

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Psicología

ESTUDIO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EXPERIMENTADO POR LA
POBLACIÓN DE DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA REUBICADOS EN
BARRANCABERMEJA POR ASODESAMUBA



 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA	FECHA	REGISTRO
	20 JUN 2003	70/37.03 M385E E.1
	PRECIO	VENDEDOR
\$30.000 =	Adhres-	054855

Trabajo de Grado para optar el título de
PSICÓLOGAS

Presentado por
Xiomara Martínez Ospino
Rocío Del Pilar Sanabria Vesga

Bajo la asesoría de Ps. Martha Eugenia Ortega
Bucaramanga, mayo de 2003

Tabla de Contenido	Pág.
Resumen	Vil
ESTUDIO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EXPERIMENTADO POR LA POBLACIÓN DE DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA UBICADOS EN BARRANCABERMEJA POR ASODESAMUBA	
Problema	2
Descripción de la Institución	4
Misión	5
Logros	5
Políticas	6
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Antecedentes de Investigación	7
Marco Teórico	15
Aspectos Generales del Desplazamiento Forzado	15
El Desplazamiento Forzado en el Marco de la Política y los Derechos Humanos. Situación General	17
La Asistencia Humanitaria por parte de los Estados Frente al Desplazamiento	20
El Déficit entre la Demanda y la Oferta de las Ayudas Humanitarias	21
Aspectos Generales del Trastorno por Estrés Postraumático	26
Bases Psicológicas del Trastorno por Estrés Postraumático según el DSM-IV APA (1994)	28
Respuestas Fenomenológicas	31
Aspectos Neurobiológicos	31
Evolución Curso y Pronóstico	34
Diagnóstico Diferencial TEPT	35
Evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático	36

Variables	37
Características de las Variables de Estudio	37
Definición Conceptual de la Variable Dependiente	37
Definición de los Factores de la Variable Dependiente	37
Método	39
Participantes	39
Instrumentos	39
Validación y Confiabilidad del Screening	40
Procedimiento	41
Resultados	43
Discusión	77
Referencias	88
Apéndices	93

Lista de tablas

Tabla 1. Instrumentos de Aplicación	40
Tabla 2. Síntomas Prevalentes Evaluados por CAPS	80

CMR - INSTITUTO MEDICA

Lista de Figuras

Figura 1. Distribución CAPS según el género	43
Figura 2. Distribución de las edades de los sujetos	44
Figura 3. Diagnóstico de TEPT	44
Figura 4. Presencia/ausencia de TEPT en la población femenina	45
Figura 5. Presencia TEPT según su curso	45
Figura 6. Acontecimiento traumático	46
Figura 7. ítems 1,2, 3, 4, 5, 6	47
Figura 8. ítems 6, 7,11	48
Figura 9. ítems 12,13, 14, 15, 16	49
Figura 10. ítem 17	50
Figura 11. ítems 18, 19, 20,21, 22, 23, 24	51
Figura 12. ítems 25, 26, 27	52
Figura 13. ítems 28, 29, 30,31, 32, 33	53
Figura 14. ítems 34, 35, 36,37, 38	54
Figura 15. ítems 39, 40, 41,42, 43	55
Figura 16. ítems 44, 45, 46,47, 48, 49, 50	56
Figura 17. ítems 51, 52, 53,54, 55	57
Figura 18. ítems 56, 57, 58,59	58
Figura 19. ítems 60, 61, 62,63, 64	59
Figura 20. ítems 65, 66, 67,68	60
Figura 21. ítems 69, 70, 71,72, 73, 74, 75	61
Figura 22. ítems 76, 77, 78,79, 80	62
Figura 23. ítems 81, 82, 83,84, 85	63
Figura 24. ítems 86, 87, 88,89, 90, 91, 92, 93	64
Figura 25. ítems 94, 95, 96,97, 98, 99,100, 101	65
Figura 26. ítems 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109,110, 111	66
Figura 27. ítems 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120	67
Figura 28. ítems 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128	68
Figura 29. ítems 129, 130, 131, 132, 133	69

Figura 30. ítems 134, 135, 136, 137, 138, 139		70
Figura 31. ítems 140,141, 142, 143, 144, 145, 146, 147,	148	71
Figura 32. ítems 149,150, 151, 152, 153, 154, 155, 156,	157, 158	72
Figura 33. ítems 159,160, 161, 162, 163, 164,165, 166		73
Figura 34. ítems 167,168, 169, 170, 171, 172, 173		74
Figura 35. ítems 174, 175, 176		75
Figura 36. ítems 177, 178, 179, 180, 181		76

Lista de Apéndices

Apéndice A. Organigrama de la institución ASODESAMUBA	94
Apéndice B. Programa de ayuda psicosocial	95

Resumen

El presente estudio de tipo descriptivo busca identificar la presencia/ausencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT); experimentado por la población de desplazados por la violencia, reubicados en la ciudad de Barrancabermeja por ASODESAMUBA, al mismo tiempo que se indagaba sobre la sintomatología actual del trastorno. Para la obtención de los resultados, se realizaron visitas domiciliarias para la aplicación individual de la Escala de Trauma de Davinson (1997) (DTS), instrumento de medición que identifica la frecuencia e intensidad de los síntomas de Estrés Postraumático (TEPT) presente en la población de desplazados y la Escala para Estrés Postraumático (TEPT) Administrada por el Clínico (CAPS), Bakle y Cois (1990), la cual es una entrevista clínica de forma estructurada que permite evaluar a través de los 17 criterios diagnósticos del DSM-IV la presencia de dicho trastorno. Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de la prevalencia de los criterios diagnósticos del DSM-IV en la población de estudio. Para la aplicación de estos instrumentos se seleccionaron 75 personas con edades entre los 20 y los 70 años de edad. El 100% de la población presentaba como característica común, haber sufrido o presenciado un suceso estresante o traumático. Los resultados de la investigación arrojaron que existe una prevalencia del TEPT en 30 personas; de las cuales 10 presentan el cuadro clínico del trastorno consolidado como tal. De las 10 personas diagnosticadas con TEPT, el 100% pertenece al género femenino; según el curso del trastorno, este se presentó en un 50% en cuadros agudos y el 50% restante en crónicos. Las 20 personas restantes presentan variaciones en los síntomas asociados al cuadro clínico del trastorno; con tendencia a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso. La población total evidencia síntomas como la reexperimentación, la incapacidad para recordar algunos eventos importantes del trauma y la presencia de flashbacks. Se propone como alternativa, la intervención a nivel individual, familiar y grupal para dar solución a la problemática de la población afectada por TEPT.

ESTUDIO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EXPERIMENTADO POR LA
POBLACIÓN DE DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA REUBICADOS EN
BARRANCABERMEJA POR ASODESAMUBA

La realidad del conflicto armado colombiano además de la violencia; han generado fenómenos socio-políticos que comprometen de manera inmediata a la población civil, uno de los fenómenos más comunes es el desplazamiento forzoso de las poblaciones, la cual tiene un porcentaje significativo de ciudadanos provenientes de zonas rurales, y por tanto han tenido que abandonar sus hogares, sus propiedades tratando de huir y salvar lo más importante que tienen: la vida. El desplazamiento forzoso debe verse desde una perspectiva psicosocial que permita discriminar positivamente a los desplazados frente otros tipos de migrantes y generar mecanismos que faciliten el establecimiento de soluciones integrales para personas marginadas. Debido a que estos hogares se ven obligados a padecer un rápido proceso de adaptación a diferentes ambientes, además de estar en desventaja una vez llegan a las ciudades, por el impacto psicosocial que viven y la escasa capacitación educativa que poseen. Estas situaciones han llevado a que las personas desplazadas por la violencia presenten un trastorno de estrés posttraumático, causante de problemas físicos y emocionales que generan efectos severos en la vida familiar.

En medio de la problemática del desplazamiento forzoso se encuentra la población de estudio perteneciente a la Asociación de Desplazados Asentados el Municipio de Barrancabermeja (ASODESAMUBA), generando inquietudes acerca de la prevalencia del TEPT en la población. A partir de esta hipótesis, surge la necesidad de realizar una investigación que arroje información acerca del número de casos de TEPT; que permita describir sus síntomas y su incidencia en la población para generar propuestas de intervención y apoyo que contribuyan al mejoramiento de su salud mental; a su vez identificar la intensidad y frecuencia del trastorno, dando apoyo a futuras investigaciones sobre el desplazamiento forzado en la población colombiana.

Planteamiento del Problema

La magnitud del impacto de la violencia y el desplazamiento sólo puede comprenderse considerando su incidencia en la salud mental de los individuos y grupos, fenómeno que los incapacita para buscar su bienestar, al quitarles la capacidad de apropiarse del espacio de la vida cotidiana y de la cultura, lo que posteriormente genera trastornos en el individuo de tipo psicológico. Uno de los trastornos más comunes actualmente ante la exposición directa o indirecta a hechos violentos es el Trastorno por Estrés Postraumático, TEPT.

El fenómeno del desplazamiento forzoso ha sido encarado de manera directa a través del documento de CONPES 2804 de 1995 (Consejo Nacional de Política Económica y Social) mediante la creación del Programa Nacional para la Atención de la Población Desplazada reconociendo sus responsabilidades frente al problema. Desde allí surgió la base que más adelante serviría de referencia a la ley sobre desplazamiento interno, documento en el que se encuentra la última conceptualización del término desplazado, que sería retomada literalmente por la Ley 387 de 1997:

Toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público. (Ley 387 de 1997, art.1).

El impacto de esta situación genera un deterioro en la salud mental de los afectados. En estas condiciones ya se reconocen muchos casos de sufrimiento y malestar emocional con incremento de enfermedades somáticas, como lo confirma una investigación realizada por la Corporación AVRE sobre evaluación del impacto psicosocial en víctimas del desplazamiento.

“Requiere aquí una mención, la importante presencia de expresiones sintomáticas de tipo psicótico, las que si bien no señalan un diagnóstico de este síndrome, sí apuntan a elevar el riesgo de estos grupos a presentar este tipo de episodios. Una misma mención se hace respecto a aquellas de tipo estrés postraumático. En este sentido, estos hallazgos permiten reafirmar la importancia que tienen los eventos negativos así como la pérdida de apoyos y referentes sociales para el riesgo de aparición de patologías mentales, ya indicado en trabajos como los de Villaverde, Goenjian y Bravo, (1994).

Las quejas y molestias de tipo somático son un común denominador en todos los grupos entrevistados; los dolores generalizados en todo el cuerpo, cefaleas, sensación de cansancio, numerosos problemas gastrointestinales y de la piel aparecen con más frecuencia y, debido a su vaguedad, a veces son subestimados en los servicios de salud, ocasionando una nueva fuente de confusión, lo que hace más probable que adquieran un carácter crónico. La mayor parte de estos síntomas son, como se indicó, expresión de la tensión, estrés, estados emocionales de tristeza que, se conoce, originan numerosos cambios en la salud de las personas, incrementando el riesgo de adquisición de enfermedades. Carroño, (2002).

En términos generales, el fenómeno de la violencia y el desplazamiento forzado están relacionados de forma simultánea con la capacidad del individuo y los grupos para alcanzar el bienestar psicológico, ya que la salud mental se ve afectada al disminuir y minimizar en la víctima la capacidad de apropiarse del espacio de la vida cotidiana y de la cultura, donde el hecho violento algunas veces sobrepasa los mecanismos internos de protección a nivel psíquico, generando traumatismos, causando deterioro paulatino o abrupto del proceso normal del desarrollo de la estructura psíquica en cuanto a su capacidad para buscar bienestar. Restrepo, (1994).

Ante la necesidad de indagar y profundizar sobre los efectos de la violencia en la estructura psíquica de las personas que se han visto forzadas a migrar dentro del territorio nacional y al mismo tiempo han presenciado o vivido un hecho traumático; surge la presente investigación sobre el estudio del Trastorno

de Estrés Postraumático y su incidencia en los desplazados; la cual tiene por objetivo determinar ¿Cuáles son las características de Estrés Postraumático que presenta la población de desplazados por la violencia que han sido reubicados en la ciudad de Barrancabermeja por ASODESAMUBA? Y ¿Cuál es la intensidad y la frecuencia del trastorno en la población que lo presenta?.

Descripción de la Institución

La Asociación de Desplazados Asentados en el Municipio de Barrancabermeja (ASODESAMUBA), es una organización sin ánimo de lucro que pretende estabilizar y mejorar la situación global del desplazado en Barrancabermeja tomando como prioridad el derecho de gozar de todos los beneficios que les ampara la ley 387 de 1997.

Después de un éxodo masivo de familias del sur de Bolívar, Cimitarra y otras provenientes de los santanderes, por causa de los continuos enfrentamientos, las múltiples amenazas y muertes provocadas por los grupos armados al margen de la ley se conforma ASODESMUBA el 26 de Agosto de 1999.

Aunque en 1987 y 1988 ya había desplazados en este municipio, solo hasta 1999; año en que más desplazados llegaron a Barrancabermeja, se crea una asociación que les permita a las familias desplazadas recibir ayuda de naturaleza humanitaria por parte de Organizaciones No Gubernamentales nacionales e internacionales y embajadas de otros países.

ASODESAMUBA se dio a conocer en diciembre de 1999, cuando se realizó un encuentro organizado por la Defensoría Internacional del Niño (DNI) que buscaba hacer un estudio sobre la nutrición y salud en la niñez; gracias a esto, la asociación recibió ayuda del DNI, la cual brindó sus instalaciones para que esta organización asentara su despacho y recibiera a sus miembros. Inicialmente se inscribieron 100 familias y actualmente la membresía se ha incrementado a 700 familias, las cuales se encuentran beneficiadas por planes de alimentación suministrados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA),

proyectos de capacitación en preparación de alimentos, organizados por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

Actualmente, esta entidad hace parte de la Asociación Nacional de Desplazados y del comité Municipal de Atención a la Población Desplazada.

La asociación cuenta con personería jurídica y una junta directiva. (Ver apéndice A).

Misión

ASODESAMUBA tiene como misión recibir a las personas que llegan por desplazamiento masivo o individual; y junto con otras organizaciones, como la Red de Solidaridad, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y la Diócesis de Barrancabermeja proporcionarles un sitio donde vivir, alimentación, y asistencia médica temporalmente. Al mismo tiempo, busca contactos con otras organizaciones en diversas ciudades del país para ayudar a las personas que deben salir de Barrancabermeja por razones que atentan contra su vida y la de sus familias.

Logros

Desde su creación se han alcanzado varios logros, con la ayuda de la ACNUR, obtuvieron el sitio donde hoy está ubicada su sede y los equipos de oficina. Han adelantado proyectos como la preparación y venta de helados "FRESMUVITA", el Proyecto de Pesca, un Proyecto de Preparación y Venta de Alimentos y otros como el Cultivo de Tomates, Lombricultura y Programas de Vivienda que están aprobados pero no han sido ejecutados, debido a la falta de recursos económicos.

En materia de desarrollo de la educación se creó el Comité de Educación, quienes defienden el Derecho a una Educación Pública de Calidad.

En el área de la salud, se ha establecido un convenio con la Secretaría de Salud y el Hospital Regional San Rafael para hacer valer los derechos de los desplazados, tales como disfrutar de libre acceso a los servicios médicos y de saneamiento esenciales.

Políticas

Asegurar a la población desplazada la posibilidad de contar con el respaldo de una asociación que haga respetar sus derechos.

Contribuir con alternativas de capacitación y trabajo para el mejoramiento de la calidad de vida de los asociados.

Servir como mediadores entre las diferentes instituciones que colaboran con asistencias humanitarias.

Objetivos

Objetivo General

Identificar los casos de estrés postraumático presentes en la población de desplazados por la violencia ubicados en Barrancabermeja por ASODESAMUBA, a través de la Escala de Trauma de Davidson Screening (DTS) y la Entrevista Clínica Estructurada (CAPS), diseñadas para medir síntomas de estrés postraumático e identificar la frecuencia e intensidad de los mismos, con el fin establecer aquellos factores psicosociales generadores del trastorno.

Objetivos Específicos

Identificar la presencia/ausencia de Estrés Postraumático en la comunidad de ASODESAMUBA; y determinar cuál es la frecuencia y la intensidad de los síntomas del trastorno en la población objeto de estudio.

Aportar información que permita dar bases a futuras investigaciones que estén encaminadas a generar mecanismos de prevención y protección psicológica orientados a controlar el impacto y las consecuencias producidas por la violencia, en el ámbito psicológico, familiar y comunitario.

Contribuir en el proceso de rehabilitación emocional, familiar y del tejido social en la población de ASODESAMUBA a través un programa de ayuda psicosocial. (Ver apéndice B).

Antecedentes de Investigación

La violencia, el desplazamiento y los fenómenos colectivos generan trastornos adaptativos y síndrome de Estrés Posttraumático, lo que hace que las personas presenten desconfianza y temor crónico. Castaño, (1994).

Se entiende como violencia todos los actos físicos, intelectuales o morales que lesionan la dignidad, el cuerpo, la vida, los derechos y la existencia material y espiritual de las personas dejando consecuencias psicológicas, morales y sociales. Ceipa, (1995). A nivel psíquico, el impacto de un hecho violento interfiere en todos los ámbitos de la vida cotidiana, manifestándose en diferentes comportamientos y niveles de impacto sobre los individuos y su colectividad. En el marco del conflicto armado y el desplazamiento forzoso, se dan múltiples condiciones adversas que generan en el individuo la incapacidad para buscar su bienestar.

En un país como Colombia, donde el conflicto armado genera migraciones, amenazas, desplazamiento y desapariciones forzosas, masacres, disminución significativa de la calidad de vida, entre otros, son muchos los factores que inciden en la ruptura de la estabilidad emocional de los individuos.

A nivel internacional; en Europa, durante la Primera Guerra Mundial, millones de personas huyeron de la guerra a países extranjeros, el miedo los prevenía e impedía su retorno a casa. Fue entonces cuando las primeras organizaciones internacionales existentes, como la Liga de Naciones, comenzaron a hablar de "refugiados". Más tarde la Organización de las Naciones Unidas (ONU), abordó el problema y lo integró dentro de sus convenciones. De ésta forma se entendería por refugiado a la persona: "Que, como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1º de enero de 1951 y debido a los fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del

país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él". (Convención del Estatuto de Refugiados. ONU, 1954, art. 1).

El reconocimiento de los refugiados nace de un problema eurocentrista, más adelante se ampliaría su cubrimiento a otras situaciones diferentes a las de la primera y segunda guerra mundial. Fue entonces cuando se promulgó el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados en 1967. De este modo el nuevo concepto cobijó bajo la protección internacional a la población que lo requería con urgencia, posibilitando la creación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR), como una división de la ONU encargada de proteger los Derechos Humanos y las condiciones de vida de los refugiados, alrededor del planeta. Aunque todavía existía un grupo humano víctima de conflictos que no estaban catalogados de manera específica, dentro de los mecanismos de protección. Este grupo es al que hoy se le conoce como desplazados, y se diferencia de los refugiados principalmente, en que los primeros huyen como producto de un conflicto interno y buscan protección al interior de los límites de su país de residencia, mientras que los segundos cruzan una frontera internacional, tratando de escapar de un conflicto de ese mismo carácter.

Al comienzo de los noventa, se empezaron a dar las primeras definiciones sobre desplazados. En mayo y septiembre de 1992, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, en una reunión sobre el tema de desplazamiento violento de poblaciones, reunió a los más selectos investigadores en la materia, para que compartieran experiencias e incluso formularan algunos de los primeros intentos de definición de desplazados.

Al mismo tiempo la ONU empezaba a reconocer formalmente la existencia del fenómeno, al nombrar en 1992, un relator especial para el tema. Las ONG's, y sus investigadores daban fe del problema y empezaban a dirigir la mirada al Estado Colombiano, ejerciendo presión sobre éste. El primer reconocimiento formal del problema se encontró en la directiva presidencial No 05 del 28 de diciembre de 1991, en el que se planteaba que los éxodos masivos

temporales, serían atendidos como problemas de orden público por los comités departamentales encargados, con la Consejería Presidencial por los Derechos Humanos. Valencia, (1993).

Algunas fuentes hablaban de 500.000 desplazados para el período de 1994-1997 Rojas, (1997); mientras que para el Gobierno la cifra de desplazados en Colombia era de 300.000 en 1997 Álvarez, (1998), La Conferencia Episcopal Colombiana y el Sistema de Información de Hogares Desplazados por la Violencia (SISDES), manifestó que entre 1985 y 1994 se dieron 586.261 desplazamientos, en 1995 89.510, en 1996 181.101, en 1997 257.000 y en 1998 241.312 Conferencia Episcopal, (1998). Otras fuentes afirman que más de un millón de personas se han desplazado en los últimos 12 años por causa de la violencia política 1986-1998. CODHES, (1998).

Específicamente en el caso del desplazamiento forzado que ha venido creciendo a nivel mundial: la ACNUR estima que 18 millones de refugiados han cruzado las fronteras internacionales -seis veces más que en 1970- y un número similar se ha convertido en desplazados. Summerfield, (1998).

Más adelante, a través del documento CONPES 2804 de 1995 (Consejo Nacional de Política Económica y Social), se sentaron las bases de acción del Estado, mediante la creación del Programa Nacional para la Atención de la Población Desplazada. Documento en el que se encuentra una nueva concepción del término desplazado, mucho más completo que las anteriores. Dial, (1999).

En antítesis, el reporte oficial del Ministerio del Interior estima que 381.755 personas se desplazaron para el período de 1996-1998. Las notorias diferencias numéricas pueden tener su origen tanto en los métodos de conteo, como en la concepción de qué es un desplazado.

El 58% de los desplazados estaría representado por mujeres cabeza de familia, el 72% serían menores de 25 años y el 54% serían menores de edad. En 1996, 4.320 infantes fueron registrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y de Ciencias Forenses, siendo el 48% de ellos asesinados. De igual manera, el registro educativo del desplazado varía de acuerdo a la fuente. Para

el CODHES, el 27% no tiene ningún tipo de educación formal. Para el Instituto de Estudios del Ministerio Público el 49% tiene algunos o toda la primaria cursada, el 19% algunos o toda la secundaria y el 1% estudios universitarios.

Mas allá de dar un manejo estadístico al desplazamiento forzado se debe tener en cuenta que el número de desplazados que a diario migran a lo largo del país fluctúa según las diversas variables involucradas, por lo tanto es imposible suministrar un dato exacto, además de los casos que no han sido denunciados por temor o por aquellos que aún no están verificados como existentes. Red de Solidaridad, (1999).

De ser cierta la anterior información, superaría en conjunto a los desplazados de Ruanda, Burundi y Congo. Instituto del Ministerio Público, (2000).

Para el estudio del Trastorno de TEPT en esta investigación, se ha tomado como base el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (1994), en el cual se define el estrés postraumático como un trastorno que aparece cuando la persona ha sufrido - o ha sido testigo de - una agresión física o una amenaza para la vida de si mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión; del cual se extraerán los síntomas que caracterizan el trastorno y su tratamiento.

La mayoría de las cifras sobre prevalencia de TEPT provienen de estudios con excombatientes y de manera más especial, con los veteranos de la guerra del Vietnam.

Los estudios epidemiológicos de este tipo de paciente presentan resultados muy variados debido a las diferencias encontradas en función de las características de las situaciones traumáticas vividas.

Muchos trabajos de investigación sobre víctimas de violación y agresiones sexuales han identificado en ellas la presencia de un TEPT Kilpatrick, (1987). En estos trabajos se observó un prevalencia del 57% de diagnósticos de TEPT entre las víctimas de violación. Las tasas más altas de diagnóstico de un TEPT se han encontrado quizás, en las víctimas de violaciones. Se citan prevalencias

superiores al 70%. Bownes, O.Gorman y Sayers, (1990), y parece comprobado que la mayoría de las violaciones en sujetos con un TEPT habían sido realizadas por extraños. Se aprecia también una tendencia a que las víctimas con TEPT hayan sido agredidas físicamente o amenazadas con algún tipo de arma.

Parece haber suficientes datos que establecen una asociación entre la violación consumada y el riesgo de desarrollar un TEPT, incluso después de controlar el efecto de otras variables asociadas a dicha situación traumática Sarasuá, (1991).

Existen datos que confirman la presencia de altos niveles de comorbilidad de TEPT con otro tipo de trastornos psíquicos. Es interesante señalar los resultados del trabajo de Hendin y Haas (1991) en el cual se revisan las tasas de suicidio en excombatientes de Vietnam con TEPT, tasas que oscilan entre un 11% y un 65%. Se ha encontrado también una frecuente presencia de síntomas disociativos en pacientes con un TEPT, que incluso señalan la posibilidad de que los sujetos más susceptibles a experimentar síntomas disociativos sean los más vulnerables a desarrollar este tipo de trastorno después de la exposición a acontecimientos traumáticos. Pero quizá la comorbilidad más frecuente en sujetos con un TEPT sea con los trastornos de personalidad. Se detecta un alto nivel de trastornos de tipo límite, obsesivo compulsivo, por evitación, paranoide, esquizotípico y pasivo - agresivo. No obstante, se sigue necesitando más investigación para demostrar si la exposición a situaciones estresantes tan potentes produce el amplio espectro de síntomas y trastornos psiquiátricos o si son los individuos susceptibles (con otras patologías) los que desarrollan TEPT cuando son expuestos a dichos acontecimientos.

Son pocos los estudios sobre la prevalencia del TEPT en otro tipo de desastres o situaciones traumáticas, se ha evaluado este diagnóstico en 136 supervivientes de un ataque masivo con armas de fuego en un lugar público, encontrando que un mes después del ataque, el 20% de los varones y el 36% de las mujeres sufrían un TEPT.

La literatura muestra múltiples investigaciones de TEPT a nivel internacional, entre las que se encontró, la caracterización del TEPT en poblaciones víctimas de trauma como es el caso de veteranos de la guerra de Vietnam Goodwin, (1890) en especial veteranos de la segunda guerra mundial Bourne, (1970), Frye, (1970), Francés, Frosch, (1981) refugiados en Kosovo Horton, (1999), De Jong, ford, Cléber, (1999), López , (2000) citados por Alejo (2000); sin embargo, la información en Colombia es poca; algunos ejemplos son: la investigación realizada con las víctimas del desastre de Armero (Lima 1988, 1989, 1991), Bengoechea, (1989) en estudios de salud mental Herrera y Sierra, (2001) y en jóvenes desplazados Palacio, (2001).

Por otra parte en una investigación realizada por el Instituto de Estudios del Ministerio Público de Colombia (2000), contextualiza y caracteriza los principales síndromes, con síntomas asociados al Estrés Postraumático; que se manifiestan en ciertas situaciones, a saber:

Depresión

Es el Trastorno mental más frecuente en este tipo de poblaciones, puede estar relacionado con la pérdida de familiares o seres queridos, las dificultades económicas o laborales. Este tipo de síndromes puede llevar al suicidio (OMS, 1997). Los síntomas más comunes son:

1. Tristeza y desgano
2. Disminución del interés e incapacidad para disfrutar de las cosas.
3. Falta de energía.
4. Dificultad para dormir y para concentrarse.
5. Pérdida del apetito.
6. Disminución del interés sexual.
7. Sentimiento de culpa.
8. Baja autoestima.
9. Ideas de muerte.
10. Cansancio o decaimiento físico.

Angustia y/o Ansiedad

En la vida cotidiana el nerviosismo puede resultar funcional, pero cuando produce temor intenso, sufrimiento y dificultad en el buen desempeño del individuo en su vida familiar, social y laboral, se debe considerar como patológico. Sus manifestaciones más frecuentes son: a) Nerviosismo, b) Preocupaciones o dificultad para la concentración, c) Intranquilidad, d) Temblor en las manos, e) Dolor de cabeza, mareos, sudoración, etc., f) Pérdida del apetito, g) Palpitaciones y pulso rápido, h) Molestias digestivas.

Psicosis

Es uno de los trastornos más graves y menos comunes en la población; y corresponde a las siguientes manifestaciones: a) Alucinaciones (sentir u oír cosas que no existen), b) Delirios (creencias o ideas que son totalmente falsas o absurdas), c) Conducta o comportamiento extraño, extravagante y que no corresponde a la realidad, d) Se enoja con facilidad, habla solo, se encierra en la casa, no quiere ver a nadie, dice cosas sin sentido, descuida su aspecto personal e higiene, no come, no duerme y a veces camina sin destino fijo.

El Miedo

El temor proviene de los actos de guerra siendo inherente a esta. Se ven reflejados en actos de violencia, materializados en amenazas, homicidios, pérdidas materiales, abusos sexuales, torturas, desapariciones, etc. Las personas con gran miedo o susto, pueden manifestar: a) Nerviosismo, b) Dificultades para dormir, c) Tristeza y enojo, d) Sueños y recuerdos desagradables, e) Negación de los hechos traumáticos.

El Duelo y las Pérdidas

Es un proceso que elabora el individuo frente a la muerte y a pérdidas emocionales, tales como: separación de la pareja, de los padres, pérdida del trabajo o de la vivienda; que se manifiestan mediante: a) Tristeza y dolor, b)

Nerviosismo, c) Sentirse enfermo y quejarse, d) Pensar repetidamente en la persona enferma, e) Pesadillas y sueño irregular, f) Anorexia.

Finalmente entre los estudios mas recientes a nivel regional se encuentra el estudio del Estrés Postraumático en población desplazada, registrados en Zona Norte de Bucaramanga en el que se compararon las características sociodemográficas asociadas con la ausencia o presencia de síntomas de TEPT; la edad promedio de las personas era de 34 años, que presentaban alta vulnerabilidad frente al TEPT, esta investigación es de carácter descriptivo; arrojando como resultado que 39 personas presentaban el síndrome de TEPT, quienes al reexperimentar el evento a través del recuerdo les generaban síntomas físicos como; sudoración, palpitaciones, migrañas, etc. Otro síntoma encontrado fue la evitación de lugares, personas, actividades, pensamientos y sentimientos que les recordaban el evento, así como el desinterés por actividades que disfrutaban en el pasado y la sensación de un futuro incierto y la presencia de los síntomas asociados al trastorno como alteraciones en el sueño y de estados de hipervigilancia. Yabur, (2002).

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Marco Teórico

En el cumplimiento del objetivo de esta investigación se requirió de una exhaustiva revisión bibliográfica de todas aquellas teorías relacionadas con el tema del Desplazamiento Forzado en Colombia, el Trastorno de Estrés Postraumático y su incidencia en la salud mental de los desplazados, haciendo énfasis en las propuestas de los autores Carreño, (2001) y Bobes y Cois, (2000) investigadores en el estudio de éstas áreas respectivamente.

Aspectos Generales del Desplazamiento Forzado

El fenómeno del desplazamiento forzoso y el posterior proceso de adaptación y de atención institucional, posee una dinámica propia producto de las características mismas del evento expulsor, de los factores socioculturales de la población y de la naturaleza de los servicios brindados por las entidades tanto públicas como privadas. En el proceso de desplazamiento se da una pérdida de contacto con la naturaleza, una reducción del espacio y la incorporación de nuevas necesidades acordes con la ciudad.

Como fenómeno social y político el desplazamiento forzado compromete aspectos humanitarios, culturales, económicos de la sociedad.

Los desplazados han sido sustraídos violentamente de su ámbito social, de sus vínculos culturales, familiares y en este sentido su memoria histórica se ve marcada por una ruptura estructural. Vélez, (1998).

Una particularidad de esta guerra irregular es que se libra militarmente en el área rural y sólo pocos centros urbanos se ven sometidos directamente a operaciones militares; por esta razón se constituyen en los principales centros de recepción de las poblaciones que huyen de la guerra. Estas personas se dirigen a los centros de recepción en busca de la posibilidad de mimetizar la identidad, así mismo, mayores oportunidades de supervivencia económica y mayor presencia del estado en términos de seguridad, justicia y servicios públicos colectivos.

WORLD BANK

La familia desplazada pocas veces tiene éxito en la búsqueda de nuevas opciones de subsistencia, por otra parte las dificultades familiares y laborales entorpecen la elaboración de los traumas al mantener los duelos no resueltos, lo que a su vez imposibilita la reconstrucción de una nueva vida.

Las ciudades ofrecen mayor seguridad frente al conflicto armado, pero plantean nuevos peligros y nuevas manifestaciones de violencia y segregación que afectan con mayor rigor a las poblaciones más débiles, entre ellas a los desplazados. Éxodo, (1998).

Las herramientas culturales que le permitían al desplazado construir su identidad y su quehacer en el mundo rural se ven repentinamente desvirtuadas en un mundo urbano que demanda otras experiencias, capacidades y saberes.

En las ciudades, el desplazado enfrenta un cúmulo de dificultades particulares, además de las que caracterizan a las comunidades pobres en las que tienen oportunidad de asentarse.

El principal problema es el desempleo y la posibilidad de generar ingresos económicos estables. La economía informal, la construcción y el "rebusque" se convierten en su principal fuente de ingresos, dado que en el mundo urbano, la mayor parte de los desplazados sólo puede disputarse espacios laborales de fuerza de trabajo no calificado.

Es necesario tener en cuenta que en Colombia las grandes ciudades y ciudades intermedias son las principales receptoras de población desplazada, pero no están dotadas para enfrentar las consecuencias de estos procesos. Es por esto que, se convierten en un laboratorio para la construcción de respuestas sociales e institucionales a los problemas del desplazamiento en términos de ayuda de emergencia y desarrollo, pero tales respuestas están medidas por la crisis económica, social e institucional que afectan las ciudades, pese a los esfuerzos de diferentes instancias estatales, no gubernamentales y del apoyo de la comunidad humanitaria que tiene que enfrentar la sociedad colombiana como consecuencia del conflicto armado. Sánchez, (2001).

El Desplazamiento Forzado en el Marco de la Política y los Derechos Humanos.

Situación General del Desplazamiento Forzado.

En primer lugar es necesario señalar que las múltiples causas del desplazamiento forzado son el conflicto armado interno, problemas sociales, económicos, políticos y socioculturales tales como: violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos; tensiones y conflictos sociales, urbanos y rurales, luchas reivindicativas, controles del espacio público; criminalización de las protestas sociales; reestructuraciones territoriales; ejecución del Plan Colombia y las políticas de lucha contra los cultivos de uso ilícito, etc.

Carreño (2001) afirma: "Las regiones donde existe mayor índice de desplazamiento, son aquellas que tienen riqueza y recursos naturales, que reciben un buen número de regalías para el país y que por su posición geográfica se convierten en lugares estratégicos, es decir, el desplazamiento es una verdadera táctica de guerra, la cual está encaminada a la adquisición de territorio; de esta forma, se despoja a los campesinos de sus pequeñas propiedades, para ser agregadas a latifundios de los grandes terratenientes, quienes utilizan a sus grupos paramilitares con la anuencia y aquiescencia de las Fuerzas Armadas y de esta manera imponer una homogeneización de la población y que ésta se someta al proyecto político consolidado a través de la fuerza, manteniendo de esta manera una estructura agraria obligada con una enorme disparidad económica, que perpetúa la injusticia social del país".

El tema de los derechos humanos y el problema de los desplazados están tan estrechamente unidos que no es posible discutir uno sin referirse al otro, ya que las violaciones de estos derechos son una de las causas fundamentales de crecimiento del fenómeno de desplazamiento en el país. Salvaguardar los derechos humanos es la mejor forma de prevenir las condiciones que empujan a la gente a salir de su lugar de procedencia.

Los desplazados no reciben una protección eficaz por parte de su gobierno, bien porque éste ha perdido el control de parte de su territorio o porque se les ve como una amenaza y cierra los ojos ante las violaciones de sus derechos.

Como los han abandonado, el país no puede beneficiarse de la protección internacional que reciben los refugiados. Pérez, (2000).

El derecho a residir o permanecer, está implícito en el derecho a la libertad de movimiento y de residencia dentro del mismo país, Artículo 9 de la declaración universal de los derechos humanos.

Artículo que está relacionado con otros derechos fundamentales, ya que cuando se obliga a las personas a abandonar sus hogares, otros derechos también se ven amenazados, incluyendo el derecho a la vida (Artículo 3, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos). A la libertad y a la seguridad de las personas y la no discriminación; a no ser torturado, ni maltratado (Artículo 5, de la declaración universal de los derechos humanos) y a disfrutar de la intimidad y la vida familiar (Artículo 12, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos).

Es por esto que el papel principal de la Defensoría del Pueblo y el ACNUR es adelantar acciones necesarias para promover la atención por parte del Estado hacia la población desplazada.

Actualmente, se agudizan las tensiones entre diversos grupos en el interior del país y crece la amenaza de conflictos, cuyo principal objetivo es forzar a un grupo de personas a abandonar un territorio compartido. La cuestión de cómo hacer respetar el derecho de las personas a su residencia, a que se respeten sus derechos donde se encuentren y a no tener que huir para hallar la protección, ha adquirido carácter de urgencia. La política de derechos humanos presentada por el actual gobierno plantea como objetivos el respeto, la promoción y garantía de los derechos fundamentales, la humanización del conflicto y el diseño de herramientas para la atención de las violaciones de los derechos.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y la Defensoría del Pueblo, han fortalecido su espacio de cooperación con el fin de propiciar una forma más efectiva de protección de los derechos de las personas desplazadas por la violencia y una mejor comprensión del fenómeno del desplazamiento forzado por parte de la sociedad, los

desplazados y en especial de las organizaciones estatales y no gubernamentales que tienen como mandato la atención de los desplazados y la protección de sus derechos.

En cuanto a la atención de la población desplazada, lejos de ser integral la respuesta que ha dado el sistema nacional es asistencialista, circunstancial, dispersa e insuficiente, iniciando por el registro de la población desplazada en el sistema nacional de información. "La rigidez en la atención y las trabas burocráticas hacen que el registro se perciba, por la población afectada, más como una obstaculización para los beneficios previstos que como el instrumento para acceder a los mismos. Adicionalmente, esta situación hace que el fenómeno del desplazamiento continúe sin adquirir para el estado la dimensión real, con las consiguientes consecuencias en la eficacia de las respuestas y en las prioridades estatales". Informe sobre el desplazamiento forzado en Colombia, (2001).

La atención a la población desplazada se desarrolla en dos etapas: La primera denominada atención humanitaria de emergencia, la cual consiste en una ayuda temporal e inmediata a fin de mitigar necesidades básicas de alimentación, salud, atención psicológica y alojamiento, transporte de emergencia y salubridad pública. Esta primera etapa se puede prestar en dos momentos: antes del ingreso al registro nacional de desplazados y después de este. El primer momento, consiste en la prestación de ayuda inmediata; la persona debe solicitar el reconocimiento de su condición de desplazado con la declaración ante la defensoría del pueblo y así tendrá derecho a los beneficios de la ayuda inmediata, "de acuerdo con la disponibilidad presupuesta!". CICR, (1997). En un segundo momento la red le entrega a la población desplazada una carta que le da derecho a los servicios de salud, lo que no garantiza este derecho, puesto que hay desinformación en la población y poca sensibilidad en los profesionales de la salud que en muchas ocasiones se niegan a brindar atención médica a las personas.

La segunda etapa en la atención, es la estabilización socioeconómica, la cual contempla procesos de retomo y reubicación de la población desplazada

donde el estado se compromete a garantizar el acceso de esta población a programas especiales para la satisfacción de sus derechos a la salud, educación, alimentación, trabajo y vivienda generando condiciones de sustento económico y social, Informe sobre el desplazamiento forzado en Colombia, (2001).

Al aceptar que el conflicto es la principal barrera para la protección de los derechos humanos, la estrategia de paz con base en una solución negociada, es el objetivo primordial de la actual administración y del Estado.

Mientras persista el conflicto, el Estado buscará proteger a la población de las agresiones de los actores armados a través de acuerdos humanitarios y con una fuerza pública apegada a las normas del Estado de Derecho. Ogata, (1993).

La Asistencia Humanitaria por parte de los Estados Frente al Desplazamiento.

Aunque los estados están obligados a cumplir con los instrumentos internacionales de asistencia humanitaria a los desplazados, no siempre esas obligaciones se cumplen a cabalidad.

En muchos casos los estados, en una primera fase, intentan hacer todo lo posible por ocultar el problema del desplazamiento porque se supone que aceptar la generalización de los efectos del conflicto implica una cualificación ascendente de la guerra, que pasaría a ser de las minorías a la de mayorías; es decir, de la guerra de aparatos a la guerra civil. Cuando en una etapa más avanzada, y debido en buena parte a las presiones de la comunidad internacional, se deciden por reconocer el desplazamiento al interior de su propio país o la existencia de refugiados en otros países, su intervención se dirige exclusivamente a atender las coyunturas de las emergencias de una manera discreta. En esos casos, la dinámica de la atención, además, se centra en los desplazamientos colectivos que impresionan más a la opinión pública, pero se desatiende el desplazamiento unifamiliar o el individual que no es percibido como un "problema de opinión". Pérez, (2000).

Sumado a lo anterior, los estados no comprenden con la rapidez necesaria que su función como sujeto prevalente del derecho internacional público no se

reduce a facilitar las ayudas humanitarias, sino que es y debe ser el protagonista en los esfuerzos de coordinación, racionalización de los recursos, oferta de condiciones de acogida y en el establecimiento de políticas duraderas de tipo conectivo y preventivo. Pérez, (2000).

No obstante esas obligaciones, la dramática situación de las personas sometidas al desplazamiento interno o al refugio internacional están atrapadas en la inercia negativa y las acciones de presión pues, de una parte, los países de acogida hacen todo lo posible por cerrar las fronteras; por otra, los países expulsores o en los que se desarrollan los conflictos internos, hacen todo lo que pueden para generar políticas de retorno. Unos y otros están menos dispuestos a ofrecer su apoyo a operaciones "permanentes" a largo plazo en favor del refugiado. Por otra parte, las personas desplazadas del interior del país, están siendo obligadas para que en un futuro regresen a sus lugares de origen, se les presionará reduciendo las ayudas en los lugares donde están siendo atendidas o se ejercerán mayores controles sobre los "suministros" para que escaseen los recursos y las ayudas.

Por esas razones ordinariamente los estados son competidos, no siempre con mucho éxito, por las organizaciones de derechos humanos o por instancias multiestatales para que cumplan con sus compromisos internacionales; pero debido a que el destino de recursos económicos que tienen por finalidad aliviar la suerte de las víctimas de los conflictos debe atravesar por los mismos trámites burocráticos que se usan para otras actividades estatales, éstos no son suficientes o sencillamente no llegan a sus destinatarios naturales: las víctimas de los conflictos, Pérez, (2000).

El Déficit entre la Demanda y la Oferta de las Ayudas Humanitarias.

Según la información obtenida en el Encuentro de desplazamiento por la violencia en Colombia (2001) en un principio, la cooperación internacional y las ayudas humanitarias de las organizaciones internacionales y nacionales deberían basarse en los principios de subsidiariedad y complementariedad, en la práctica esas ayudas resultan siendo las principales y, frecuentemente, sustituyen las obligaciones propias de los estados. Las ayudas, por lo regular,

no complementan las estatales sino que por razones que adelante se mencionan, pierden en la dinámica del trabajo la perspectiva de coordinar y planificar la localización de los recursos y entran a competir con las funciones propias de los estados.

El número de organizaciones que aportan asistencia a las víctimas de desplazamiento ha aumentado vertiginosamente en los últimos años; además las organizaciones que tradicionalmente se habían ocupado de atender los sufrimientos de las víctimas de los conflictos armados se han sumado hoy día otras que en el pasado, se dedicaban a realizar actividades de desarrollo. De la misma forma, han crecido en gran número los grupos que prestan ayuda, especialmente en el ámbito de los derechos humanos que están empeñados en hacer un trabajo de denuncia pública para incidir en una mejoría de las condiciones de vida de las víctimas de los conflictos.

No obstante la importancia que tienen todos los esfuerzos que se están haciendo los efectos colaterales han elevado a que ese incremento vertiginoso en el "mercado libre" de la transferencia humanitaria conduzca a una falta de racionalización del trabajo humanitario. El mercado libre en la cooperación y el suministro de ayudas ha ocasionado que en muchas oportunidades se distorsione la ayuda con la competencia que normalmente se dupliquen los esfuerzos. Aunque existe hoy día una mayor preocupación por fijar pautas profesionales en materia de asistencia y por precisar con exactitud cuál es el valor suplementario que cada organización puede aportar a una operación humanitaria, no siempre el desarrollo operacional de las actividades humanitarias permite aplicar los principios de solidaridad, fraternidad, complementariedad y humanidad. CICR, (1997).

Sumado a lo anterior, la postura de hacer más visible el trabajo de atención a los desplazados ha implicado también que los recursos sean trasladados de los programas tradicionales de desarrollo hacia la atención de las "emergencias" pues también allí, como ocurre con los estados, hay la creencia de que los casos de "opinión" son un buen soporte para conseguir mayores auxilios.

La libre competencia del mercado abierto por los recursos y la aplicación de las ayudas a los desplazados y refugiados ha llevado a que en el juego sutil del manejo de los tiempos de "visibilidad" se desatiendan los esfuerzos que deben hacerse en favor de las personas que requieren una asistencia de mayor aliento.

Este tramado de relaciones plantea varios problemas. En primer lugar, se ha creado una cultura de los contratos y los proyectos asistenciales que tienen por finalidad apostarle a la definición de objetivos cuantitativos en detrimento de la calidad de los servicios integrales, en segundo lugar se ha creado una "contracultura" de la mendicidad de los desplazados debido, en parte a que los diferentes oferentes vuelven atractivos, por su facilidad de acceso, los planes y recursos y, en tercer lugar, las personas desplazadas en el interior de su país se mueven, casi por definición, en un ambiente altamente politizado, nada impide que se presten ayudas en detrimento de una cierta neutralidad política.

Recurrentemente las ayudas humanitarias se desplazan de un lugar a otro de modo acumulado y medidas por las coyunturas, sin que se remitan a planes objetivos que determinen las prioridades del futuro. Por otra parte las ayudas en dinero, o en especie, no hacen parte de paquetes integrales que cubran las necesidades básicas de los desplazados sino sólo una parte de esas necesidades. El predominio del llamado standard alimenticio (que incluye alimentación, vestuario, frazadas y dormitorios), ha elevado en forma considerable los costos en las que podemos llamar ayudas "consumibles" que tienen un profundo impacto en la "opinión" pero con un efecto perverso sobre los proyectos de más largo plazo como la asistencia médica, la seguridad de las personas, la educación y la vivienda estable, entre otras.

Por lo general los estados son renuentes a aceptar el traslado de emergencia y las grandes operaciones de desplazamiento forzado asistido por entidades humanitarias, ya que las consideran indicativas de la gravedad del conflicto y de un cierto desprestigio institucional, pero no caen en cuenta que su deber es gestar, en el momento que se presenta la emergencia, acciones

duraderas tendientes a aliviar por un largo tiempo la suerte de las víctimas de los conflictos.

Sí bien todas las ayudas que se han prestado a los desplazados son importantes, y gracias a ellas en muchos casos se ha salvado la vida de las personas, en parte porque se ha dado una oportuna asistencia en el tratamiento de protección especial de casos individuales o familiares, todavía queda en el ambiente el sabor amargo del desprecio por las tradiciones de las comunidades, la falta de aprovechamiento de sus capacidades y una mala experiencia en cuanto a su irrisoria participación en la toma de decisiones.

El ser humano posee unos derechos y también unas obligaciones, y es este conjunto de reglas y leyes las que gobiernan la actividad humana en la sociedad. En Colombia se encuentran consagradas en la Constitución Política de Colombia o Carta de 1991, a la cual es necesario remitirse para sentar las bases legales de la causa del presente proyecto de investigación, el desplazamiento forzoso.

Los artículos consagrados dentro de los títulos I y II de la Carta de 1991, se relacionan con los principios fundamentales, los derechos, garantías y los deberes de los colombianos. Es la violación a esos derechos, consagrados en favor de los individuos lo que impide lograr la plena realización individual y social en los planos material y espiritual de toda persona humana.

Rodríguez, (1997) señala, que además de tener Colombia un nivel de violencia inusual, también tiene un nivel de violencia estatal muy alto y situaciones como la limpieza social y la criminalización de la protesta social, en los cuales no se permite que alternativas democráticas o sociales se materialicen.

Algunos derechos violados, o quizá los más importantes son el derecho a la vida, consagrado en el artículo 11 de la Constitución Política de Colombia (CPC) que a su vez, conlleva lógicamente al derecho a la integridad física y moral que permite el libre desarrollo de la personalidad del individuo, como lo presenta el artículo 16 de la CPC. El artículo 22 plantea que la paz es un

derecho y un deber de obligatorio cumplimiento, sin embargo, la problemática actual del país refleja claramente la violación a dicho artículo.

La Ley 387 del 18 de julio de 1997 recoge aspectos fundamentales de los Principios Rectores Del Desplazamiento Forzado Interno, documento elaborado por el Representante Especial del Secretario General de la Naciones Unidas. Igualmente contempla elementos relacionados con la definición de la condición del desplazado y sus derechos básicos, la estructura dinámica de funcionamiento del Sistema y del Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada. "Ley 387 del 18 de Julio de 1997 adopta medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socio-económica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia."

La situación que viven los habitantes de zonas rurales es cada vez más impresionante: subversión, paramilitarismo, narcoterrorismo, narcopropiedades, descenso de la productividad, emigración masiva hacia las ciudades y en general el deterioro progresivo de las condiciones de vida son otra muestra clara de violación a los derechos fundamentales. Es así como los pequeños agricultores se han convertido en víctimas de la violencia que afecta al campo, no solamente por el número de muertos, sino por la pérdida de propiedades y la destrucción de su identidad cultural y social, es casi un destierro el que se les impone por parte de grupos al margen de la ley, ante esto, el gobierno de Colombia está en el deber de fortalecer lazos de integración y organización para lograr cambios significativos que ayuden a la población desplazada a avanzar en la organización social, y elevar la conciencia política del pueblo colombiano para superar la reducción de las luchas a cuestiones inmediatas y económicas; así como sus reacciones limitadas a las manipulaciones de los grupos ideológicos transnacionales vinculados a la guerra, teniendo presente la necesidad de cambios en el régimen político, que redistribuya la riqueza y genere empleo, con respeto a los derechos de los trabajadores; que ofrezca salud, educación y recreación; amplíe y generalice el derecho a la seguridad social de los campesinos, Vergel, (2001).

Aspectos Generales del Trastorno por Estrés Postraumático

Contextualizando todo lo relacionado con el cuadro clínico de TEPT, se hizo necesario un recorrido histórico para explorar su evolución en cuanto a definiciones, clasificación diagnóstica, descripción de cuadros psicopatológicos, evolución y diagnóstico.

El trastorno de estrés postraumático constituye uno de los cuadros clínicos de más reciente incorporación a los sistemas de clasificación diagnóstica, ya que no aparece reflejado como tal hasta 1980, con la publicación de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales APA, (1980). Sin embargo se pueden encontrar descripciones de cuadros psicopatológicos similares a lo largo de todo este siglo y, quizás con anterioridad, ya se hacían algunas referencias sobre malestar psicológico experimentado por algunos combatientes en la guerra civil americana. Son más conocidas las descripciones realizadas en los inicios de este siglo por Freud (1919) o por Ferenczi, Abraham, Simmel y Jones (1921) sobre los trastornos psicológicos sufridos por algunos combatientes de la primera guerra mundial y a los que se denominó neurosis de guerra, englobándolos dentro de un grupo de las neurosis traumáticas. Durante la segunda guerra mundial, algunos trabajos como el de Grinker y Spiegel, (1945) en el que utilizaron la terminología psiquiátrica para referirse a las alteraciones de los sujetos que padecían trastornos por estrés relacionados con el combate. Se citaban problemas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, pesadillas, culpa o dificultades para controlar la agresión. Estos síntomas son también los primeros trabajos que se publican sobre los excombatientes del Vietnam, antes de la aparición del DSM-III, que constituyen los síntomas presentes en los criterios actuales para diagnosticar el TEPT. No obstante resulta llamativo tal y como lo observan Penk y Robinowitx (1987), que a lo largo de los doce años de duración de la guerra de Vietnam no se publicó nada sobre este trastorno en las revistas oficiales de las asociaciones psicológicas y psiquiátricas americanas. No ha ocurrido lo mismo en guerras más recientes como la del Líbano en 1982 o Irak en 1991 o en el caso de los refugiados del sudoeste asiático, en las que

ACERCA DE LA MEDICINA

se han realizado investigaciones casi de manera simultánea a los acontecimientos bélicos.

Ei DSM en su primera versión APA, (1952), incluía una categoría diagnóstica a la que se denominaba "Gran reacción al estrés" y el DSM-II APA, (1968) incorporaba otra categoría denominada "Trastorno situacional transitorio". En los dos casos se trata de una respuesta a una situación ambiental de excesivo estrés, con lo cual se están refiriendo a lo que en el DSM-III se denominaría, por primera vez, TEPT. Sin embargo, las dos primeras versiones del DSM, no especifican los síntomas del trastorno, restringen el diagnóstico a individuos sin trastornos previos o simultáneos y aceptan únicamente las reacciones agudas al estrés.

Por otra parte, antes de la ubicación del DSM-III, ya se habían realizado algunas descripciones de este síndrome en víctimas de violaciones y en las víctimas de catástrofes naturales.

La denominación de TEPT en el DSM-III supone la evolución desde una reacción aguda en individuos con un buen ajuste premórbido hacia un síndrome especificable que ocurre como respuesta aguda o crónica con o sin patología preexistente o concurrente.

Según el DSM-IV APA, (1994) el trastorno por estrés postraumático (TEPT) aparece cuando la persona ha sufrido - o ha sido testigo - de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

El individuo es testigo del acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas.

Han experimentado acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o de peligro de muerte o heridas graves a través de familiares o personas cercanas.

Son estas situaciones traumáticas las que llevan a un individuo a presentar respuestas intensas de miedo, horror o indefensión características del trastorno por estrés postraumático.

Bases psicológicas del trastorno por estrés postraumático según el DSM IV
APA. (1994).

- a) La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que concurren las siguientes circunstancias:
 - 1. La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a un (os) suceso(s) que implica(n) la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas.
 - 2. La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror.
- b) El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes :
 - 1. recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones ;
 - 2. sueños desagradables y recurrentes del suceso ;
 - 3. conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo;
 - 4. malestar psicológico, intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático;
 - 5. reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
- c) Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, tres de los siguientes fenómenos :
 - 1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma ;
 - 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma;
 - 3. incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma ;

4. disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas;
 5. sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás ;
 6. limitación en la capacidad afectiva ;
 7. sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, no confía en realizar una tarea, casarse, o tener una vida larga).
- d) Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma), que se ponen de manifiesto en al menos dos de los siguientes fenómenos:
1. dificultad para conciliar o mantener el sueño ;
 2. irritabilidad o explosiones de ira ;
 3. dificultad de concentración ;
 4. hipervigilancia ;
 5. respuesta de alarma exagerada.
- e) La duración del trastorno descrito en los apartados b, c y d es superior a un mes.
- f) El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.

El estrés postraumático trata de un cuadro clínico que aparece en sujetos que han sido víctimas de catástrofes, inundaciones, terremotos, de accidentes, de incendios, de agresiones causadas intencionalmente por otras personas como el caso de bombardeos, torturas o violaciones, secuestros o asesinatos de personas queridas.

En general el trastorno tiende a ser más grave y más duradero, cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no solamente accidentales.

El tipo de síntoma asociado a este cuadro clínico puede ser variable de unas personas a otras, pero hay tres aspectos que, en mayor o menor medida, se repiten de forma constante. En primer lugar, las víctimas suelen revivir intensamente la agresión sufrida o la experiencia vivida en forma de imágenes y recuerdos voluntarios o involuntarios -flashbacks- y de pesadillas, así como de

un malestar psicológico profundo y de una hiperactividad fisiológica ante los estímulos internos y externos vinculados al suceso. En segundo lugar, las víctimas tienden a evitar escaparse de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático e incluso rechazan pensar voluntariamente y dialogar con sus seres queridos sobre lo ocurrido. Y en tercer lugar las víctimas muestran una respuesta de alarma exagerada, que se manifiesta en dificultades de concentración, en irritabilidad y, especialmente, en problemas para conciliar el sueño.

Todo ello lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y a un cierto embotamiento afectivo - algo así como una anestesia psíquica- para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura. La pérdida de interés puede presentarse de una forma aún más complicada si este cuadro clínico aparece asociado a la depresión Foa, Steketee y Rothbaum, (1989).

El estrés postraumático puede afectar al uno o dos por ciento de la población adulta, que es una tasa de prevalencia similar a la de la esquizofrenia.

El curso del trastorno de estrés postraumático, es con frecuencia, como ocurre en el caso de los excombatientes, de las víctimas de abuso sexual en la infancia o de malos tratos en el hogar, crónico y de larga duración, y ha conducido a las víctimas a situación de aislamiento. El trastorno de estrés postraumático no remite espontáneamente con el transcurso del tiempo.

El trastorno de estrés postraumático puede presentarse en forma aguda cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses, o de forma crónica cuando la duración de los mismos es superior a este período temporal; una variable de la presentación de éste es característico por la iniciación de los síntomas mucho tiempo después, por lo menos seis meses.

El trastorno de estrés postraumático atípico se diferencia del habitual en que los fenómenos de repetición involuntaria de la experiencia traumática no son de tipo cognitivo o emocional, sino somático. En lugar de los característicos "flashbacks", rumiaciones e intrusiones obsesivas, el paciente re-experimenta

estados somáticos y síntomas físicos que estuvieron presentes en el momento de la intoxicación o lesión original. Con frecuencia, estos pacientes desarrollan una incapacidad laboral secundaria, y son erróneamente diagnosticados de “Trastorno somatoforme.” Yehuda, (1997).

Respuestas Fenomenológicas

Los hechos traumáticos tienen un impacto significativo sobre el sistema de creencias y sentimientos de la persona, este tipo de trauma rompe por completo creencias de este tipo:

Creencia de la invulnerabilidad de uno mismo (No puede pasarme esto a mí)

La creencia de que los hechos son ordenables, previsible, controlables (¿Por qué a mí? Esto no me pasara si yo...)

La creencia de que los hechos son justos o injustos

La creencia de que la vida está llena de sentido

La presunción de que uno es una persona importante, que esto no puede ocurrir.

Después del trauma se experimenta un sentimiento de pérdida de confianza en sí mismo, en los otros, en la seguridad del mundo, se siente una pérdida de relación de identidad y la mayoría de las personas suelen culpabilizarse por ser víctimas.

Para muchas personas el hecho traumático puede convertirse en un marcador del tiempo en la historia de su vida: antes del trauma, después del trauma. Lazarus y Folkman, (1984).

Aspectos Neurobiológicos

Freud (1920) afirma: “La biología es verdaderamente un territorio de posibilidades ilimitadas. Tenemos que esperar de ella que nos provea la información más sorprendente y no podemos predecir qué respuestas dará en unas pocas decenas de años a las cuestiones que le planteamos.”

Los aspectos Neurobiológicos del Trastorno por Estrés Postraumático pueden ser abordados desde los distintos sistemas cerebrales involucrados en el procesamiento de información.

En los diferentes trastornos de ansiedad especialmente en el estrés postraumático se encuentra comprometida la Región de Trauma Cerebral compuesta por la Amígdala, el Locus Cerúleos y el Hipotálamo - Hipófisis - Suprarrenal.

En este trastorno la descarga inicial se produce en el Hipocampo y se encuentra involucrado el sistema de los Glutamatos combinados con el Calcio; los cambios producidos son estructurales y se asocian a la alteración de la expresión genética. También se presenta una irregularidad de los sistemas Noradrenérgicos y Serotoninérgicos.

Un micro estímulo con capacidad de producir modificaciones en la memoria celular en el trastorno por estrés postraumático puede producir una pérdida de las funciones específicas en diversas áreas cerebrales. En las personas que presentan esta afección, se observa disminución del volumen del hipocampo el cual se encuentra relacionado con la regulación de la memoria, lo que implicaría que el sujeto presente extinción de las respuestas condicionadas haciendo que cualquier estímulo sea asociado al trauma y desencadene el recuerdo del mismo.

Los recuerdos de la experiencia traumática en forma de flashbacks son producidos a partir de la sensibilización a nivel neurológico por la inyección de yohimbina y lactato, sustancias que desencadenan el recuerdo en forma de fognazo y que actúan sobre los centros cerebrales.

La disminución del cortisol en la sangre, saliva y en la orina desencadena una alteración crónica en el eje endocrino como es el Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal.

Otras de las alteraciones neurológicas que presentan las personas que sufren de estrés postraumático son; el aumento de la hormona tiroidea en la sangre, las alteraciones de ciertas propiedades de las células sanguíneas: aumento de los receptores glucocorticoides de los linfocitos, disminución de la captación de la serotonina en las plaquetas, disminución de la actividad de la monoamino oxidasa en las plaquetas.

En los estudios sobre neurobiología de la memoria de situaciones emocionalmente importantes cabe destacarse el de Larry Cahill (Center for the Neurobiology of Learning and Memory, Universidad de California) (1994). La tesis que Cahill ha demostrado a través de estudios experimentales, es que las experiencias emocionalmente significativas están reguladas por un sistema neurobiológico endógeno que se activa en función de la importancia de las mismas, lo que parecería ser un mecanismo adaptativo generado a lo largo de la evolución. Si se recuerdan más las situaciones de peligro el sujeto está mejor preparado para evitarlas.

El sistema de fijación de las memorias con significancia afectiva tiene dos componentes: a) las catecolaminas epinefrinas (adrenalina) y la norepinefrina (noradrenalina) favorecen la fijación del acontecimiento cargado afectivamente; y b) el complejo anatómico de la amígdala cerebral.

La inyección de adrenalina inmediatamente después de una experiencia importante afectivamente aumenta el recuerdo de la misma actuando, sobre todo, a nivel de la amígdala central.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno crónico e incapacitante, para el cual sólo existen, hasta la fecha, tratamientos parcialmente efectivos. Un mejor conocimiento y profundización en las bases psicobiológicas de este trastorno, puede constituir una herramienta de gran ayuda a la hora de pretender liberar a los pacientes de sentimientos o comportamientos que pertenecen al pasado. Las bases biológicas del TEPT representarían las consecuencias a largo plazo de una falla del organismo para recuperarse de una situación traumática o las consecuencias biológicas que ocurren en respuesta a recuerdos de sucesos que no están ocurriendo en tiempo real. Yehuda, (1997)

Por su naturaleza, la biología del TEPT es diferente de la biología del estrés, ya que se trata de un proceso que ocurre después de que la situación de estrés deja de estar físicamente presente. Por tanto, existen tres cuestiones fundamentales que serían : a) conocer por qué se produce un fallo del organismo a la hora de retornar al estado pretraumático, b) averiguar por qué

en algunos individuos se produce recuperación y en otros no y, por último, c) conocer el papel que juega la vulnerabilidad previa en el desarrollo de este trastorno.

Actualmente existen evidencias que sugieren que la falta de regulación de los sistemas glutamatérgico, noradrenérgico, serotoninérgico y de determinados sistemas neuroendocrinos juegan un papel fundamental en la patología del TEPT. Estos cambios biológicos van a producir alteraciones estructurales y funcionales con síntomas tales como flashbacks e hiperarousal, clásicamente asociados con el TEPT.

Las alteraciones neurobiológicas detectadas en el TEPT son diferentes de las observadas en otros trastornos mentales y del comportamiento, tales como el trastorno depresivo mayor, lo cual es especialmente interesante, sobre todo si se tiene en cuenta, por una lado, que varios de los síntomas del TEPT son similares a los observados en dicho trastorno, y por otro, que muchas de las personas que se enfrentan a acontecimientos traumáticos cumplen criterios diagnósticos de ambos trastornos (TEPT y trastorno depresivo mayor).

A pesar de que en los últimos años se han realizado importantes avances en el conocimiento de las bases neurobiológicas de este trastorno, aún quedan muchas lagunas por aclarar.

Las nuevas metodologías de investigación y la realización de estudios prospectivos podrán facilitar esta tarea, permitiendo el desarrollo de estrategias terapéuticas más específicas y efectivas para el tratamiento de este trastorno.

Evolución, Curso y Pronóstico

Los requerimientos por el diagnóstico según los criterios del DSM IV exigen como mínimo la persistencia de los síntomas durante un mes y hace distinción entre los tipos agudo y crónico en función de que la persistencia del trastorno sea o no superior a tres meses. Se especifica si se trata de un trastorno de comienzo tardío si aparece después de seis meses de haber sucedido el evento estresante.

Formas menores e incompletas del trastorno de estrés postraumático experimenta una remisión espontáneo, al menos una reducción de

sintomatología que hace al cuadro compatible con la vida normal. Sin embargo, un buen número de los enfermos que desarrollan el trastorno tienden a seguir un curso crónico, con pocos cambios clínicos, según se demuestra en estudios de seguimiento a diez años. Las complicaciones del trastorno de estrés postraumático crónico son graves desde el punto de vista psicosocial, ya que estos enfermos presentan altos índices de alcoholismo, adicción a drogas, suicidio, divorcio y paro laboral. Weisaeth, (1985).

Diagnóstico Diferencial del TEPT

La principal posibilidad que debe tenerse en cuenta en el trastorno de estrés postraumático es que el paciente haya sufrido lesiones cefálicas durante el trauma. Otras patologías orgánicas que pueden causar o exacerbar los síntomas son la epilepsia, los trastornos inducidos por consumo de alcohol, y otros trastornos inducidos por sustancias. La intoxicación aguda o la abstinencia de algunas sustancias también puede producir un cuadro clínico que sea difícil de distinguir el trastorno por estrés postraumático, hasta que desaparezcan los efectos de la sustancia." Kaplan (2000).

El trastorno por estrés postraumático suele confundirse con otros trastornos y no recibir el tratamiento adecuado. Los clínicos deben considerar el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático en aquellos pacientes que experimentan dolor, abuso de sustancias, otros trastornos de ansiedad y trastornos del ánimo. En general, el trastorno por estrés postraumático puede distinguirse de los demás trastornos mentales preguntando al paciente sobre experiencias traumáticas previas, y por la naturaleza de los síntomas actuales. El trastorno límite de la personalidad, los trastornos disociativos, los trastornos facticios, y de simulación también deben ser considerados.

El trastorno límite de la personalidad se puede confundir con el trastorno por estrés postraumático. Los dos trastornos pueden coexistir e incluso estar relacionados de una forma causal. Los pacientes con trastornos disociativos no suelen presentar el grado de conducta evitativa, hiperactividad autónoma o la historia de una experiencia traumática que presentan los pacientes con un trastorno por estrés postraumático. Kaplan, (2000).

Evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático

Un formato básico, secuencial para determinar la presencia de intensidad de TEPT sería:

Entrevista inicial y cuestionarios sobre el trauma, Se realiza básicamente solicitando un relato por parte de la persona del trauma, atendiendo a respuestas emocionales, conductuales (síntomas); con soporte de pruebas estandarizadas o semiestructuradas.

Evaluación específica del TEPT, a través de la Escala de Frecuencia/Intensidad de Síntomas de Estrés Postraumático.

Evaluar el perfil específico del TEPT, desplazamiento por la violencia.

Evaluación de la adaptación global de la persona (inadaptación social, laboral, personal, académica - si la hay -)

Evaluación de habilidades cognitivas

Evaluación de soporte social, respuestas de confrontación.

Evaluación de factores históricos de premorbilidad

Evaluación de comorbilidad (adicciones, depresión, ideación suicida, ansiedad, trastornos de personalidad, ajuste marital.) Alabaster, (2001),

Variables

Las variables del estudio son de tipo descriptivo, como variable dependiente de esta investigación, está el Trastorno de Estrés Postraumático y como variable independiente se encuentran el género y la edad de la población.

Los factores elegidos para la variable dependiente son: a) reexperimentación, b) evitación, c) aumento de la activación y d) eventos traumáticos; con los cuales se busca medir el nivel de influencia para generar estrés postraumático. A la vez se establecen en esta investigación como variables de control las alteraciones físicas y psicológicas; y de esta forma descubrir las manifestaciones postraumáticas en el individuo producidas por los efectos del desplazamiento a causa de la violencia.

Características de las Variables de Estudio

Definición Conceptual de la Variable Dependiente

Se ha tomado como base el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), en el cual se define al estrés postraumático como un trastorno que aparece cuando la persona ha sufrido o - ha sido testigo de - una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión; del cual se extraerán los síntomas que caracterizan el trastorno.

Definición de los Factores de la Variable Dependiente

Reexperimentación; situaciones en las que el individuo se siente como si estuviera viviendo de nuevo el acto violento, además de alteraciones físicas y cambios en su estado de ánimo cuando ve o escucha cosas parecidas al evento traumático y sueños repetitivos sobre el suceso, pensamientos como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.

Evitación; la persona trata de evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones que le recuerdan el evento, intenta evadir actividades, lugares o personas que le hacen recordar el suceso, se siente incapaz de recordar alguno

de los aspectos importantes del suceso, disminución del interés por cosas o actividades que antes eran importantes, sentimientos de no poder continuar con su vida normal, evitar contar algunos detalles de lo sucedido por temor a no ser comprendido, uso de sustancias psicoactivas para evitar pensar en el suceso, desconfianza frente a una multitud, dificultad para expresar sentimientos.

Aumento de la activación; dificultad para conciliar o mantener el sueño, alteraciones de su estado físico o explosiones de ira, dificultad en su capacidad para concentrarse, estados excesivos de alerta, sentimientos de culpabilidad después del evento, deseos o pensamientos suicidas, llanto sin saber cual es la causa, indisposición cuando algo le recuerda el evento.

Eventos traumáticos; características del evento en el momento que este ocurrió; si constituyó una amenaza para la vida del sujeto, si fue violento, inesperado, si pasó o no con rapidez, si se ha vuelto a repetir, si sintió que no pudo controlar lo que pasaba, si fue algo calculado o planificado por otras personas y si pensó que alguna vez le iba a ocurrir ese evento. Sucesos que el individuo o su familia han podido experimentar; sufrir heridas serias, accidentes graves, problemas con droga o alcohol, sufrir la muerte de su pareja o un familiar o amigo íntimo, divorcios, secuestros o agresiones sexuales.

Método

Esta investigación es de tipo descriptivo, corte transversal, no experimental, lo cual implica, según Sabino, (1980): "explicar algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos, de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos para destacar los elementos esenciales de su naturaleza".

Partiendo de esta base, se desarrolló la presente investigación, describir por medio de dos instrumentos la ausencia/presencia y frecuencia e intensidad del estrés postraumático presentado en la población de desplazados por la violencia reubicados por ASODESAMUBA.

Participantes

Los participantes de la presente investigación, son en total 75 miembros de ASODESAMUBA, elegidos al azar, teniendo en cuenta su condición de desplazados, de género masculino y femenino, cuyas edades oscilan entre los 20 y 70 años de edad, los cuales provienen de las diversas zonas rurales del país reubicados en la ciudad de Barrancabermeja.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información son la Escala de Trauma de Davinson (DTS) (ver apéndice B.) conformada por 17 ítems que permite identificar la población que posee el TEPT. El sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia y la intensidad de la presentación del evento utilizando la escala Likert de 5 puntos (de 0, nunca o frecuencia/intensidad nula, a 4, a diario o frecuencia/intensidad extrema) y la Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (CAPS), que es una entrevista clínica estructurada diseñada para evaluar los 17 síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT) basado en el DSM IV, junto con 8 rasgos asociados. Este instrumento tiene como propósito identificar los factores

psicosociales que permiten medir los niveles de estrés postraumático en la población objeto de estudio y las condiciones físicas y psicológicas de los individuos. Este instrumento suministra los siguientes medios de evaluación: a) la dimensión de la frecuencia y la intensidad de cada síntoma; b) el impacto de los síntomas en el funcionamiento social y laboral del paciente; c) la severidad global de síntomas complejos; d) global mayoría del paciente desde su base (la línea de fondo); y e) la validez de valores obtenidos.

La escala consta de 30 ítems distribuidos en 5 grandes criterios: A. Exposición a un evento traumático, B. Reexperimentación de síntomas; C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento; D. Síntoma persistente del aumento de la actividad (arousal); E. Duración del desarreglo (síntomas en criterio B, C y D en más de un mes). Esta prueba puede ser utilizada en una población con un rango de edades desde los 18 años en adelante, su aplicación debe ser individual y su punto de corte es de 58 puntos.

Tabla 1

Instrumentos de Aplicación

<u>Escala</u>	<u>Autor</u>	<u>No de ítems</u>	<u>Administración</u>
Prueba de Tamizaje	Smith Meredith	17	Entrevista
Entrevista Clínica Estructurada (CAPS)	Blake y cois	30	Entrevista a Profundidad

Validación y Confiabilidad del Screening

La escala de Trauma de Davidson, posee propiedades Psicométricas aceptables, A lo largo de los años, diferentes autores han venido realizando

análisis con distintos pacientes sobre la invalidación y la confiabilidad de este instrumento, uno de estos análisis fue el que se realizó en 355 pacientes que han fueron víctimas de distintos traumas: violación (78 mujeres), veteranos de guerra (110 varones), víctimas del huracán Andrew (53 individuos), y 102 sujetos sobrevivientes de diversos acontecimientos traumáticos que participaban en un ensayo clínico multicéntrico. También se estudiaron las propiedades psicométricas en una muestra de pacientes psiquiátricos con historia de abuso sexual. Respecto a la sensibilidad y especificidad de la escala, encontraron que la mejor eficiencia se obtenía utilizando como punto de corte total de 40, para esta investigación se utilizó el mismo punto de corte, teniendo en cuenta los puntajes mínimos y máximos arrojados en la escala de frecuencia.

Procedimiento

El procedimiento de esta investigación se desarrolló de la siguiente manera:

1. Diagnóstico de la situación problema de interés investigativo para ASODESAMUBA, la cual está relacionada con los lineamientos propuestos por la facultad de Psicología con respecto a los asuntos de estudio en este campo.
2. Construcción del marco teórico como base para el estudio que se realizó.
3. Selección de la población objeto de investigación, correspondiente a la población de desplazados por la violencia pertenecientes a ASODESAMUBA.
4. Definición de las variables dependiente e independiente.
5. Definición conceptual de la variable dependiente.
6. Definición de los factores psicosociales de la variable dependiente.
7. Tipo de investigación: teniendo en cuenta las variables y el problema de investigación; el tipo de investigación a seguir es de tipo descriptivo, corte transversal, no experimental.
8. Selección de instrumentos: se procedió a evaluar los instrumentos que permiten medir las variables de estudio. El primer instrumento elegido fue la Escala de Trauma de Davidson (DTS) el cual permite de una forma sencilla y

corta la identificación de los criterios diagnósticos para la caracterización del TEPT.

El segundo instrumento seleccionado fue el Administrador Clínico de TEPT Escala CAPS, que a través de una entrevista diagnóstica evalúa los criterios del TEPT en forma específica.

9. Aplicación de instrumentos: el primer instrumento fue aplicado a 75 personas pertenecientes a ASODESAMUBA, esta aplicación fue realizada colectivamente en un tiempo de 2 días distribuidos en 4 jornadas mañana y tarde de 9:00 a 11:00 a.m y de 3:00 a 5:00 p.m respectivamente, a sujetos cuyas edades oscilan entre los 20 y los 70 años.

El segundo instrumento se aplicó a 30 personas seleccionadas al azar de los 75 a los que se les aplicó la Escala de Trauma de Davidson (DTS). El tiempo de duración de esta aplicación se distribuyó en seis días, seis entrevistas diarias donde cada una duró entre una hora 30 minutos y dos horas, según el caso.

10. Resultados y Discusión: para realizar el análisis de resultados se utilizó una hoja de cálculo diseñada en forma numérica, esta hoja de cálculo fue introducida al programa EXCEL.

Para la realización de la discusión se tienen en cuenta los objetivos, el marco teórico, y los resultados arrojados por el programa EXCEL.

Resultados

La presente investigación sobre la presencia/ausencia de Estrés Postraumático en la población de ASODESAMUBA se obtuvo a través de la aplicación de la Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (CAPS), instrumento de medición que consiste en una entrevista clínica estructurada, diseñada para evaluar los 17 síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT) basado en el DSM IV, junto con 8 rasgos asociados. Este instrumento tiene como propósito identificar los factores psicosociales que permiten evaluar la presencia de estrés postraumático en la población objeto de estudio y las condiciones físicas y psicológicas de los individuos. La entrevista clínica estructurada CAPS, también suministra información sobre la frecuencia y la intensidad de los síntomas. Dentro de las variables sociodemográficas que se tuvieron en cuenta fueron: Género y edad de la población desplazada.

Los resultados de la investigación se presentan de manera cuantitativa y cualitativa. La exposición de resultados de carácter cuantitativo comprende gráficas y datos dados en porcentajes y la exposición de forma cualitativa, se hace por medio del análisis de las gráficas que permite describir ampliamente sobre la incidencia el TEPT en la población de estudio.

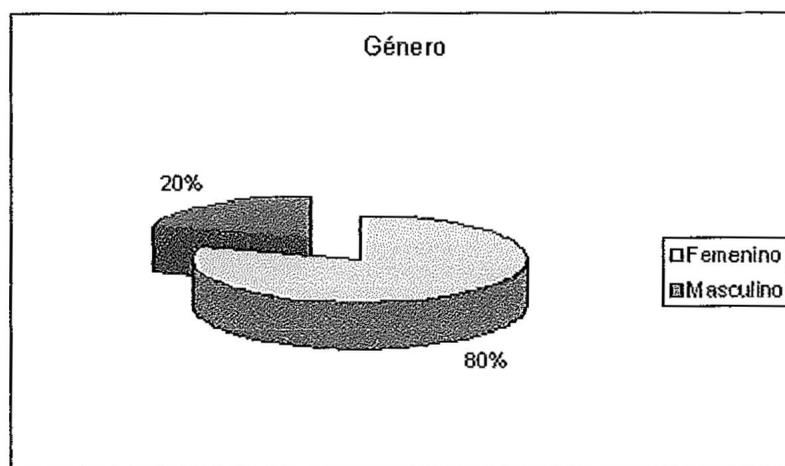


Figura 1. Distribución de CAPS según género

La población objeto de estudio está compuesta por 30 personas seleccionadas al azar y distribuida según su género así: el 80% de la población

son de género femenino y el 20% restantes, de género masculino. (Ver figura D-

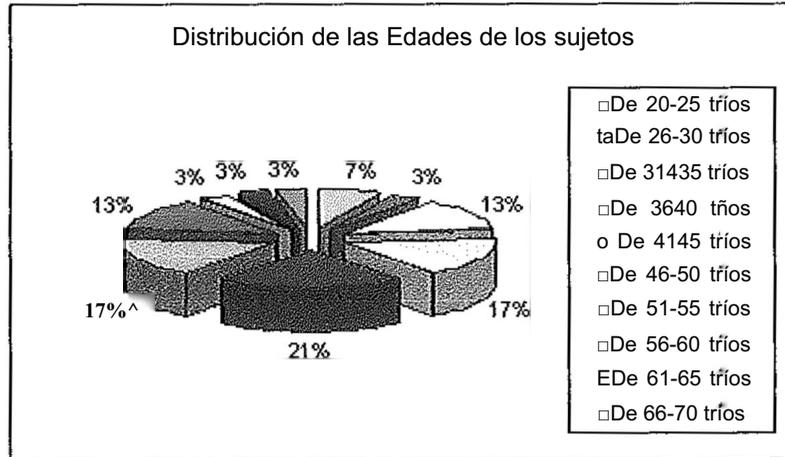


Figura 2. Distribución de CAPS por edades.

Las edades de las personas evaluadas comprenden rangos entre los 20 y 70 años de edad, donde 21% es la proporción más significativa de la población y corresponde a las personas que tienen edades entre 41 y 45 años. (Ver figura 2).

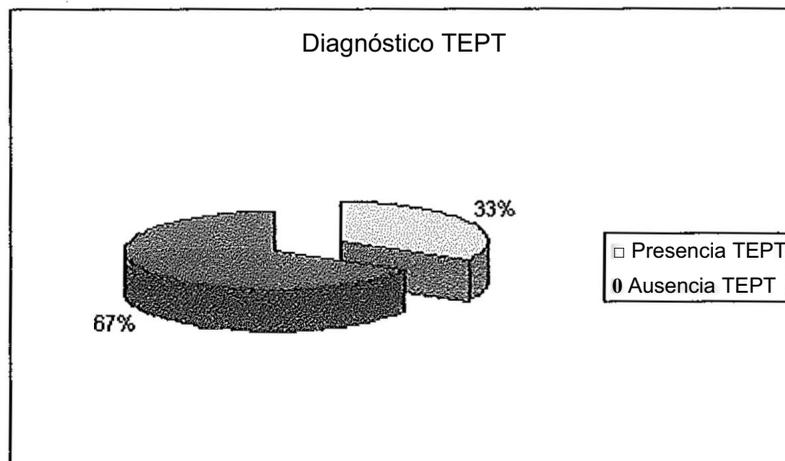


Figura 3. Diagnóstico de TEPT

La presencia de TEPT en las personas evaluadas es del 33%, y la ausencia del trastorno en un 67%, pero con la presencia de algunos de los síntomas

característicos del trastorno tales como evitación, reexperimentación, ansiedad, entre otros. (Ver figura 3).

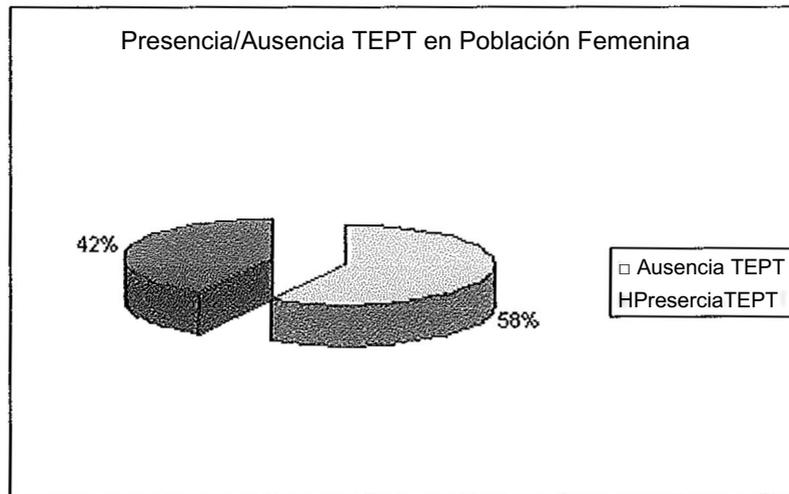


Figura 4. Presencia/ausencia de TEPT en la población femenina

Del total de la población femenina, el 42% está diagnosticado con TEPT, mientras que el 58% restante no presenta el trastorno. Este resultado hace referencia al reducido número de personas del género masculino que se tomaron dentro de la muestra de estudio, y a variables socio-económicas que no se incluyeron en éste; lo que disminuyó las posibilidades de detectar la presencia de TEPT en el género masculino. (Ver figura 4).

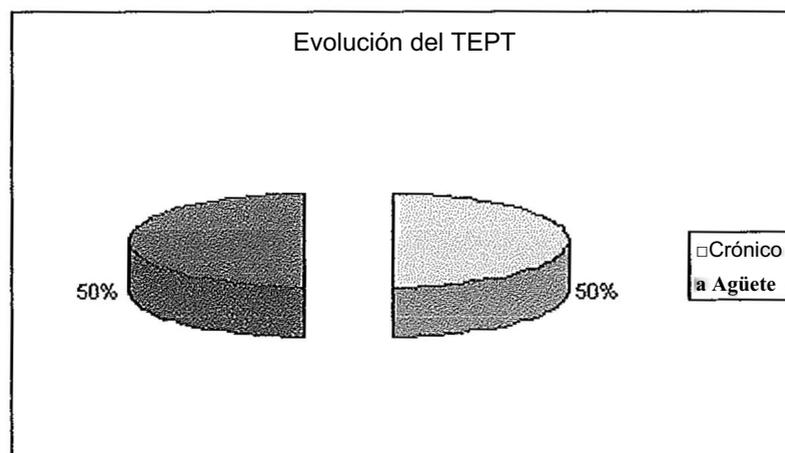


Figura 5. Presencia TEPT, según su curso

Según los requerimientos del DSM-IV para diagnosticar TEPT y con relación a la persistencia de los síntomas se distinguen dos subtipos de estrés

postraumático: agudo y crónico. Dentro de la población diagnosticada con TEPT, el 50% presenta el trastorno de forma aguda, ya que, los síntomas son de corta duración (\leq a 3 meses), recurrentes o intermitentes y el 50% restante presenta el trastorno en forma crónica ya que es característico por ser fluctuante, además de transformar la personalidad de quien presenta el trastorno y su duración es $>$ a 6 meses. (Ver figura 5).

Distribución de CAPS por criterios

Criterio A

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento en el que ha existido:

(1). La persona ha experimentado, presenciado o fue impactada por uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2). La persona ha respondido con temor, desesperanza o un miedo intenso.

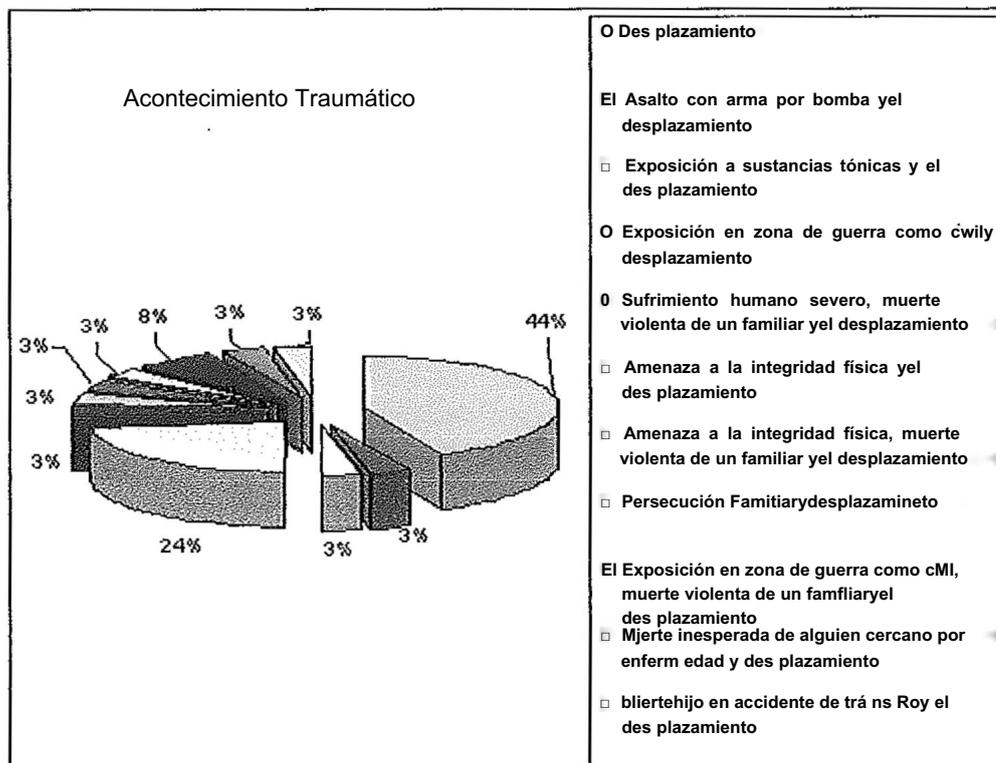


Figura 6. Acontecimiento Traumático

La población de estudio presenta como característica en común el desplazamiento, pero al momento de la aplicación de la prueba, solo un 44% logra percibirlo como acontecimiento desencadenante del trastorno, otras personas consideraron, en menor proporción, la exposición en zona de guerra como civil (24%); otros acontecimientos que presenció la población fueron: la muerte inesperada de un familiar o alguien cercano, sufrimiento humano severo y asalto con armas como una bomba, entre otros. Lo que demuestra que el TEPT puede ser desencadenado por uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

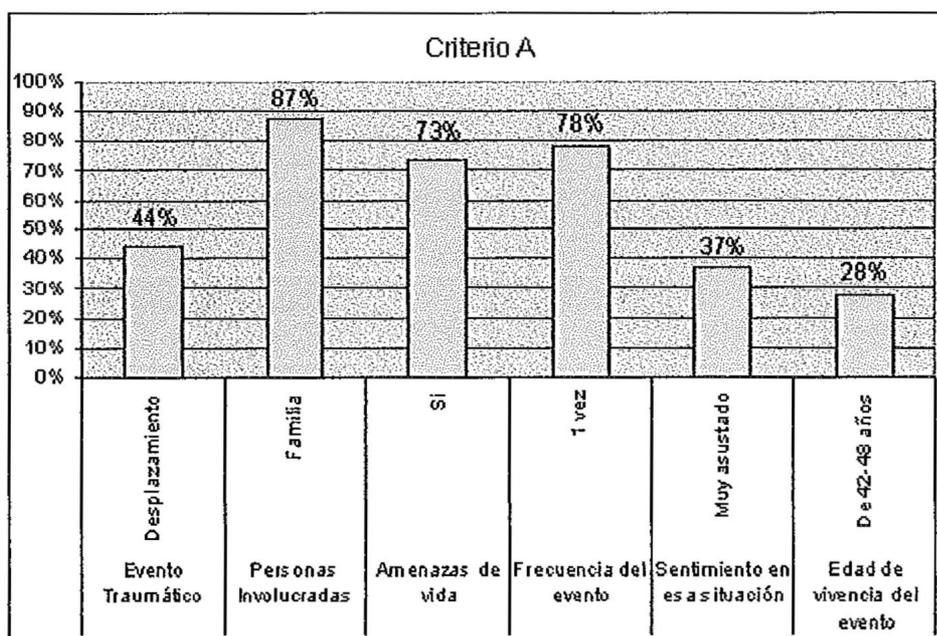


Figura 7. ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6

Los resultados obtenidos de la evaluación del criterio A, ítems 1,2, 3, 4, 5, 6, son los siguientes: En el 87% de los casos estuvieron involucradas las familias, y algunas veces recibieron amenazas de vida. Las personas afirmaron que estaban muy asustados (37%), término designado al estado de angustia y pánico, ya que es una situación sorpresiva que, aunque se vive a diario en el país nunca se está preparado para asumirla. La gran mayoría de las personas tenían entre 42 y 48 años al momento de la exposición al evento traumático, a

un 78% le sucedía por primera vez el desplazamiento, aunque han sufrido más de un acontecimiento traumático a lo largo de su vida (muerte o desaparición de un familiar, exposición en zona de combates, entre otros). Estos resultados hacen evidentes la estrecha relación que existe entre el conflicto armado interno y la violación de los Derechos Humanos, consecuencia de los problemas sociales, económicos, culturales y políticos que vive actualmente el país. (Ver figura 7).

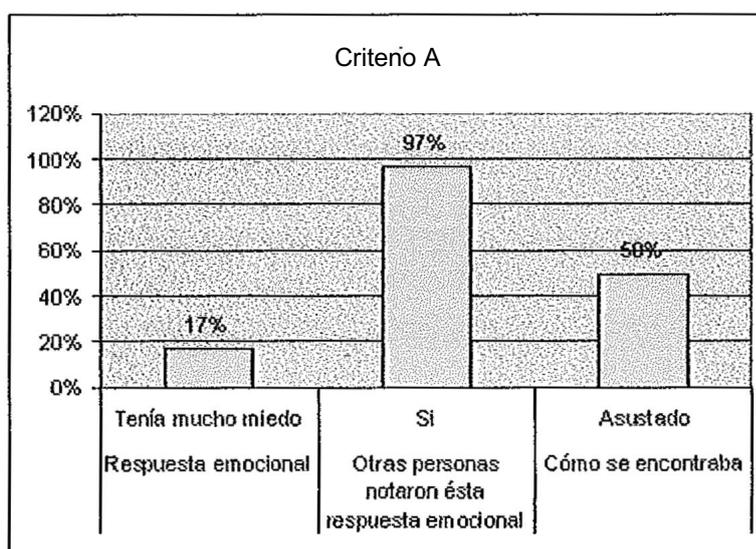


Figura 8. ítems 6, 7, 11

Resultados de los ítems 6, 7, 11: los individuos aseguraron haber sentido mucho miedo (17%) y se sintieron asustados (50%), aunque este tipo de población está constantemente en conflicto sufren un choque emocional ante el acontecimiento estresante. Las respuestas emocionales que experimentaron durante el evento traumático fueron percibidas por otras personas (97%). Los individuos que se ven sometidos a una situación estresante en la que se amenaza su integridad física, psicológica y emocional, generalmente experimentan respuestas emocionales tales como miedo, angustia, tristeza e impotencia. (Ver figura 8).

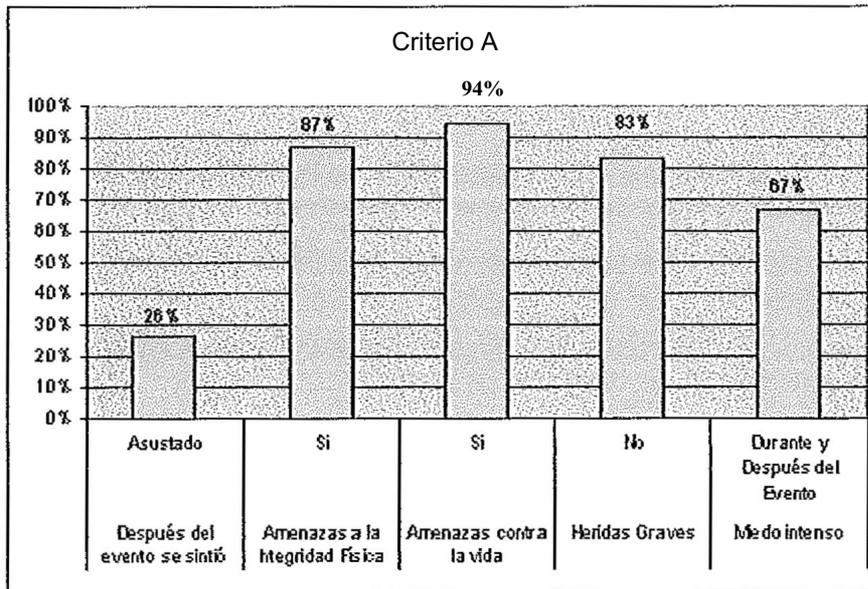


Figura 9. ítems 12, 13,14, 15, 16

Resultados de los ítems 12, 13, 14, 15, 16: las personas aseguraron que después del evento traumático se sintieron asustadas (26%), el 94% recibió amenazas contra su vida, además de recibir amenazas contra su integridad física (87%); el 83% de los individuos no tuvieron heridas graves pero un 17% si las presentó. Durante y después del evento traumático experimentaron respuestas de miedo intenso, auxilio y horror (67%). Las amenazas a la integridad física se constituyen en un tipo de violencia a nivel psicológico, puesto que lesionan la dignidad, la existencia material y espiritual de las personas. (Ver figura 9).

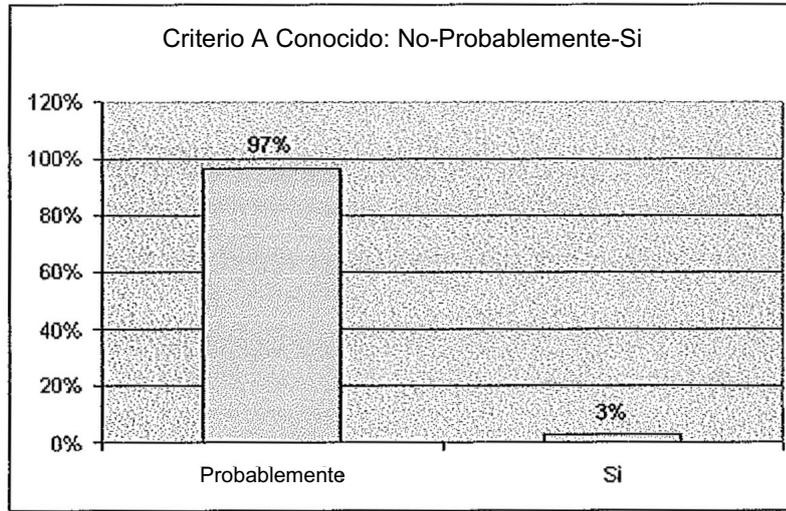


Figura 10. ítem 17

Durante el estudio del criterio A, es probable que las personas si hayan estado expuestas a uno o más acontecimientos traumáticos, lo que indica que los resultados del criterio A son confiables en el 97% de los casos, (Ver figura 10).

Criterio B

El acontecimiento traumático persiste y es reexperimentado a través de una o más de las siguientes formas:

- (1) . Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos causantes de malestar.
- (2). Sueños sobre el acontecimiento recurrentes, causantes de malestar.
- (3) . La persona actúa como si o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático estuviera ocurriendo.
- (4) . Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento.
- (5) . Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento.

Criterio B-1: recuerdos repetitivos de la situación que provocan malestar y en los que incluyen imágenes, pensamientos y percepciones.

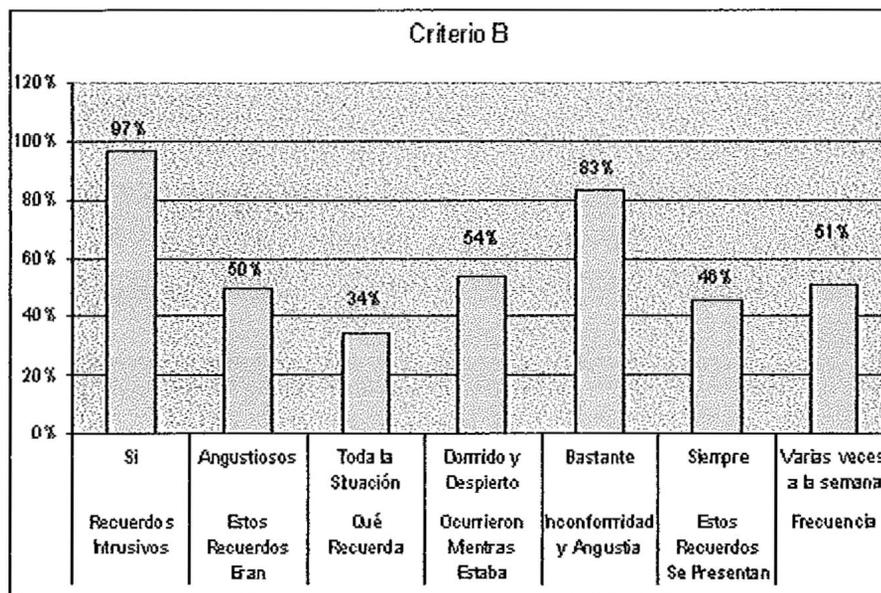


Figura 11. ítems 18,19, 20, 21, 22, 23, 24

Dentro de los resultados obtenidos se encuentra que el 97% de la población evaluada ha experimentado recuerdos indeseados sobre el evento traumático, tales como: la pérdida de uno de sus familiares o la pérdida de sus bienes materiales, generalmente recuerdan toda la situación a la que fueron sometidos (34%), recuerdos que les generan angustia (50%), que se manifiestan durante el sueño y aún en los momentos de vigilia (54%). Estos recuerdos se presentaron siempre a la semana siguiente del desplazamiento (46%), frecuentemente durante la semana (51%), generando bastante inconformidad y angustia (83%) con dificultad para sacarlos de su mente. En la realidad, la pérdida de un ser querido o sus tierras se refiere a la sensación interna de estar en el vacío donde se confunden el ser y el estar, lo que muchas veces genera desasosiego por enfrentar un número de situaciones y experiencias desconocidas. (Ver figura 11).

Criterio B-1: recuerdos repetitivos de la situación que provocan malestar y en los que incluyen imágenes, pensamientos y percepciones.

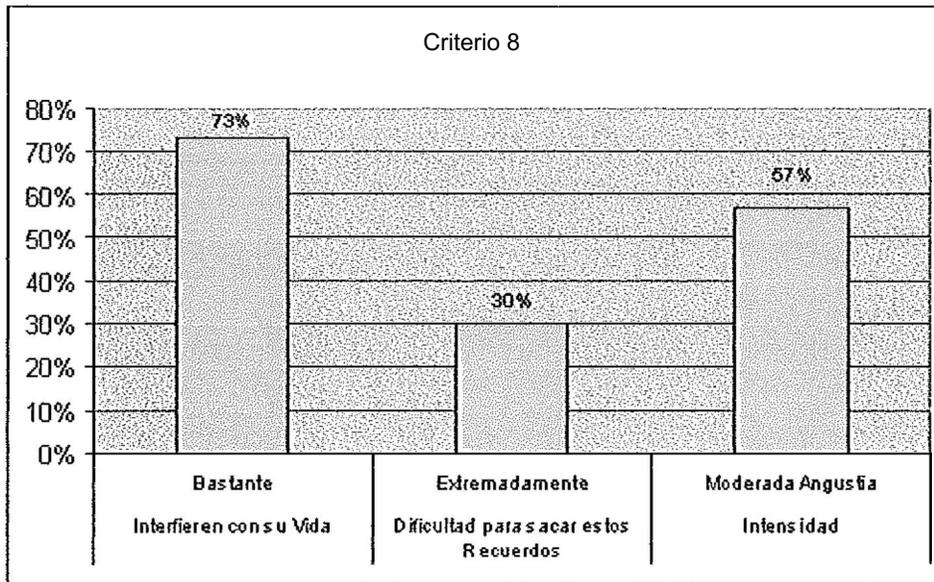


Figura 12. ítems 25, 26, 27

De la intensidad de los recuerdos intrusivos: el 30% consideró que fue extremadamente difícil sacarlos de su mente, lo que interfirió bastante en sus vidas (73%), generando angustia pero de forma moderada y con alguna interrupción se las nuevas actividades a las que se ha tenido que adaptar (57%). Estos recuerdos son generadores de angustia y disfunciones, incapacitando a las personas para lograr su desarrollo individual y colectivo, lo que más adelante podría causar deterioro paulatino o abrupto del proceso normal de desarrollo de la estructura psíquica, en cuanto a su capacidad para buscar el bienestar. (Ver figura 12).

Criterio B-2: Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede presentarse pesadillas de contenido irreconocible.

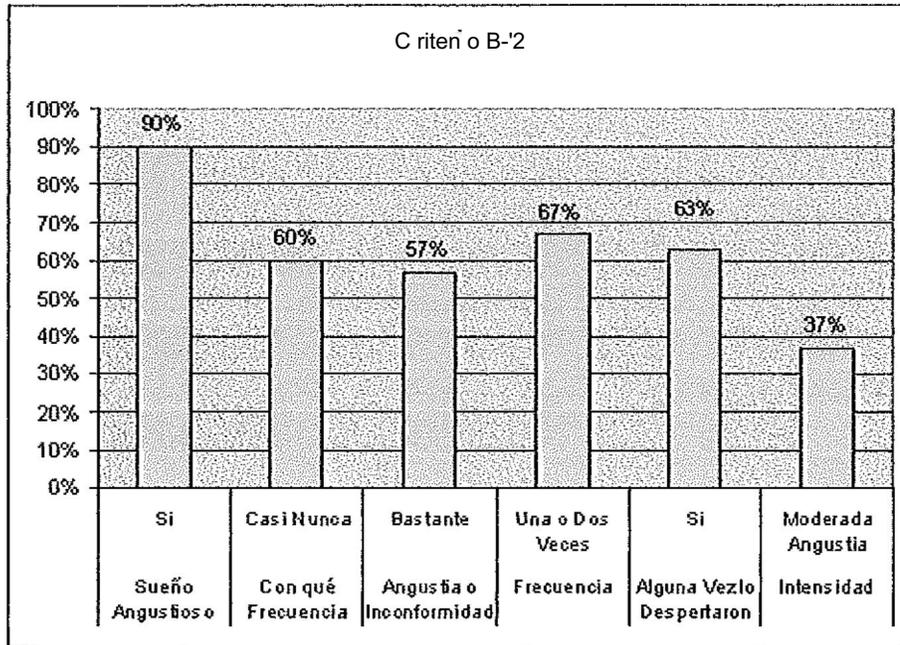


Figura 13. ítems 28, 29, 30, 31, 32, 33

En la población de estudio el 90% afirmó haber tenido sueños poco placenteros con respecto a la situación precipitante del desplazamiento, sin embargo, han ocurrido una o dos veces durante toda su vida (67%), pero causando bastante angustia o inconformidad (57%). Estos sueños de tipo angustioso lograron despertar a la persona (63%), aunque logró conciliar el sueño rápidamente (37%). (Ver figura 13). Los cambios socioculturales repercuten en la estabilidad emocional al experimentar angustia, lo que origina malestar psicológico reflejado en la dificultad para dormir, característico de las reacciones fisiológicas asociadas al trastorno.

Criterio B-3: El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.

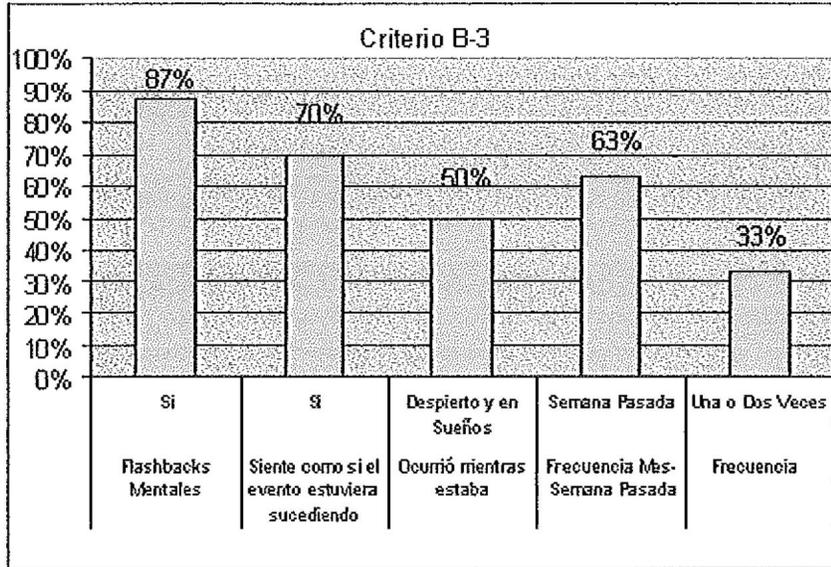


Figura 14. ítems 34, 35, 36, 37, 38

Estas personas han sentido o han actuado como si el evento estuviera sucediendo de nuevo (70%), con presencia de flashbacks, que se caracteriza por la presencia de emociones intensas como pánico o cólera, sensaciones corporales, cambios de carácter, etc, que aparecen en los individuos cuando se encuentran en estado de alerta o están expuestos a situaciones que les recuerdan el trauma, las cuales refuerzan su conducta evitativa ante determinados lugares y situaciones que le generan angustia o temor (87%); estos recuerdos intrusivos se presentan en momentos de vigilia y sueño (50%) y los presentaban durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario (63%), su frecuencia varía de una a dos veces en la vida (33%). (Ver figura 14).

Criterio B-3: El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.

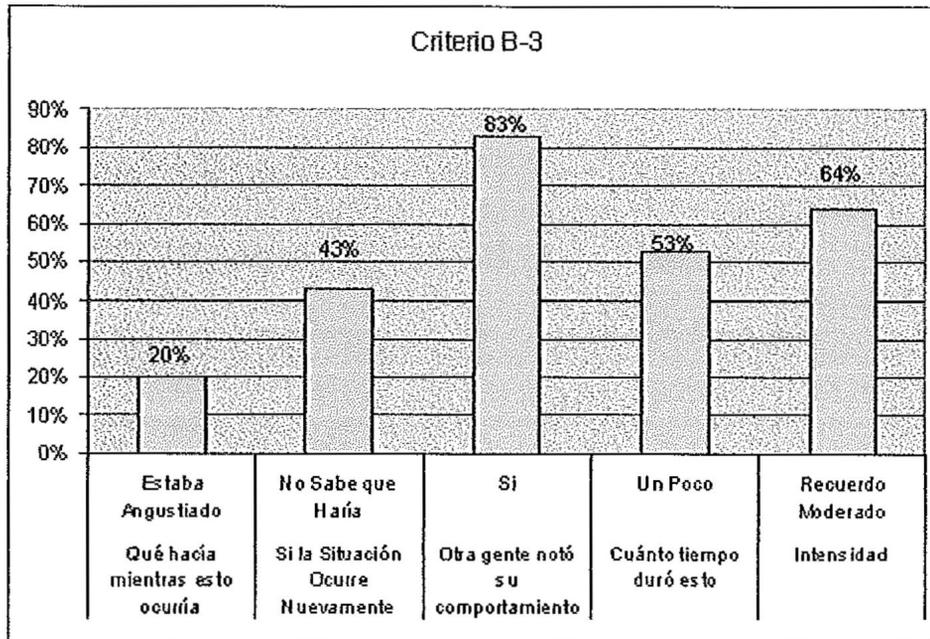


Figura 15. ítems 39, 40, 41, 42, 43

El 43% de la población dijo no saber que haría si la situación estuviera sucediendo otra vez, ésta sensación duró un poco (53%) y se sintieron angustiados en ese instante (20%), en la mayoría de los casos otras personas notaron su comportamiento (83%) motivándolos y apoyándolos para que no se angustiaran más. Por angustia se entiende: el sentimiento que está asociado a la tristeza, el sentimiento de pérdida de los seres queridos y de los bienes. La intensidad de este recuerdo es moderada, definitiva pero de tipo trascendental (64%). (Ver figura 15).

Criterio B-4: Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos intemos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

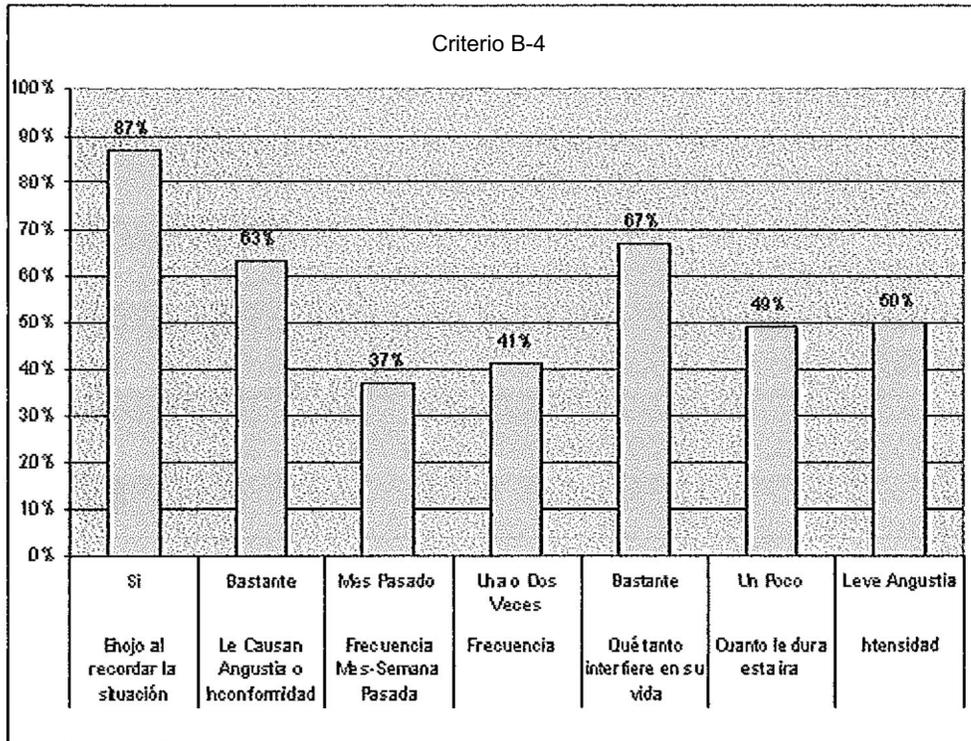


Figura 16. ítems 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

El 87% de las personas se han enojado cuando se les recuerda el evento traumático, al menos una o dos veces en su vida (41%) durante el mes pasado a la aplicación del CAPS (37%). Aunque el enojo es de corta duración (49%), causan bastante angustia o inconformidad para el 63% de ellos, interfiriendo bastante en sus vidas (67%); la intensidad de la angustia es leve, con poca interrupción de las actividades (50%). El enojo es inherente al miedo producto de los actos de la guerra.

La familia vista como soporte afectivo de los individuos que la conforman se ve afectada inevitablemente si cambia alguna de las partes; en el caso de la violencia y el desplazamiento forzoso imprime a la familia características que las hacen potencialmente violentas: la intensidad de la relación, donde los individuos tienden a responder mas intensamente ante una situación de

conflicto, el conflicto de intereses, el alto nivel de estrés que genera comportamientos agresivos y patrones de crianza en los que se aprende a asociar el amor con la violencia. Los roles dentro de la estructura familiar se ven afectados por la violencia y permiten hacer una distinción entre agresores y agredidos. Estos patrones, son replicados en diferentes espacios sociales, donde el niño, la mujer y el anciano son las principales figuras receptoras de violencia dentro del núcleo familiar. (Ver figura 16).

Criterio B-5: Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan y recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

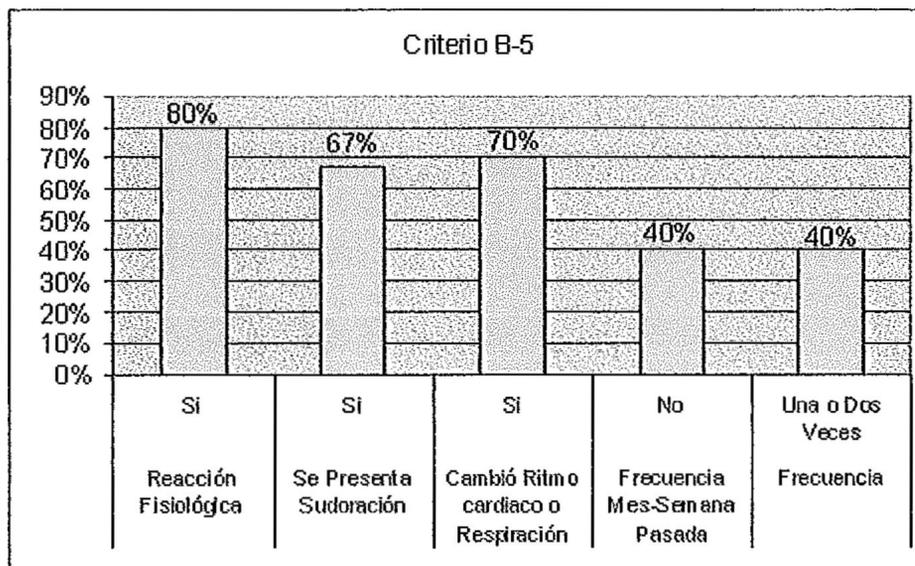


Figura 17. ítems 51, 52, 53, 54, 55

En este criterio las personas que presentaron reacciones fisiológicas fueron el 80%, reacciones tales como alteración de su ritmo cardíaco o su respiración (70%), igualmente se presentó en las personas sudoración al sentir temor o al estar tembloroso (67%), estas reacciones no se han presentado en la semana o mes anterior a la aplicación del cuestionario (40%). El (40%). a población afirma que si presentó reacciones fisiológicas una o dos veces por semana (Ver figura 17). Estas reacciones fisiológicas son frecuentes en la vida cotidiana de los individuos desplazados, debido al alto nivel de ansiedad al que se vieron

sometidos ante la exposición al suceso desencadenante del trastorno. Es el caso de las personas que ante estímulos ajenos al evento traumático, presentan respuestas somática es muy intensas, por tanto percibe su entorno como algo hostil y peligroso.

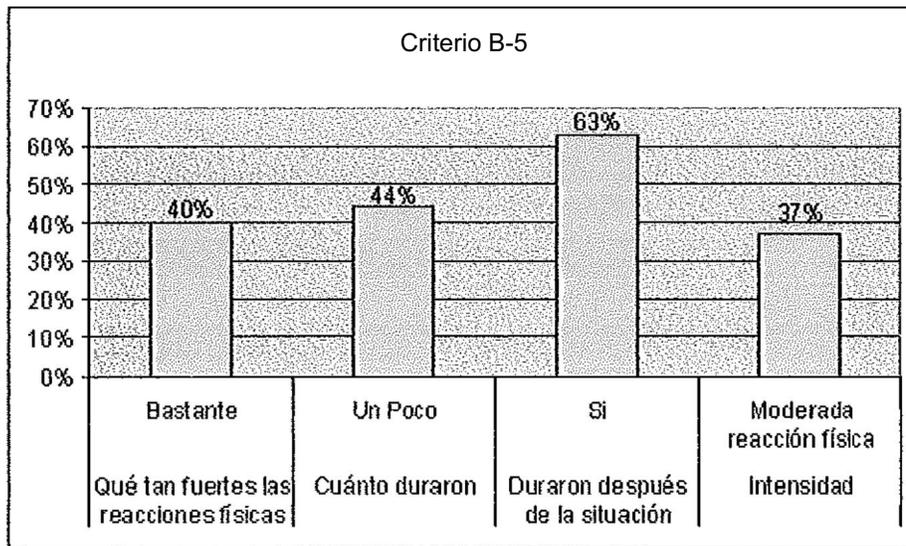


Figura 18. ítems 56, 57, 58, 59

Después de la situación traumática (63%), las reacciones fisiológicas son bastante fuertes (40%), tales como sudoración, alteraciones de la respiración y ritmo cardiaco; a pesar del poco tiempo de duración (44%) estas reacciones desencadenan problemas de salud mas graves como preinfarto, tensión alta y alteran el funcionamiento normal del organismo. (Ver figura 18).

Criterio C: Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal como indica tres o más de los siguientes síntomas:

- (1) . Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático.
- (2) . Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que despiertan recuerdos del trauma.
- (3). Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- (4) . Disminución marcada del interés o la participación en actividades significativas.
- (5). Sentimientos de distanciamiento de los demás.
- (6). Restricción de la vida afectiva.
- (7). Sentimientos de futuro desolador.

Criterio C-1: Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático.

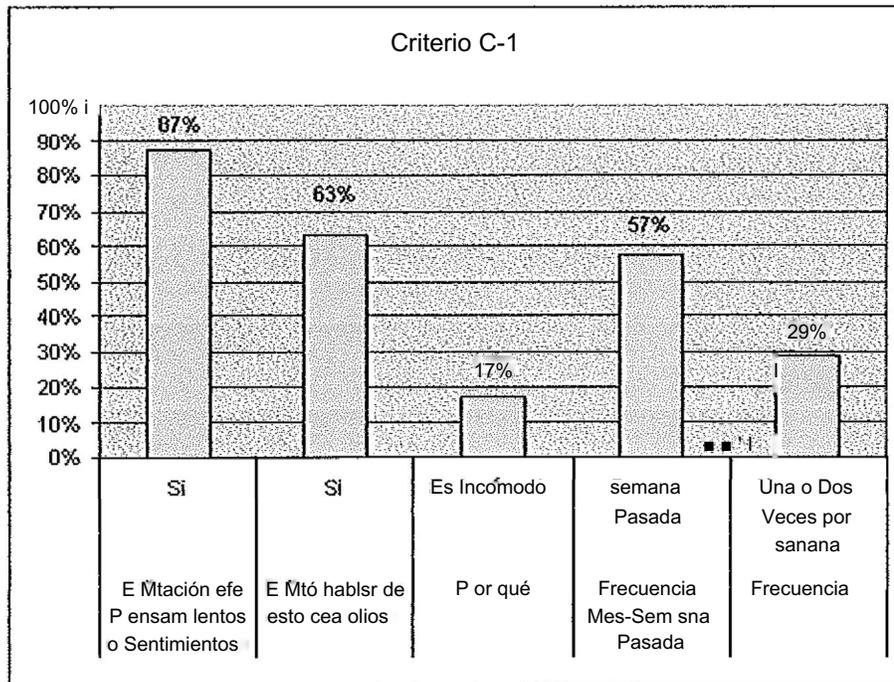


Figura 19. ítems 60, 61, 62, 63, 64

El 87% de los individuos evitaron pensamientos o sentimientos relacionados con el evento traumático una o dos veces por semana (29%), el 63% de ellos evitó hablar con otras personas de lo sucedido ya que lo consideraban incómodo (17%). La evitación es uno de los principales factores asociados con el TEPT. El individuo empieza a sentirse acosado por el acontecimiento traumático, siente que mucho de lo que le rodea está relacionado y evoca los hechos. Aparece un intento de huida que termina siendo una huida hacia ninguna parte, ya que cualquier lugar la que vaya encontrará situaciones que le recuerdan lo que no quiere recordar. (Ver figura 19).

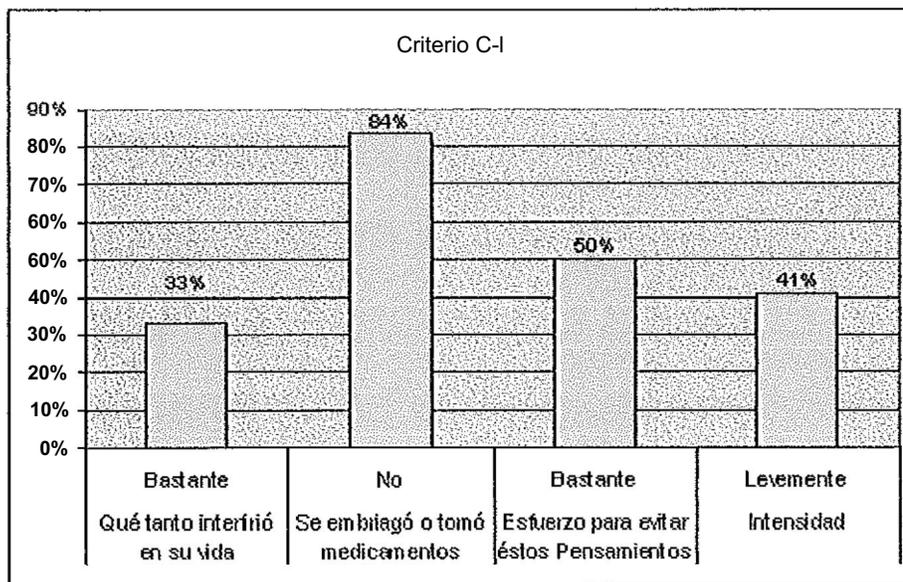


Figura 20. ítems 65, 66, 67, 68

Se encontró que las personas evaluadas que evitaron estímulos asociados al trauma necesitaron bastante esfuerzo (50%) para evitar estos pensamientos o sentimientos, el 84% no utilizaron sustancias psicoactivas ni estimulantes pero consideran que la evitación de pensamientos y sentimientos interfirió bastante en su vida (33%). Los esfuerzos para evitar estos, se presentaron levemente (41%), es decir que realizan algún esfuerzo de abstinencia con alguna interrupción de las actividades. Las personas intentan distanciarse del mundo convirtiéndose en alguien frío y distante ya que todo lo que le rodea evoca lo quiere olvidar. (Ver figura 20).

Criterio C-2: Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

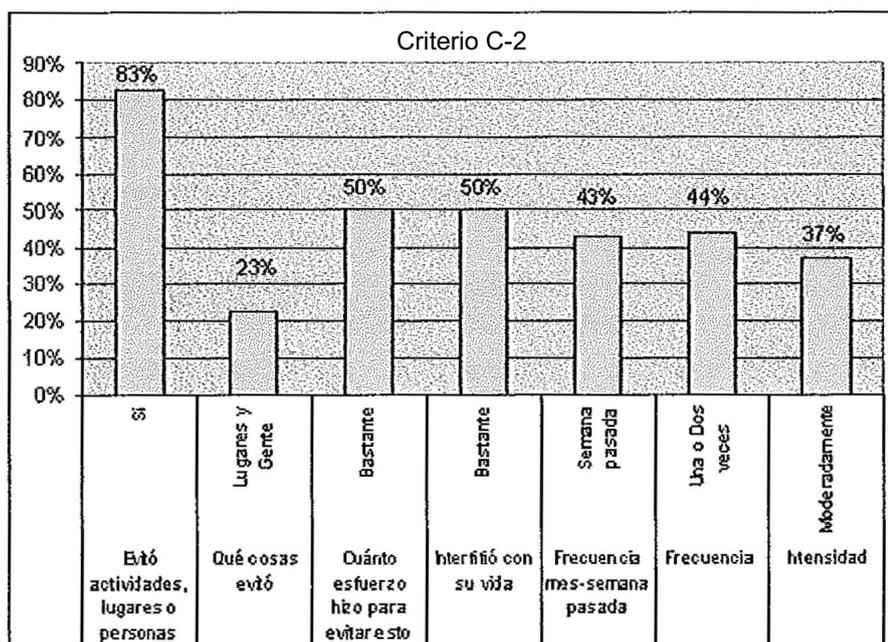


Figura 21. ítems 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75

Según los resultados de este criterio, las personas trataron de evitar en un 83% ciertas actividades, lugares o gente que les recuerda la situación, realizando bastante esfuerzo (50%) una o dos veces (44%) en la semana pasada (43%), interfiriendo bastante con sus vidas (40%), en general el presentaron un esfuerzo moderado de abstinencia con alguna interrupción de sus actividades (37%). (Ver figura 21). La evitación es el mecanismo de defensa que el individuo utiliza para proteger a su Yo de los recuerdos de la situación traumática con que le mundo exterior le amenaza.

Criterio C-3: Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

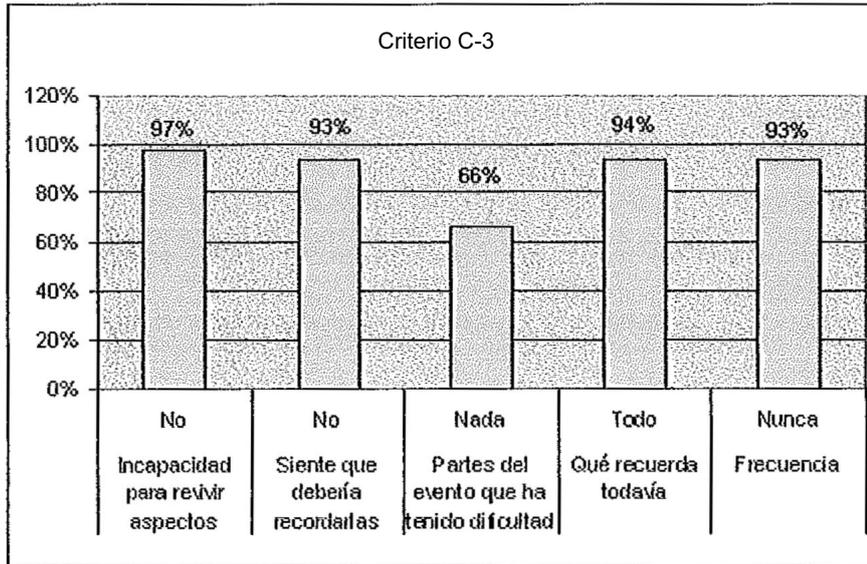


Figura 22. ítems 76, 77, 78, 79, 80

En este criterio las personas no han tenido dificultad para recordar algunos aspectos importantes de la situación (97%), el 93 % manifiesta que no deberían recordar éstos aspectos; para el 94% de la población de estudio recuerdan todo el evento, aunque contaron que preferirían no recordarlo porque les genera demasiada ansiedad y angustia revivir estos momentos, emociones que describieron como intranquilidad acompañada de tristeza. (Ver figura 22). El mecanismo de defensa normal de adaptación, consiste en enviar a la memoria sucesos por los que el individuo va atravesando a lo largo de su vida, sin embargo en los pacientes sindrómicos de TEPT, los recuerdos del acontecimiento no son modificados y el evento nunca llega a adquirir la calidad de pasado.

Criterio C-3: Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

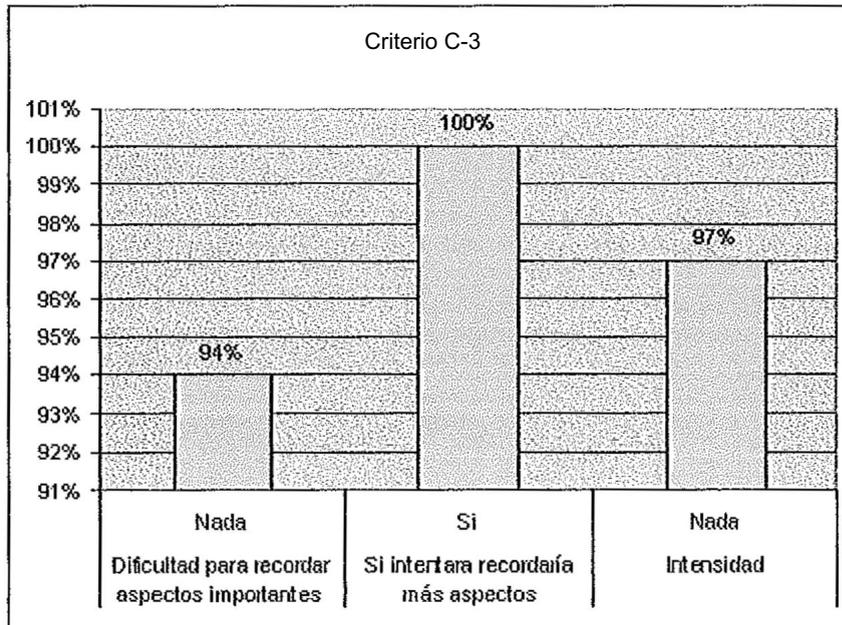


Figura 23. ítems 81, 82, 83, 84, 85

Las personas manifestaron en un 94% que no tienen dificultad para recordar aspectos importantes del evento; el 100% de los individuos evaluados está de acuerdo en que podrían recordar todo lo sucedido si lo intentaran, la intensidad de esta dificultad es nula en un 97% de la población. Las personas afectadas por el trastorno de estrés postraumático mantienen en el presente los recuerdos del suceso desencadenante, es decir, no los ha modificado, y los viven como si acabaran de ocurrir. (Ver figura 23).

Criterio C-4: Significativa disminución de interés o participación en actividades.

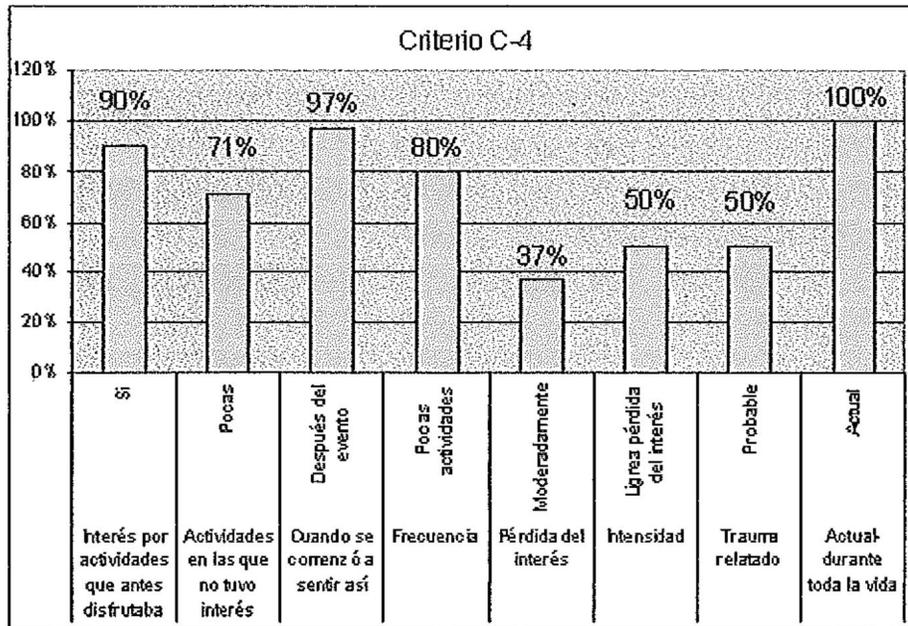


Figura 24. ítems 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93

En este criterio se evalúa el interés de las personas en actividades que antes solían disfrutar, el 90% afirmó que no han podido realizarlas por falta de recursos, o por temor a que les ocurra algo, sin embargo, la mayoría de las personas (80%) se mostraron apáticas para desarrollar algunas actividades. (Ver figura 24). Los adultos, ante las adversidades, se niegan todo espacio “alternativo” y priorizando la atención en sus hijos. Dentro de los resultados se indica una ligera pérdida del interés (50%) y probablemente se logren disfrutar a medida que se dé inicio o se continúe con la actividad; el trauma relatado es probable en un 50% y en toda la población se presenta actualmente (100%). Al sufrir los rigores que implica el desplazamiento, las personas experimentan una notable pérdida de la capacidad y autonomía de apropiarse de un entorno que les es ajeno, padeciendo dificultades como la falta de trabajo, el clima, la movilidad ciudadana, el abuso y el rechazo por parte del medio receptor, factores negativos que a su vez generan sentimientos de rabia, resentimiento, deseos de venganza, baja autoestima.

Criterio C-5: Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

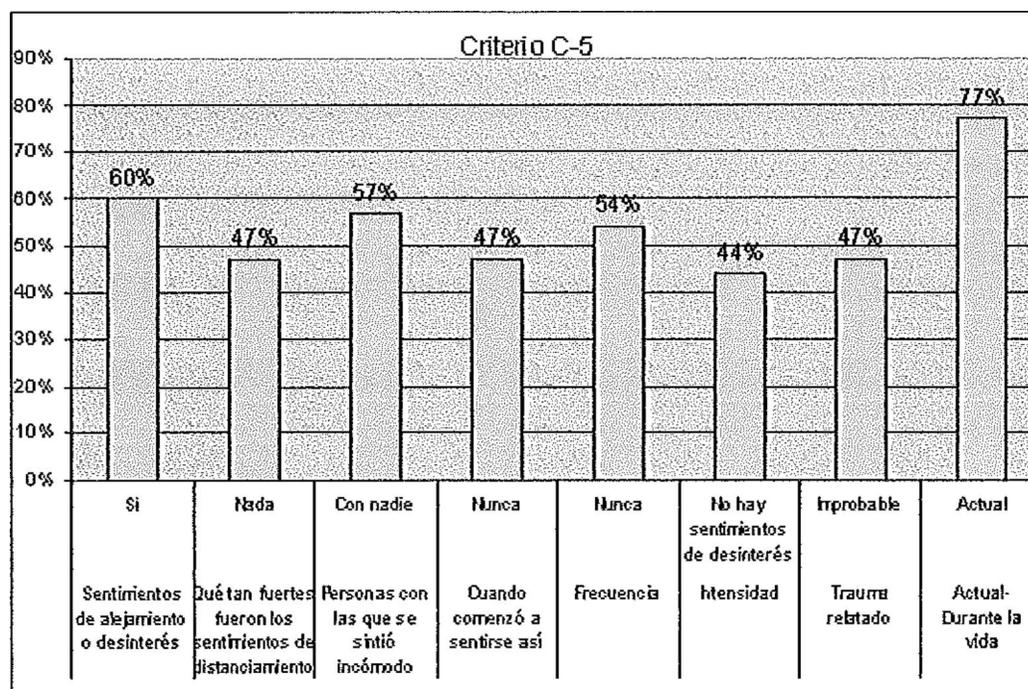


Figura 25. ítems 94, 95, 96, 97, 98, 99,100, 101

Para el 60% de esta población si hay sentimiento de alejamiento o desinterés frente a los demás, sin embargo no son nada fuertes y no perjudican las relaciones interpersonales. El trauma relatado para estas personas es improbable en un 47%, la presencia de estas sensaciones es actual en un 77%, lo que implica que las personas buscan la compañía de otros para hacer más fácil el afrontamiento de la situación que están viviendo. El escaso interés en actividades que antes solían realizar se ven limitadas algunas veces por motivos económicos. El descanso, el tiempo libre es a menudo ausente o deficiente. Su calidad de vida, al verse profundamente afectada por las circunstancias, reduce substancialmente las alternativas de diversión y se orienta hacia lo fundamental, la supervivencia. (Ver figura 25).

Criterio C-6: Restricción de la vida afectiva.

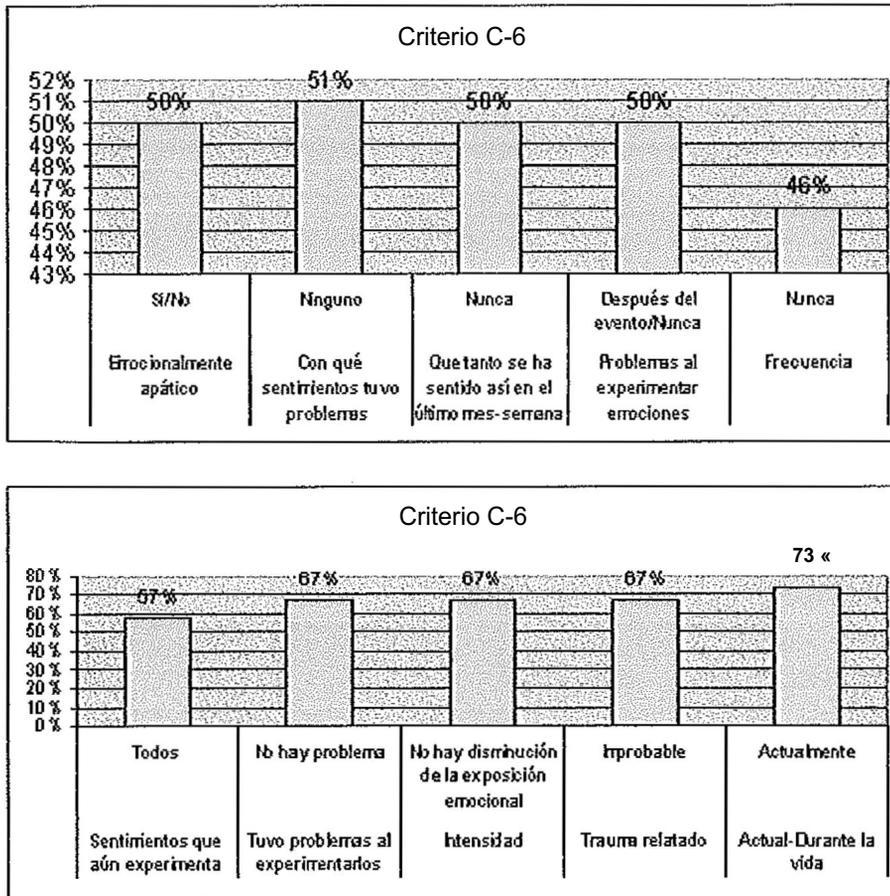


Figura 26. ítems 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111

En este criterio el 50% de las personas alguna vez se han sentido emocionalmente apáticos o han tenido problemas para experimentar sentimientos como el amor o la felicidad, todo esto ha transcurrido después de haber presenciado el evento estresante. (Ver figura 26). De la población evaluada, en el 67% de ellos no hay una disminución de la exposición emocional, el trauma relacionado es improbable en un 67%, experimentándolo en la actualidad (73%). La alteración en la capacidad de expresar con palabras los propios sentimientos se originan por el funcionamiento del sistema nervioso central. Aunque el trauma suele acompañarse de intensos sentimientos de humillación y vergüenza las víctimas no pueden percibirlo debido al mecanismo de defensa de la negación. Los cambios de espacio traen como consecuencia

dificultades a nivel de lenguaje lo que perjudica la comunicación al distorsionar información manejada por los individuos, situación que modificada por las altas cargas de estrés, acrecienta la probabilidad de conflictos.

Criterio C-7: Sensación de no tener futuro.

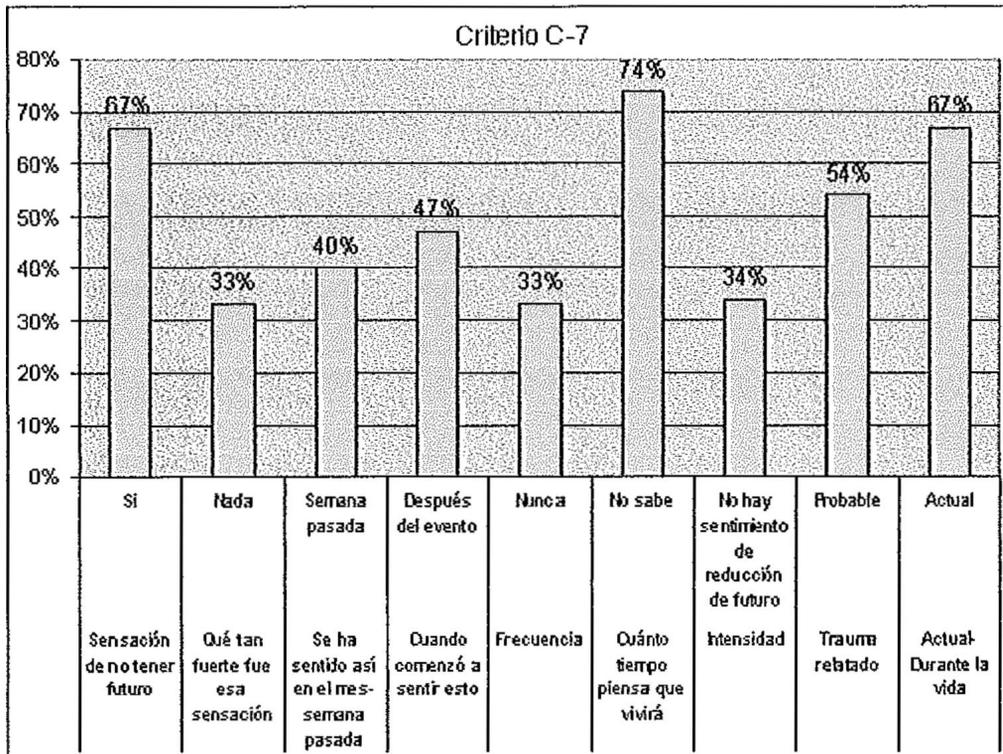


Figura 27. ítems 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120

En este criterio la sensación de no tener un futuro o no poderlo planear como el matrimonio, tener una carrera profesional, hijos o una vida normal se manifiesta en el 67% de las personas; esta sensación la han experimentado después del evento al que fueron expuestos (47%). (Ver figura 27). El 74% de estas personas no sabe cuanto tiempo vivirá y por tanto su afán para realizar todos sus planes, aunque para el 34% no hay un sentimiento de reducción del futuro, el trauma es probable en el 54% de los casos, manifestado actualmente (67%). Las familias desplazadas pocas veces encuentran nuevas opciones de

subsistencia lo que dificulta la dinámica de su realidad actual, imposibilitando la planeación y reconstrucción de su vida.

Criterio D: Síntoma persistente del aumento del nivel de actividad traumática (arousal) ausente antes del trauma, tal como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- (1). Dificultades para conciliar el sueño.
- (2). Irritabilidad o ataques de ira.
- (3). Dificultades de concentración.
- (4). Hipervigilancia.
- (5). Respuestas de sobresalto exageradas.

Criterio D-1: dificultad para dormir.

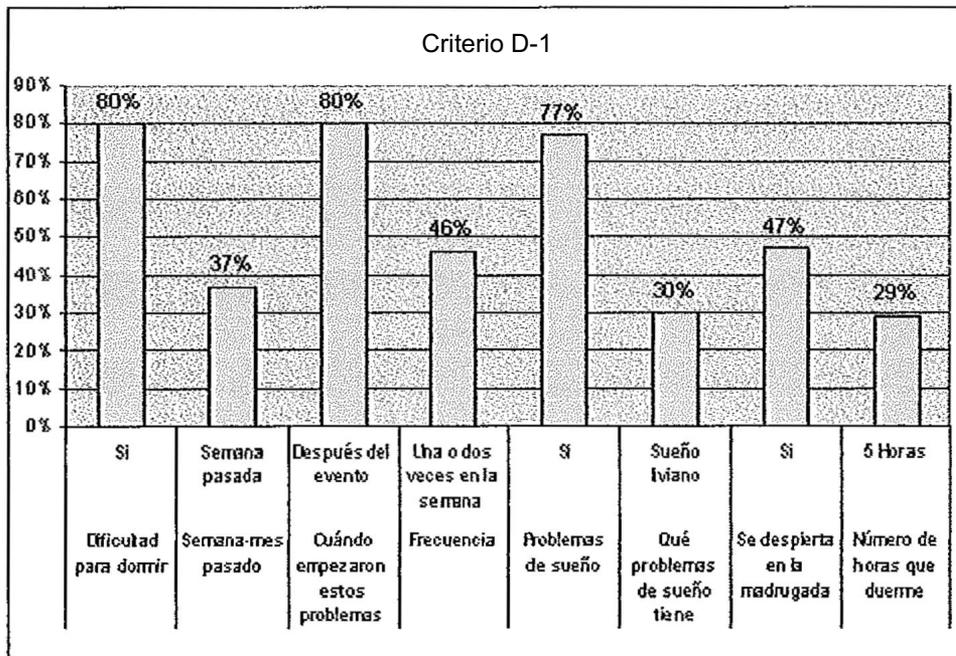


Figura 28. ítems 121, 122, 123, 124, 125,126, 127, 128

En este criterio los problemas de sueño han tenido una incidencia del 80% en las personas, la semana anterior a la aplicación de este instrumento y todo esto a ocurrido después de haber experimentado el evento traumático; dentro

de los problemas más frecuentes están el sueño fragmentado, liviano o muchas veces no concilian el sueño. (Ver figura 28). Cuando se desencadena el trastorno de TEPT, se produce en el individuo alteraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC), alterando los sistemas de activación y procesamiento de la información provocando insomnio.

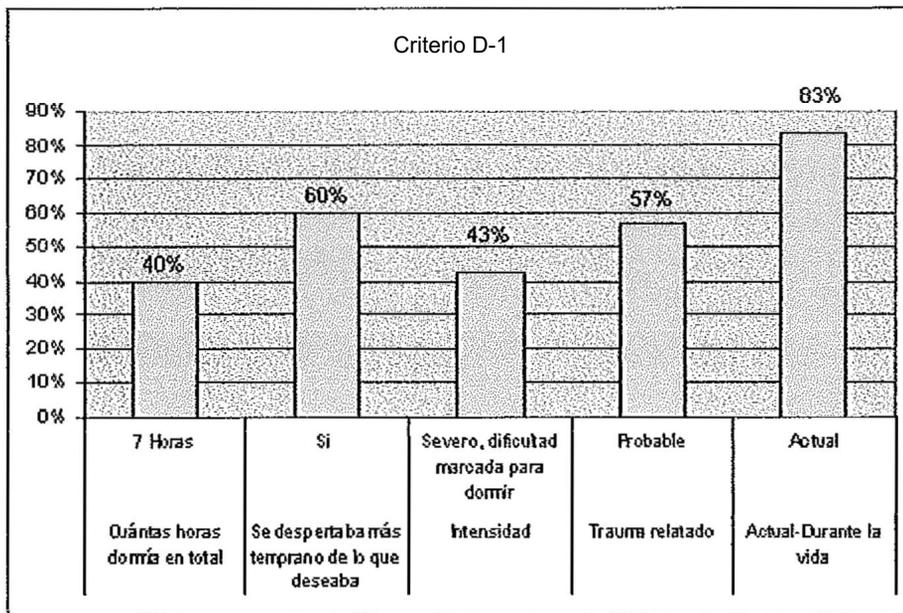


Figura 29. ítems 129, 130, 131, 132, 133

Existe una marcada dificultad para dormir representada en un 43% de la población, con frecuencia estas personas se despertaban más temprano de lo acostumbrado, el número total de horas que duermen es de siete horas generalmente; el trauma relatado es probable en un 57% presentándose actualmente en un 83% de las personas. (Ver figura 29). La marcada dificultad para dormir, se conoce como hipervigilia, es una respuesta de sobresalto exagerada tanto para los estímulos relacionados con la situación traumática como para los de cualquier otro tipo. La hipervigilia crónica es un estado difícil de controlar.

Criterio D-2: Irritabilidad o ataques de ira.

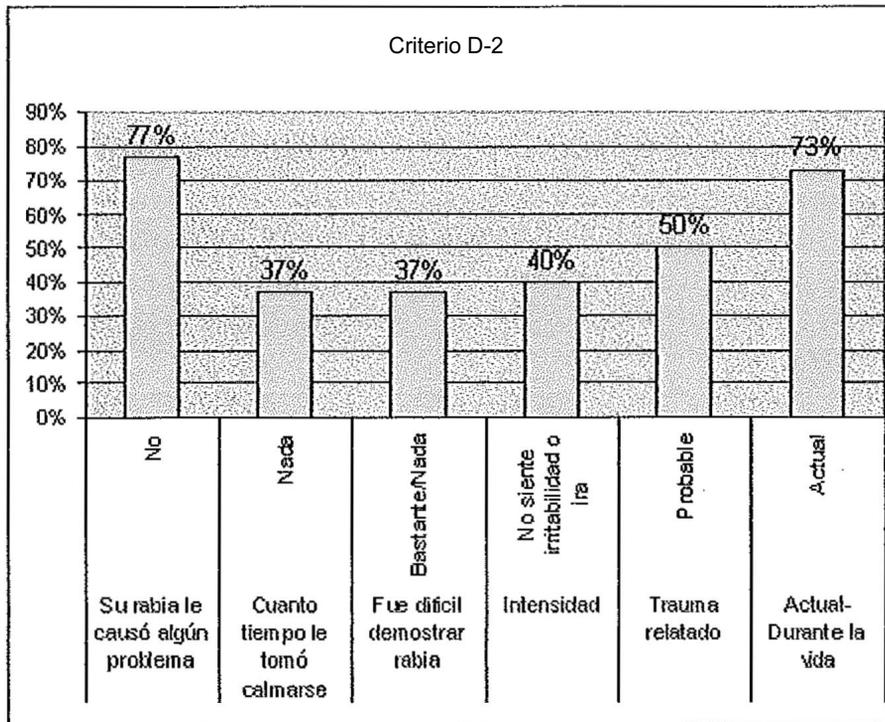


Figura 30. ítems 134, 135, 136, 137, 138,139

Estas personas han tenido momentos en que se han sentido irritables o con fuertes sentimientos de ira, especialmente con las personas que provocaron su desplazamiento, sin embargo, para el 77% de estas personas esos sentimientos de rabia no le ocasionaron problema alguno, en la mayoría de los casos no demostraron esa rabia y los que lo hacían no demoraban en calmarse, estos sentimientos se han manifestado en el mes pasado entre una o dos veces por semana, el trauma relacionado es probable en un 50%, presentándose actualmente (73%). (Ver figura 30). Aunque la violencia provoca reacciones agresivas y defensivas en las relaciones interpersonales, el alejamiento de su lugar de vida tradicional, genera en algunas personas una toma de conciencia y un alza de su autoestima, tal es el caso del aumento de número de representantes del género femenino cabeza de familia, que difícilmente retornan al campo por carencia del apoyo de un hombre en las labores cotidianas.

Criterio D-3: Dificultad de concentración.

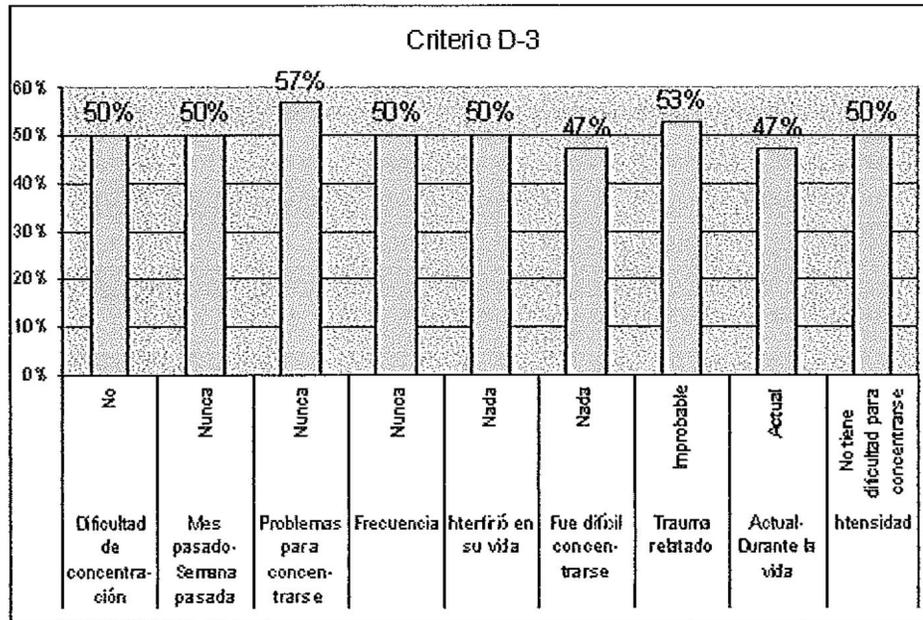


Figura 31. ítems 140, 141, 142, 143, 144,145, 146, 147, 148

El 50% de estas personas no ha tenido dificultad de concentración en el mes o semana pasada a la evaluación y por tanto no hay interferencia de esta dificultad en su vida. (Ver figura 31). No hay una dificultad de concentración para el 50% de las personas, los que la manifiestan lo hacen actualmente (47%), por tanto el trauma relatado es improbable en un 53%. Se ha demostrado que la presencia de TEPT altera el sistema de percepción, de manera que responden preferiblemente a estímulos que le recuerdan el trauma, a expensas de ser incapaces de orientar su atención hacia otros estímulos del entorno.

Criterio D-4: Hipervigilancia o exceso de atención.

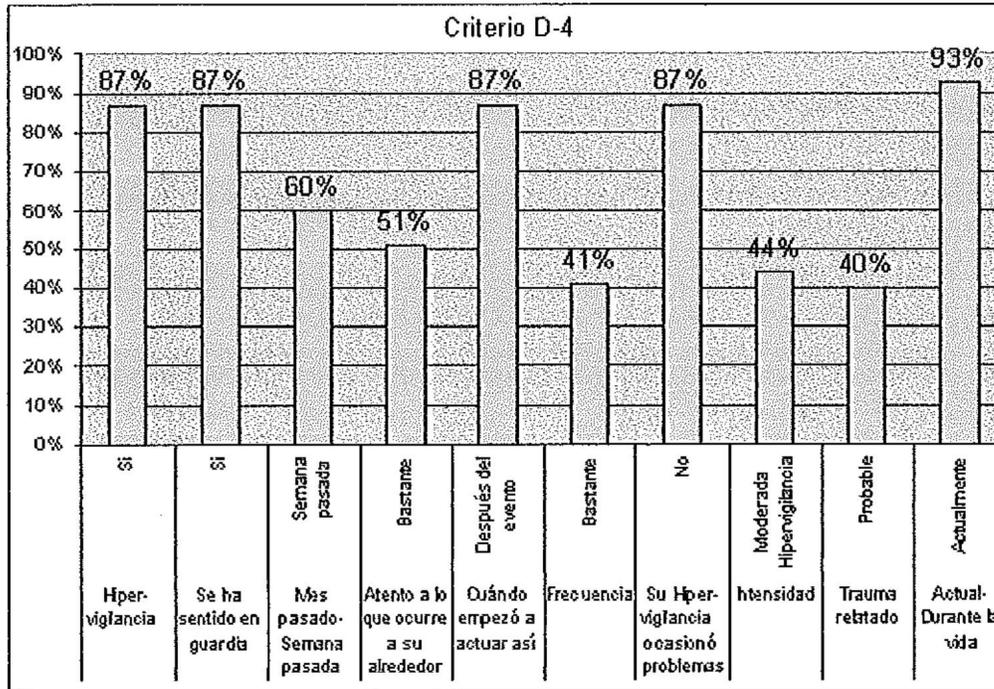


Figura 32. ítems 149, 150, 151, 152, 153,154, 155, 156,157,158

El 87% de la población ha estado especialmente alerta o atento aún cuando no había necesidad real para estarlo, se ha sentido como si estuviera constantemente en guardia durante la semana pasada y esto apareció después del evento traumático. Para estas personas fue bastante difícil estar atento a las situaciones que suceden a su alrededor, especialmente son selectivos con los lugares a donde acuden como parques, almacenes comerciales o reuniones donde concurren muchas personas ya que esto aumenta su hipervigilancia, el trauma relatado es probable en un 40% y se presenta actualmente en un 93%. Su hipervigilancia no se ocasiono problemas considerables en su cotidianidad (87%). (Ver figura 32). Los seres humanos escenifican en la mente las posibles consecuencias de sus acciones. Los pacientes sindrómicos de TEPT, debido al miedo permanente a que se activen mecanismos de alarma que tanto le

cuestan controlar, temen utilizar la fantasía para resolver un problema, ya que la mantienen constantemente ocupada en evitar nuevas intrusionas del trauma.

Criterio D-5: Respuesta exagerada de sobresalto.

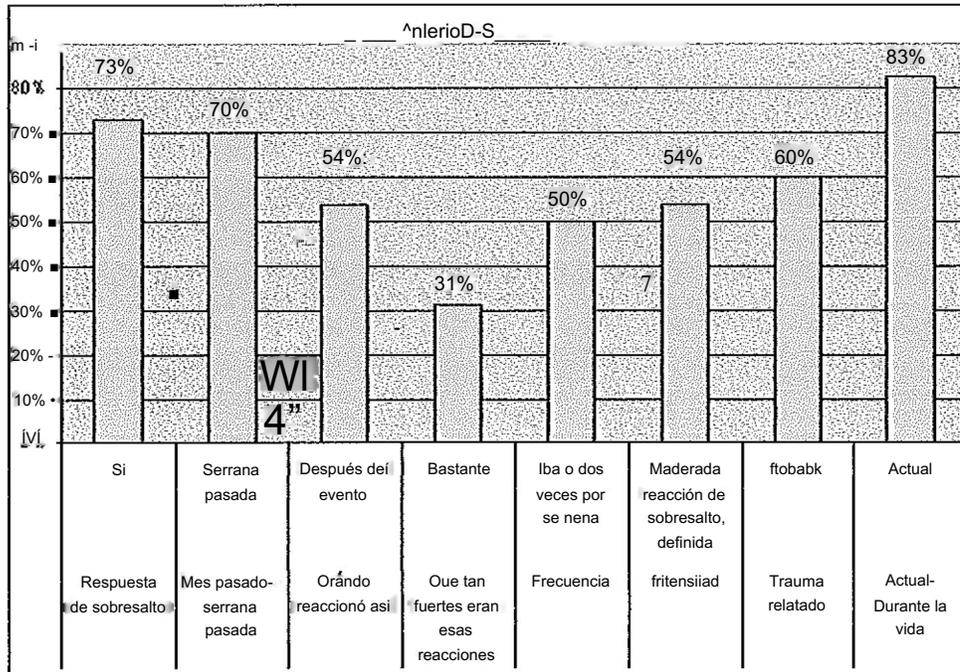


Figura 33. ítems 159, 160, 161, 162, 163,164, 165,166

En este criterio el 73% de la población ha tenido o experimentado reacciones fuertes de sobresalto como angustia, susto o miedo intenso, porque no quieren recordar o vivenciar el evento traumático de nuevo, estas reacciones se presentan frecuentemente una o dos veces por semana (50%), especialmente manifestadas después del evento (54%). Estas reacciones son bastante fuertes (31 %) y su intensidad era moderada sin dejar de estar nerviosos o asustados (54%). El trauma relatado es probable en un 60% y se presenta actualmente en un 83%. (Ver figura 33). La posibilidad de vivir nuevamente la separación o muerte de alguno de los miembros de su familia, como uno de los acontecimientos que suelen ocurrir en el marco del desplazamiento, afectan el desarrollo normal de las personas y pueden evidenciar una condición adaptativa

paranoide. El estado de alerta o de prevención, entendida como una actitud de supervivencia en un medio de conflicto y de violencia, suelen filtrarse al interior de las relaciones familiares, generando insatisfacción, agresividad y temor.

Criterio E: Duración del desorden (Síntomas en criterios B, C, D) durante más de un mes.

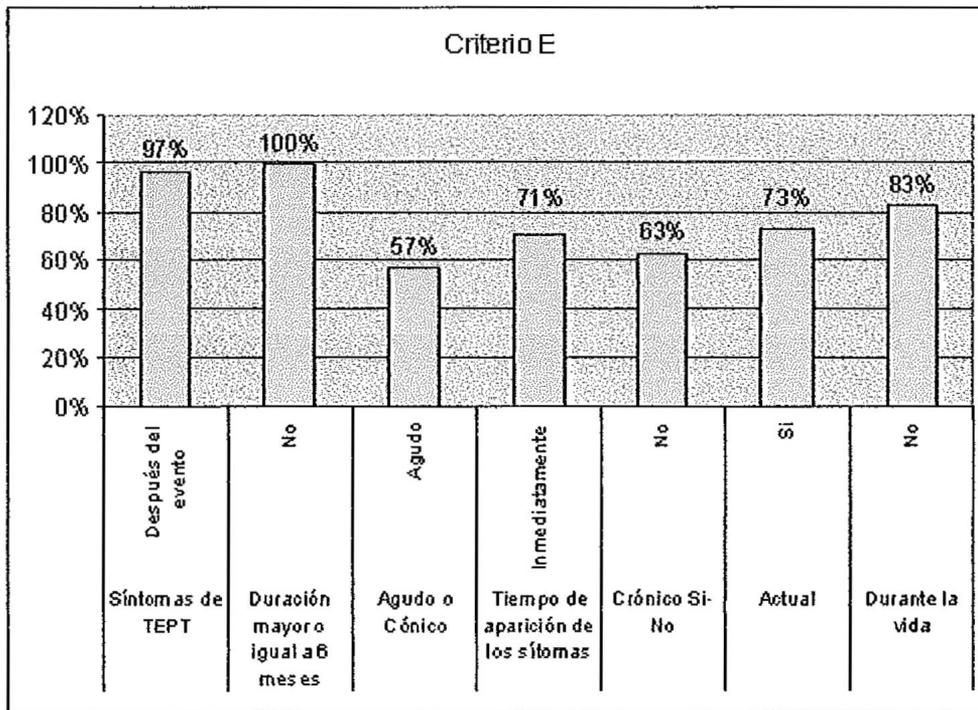


Figura 34. ítems 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Para el 97% de estas personas los síntomas aparecieron después de experimentar el evento traumático, el tiempo transcurrido para la iniciación de los síntomas fue inmediato (71%), es decir, no se demoró más de tres meses en su aparición, por lo tanto se considera un cuadro de síntomas agudo (57%). Los síntomas se presentan actualmente después de ocurrido el evento (73%), no se considera un cuadro crónico de los síntomas (63%), ya que no ha ocurrido durante toda su vida (83%). (Ver figura 34).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Criterio F: Malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

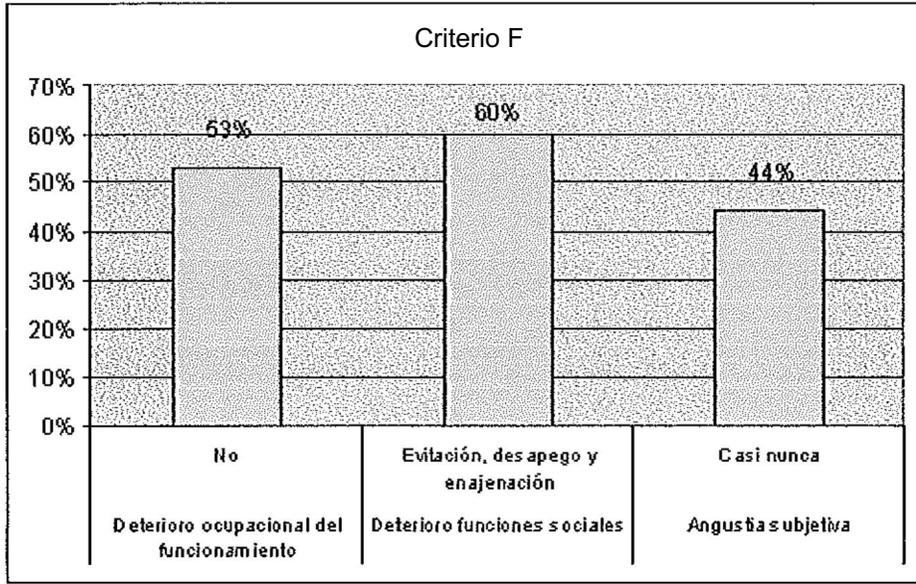


Figura 35. ítems 174, 175, 176

Este criterio muestra el deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida de las personas, encontrándose una angustia subjetiva, es decir, leve angustia, manejable en un 44%; en cuanto a sus relaciones sociales hay evitación, desapego y enajenación en un 60%. Encontrado un mínimo deterioro ocupacional (53%) y de estas funciones en general. (Ver figura 35). Debido a su origen campesino y su bajo nivel educativo, son reducidas las posibilidades de encontrar un empleo en el medio urbano, reduciéndose a ocupaciones relacionadas con la agroindustria, el sector de la construcción, la vigilancia, el servicio doméstico, entre otros. En la medida en que se restrinja sus posibilidades de trabajo, se agravará la condición social de muchos y se empeorará la situación y los conflictos sociales existentes.

Criterio F: Malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

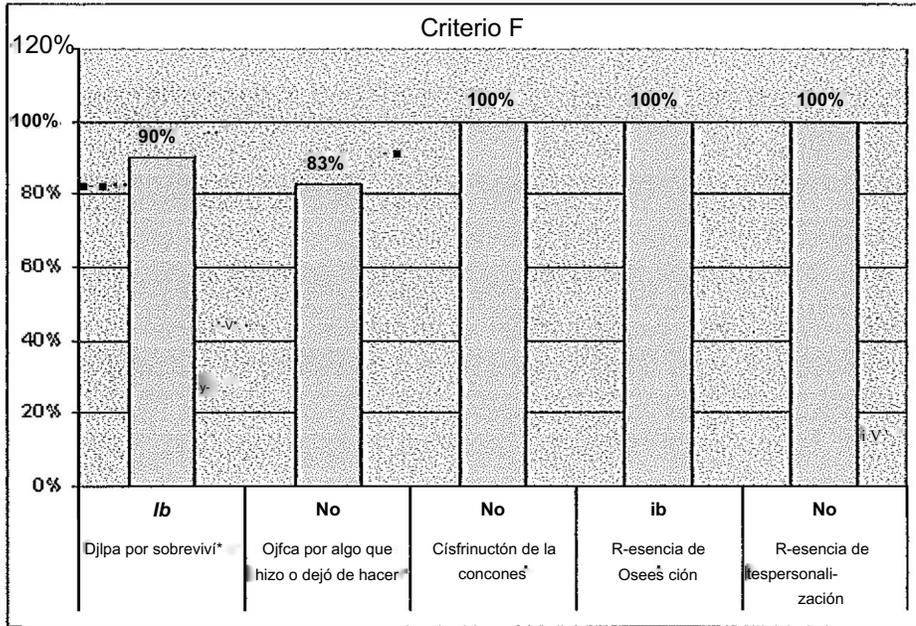


Figura 36. ítems 177, 178, 179, 180, 181

Los sentimientos de culpa por haber hecho o dejado de hacer algo mientras ocurría el evento, son mínimos (83%); el 90% de estas personas no siente culpa por sobrevivir la situación. Para concluir en el 100% de los casos no se encontró disminución de la conciencia, disociación o despersonalización. (Ver figura 36).

Discusión

En la actual investigación sobre la presencia/ausencia de estrés postraumático en desplazados por la violencia reubicados en Barrancabermeja por ASODESAMUBA, se hizo una caracterización de los síntomas del TPET, al mismo tiempo que se identificó la intensidad y la frecuencia del trastorno en la población de estudio.

Las características sociodemográficas que se tuvieron en cuenta fueron el género y la edad. El 80% de la población pertenece al género femenino y el 20% al género masculino (Ver figura 1). Las edades de las personas evaluadas comprenden rangos entre los 20 y 70 años de edad, donde el 21% es la proporción más significativa de la población y corresponde a las personas que tienen edades entre 41 y 45 años. (Ver figura 2).

Para la recolección de los datos se suministraron dos instrumentos de medición: la Escala de Trauma de Davinson (DTS) y la Escala para el TEPT administrada por el clínico CAPS. Dentro de los requisitos fundamentales para que un instrumento sea válido y confiable en una investigación está el saber si el instrumento mide verdaderamente lo que se quiere medir, en este caso la escala de Trauma de Davinson (DTS) muestra una media de 3.33, una desviación de 3.12 para un coeficiente de correlación de Pearson de 0.30, lo que indica una confiabilidad perfecta, es decir una confiabilidad de consistencia interna apropiada; por lo tanto esta investigación es de carácter veraz y confiable.

La presencia de TEPT en desplazados por la violencia es de 33%, con la presencia de algunos de los síntomas característicos del trastorno tales como Afrontamiento evaluado en el criterio A, evitación evaluado por el criterio B, e hiperactivación de los eventos traumáticos evaluado por el criterio D. (Ver figura 3).

Del total de la población femenina, el 42% está diagnosticado con TEPT, mientras que el 58% restante no presenta el trastorno. Este resultado se debe al reducido número de personas del género masculino dentro la población de

estudio, puesto que en la mayoría de los hogares, la mujer es quién acude a las reuniones convocadas por la asociación de la investigación. (Ver figura 4).

La particularidad de la comunidad evaluada es el desplazamiento forzoso, sin embargo, existen otros eventos como la exposición en zona de guerra, el experimentar amenazas para su integridad física o la de los demás y la muerte de un familiar o alguien cercano, que se constituyen también en generadores del trastorno.

Según el impacto del evento traumático los individuos presentaron respuestas emocionales como el miedo, tristeza y angustia que se manifestaron durante y después del acontecimiento, siendo percibidas por los demás. Las respuestas emocionales dependen de cómo las personas perciben el suceso, estos eventos estresores modifican el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo y les obliga a generar estrategias de afrontamiento, que se constituyen en mecanismos de defensa ante las amenazas del medio. Cuando el individuo no es capaz de afrontar estas experiencias estresoras se genera un desequilibrio que se manifiesta por un estado de activación exagerado con consecuencias neuropsicológicas, cognitivas y emocionales para el individuo, lo que dificulta su adaptación al medio.

Por otra parte, cuando el acontecimiento traumático persiste, se presentan recuerdos indeseados sobre el evento y dificultad para dormir; estos recuerdos generan angustia, que se manifiestan durante el sueño y aún en los momentos de vigilia generando bastante inconformidad porque son difíciles de sacarlos de la mente, incapacitando a las personas para lograr su desarrollo individual y colectivo deteriorando con el paso del tiempo la capacidad para buscar el bienestar propio.

Adicional a esto, los sujetos experimentaron irritabilidad o ataques de ira y reacciones fisiológicas; estas reacciones son frecuentes en la vida cotidiana de los individuos desplazados, debido al alto nivel de ansiedad al que estuvieron sometidos durante y después de la exposición al suceso desencadenante del trastorno. Las personas presentan respuestas somáticas muy intensas ante estímulos ajenos al evento traumático y por tanto perciben su entorno como

algo hostil y peligroso en el que se tienen que enfrentar a problemas como la falta de trabajo, el clima, la movilidad ciudadana, el abuso y el rechazo por parte del medio receptor, factores negativos que a su vez generan sentimientos de rabia, resentimiento, deseos de venganza, baja autoestima.

Ante la imposibilidad de satisfacer sus necesidades y las de su familia se generan comportamientos agresivos permitiendo hacer una distinción entre agresores y agredidos. Estos patrones de violencia son replicados en diferentes espacios sociales y familiares.

Otra manifestación del TEPT es la evitación, ya que el individuo empieza a sentirse acosado por el acontecimiento traumático y siente que mucho del medio que le rodea está relacionado y evoca los hechos, evitando así lugares, personas, ya que a cualquier sitio al que vaya encontrará situaciones que le recuerdan lo que no quiere recordar. Las personas afirmaron que algunas veces se han alejado de sus amigos y familiares intentando escapar de la difícil realidad que les obligaron a vivir.

Al contrario de lo que ellos quisieran, consideraron que recuerdan detalladamente los episodios acontecidos. La mayoría de las personas presentan reexperimentación, es decir, que los recuerdos del acontecimiento no han sido modificados, mantienen en el presente los recuerdos del suceso desencadenante y el evento no ha adquirido la calidad de pasado.

Dentro los resultados se encontró que en la población hay una ligera pérdida del interés, aunque probablemente logren disfrutar de algunas actividades a medida que las inician; Al sufrir los rigores que implica el desplazamiento, las personas experimentan una notable pérdida de la capacidad y autonomía de apropiarse de un medio que es totalmente desconocido y el cual no les pertenece, padeciendo diversas dificultades.

Los sujetos estudio manifestaron escaso interés en actividades que antes solían realizar como el descanso y la diversión, limitándose algunas veces por motivos económicos. Su calidad de vida, se ve afectada por las circunstancias, y se orienta hacia lo fundamental, la supervivencia.

Otros de los cambios en la personalidad de los desplazados es la dificultad que tienen para expresar con palabras sus propios sentimientos. Aunque el trauma suele acompañarse de intensos sentimientos de humillación y vergüenza las víctimas no pueden percibirlo debido al mecanismo de defensa de la negación.

Estas personas no saben cuanto tiempo vivirán, pocas veces encuentran nuevas opciones de subsistencia lo que dificulta la dinámica de su realidad actual, imposibilitando la planeación y reconstrucción de su vida.

Existe una marcada dificultad para dormir, dormían menos horas de lo acostumbrado, se despertaban con facilidad pero conciliaban el sueño rápidamente. Cuando se desencadena el trastorno de TEPT, se produce en el individuo alteraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC), afectando los sistemas de activación y procesamiento de la información provocando insomnio, sueño fragmentado o liviano y muchas veces dificulta la conciliación el sueño.

La mitad de los casos experimentaron dificultad para concentrarse en actividades que realizan pero sin interferir en sus vidas. Se ha demostrado que la presencia de TEPT altera el sistema de percepción, de manera que los individuos responden preferiblemente a estímulos que le recuerdan el trauma, a expensas de ser incapaces de orientar su atención hacia otros estímulos del entorno.

La mayoría de las personas han estado especialmente alerta o atento aún cuando no había necesidad real para estarlo, y se han sentido como si estuvieran constantemente en guardia. Para estas personas fue bastante difícil estar atento a las situaciones que suceden a su alrededor, especialmente son selectivos con los lugares a donde acuden como parques, almacenes comerciales o reuniones donde concurren muchas personas ya que esto aumenta su hipervigilancia; además de experimentar reacciones fuertes de sobresalto como angustia, susto o miedo intenso.

Como consecuencia del desplazamiento se encontró que hay un mínimo deterioro en las áreas social, laboral o de otras áreas importantes en la vida de las personas, generando una angustia subjetiva manejable; en cuanto a sus

relaciones sociales presentaron evitación, desapego y enajenación. En la medida en que se restrinja sus posibilidades de trabajo, se agravará la condición social de muchos y se empeorará la situación y los conflictos sociales existentes.

No hay sentimientos de culpa por haber hecho o dejado de hacer algo mientras ocurría el evento, estas personas no sienten culpa por sobrevivir a la situación. Para concluir, en la totalidad de los casos no se encontró disminución de la conciencia, disociación o despersonalización.

Retomando el problema objeto de esta investigación sobre la presencia/ausencia de TEPT en la comunidad de desplazados pertenecientes a ASODESAMUBA, de la población total diagnosticada con TEPT, el 50% de la población total diagnosticada con el TEPT presenta el trastorno de forma aguda, puesto que sus síntomas son repetitivos y con una duración menor de tres meses, y el otro 50% de la población presenta el trastorno de forma crónico, es decir, con síntomas fluctuante que alteran la personalidad del individuo y su tiempo de duración es mayor o igual a seis meses. (Ver figura 5). Según el DSM-IV; el tipo de síntoma asociado al cuadro clínico de TEPT varía de unas personas a otras, en general el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano.

Entre los datos arrojados por la Escala para el TEPT administrada por el clínico CAPS se analizó que los criterios con mayor prevalencia son la reexperimentación en un 97%, (ver figura 10), y la presencia de flashbacks (recuerdos involuntarios) en un 87%, (ver figura 13).

Los criterios con menor prevalencia fueron: la incapacidad para recordar algunos eventos importantes del trauma 3%, (ver figura 21), la presencia de respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan aspectos del acontecimiento traumático en un 3%, lo que genera aislamiento y cierto embotamiento afectivo.

De los factores asociados, la presencia de sentimientos de culpa por sobrevivir al evento traumático 10%, (ver figura 36), y los sentimientos de culpa

acerca de algo que hizo o dejó de hacer durante el suceso traumático 17%, (ver figura 36), se presentan sentimientos de indefensión frente los hechos en los que fueron vulnerados sus derechos y los derechos de los suyos.

Finalmente, la presencia de TEPT, es una de las consecuencias del desplazamiento forzado que genera deterioro del funcionamiento individual, familiar y social de los sujetos. El desplazamiento no es fenómeno que pueda solucionarse con el apoyo de buenas intenciones, obliga a los ciudadanos a ser parte de las políticas de apoyo para las víctimas, no solo del campo sino también de las ciudades y las zonas marginales quienes a diario sobreviven a las angustiosas tragedias humanas que tienen origen en el conflicto armado y la violencia.

Retomando la perspectiva de la escuela cognitivista; se considera que la violencia vulnera estructuras subyacentes que están íntimamente relacionadas con la organización biológica del cerebro, el significado del mundo del sujeto está determinado por los esquemas internos de su propia mente, los cuales deben modificarse para cambiar su realidad. En las relaciones postraumáticas, se asume que la experiencia ha trastornado estos esquemas y es necesario que el sujeto progrese más allá de la experiencia y los modifique. Para ello debe confrontar la negación y la evasión de las experiencias vividas, examinarlos y revivirlos hasta que hayan sido procesados y neutralizados. Restrepo, (1994).

Para realizar una síntesis de los resultados generales del CAPS, se hace una descripción de las categorías de cada escala de frecuencia e intensidad y se realizará un cuadro de los síntomas presentes; para establecer diagnóstico de estrés postraumático se necesita de un síntoma del Criterio B, tres síntomas del Criterio C y dos síntomas del criterio D.

El Criterio B-1: Se presentó una alta frecuencia en el síntoma pero una moderada intensidad; es decir que se presenta varias veces a la semana, con angustia claramente presente pero todavía manejable y alguna interrupción de las actividades.

El Criterio B-2 la población presento sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento con una baja frecuencia de una o dos veces y con una intensidad Moderada, las personas se despiertan con angustia pero vuelven rápidamente a dormir.

El Criterio B-3 la frecuencia de las sensaciones de que el acontecimiento traumático está ocurriendo se describe como baja, ya que se presentó una o dos veces con una intensidad del recuerdo moderado, definitivo pero de tipo trascendental y disociativo.

El Criterio B-4 el malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático tiene una baja frecuencia y su intensidad es poca con interrupción de algunas actividades.

El Criterio B-5 la presencia de respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan y recuerdan un aspecto del acontecimiento presenta una frecuencia de una o dos veces por semana y una intensidad severa, con marcada reacción física claramente presente que puede ser soportada a través de la exposición al evento.

El Criterio C-1 los esfuerzos para evitar sentimientos, pensamientos o conversaciones asociadas con el trauma se describe con una frecuencia de una o dos veces por semana con una intensidad moderada y algún esfuerzo de abstinencia claramente presente alguna interrupción de las actividades.

El Criterio C-2 la frecuencia de los esfuerzos para evitar actividades lugares o personas que motivan recuerdos del trauma es baja con una descripción e una o dos veces y con una intensidad moderada, con la presencia de algún esfuerzo de abstinencia definitivamente presente y alguna interrupción de las actividades.

El Criterio C-3 no hay frecuencia ni intensidad de la incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

El Criterio C-4 la disminución del interés o participación en actividades no es significativa ya que presenta una frecuencia de la disminución de pocas

actividades (menos del 10%) con una intensidad descrita con una ligera pérdida del interés; probablemente disfrutaría después de comenzada la actividad.

El Criterio C-5 la presencia de la sensación de desapego o enajenación frente a los demás no posee frecuencia ni intensidad, es decir que la población no se aisló frente a otras personas.

El Criterio C-6 la frecuencia y la intensidad de la incapacidad para expresar sentimientos es baja. No es significativa.

El Criterio C-7 la frecuencia de de la sensación de no tener futuro fue baja al igual que la intensidad. No tiene significancia.

El Criterio D-1 las personas presentaron una frecuencia alta, dificultad para dormir una o dos veces por semana, con una intensidad severa y dificultad marcada para dormir.

El criterio D-2 la población no presentó una frecuencia de irritabilidad o ataques de ira ni intensidad.

El Criterio D-3 no se presentó problemas de concentración respecto a la frecuencia ni a la intensidad.

El Criterio D-4 la presencia de hipervigilia en frecuencia se presentó bastante entre 50-60% con una intensidad moderada, atento en público.

El Criterio D-5 la respuestas exageradas de sobresalto presenta una frecuencia de una o dos veces por semana y una intensidad moderada, con reacciones de sobresalto definidas y se sienten asustadizos o nerviosos.

Tabla 2.

Síntomas Prevalentes Evaluados por CAPS

CRITERIO	CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
B-1	Respuestas fisiológicas a la exposición	Recuerdos repetitivos de la situación que provoca malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos y percepciones.
B-2	Respuestas fisiológicas a la exposición	Sueños repetitivos sobre el acontecimiento que producen angustia.
B-3	Respuestas fisiológicas a la exposición	Sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertar o al intoxicarse.
B-4	Respuestas fisiológicas a la exposición	Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o rememoran un aspecto del acontecimiento traumático.

CRITERIO	CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
B-5	Respuestas fisiológicas a la exposición	Respuestas fisiológicas como cambios en el ritmo cardiaco, la respiración, sensación de temblor o tensión al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan y recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
C-1	Cognitivo Emocional	Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el trauma.
C-2	Cognitivo Emocional	Esfuerzo para evitar ciertas actividades, lugares o personas que le recuerdan la situación.
C-4	Cognitivo Emocional	Significativa disminución del interés o la participación en actividades que antes solía disfrutar.
D-1	Hiperarousal Reacción Fisiológica	Presencia de problemas para conciliar el sueño.

CRITERIO	CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
D-4	Hiperarousal Reacción Fisiológica	Hipervigilancia o excesiva atención aún cuando no había necesidad real para estarlo, representa un gasto a nivel fisiológico.
F-1	Deterioro Social	Alteraciones que Provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

REFERENCIAS

- Alabaster, E; (2001) Diagnóstico diferencial del Estrés Postraumático. Argentina, Meditar.
- Álvarez, M; (1998). Desplazamiento y Reubicación. Procuraduría General de la Nación-Ministerio de Salud. Bogotá.
- American Psychological Association (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). España, Masson, S.A.
- Bobes, J.; Bousoño, M.; Calcedo, A.; González, M. (2000). Trastorno de Estrés Postraumático. Barcelona, España. Editorial Masson, S.A.
- Bownes, O.Gorman y Sayers, (1990). Prevalencia de TEPT en víctimas de Violaciones. Editorial Prentice Hall. Tercera edición.
- Cahill, L., (1994). Adrenergic activation and memory for emotional events. Center of the neurobiology of learning and memory, Universidad de California.
- Camilo, G. (2002). La Situación de la Salud Mental en Colombia. Corporación AVRE. Colombia.
- Carlson, N. (1997). Fundamentos de psicología fisiológica. Editorial Prentice Hall. Tercera edición.
- Carreño, E. (2001). El desplazamiento forzado en Colombia análisis y propuestas de la coordinación nacional de desplazados y ONG'S. (1 Ed) Bogotá. Publicación Colectiva.
- Castaño, B.L. (1994). Violencia Sociopolítica en Colombia. Repercusión en la Salud Mental de las Víctimas. Bogotá: Corporación AVRE.
- Ceipa. (1995). Violencia y Estructura Psíquica.
- Chávez, M.; Padilla.; Inzunza M. & Alcyone S.A. de C.V., TRADS). México, D.F., Manual Moderno (Trabajo original publicado en 1952). American Psychological Association (1994). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. (4.Ed.)
- CODHES. (1998). Informe No 16.
- Conferencia Episcopal. (1998).

- Constitución Política de Colombia (1991). Santa fe cie Bogotá : Ediciones Emfasar.
- Cruz Roja Colombiana, Comité Internacional de la Cmz Roja. (1997). Asistencia a Víctimas de la Violencia. Bogotá.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (Diciembre 10 de 1948). Adaptada y proclamada por la resolución de la Asamblea General 217ª (III). Departamento Nacional de Planeación. (1999). Plan de acción para la prevención y atención del desplazamiento forzado. Bogotá.
- DIAL. (1999), No 1.Desplazamiento, Desarrollo, Derechos Humanos. Arfo. Ltda
- Donnelly, C.; Posttraumatic Stress Disorder. (1998). American Pshychiatric Press. Washington.
- Dorsch, S. (1996). Diccionario de Psicología. (7 Ed.). Barcelona, Herder.
- Encuentro de víctimas de la violencia en Colombia. Población desplazada y campesina Región Nororiental (2002). Memorias. Bucaramanga.
- Éxodo. (1998). Boletín sobre el Desplazamiento Interno en Colombia. No 8.
- Ferenczi, S., Abraham, K.,Simmel, E., Jones, E., Citado por Freud, S. (1921). Psychoanalysis and the war neurosis. London: int Psycho-analytical Press. Disponible en www.psychematters.com/bibliografies/ferenczi.
- Ferreri (1995). El estrés, de la Psicopatología al enfoque terapéutico. Europa Press (EP).
- Foa. E.B., Steketee, G., Rothbaum, B.O., (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. Behavior Therapy. Disponible en www.minoava.umn.edu/syl/frazisyl.html.
- Freud, S., (1920). Más allá de! principio del placer. St. Edit., vol. XVIII, p. 60.
- Grinker, Spiegel. (1945). Tratamiento de estrés postraumático en excombatientes. Madrid: Pirámide.
- Hendin, Haas (1991). What is Post-traumatic Stress Disorder? (PTSD). Sidran Foundation 2000. Disponible en www.sidran.org/ptsdbrochlire.html.
- Informe E/CN. (2001) 4/2001/15*20. Informe sobre el desplazamiento forzado en Colombia. Bogotá.

Instituto de Estudios del Ministerio Público de Colombia (2000).

Kaplan, Sadock. (2000). Sinopsis de Psiquiatría. (8 Ed). Madrid, España:
Editorial Médica Panamericana.

Kilpatrick (1987). Estudio investigativo de niños y adolescentes abusados sexualmente.

Disponible en www.ipce.info/library/3/files/rind/rind_based_intro.htm

Lazarus, R.S y Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Doping. Nueva York.
Springer.

Merril, F. (1997). Control de estrés para la salud mental. (2da Ed.). México:
Grupo Iberoamericano.

Naciones Unidas para los Refugiados en Colombia (ACNUR) y Defensoría del
Pueblo. (2001). Principios Rectores de los Desplazamientos Internos. Bogotá.
Fotoletras Ltda.

Naciones Unidas para los Refugiados en Colombia (ACNUR) y la Red de
Solidaridad Social. (1999). Ley 387 del 18 de julio de 1997. Bogotá. Fotoletras
Ltda.

Ogata, S., (1993). El derecho a la residencia. (No. 80).

O'Carroll RE; Drysdale E; Cahill L; Shajahan P; Ebmeier KP (1999) Stimulation of the noradrenergic system enhances and blockade reduces memory for emotional material in man. Psychol Med.

Organización de las Naciones Unidas. (1954). Convención sobre el Estatuto de Refugiados.

Organización Mundial de la Salud. (1997). La Salud Mental de los Refugiados.
Ginebra.

Penk, W.E., Peck, R.F., Robinowitz, R., Bell, W., Little, D., (1987). Among Vietnam combat veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder.

Disponible en www.goggle/penk/robinowitz.html.

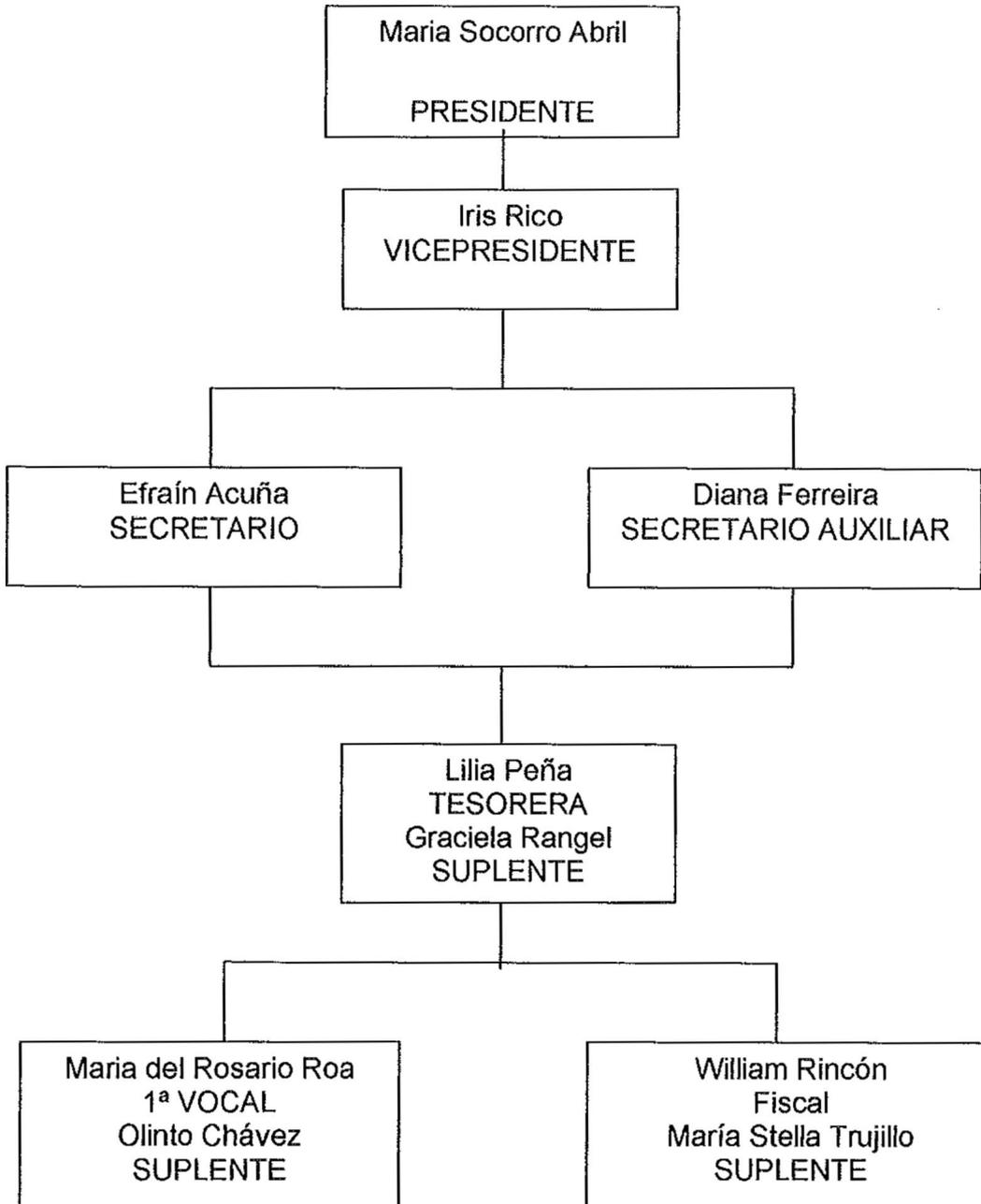
Pérez, D. (2000). El Desplazamiento en Colombia durante el Gobierno de Pastrana. Centro de Investigación y Educación popular CINEP. Bogotá.

- Pérez, J. (1996). Los derechos en Colombia. Santa fe de Bogotá: Editorial Leyer.
- Ritman, R. K. (1997) Overview of biological themes in PTSD. Citado por: Yehuda, R. y McFarlane, A. Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 821.
- Pynoos, R (1989). Prevención psiquiátrica después del desastre. Washington: U.S. American Psychiatric Press.
- Red de Solidaridad. (1999). Informe.
- Restrepo, L.C. (1994). Salud Mental e Insurgencia Ciudadana. En revista Avenefix. Vol 1 No 3. Fundación Social CEDAVIDA. Bogotá.
- Revista de Psicoanálisis. (2000).
Disponible en www.aDerturas.org/6neurociencia.html
- Rodríguez, J. (1997). Los derechos fundamentales en Colombia. Santafé de Bogotá: Editorial Leyer.
- Rojas, J.E. (1997). Desplazamiento Forzado, Conflicto Social Derechos Humanos. Seminario de Desplazamiento Forzado y Conflicto Social en Colombia. Bogotá.
- Ruiz Solís, S., Mingóte, C., Gonzalo, A., y cois. (2000). Aproximación neurobiológica al trastorno de estrés postraumático. Archivos de Psiquiatría, vol. 63, No. 3.
- Sabino, C., (1980). El proceso de investigación. Bogotá. Editorial el Cid.
- Sampieri, Fernández y Baptista. (1998). Metodología de la investigación. México : Me Graw Hill.
- Sánchez, D. (2001). Comportamiento y Tendencias del desplazamiento en Colombia. Bogotá.
- Sarasúa (1991), Trastorno por estrés postraumático. Revista electrónica de Psicología. Vol. 3. No. 3. Enero 2000.
Disponible en www.Psiquiatria.com/psicologia/revista3.htm
- Summerfield, D. (1998). The Social Experience of War and soo Issues for the Humanitarian Field. En Rethinking the Trauma of War. Londres.

- Skinner, B. (1982). Contingencias de Reforzamiento. México. Editorial Trillas.
- Valencia. (1994). El Desplazamiento Forzoso en Colombia. Bogotá.
- Vélez, B y Cois. (1998). Salud, Conflicto Armado y Desplazamiento. En Salud un Enlace de Paz. Bogotá.
- Vergel, C. (2001). El Problema de la Tierra y el Desplazamiento Forzado en Colombia. Bogotá.
- Weisaeth, L. (1985). Desorden por estrés Postraumático después de un Desastre industrial: Prevalencia, etiología y pronóstico. New York. Plenum.
- Yabur, O.L. Estudio del estrés postraumático en población desplazada registrados en Zona Norte de Bucaramanga. (2002).
- Yehuda, R. (1997). Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic Stress Disorder. Citado por :Yehuda, R. y McFarlane, A Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 821.

Apéndices

Apéndice A. Organigrama de la institución ASODESAMUBA



ASODESAMUBA

Apéndice B. Programa

PROGRAMA DE AYUDA PSICOSOCIAL ORIENTADO A LA POBLACIÓN DE ASODESAMUBA

Objetivos

Objetivo General

Colaborar en el proceso de rehabilitación emocional, familiar y del tejido social de la población que pertenece a ASODESAMUBA, con el fin de reducir el impacto del desplazamiento forzado y generar expectativas que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida.

Este programa está dirigido a toda la población, principalmente a la infantil y adolescente ya que es la más vulnerable ante los sucesos ocurridos en su entorno familiar y en su lugar de origen y a través de los hijos llegar a la población adulta que se encuentra afectada.

Este programa se adaptará de acuerdo a las demandas de la población y al tiempo acordado con la institución.

Objetivos Específicos

1. Crear pequeños grupos de trabajo de acuerdo a sus edades.
2. Organizar espacios para que los niños y adolescentes puedan expresar y compartir sus vivencias.
3. Establecer grupos y métodos de estudio que permitan el mejor desempeño en sus actividades escolares.
4. Desarrollar actividades lúdicas que les permita descubrir sus destrezas y habilidades, además de que se constituyan en una herramienta de trabajo y de entretenimiento. (Artes plásticas con material reciclable, danza, teatro, pintura).
5. Trabajar talleres de formación personal, familiar y social, con temas como: valores, educación sexual, consumo de sustancias psicoactivas, autoestima, autoconcepto, respeto, violencia intrafamiliar, abuso sexual, comunicación asertiva; entre otros, que surgirán de las inquietudes de los mismos y de la comunidad en general.

6. Realizar talleres de padres y talleres de padres e hijos, con temas como:
Pautas de crianza, comunicación, solución a conflictos de pareja, violencia intrafamiliar, para que los padres se involucren en el desarrollo de la personalidad de sus hijos.
7. Abrir espacios para la intervención psicológica a nivel individual, familiar o grupal para casos que así lo ameriten, con el fin de promover el trabajo del psicólogo en la comunidad.

Este programa se desarrollará bajo los parámetros de tiempo y lugar estipulados por la junta directiva de ASODESAMUBA.

JNAB - BIBLIOTECA MEDICA