, J. (2001). Estudio clínico del trastorno
por estrés postraumático relacionado con el terrorismo
urbano. Recuperado en, www.psiquiatria.com.

- Niño, J. (1999). Las migraciones forzadas de población, por la violencia en Colombia: Una historia de éxodo, miedo, temor y pobreza. Recuperado en, <http://www.ub.es/geocrip/sn-45-33htm>.
- OACNUDH, ACNUR, COCHES. (2001). Complicación sobre desplazamiento forzado. Normas, doctrinas y jurisprudencia nacional e internacional. Bogotá.
- OIM. (2002). Desplazamiento interno y atención psicosocial: el reto de intervenir la vida. Colombia.
- Palacio, J., Abelló, R., Madariaga, C. (2001). Estrés post traumático en jóvenes desplazados por la violencia política en Colombia. Recuperado en, www.psiquiatria.com
- Pulido, J., Silva, B., Gonzáles, V. (2002). Diagnostico socioeconómico de la población desplazada asentada en el área metropolitana de Bucaramanga. Bucaramanga. Corporación Compromiso.
- Rozo, J. (2002). Efectos del desplazamiento y metodología De intervención. Colombia. Universidad Nacional de Colombia
- Sánchez, R., Jaramillo, J. (s.f). Impacto del desplazamiento Sobre la salud mental.
- Sanabria, r., Martínez, X. (2003). Estudio de estrés postraumático experimentado por la población de desplazados por la violencia reubicados en Barrancabermeja por Asodesam. Proyecto de Grado. Bucaramanga.
- Schiraldi, G. (2000). The Post-traumatic Stress Disorder. Lowell House. United status of América.
- Skodol AE, Schwartz S, Dohrenwend BP. (1996) PTSD symptoms and comorbid mental disorders in Israeli war veterans. Br J psychiatry. Recuperado en: www.psiquiatria.com

Summerfield, D., Toser, L. (1991). Low intensity war and mental trauma in Nicaragua. Medicine and war.

Recuperado en, <http://www.who.int/disasters/resource/pubs/resivent>.

Vidales, C. (1997). La violencia en Colombia. Colombia. Ed Futuro.

Zafra, G. (2001). Los desplazados por la violencia: un problema fundamentalmente de Colombia. Recuperado en, www.oas.org/juridico/spanish/zafra.htm.