

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales, Humanidades y Artes
Facultad de Psicología

IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
POBLACIÓN DESPLAZADA EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA



Trabajo de Grado para optar el título de
PSICÓLOGO

UNAB		UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA	
VENDEDOR	20 JUN 2003	CLASIFICACION	T6/37.03 B928i e.1
PRECIO	\$30.000.000 =	NO. DE INVENTARIO	054854

Presentado por
Claudia Patricia Bueno Castellanos
Rocío del Pilar Toscano Ríos

Bajo la Dirección de
Dr. Edgar Gerardo Alejo Castillo

Bucaramanga, Junio del 2003

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	
IDENTIFICACION DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN DESPLAZADA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA	1
Problema	2
Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Marco Teórico	8
Antecedentes de Investigación	8
Psicología de los Desastres	11
Las Víctimas	13
Las Consecuencias Emocionales de los Desastres	14
Fases de los Desastres	16
El Estrés en Víctimas de los Desastres	19
Trastorno de Estrés Postraumático	20
Tipos de estrés	24
Forma Aguda	24
Forma Crónica	24
El TEPT Atípico	25
El TEPT Retardado	25
Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial	26
Curso, Evolución y Pronóstico	30
Prevalencia	31

Factores de Riesgo	32
Método	35
Tipo de Investigación	35
Participantes	35
Población	35
Muestra	36
Instrumentos	36
Propiedades Psicometricas del CAPS	37
Propiedades Psicometricas de la Escala de Trauma Davidson (DTS)	39
Procedimiento	40
Fase 1	40
Fase 2	41
Fase 3	41
Resultados	42
Validez de los Instrumentos DTS y CAPS	42
Caracterización Sociodemográfica	43
Presencia y Características del TEPT según DTS	46
Presencia y Características del TEPT según el CAPS	51
Análisis Cualitativo del CAPS	56
Caracterización de la Sintomatología del TEPT en la Población	56
Discusión	87
Referencias	95
Apéndices	102

Lista de Tablas

Tabla 1. Registro de la Población Desplazada que Ingreso a la Cruz Roja Nacional en el Periodo de Marzo a Junio del año 2002	35
Tabla 2. Instrumentos Aplicados	36
Tabla 3. Criterios Diagnósticos del DSM-IV para evaluar el TEPT Según el DTS	38
Tabla 4. Correlación Género y Nivel Educativo	43
Tabla 5. Correlación Género y Estado Civil	44
Tabla 6. Correlación Género y Tiempo Desplazamiento	45

Lista de Figuras

Figura 1. Ausencia y Presencia del TEPT según el DTS	46
Figura 2. Presencia del TEPT según Género	47
Figura 3. Comparación de los síntomas del TEPT en la población	48
Figura 4. Ausencia y Presencia del TEPT según el CAPS	51
Figura 5. Presencia del TEPT según Género	52
Figura 6. Comparación de los síntomas del TEPT en la población	53
Figura 7. Criterio A: Tipo de Evento Traumático	57
Figura 8. Criterio B: Reexperimentación por medio de Recuerdos	59
Figura 9. Forma de Recuerdo	60
Figúralo. Nivel de Angustia Generada por los Recuerdos	61
Figura 11. Reexperimentación por medio de Sueños	62
Figura 12. Contenido de los Sueños	62
Figura 13. Irrupción del Sueño	63
Figura 14. Reexperimentación a través de Flashbacks	64
Figura 15. Tipos de Flashbacks	64
Figura 16. Malestar Psicológico Intenso	65
Figura 17. Tipos de Recuerdos	65
Figura 18. Respuestas Fisiológicas	66
Figura 19. Tipo de Respuesta Fisiológica	67
Figura 20. Criterio C: Evitación de Estímulos	68
Figura 21. Tipo de Evitación	69
Figura 22. Evitación de Actividades, Lugares o Personas	70
Figura 23. Tipo de Evitación	71
Figura 24. Incapacidad para Recordar	72
Figura 25. Disminución de Interés y Participación	73
Figura 26. Pérdida de Interés	74
Figura 27. Sensación de Desapego	74
Figura 28. Sensación de Desapego frente a Otros	75
Figura 29. Restricción de la Vida Afectiva	75
Figura 30. Dificultad en las Relaciones Interpersonales	76

Figura 31. Sensación sobre el Futuro	77
Figura 32. Criterio D: Dificultad para Dormir	78
Figura 33. Irritabilidad o Ataques de Ira	78
Figura 34. Irritabilidad hacia sí Mismo o hacia Otros	79
Figura 35. Dificultad de Concentración	80
Figura 36. Dificultad de Concentración en Actividades	80
Figura 37. Hipervigilancia	80
Figura 38. Sensación de Hipervigilancia	81
Figura 39. Reacción Fuerte de Sobresalto	81
Figura 40. Lugar de Sobresalto	82
Figura 41. Criterio F: Malestar Clínicamente Significativo	82
Figura 42. Deterioro Ocupacional	83
Figura 43. Deterioro en las Dimensiones Personales	84
Figura 44. Sentimientos de Culpa	85
Figura 45. Disminución de la Conciencia	86
Figura 46. Despersonalización	86

Lista de Apéndices

Apéndice A.	Criterio para el diagnóstico del TEPT	103
Apéndice B.	Validez del Screening frente al CAPS	105
Apéndice C.	Análisis Psicométrico del DTS	106
Apéndice D.	Análisis Psicométrico del CAPS	111
Apéndice E.	Prueba CAPS	113
Apéndice F.	Prueba DTS	114
Apéndice G.	Formato para evaluar variables demográficas	117

Resumen

La presente investigación identificó la prevalencia del trastorno de Estrés Postraumático en la población desplazada que ingresa a los servicios de ayuda humanitaria de la Cruz Roja Colombiana en la casa de Justicia de Ciudad Norte del área metropolitana de Bucaramanga. La población de Estudio es un N=150, participando 30 sujetos en la fase de validación y 120 en la fase de aplicación de los instrumentos. Las pruebas utilizadas para realizar la evaluación del trastorno fueron CAPS (Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV) y la Escala de Trauma de Davidson (DTS), las cuáles se aplicaron y validaron, se halló un coeficiente de confiabilidad por encima de .88 y un coeficiente de correlación para las dos escalas de .6. Se llevó a cabo análisis de validez de constructo por medio de validez factorial confirmatorio y se encontró consistencia entre los factores descritos por el DSM-IV y los factores medidos por las pruebas. Se halló una prevalencia del trastorno de 74.7% en la población de estudio de los cuales 42% son mujeres y el 32.7% son hombres.. Se caracterizó la presencia del trastorno por medio de la construcción de categorías de análisis a partir de la información cualitativa arrojada por los instrumentos. Se encontró que el evento traumático más frecuente en los sujetos de estudios son los asesinatos y desapariciones de sus familiares y el síntoma con mayor presencia es la reexperimentación por medio de pensamientos y sentimientos; así mismo la forma de evitación con mayor frecuencia es la evitación de estos pensamientos y sentimientos. Se identificó que la población diagnosticada con TEPT experimenta malestar clínico significativo vivenciado es la presencia de los criterios de afrontamiento, reexperimentación, evitación y activación de los eventos traumáticos.

El presente proyecto hace parte del semillero de investigación Estrés Postraumático de la Facultad de Psicología, dirigida por el Docente Edgar Alejo Castillo. Dicha investigación se encuentra acreditada por Colciencias.

IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN
DESPLAZADA DE BUCARAMANGA

La población Colombiana ha estado sometida a numerosas formas de violencia a lo largo de su historia, que la hacen protagonista de episodios de terror y destrucción ocasionando transformaciones en los sistemas sociales, familiares e individuales. Estas transformaciones se manifiestan a través de deficiencias en la salud mental y física de sus víctimas desmejorando su calidad de vida y deteriorando sus mecanismos de afrontamiento.

Una consecuencia de esta violencia generalizada es la situación de desplazamiento que deben enfrentar las víctimas de violencia directa o indirecta del conflicto armado. El desplazamiento obliga a los individuos a movilizarse inesperadamente y de manera abrupta sin oportunidad de organizar su partida, llevando con la migración el impacto de afrontar hechos violentos como amenazas de muertes, heridas serias, desapariciones, asesinatos y torturas que generan sentimientos de pérdida, incertidumbre y desesperanza en quienes deben afrontarlo. Este tipo de sensaciones que en la mayoría de casos no son reconocidas por la víctima hacen que ésta, además de llevar el peso de haber sido desplazada, lleve también consigo cambios inesperados e incomprensibles que afectan su funcionamiento normal, tales como sentimientos de soledad, pérdida de la identidad y ruptura de la red de apoyo social. Esta serie de cambios hacen que las personas se encuentren en mayor vulnerabilidad de padecer alteraciones mentales que impiden la creación de estrategias de adaptación necesarias en su nueva condición de desplazados. Debido a esto se hace indispensable un abordaje desde la salud mental para realizar una evaluación real de las características psicológicas de esta población y establecer directrices de intervención que permitan el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Problema

El desplazado es aquella persona o grupo familiar forzado a emigrar en el interior del país, dejando su lugar de residencia y trabajo porque su integridad física ó sus vidas han sido amenazadas por un evento violento (IIDH, 1993). Al ser objeto de actos como torturas, desapariciones, represiones o amenazas, el individuo desplazado experimenta un conjunto de emociones que van desde ira, impotencia y frustración; hasta miedo, tristeza y depresión, las cuáles debe asumir sin importar si las comprende, elabora o no. Esto hace que la situación de desplazamiento genere cambios en el ámbito social, familiar e individual de las personas que deben enfrentarlo.

En el aspecto social, el desplazamiento destruye el tejido social constituido por las relaciones, roles, hábitos comunes de comunicación, patrones culturales de interacción y funciones de cada miembro de la comunidad, impidiendo que el grupo social realice acciones colectivas que le permitan generar mecanismos de mejoramiento de la calidad de vida y el restablecimiento de su capacidad de desarrollo como comunidad. Con la migración se abandonan familia, amigos, vecinos, personas cercanas y compañeros de trabajo, lo que implica una reducción marcada de las fuentes de apoyo social (Sánchez, 1999),

El impacto se refleja des estabilizando la familia, modificando los roles al interior de sus miembros hasta romper la relación nuclear, obligándolos a generar conductas desadaptativas y disfuncionales que afectan la seguridad del grupo familiar (Bohorquez, 1.999). Este cambio de roles provoca tensión por las nuevas circunstancias, en donde las mujeres que antes realizaban actividades propias del hogar deben realizar actividades de la economía informal como vendedoras ambulantes o empleadas domésticas (Camilo, 1999). De la misma forma en aquellos casos en que algunos de los miembros de la familia se han quedado o han muerto, se evidencia un cambio de roles cuyas implicaciones emocionales están relacionadas con la aceptación, obligatoriedad y desagrado con que se asume esta situación (Arias, 1999).

En los niños es frecuente encontrar problemas de conducta como exagerada agresividad, el mutismo, la falta de expresión y comunicación con la realidad (Rozo, 1999). Tienden a ser incapaces de establecer vínculos profundos y duraderos con otras personas, esto implica una ruptura del proceso de socialización ocasionando dificultad en el desarrollo psicológico y físico. La pérdida de alguna figura constitutiva de la estructura familiar determina que se busquen “sustitutos” que en la mayoría de los casos no pueden asumir plenamente los roles fallantes, un ejemplo son las madres que deben hacer las veces de padre y madre ó los hijos mayores que asumen el papel de padres a muy temprana edad (Bohorquez, 1999). Los cambios experimentados por el sistema familiar hacen que busque un estado de equilibrio en sus relaciones, surgiendo trastornos que deterioran sus vínculos afectivos, esto puede alejar en muchos casos a cada miembro de la familia entre sí y a toda ella del contexto social.

En el ámbito individual la persona desplazada se ve enfrentada a tres emociones: el miedo, distintas pérdidas y la ira. El miedo altera la capacidad de juicio de la persona para pensar y valorar racionalmente las decisiones relacionadas con el desplazamiento, incrementando los sentimientos de inseguridad y desconfianza; esta emoción puede ser tan intensa que se generaliza en un trastorno ansioso, manifestándose principalmente con la reexperimentación en forma continua, tanto en estado de vigilia como en estado de sueño, del hecho violento (Rozo, 1999), En los niños desplazados el miedo se manifiesta en insomnio, irritabilidad, enuresis, temor a la soledad, apego a la madre y en ocasiones conductas agresivas (Bohorquez, 1999).

Como reacción a las pérdidas es usual encontrar en las personas desplazadas procesos de duelo o reactivación de duelos no elaborados anteriormente. Las personas que se desplazan por el asesinato de un familiar experimentan además del temor de ser víctimas de homicidio, todo el peso de la pérdida abrupta de su ser querido. La muerte de un familiar tiene un especial significado si las circunstancias no han permitido cumplir con la elaboración del duelo. En los casos en donde esto no se ha realizado, la expresión emocional se experimenta con una mayor carga de afectos, se

aprecia una marcada impotencia, sentimientos de culpa, humillación, ira y sentimientos de venganza (Arias, 1999). Además de las pérdidas humanas, las personas desplazadas experimentan sentimientos de pérdida de la autoestima, el desplazado debe adoptar una condición extrema de pobreza, anonimato y reducción de las funciones sociales que se reflejan en reates sentimientos de minusvalía (Sánchez, 1999). También las pérdidas materiales, ya que los bienes, tierras y propiedades que se poseían se han perdido y se vivencia la nueva situación de miseria, trayendo como consecuencia la sobreidealización de la zona de origen.

La ira puede manifestarse externamente como odio, hostilidad o rabia dirigida hacia los responsables del desplazamiento, a los familiares, personas vecinas o hacia el propio sujeto. En estos casos predominan conductas antisociales fundamentadas en deseos de venganzas que facilitan la reproducción de ciclos de violencia social.

De esta forma el efecto del desplazamiento actúa sobre las tres dimensiones de la persona: social, familiar e individual, dando paso implícitamente a una serie de eventos negativos importantes que generan cambios estresantes en los patrones rutinarios de la conducta y producen como consecuencia somatizaciones (Sánchez, 1999).

Físicamente la persona padece alteraciones del sueño, de la alimentación, dolores de cabeza, diarrea, presión arterial alta, etc. (Rozo, 1999). A nivel psicológico predomina la depresión, el estrés, estados de hiperalerta, paranoia, desajustes de su vida sexual, irritabilidad y baja tolerancia a situaciones de conflicto. Además de alucinaciones auditivas o visuales, anorexia o intentos de suicidio (Alfaro, 1998). En la somatización predominan estados de negación de lo que sienten y han vivido, dificultando de esta forma la expresión de sentimientos y malestares que impiden la elaboración de los conflictos, dando paso a la aparición de dolencias físicas y ocasionando que las personas permanezcan en un estado de dolor, desesperanza e incertidumbre.

Esta serie de características comunes en la población desplazada producen reacciones clínicas que son identificadas como la sintomatología propia del trastorno de Estrés Postraumático, el cual es una alteración que aparece cuando la persona ha

sido víctima de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo y de otra persona; y cuando la reacción experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (APA, 1997 DSM-IV). Este cuadro aparece cuando la persona es víctima de catástrofes, accidentes, agresiones, violaciones, torturas y secuestros; la mayoría, experiencias a las que tienen que enfrentarse las personas víctimas de violencia por desplazamiento.

Según datos recogidos por la Red de Solidaridad Social (R.S.S) 433 municipios han sido afectados por el desplazamiento con un promedio de personas desplazadas por día de 495, en el año 2.001; siendo los departamentos de mayor impacto: Magdalena, Cauca, Antioquía, Bolívar y Santander.

El registro de la R.S.S. muestra a Santander como quinto departamento receptor más grande con 932 hogares registrados. El 50% de la población asentada en la ciudad de Bucaramanga es originaria de otros municipios de Santander, el 12% provenientes de Bolívar, 14% de Antioquía, 22% del Cesar y 2% del Magdalena. El 50% restante son productos de desplazamientos internos del mismo departamento, como el Valle del Magdalena Medio, la Provincia de Soto, la Región Comunera y García Rovira.

La población desplazada en la ciudad de Bucaramanga acumulada en el mes de noviembre del 2002, según el último boletín oficial de la Presidencia de la República, oscila entre 38.473 y 38.983 habitantes, con un núcleo familiar promedio de 5.07 personas, en donde el 54% son mujeres, la mayoría jefes de hogar. Estas personas se ubican en los sectores de mayor impacto de la capital como son Ciudad Norte en un 60%, el 20% en el Sur de la ciudad, el 15% en el área de la Meseta y el 5% en Morrорico y el sector de Colorados.

Estos datos indican que existe en el área metropolitana de Bucaramanga población desplazada que posiblemente se encuentre afectada por vivenciar hechos violentos, sin embargo no existen estudios que arrojen datos reales del estado de salud mental de esta población. Las diferentes investigaciones se dirigen a abordar el problema desde sus variantes políticas, económicas y sociales, dejando de lado las

dimensiones individuales que describan el estado emocional actual de los individuos desplazados.

Los estudios sobre la problemática reflejan resultados de caracterización de la población en cuanto a educación, vivienda, servicios de salud, asistencia alimentaria, desempleo, pero no hacen una aproximación desde la valoración de sus aspectos individuales, abandonando la dimensión afectiva, cognitiva y comportamental, desconociendo el efecto que genera sobre el individuo desplazado el afrontamiento de éste acontecimiento estresante (Bohorquez, 1999).

Debido a esta situación es que se hace necesario una aproximación al fenómeno del desplazamiento en el área metropolitana de Bucaramanga, desde un abordaje psicológico que permita establecer una valoración de la salud mental de esta población e identificar los efectos emocionales ocasionados por la experiencia de los hechos traumáticos. Para llevar a cabo el proyecto es necesario realizar una caracterización de los factores: tipo y severidad del trauma, tiempo de exposición, edad, género, nivel educativo, composición familiar, además de los efectos psicológicos producidos por el afrontamiento de hechos violentos que ocasionaron el desplazamiento; factores asociados con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. A partir de esta situación se hace necesario plantear la pregunta al problema:

¿Cuál es la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático y sus características en la población desplazada que ingresa a los servicios de ayuda humanitaria de la Cruz Roja Nacional en la Casa de la Justicia de Ciudad Norte del área metropolitana de Bucaramanga?.

Objetivos

Objetivo General

Identificar la presencia del trastorno de estrés postraumático en población desplazada, por medio de la aplicación y validación de los instrumentos Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS) y Escala de Trauma Davidson (DTS), con el fin de describir las características de los síntomas asociados al trastorno en la población de estudio.

Objetivos Específicos

Aplicar los instrumentos CAPS y Escala de Trauma Davidson para realizar el diagnóstico del TEPT en la población desplazada.

Analizar la validez y confiabilidad de los instrumentos diagnósticos.

Identificar variables sociodemográficas de la población desplazada a través de un formato específico que evalúa las mismas.

Identificar la presencia/ausencia del TEPT en la población desplazada.

Describir las características del TEPT encontradas en la población desplazada que ha sido diagnosticadas con el trastorno.

Antecedentes de la Investigación

En el transcurso de la historia, los sucesos traumáticos de los que ha sido víctima el hombre, bien sea por desastres naturales (inundaciones, terremotos, huracanes, etc.) o por su propia obra (secuestros, torturas, guerras y otras formas indescriptibles de violencia), han llevado al cuestionamiento de las consecuencias de dichas situaciones catastróficas entre las que se cuentan las reacciones psicológicas de quienes han sido objeto de estos eventos. Es así como se han realizado diversas investigaciones con el objetivo de dar explicaciones teóricas a las posibles reacciones al trauma.

Las primeras descripciones sobre la sintomatología de los efectos psicológicos presentes en víctimas de eventos traumáticos se remontan a 1871, cuando Jacob Da Costa -durante la Guerra Civil Americana- describió un síndrome similar al trastorno por estrés postraumático, el cual recibió en aquella época el nombre de "corazón del soldado", debido al desarrollo de síntomas cardiacos en los soldados combatientes.

Más adelante, en 1919, durante la Primera Guerra Mundial, se creía que la sintomatología traumática era de origen físico y se atribuyó al efecto de la explosión de las granadas, por lo que se le denominó "el shock de las bombas". Ya en ese entonces, algunos psiquiatras llegaron a postular que las causas eran psicológicas, pero la creencia más común era que los síntomas postraumáticos se debían a la cobardía y debilidad de los soldados. Debido a esta creencia, se llegó a proponer el castigo como formas de tratamiento para impedir que los soldados padecieran neurosis de guerra; entre tales prácticas, se destacaron las descargas eléctricas.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Kardiner (1941) escribió "The Traumatic Neurosis of War". Allí describe los síntomas asociados al estrés postraumático, incluida la amnesia. Los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, supervivientes de las bombas atómicas en Japón presentaron reacciones psicológicas, llamadas en algunos casos "neurosis de combate" y en otros "fatiga operacional".

No obstante la documentación de casos llevada a cabo durante las dos grandes guerras, el trastorno de estrés postraumático sólo fue reconocido como entidad clínica

hasta 1980, en el DSM III, bajo la influencia de la presión social desencadenada por las severas alteraciones psiquiátricas presentadas por los veteranos de la guerra de Vietnam. Los excombatientes conformaron una organización y comenzaron a buscar ayuda psicológica fuera del ámbito oficial; de esta forma, por medio de un movimiento pacifista lograron el reconocimiento legal de la existencia de un trastorno debido a los hechos traumáticos experimentados durante la guerra.

Otras investigaciones realizadas sobre las reacciones ante el trauma generado por eventos catastróficos han dirigido su atención hacia las víctimas de la violencia generalizada en Colombia. De tal modo, la corporación AVRE (Apoyo a Víctimas de la Violencia Sociopolítica Pro-Recuperación Emocional), en 1993, realizó un estudio sobre la repercusión en la salud mental de las personas que han tenido que recurrir al desplazamiento interno, debido a la violencia sociopolítica; este trabajo se llevó a cabo en siete zonas del país, entre las cuales se incluyó a Bucaramanga. El estudio reveló que la depresión y la ansiedad son los principales trastornos que afectan a la población desplazada por la violencia, hallando además una fuerte asociación entre tales trastornos y el abuso de alcohol.

Por otra parte, Palacio, Abello y Madariaga (1997), realizaron un estudio en 100 jóvenes y niños (desplazados y no desplazados) de Colombia, en Malambo (Atlántico). Los resultados revelaron en muchos de los jóvenes desplazados un alto nivel de Estrés Postraumático, contando entre los síntomas más significativos: los pensamientos sobre el evento traumático, un estado de alerta incrementado y la presencia de comportamientos depresivos y ansiosos. Así mismo, se evidenció que los sujetos de género femenino fueron los más afectados en su nivel de resistencia psicológica con respecto a estos síntomas. También se estableció que es mucho más difícil para la población desplazada tener comportamientos planificados y organizados; sin embargo, ellos presentaron significativamente más comportamientos valorados socialmente o dirigidos en forma positiva hacia la sociedad.

En otro estudio, Grandez y Hernández (1999) tuvieron como objeto de interés los principales trastornos mentales en desplazados por la violencia en el área metropolitana de Bucaramanga. Según los resultados obtenidos, el trastorno mental

con mayor prevalencia en la población estudiada fue el trastorno por estado de ánimo depresivo, en donde los índices más altos, de acuerdo con el tipo de ocupación, lo presentaron las amas de casa y los desempleados.

Otra de las investigaciones realizadas sobre este tema es la referente al estudio de la salud mental de la población desplazada por violencia sociopolítica, radicada en la ciudad de Bucaramanga, dirigida por Plata y Garzón (1999). Dicho estudio reveló que existe un cambio notorio de roles en la familia con posterioridad al desplazamiento, ya que en la mayoría de las ocasiones el padre era el jefe del hogar, sostenía económicamente a la familia y representaba la figura de autoridad, mientras que la mujer desempeñaba los oficios del hogar y se dedicaba al cuidado de sus hijos; situación que varía al llegar a la ciudad, cuando la mujer asume el papel protagónico y de liderazgo, asumiendo sobre sí la responsabilidad de buscar soluciones, establecer una actividad económica formal o informal, y acudir a las instituciones de ayuda humanitaria en busca del sostenimiento del hogar.

Finalmente, Yabur (2002) realizó un estudio sobre Estrés Postraumático en la población desplazada registrada en la zona norte de Bucaramanga, con una muestra de 100 sujetos. En su estudio halló una prevalencia del 41.49% para el trastorno; así mismo, encontró que los síntomas del TEPT evaluados aparecían entre 6 y 7 meses después de haber sufrido el desplazamiento. En cuanto a los datos sociodemográficos estudiados, encontró que la edad promedio para los sujetos de estudio era de 36 años y el nivel educativo era significativo para los estudios de primaria. Además, observó que el promedio de género con TEPT era mayor en las mujeres (58%) que en los hombres (40%).

Después de reseñar las investigaciones realizadas sobre la sintomatología y los efectos psicológicos presentes en víctimas de eventos traumáticos, y luego de resaltar los últimos hallazgos teóricos del trauma en población desplazada colombiana; a continuación se hará referencia sobre un nuevo campo de acción dentro de la Psicología que estudia las reacciones psicológicas de los individuos frente a eventos catastróficos como lo es el desplazamiento forzado en Colombia, campo de acción denominado Psicología de los Desastres.

Marco Teórico

La Psicología de los Desastres

Existe una rama o campo de aplicación dentro de la Psicología, que cada vez tiene mayor importancia, debido a que las catástrofes (naturales u ocasionadas por el hombre) desbordan en muchas ocasiones la capacidad de previsión y la comprensión que tienen las personas sobre la influencia traumática que pueden padecer las víctimas de un desastre, esta parte del quehacer psicológico se denomina Psicología de los Desastres.

Como Psicología de los Desastres se conoce aquella área de la Psicología orientada al estudio de la conducta y sus alteraciones en los individuos y giupos humanos antes, durante y después de una situación de desastre, ya sea ocasionado por el hombre o por acción de la naturaleza. Del mismo modo, es interés de la Psicología de los Desastres implementar estrategias de diagnóstico, prevención, promoción en salud e intervención psicosocial orientadas a la mitigación de las consecuencias de las catástrofes y a la preparación previa de la población ante los desastres, estudiando cómo responden los seres humanos ante las alarmas y cómo optimizar las alertas. La principal razón para el desarrollo de las anteriores actividades es evitar y reducir las respuestas inadaptativas de las víctimas, e incluso del personal de atención y SOCOITO, durante el impacto del evento, facilitando de tal suerte la posterior rehabilitación y reconstrucción física y emocional de las personas afectadas (Calderón, 1993).

Como prolegómeno al estudio de la psicología de los desastres la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1993), comienza por definir los desastres, para así saber en qué contexto se desarrolla la labor del psicólogo. En términos generales los desastres se consideran como eventos extraordinarios, de proporciones que sobrepasan la capacidad de atención, que originan destrucción (o pérdida) considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muertes, lesiones físicas y sufrimiento humano. Más específicamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define desastre como toda situación que implique amenazas graves e inmediatas para la salud pública, en una magnitud que de origen a una situación catastrófica en la que súbitamente se desorganicen los patrones

cotidianos de la vida, y la gente se vea abocada en el desamparo y el sufrimiento.

Visto de este modo, el desastre implica la aparición de una inminente amenaza de daño generalizado o grave, heridas, pérdida de vidas o de propiedades, como consecuencia de cualquier causa natural u ocasionada por el hombre, entre las que se incluyen con mayor frecuencia: incendios, inundaciones, terremotos, epidemias, disturbios civiles, guerras, combates u hostilidades militares, insurgentes, delincuenciales o paramilitares.

De esta forma los desastres pueden ser naturales o causados por el hombre, dentro de este último grupo se encuentra el desplazamiento forzado, el cual es el originado por los conflictos o disturbios políticos y económicos de una sociedad.

Siguiendo esta perspectiva, en acuerdo con lo manifestado por Aguilera (2001) el desplazamiento forzado se considera como un desastre social, causado por el hombre, originado por los disturbios internos y la violencia generalizada que caracteriza una región o que vive un país en su totalidad; de esta manera, el desplazamiento forzado puede ser externo, cuando la víctima abandona la nación, o interno, cuando únicamente se moviliza al interior del mismo país. Según este mismo autor, por sus características fenomenológicas, el desplazamiento, visto como desastre, es un suceso que implica, para quienes lo padecen, una pérdida, una lesión física o simbólica, que altera el funcionamiento vital de la sociedad, afectando a la comunidad y al individuo a partir de la ruptura del tejido social, que se traduce en desequilibrio y en crisis.

Así mismo, el desplazamiento como consecuencia de un desastre social, hace que sus víctimas continúen enfrentando el diario vivir en medio de un ambiente que ha cambiado en forma radical, con lo cual aumenta la sensación de desarraigo, sustentada en la pérdida parcial o total de la familia, los bienes, el medio de subsistencia, la comunidad, los recuerdos personales, etc. De tal modo, se presenta un inventario de pérdidas emocionales, físicas y socioeconómicas, difícilmente asimilables ante las carencias que presenta la nueva situación (Ospina, 1993)

En términos del diseño de las estructuras de atención a las víctimas de desastres, en este caso los desplazados colombianos, las legislaciones han agrupado a

estas personas bajo el nombre de damnificados, lo cual ha sido duramente cuestionado por múltiples autores (Aguilera, 2001), ya que genera en estas personas sentimientos de indefensión y otras emociones que empeoran su estado. En el siguiente apartado se hace referencia a las personas que padecen desastres, considerándolas como víctimas.

Las Víctimas

Según Cohén y Ahearn (1999), se denomina víctima a la persona o familia afectada por un desastre o por sus efectos colaterales, lo cual es experimentado como un evento repentino, inesperado y traumático. De manera general, se parte del supuesto de que la mayoría de las personas que resultan afectadas por el evento catastrófico han venido funcionando adecuadamente antes de la catástrofe, por lo cual se entiende preliminarmente que su principal problema radica en que su capacidad de resolución de problemas se ve limitada por el estrés de la situación.

Estos autores afirman que, aunque las víctimas presenten síntomas de estrés físico o psicológico, no se consideran enfermas mentales.

No obstante, ya que dentro de las personas afectadas por un desastre de origen humano o natural pueden incluirse personas de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos étnicos o raciales, es de esperar que algunos de los afectados sufran más severamente las consecuencias que otros, lo que depende de varios factores relacionados. Para Rueda (1993), son más susceptibles a las reacciones físicas y psicológicas ante un desastre quienes presentan alguna(s) de las siguientes características: a) vulnerabilidad derivada de vivencias traumáticas previas, b) padecimiento de enfermedades físicas o mentales recientes, c) antecedentes de estrés y pérdidas afectivas graves, d) personas altamente integradas a sus sistemas de apoyo social y psicológico, y e) quienes carecen de habilidades para la resolución de problemas.

Para Cohén y Ahearn (1999), los ancianos suelen tener mayores dificultades para enfrentar los desastres y sus consecuencias, a causa de la dependencia que tienen de las personas adultas de edad media. Los problemas psicológicos típicos en este

grupo después de catástrofes son la depresión y la sensación de impotencia. Una respuesta común en algunos ancianos es la falta de interés en la reconstrucción de su vida. Aunque, se observa que en algunos casos personas de otros grupos de edad mantienen iguales patrones de respuesta frente al desastre, en el caso específico del desplazamiento.

El estrés que acompaña a una situación de desastre, como la que conlleva el desplazamiento, hace que sean frecuentes las recaídas en los pacientes con historia clínica previa, como resultado de estrés adicional o de las dificultades en la obtención de recursos, lo cual conduce a la presencia de comorbilidad y, en concordancia, a dificultades en el proceso de recuperación. Otro grupo de riesgo, son las personas que estaban experimentando alguna crisis vital al momento del desastre, como personas que enviudaron o se divorciaron en fecha reciente, estas víctimas suelen tener vulnerabilidad especial al estrés generado por un desastre.

Consecuencias emocionales de los desastres

Las consecuencias emocionales de un desastre dependen de muchos factores, entre éstos se incluyen el tipo y duración del desastre mismo, de la fase de advertencia que le precede y de experiencias previas, así como la magnitud de la destrucción, el número de muertos y la forma en que los damnificados perciben e interpretan estos aspectos (OPS, 1993).

La reacción inicial comúnmente observada es un estado temporal de choque, en el que son elementos característicos la confusión, el aturdimiento y cierta desorientación. La reacción de choque puede considerarse como normal en el contexto de pérdidas y destrucción considerables, ya que todas las personas experimentan el proceso frente a un evento repentino mediante un mecanismo similar.

Para Ospina (1993), en medio de la crisis, por ejemplo, en el momento de la huida frente a la persecución, es probable que ciertos mitos influyan en las percepciones que tiene un individuo. Entre los más frecuentes se halla el de la invulnerabilidad personal, el cual hace que la persona crea que, si bien la fuerza

destruktiva es real, no le causará daños en lo personal porque el individuo considera que las consecuencias del desastre no afectaran su integridad física y/o familiar. Cuando ya no es posible sostener este mito porque el desastre impacta al sujeto, suele ser reemplazado por la ilusión de posición central, es decir, la sensación de que la fuerza destruktiva del desastre está dirigida de manera exclusiva a la persona, sobre la cual todas las calamidades de la crisis recaen, por ejemplo en un atentado a una vereda el individuo piense que solo son víctimas sus familiares.

Ambos mitos deforman la realidad y son nocivos, ya que pueden impedir que el individuo enfrente la realidad misma y hacen que adopte una conducta inapropiada. Estos mitos pueden continuar mucho tiempo después del impacto del desastre e influyen sobre la conducta de las personas durante semanas e incluso meses ulteriores, convirtiéndose en factores promotores de desórdenes mentales.

Además de los problemas de percepción, hay factores psicofisiológicos, que afectan la conducta personal poco después del desastre. Las respuestas emocionales varían de una persona a otra, pero parece haber consenso generalizado de que la emoción predominante que se expresa es el temor. Este suele manifestarse en la huida instintiva para salvarse así mismo y a la familia, una sensación de seguridad al estar entre muchedumbre y un estado de ánimo muy sugestionable. En caso más grave la persona también experimenta petrificación por el miedo, alucinaciones y delirios (Fritz, 1961). Esta reacción de terror frente al desplazamiento, en el caso que interesa a esta investigación, ha sido documentada como perdurable hasta meses y años después del desplazamiento, al menos en lo que respecta a mujeres cabeza de familia.

Según Cohén y Ahearn (1999) la víctima de un desastre natural u ocasionado por el hombre evoluciona a través de un proceso que comprende tres fases, las cuales serán analizadas a continuación con sus implicaciones en el caso del desplazamiento forzado a causa de la violencia.

Fases de los desastres

La primera fase por la que atraviesa una víctima se denomina Fase de Pre-impacto. En ella se pueden establecer etapas que precedentes al desastre mismo, incluidas las de amenaza y advertencia. Una amenaza es un peligro general y a largo plazo constituido por la posible calamidad, esto hace que ciertas áreas y sus habitantes estén en mayor riesgo que otros; en el caso del desplazamiento forzado, las amenazas pueden ser directas, si algún grupo coacciona directamente a las víctimas para que se movilicen, o indirectas, cuando la amenaza radica en la cercanía de los enfrentamientos, campos minados, etc. Una advertencia puede ser vaga y general, como un posible ataque subversivo a la población no confirmado por nadie, o específica, como una orden de desalojo.

Un fenómeno interesante e infortunado cuando se trata de desastres naturales, es que la población en general hace caso omiso en forma sistemática de las amenazas y advertencias, ya que algunas personas tienen miedo de actuar en forma precipitada y parecer tontas, mientras que otras se rehúsan a prestar atención a la amenaza o advertencia, como una manera de defensa contra algo que no quisieran que ocurriera.

La segunda se conoce como Fase de Impacto, y consiste en el periodo en que la comunidad se ve afectada por el desastre y el periodo inmediatamente posterior, en el que se presenta la crisis, se desbordan los medios disponibles para prevenir la catástrofe y se comienzan a organizar las actividades de ayuda. Durante esta fase el miedo es la emoción predominante, por esto las víctimas buscan seguridad para sí mismas y sus familias. También puede presentarse pánico, en el caso del desplazamiento, muchas veces es el mismo pánico el factor que desencadena la movilización, aunque no se hayan experimentado daños en la propia persona o familia (Rozo, 1999).

La tercera y última fase es la Post-impacto, la cual comienza varios días o semanas después de ocurrido el desastre y suele incluir las actividades continuadas de ayuda, así como la evaluación de los tipos de problemas que suelen experimentar los individuos. Los elementos de esta fase han sido llamados "de remedio y recuperación", incluyen las actividades emprendidas para aliviar la situación y

facilitar la recuperación individual y familiar. Algunos autores han hecho referencia a dos elementos adicionales, los denominados "luna de miel" y "desilusión", respectivamente. El primero es el periodo que ocurre poco después del desastre y dura hasta varios meses después, en que las víctimas muestran energía considerable en la reconstrucción de sus vidas. Durante él, hay la necesidad de ventilar sentimientos y compartir experiencias con otros. El apoyo organizado y considerable se brinda a los damnificados en esta fase para ayudarlos a enfrentar sus problemas. La desilusión surge cuando se interrumpe este apoyo organizado, los damnificados enfrentan dificultades considerables en la resolución de sus problemas o es evidente que sus vidas se han modificado en forma permanente. La fase Post-impacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados.

Se dice que la primera expresión emocional abierta ocurre durante el comienzo de la fase Post-impacto, ya que en dicho punto la persona tiene necesidad de estar con otras personas y ventilar sus sentimientos relacionados con las sensaciones de pérdida que le causan conmoción o quizá soledad (Fritz, 1961). De tal manera, es usual que las personas sientan una gran necesidad de hablar y narrar sus experiencias relativas al desastre. Cuando se posterga la expresión emocional, los damnificados suelen manifestar hipoactividad, impotencia y un vagabundeo errático, apatía abrumadora o depresión. Sin embargo, después de cierto tiempo, en el que el contacto con personal de apoyo y profesionales de diferentes áreas ha sido casi diario y permanente, las personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado tienden a ser menos cooperativas y terminan por dejar de hablar sobre sus propias experiencias.

Este periodo va seguido de lo que se denomina fase postraumática. Aquí, se ha planteado la hipótesis de que forma parte del periodo postimpacto y que puede continuar durante el resto de la vida de la persona. Las reacciones de esta fase abarcan la angustia fluctuante y transitoria, un estado casi permanente de fatiga, aparición de episodios psicóticos, pesadillas repetidas acerca de la catástrofe y reacciones depresivas. Las expresiones más graves y duraderas de estos síntomas han recibido los nombres de "síndrome traumático", "neurosis postraumática" o

“Trastorno de Estrés Postraumático” (Ospina, 1993). Adicionalmente, en esta fase se suele experimentar insomnio, molestias digestivas, nerviosidad y otros síntomas físicos.

Algunas expresiones más graves de conducta podrían ser una reacción depresiva manifestada a través de la falta aparente de emociones, una expresión ausente o inmovilidad. La respuesta de hiperactividad puede consistir en una actitud tendiente a discutir, a hablar rápido de lo sucedido y a presentar llanto inconsolable o vagabundeo (Calderón, 1993).

El periodo postraumático es una fase en la que ocurren diversos problemas emocionales duraderos, aunque hay que aclarar que no necesariamente esto se da en todas las víctimas.

En lo comunitario, las víctimas del desplazamiento presentan dificultades para mantener relaciones estables, dándose situaciones de hostilidad manifiesta, en las que se empieza a culpabilizar al Estado o a otros Estamentos de su situación (Cohén y Aliearn, 1999). Algunas comunidades asumen el papel de víctimas y expresan el sentimiento de tener derecho a todo, sin tener que dar una retribución a cambio. A veces, estas posiciones alteran y distorsionan las relaciones entre las personas y los sistemas de apoyo, situación que se presenta debido a que los sistemas de atención a víctimas no poseen suficiente presupuesto para satisfacer todas las necesidades primarias (alimentación, vivienda y salud) de los damnificados.

Según Calderón (1993) todo desastre representa un acontecimiento traumático en la vida que se traduce en desequilibrio y evidente crisis que amenaza la integridad biopsicosocial del individuo y, por consiguiente la comunidad. Vivir significa experimentar situaciones de estrés (separaciones, pérdidas, fracasos), y cada individuo presenta cierto grado de adaptación y cierto número de defensas psicológicas que le permiten mantener su cotidianidad y actuar atenuando o enfrentando las situaciones de crisis que se le presenten. No obstante, afirma que cuando se trata de un desastre ocasionado por el hombre, en que la víctima ve amenazada su dignidad como persona, la crisis puede ser mayor, en términos del manejo simbólico que le dé la víctima.

Cuando se rompe abruptamente la cotidianidad se afecta la estabilidad y balance biopsicosocial; la satisfacción de las necesidades básicas que hacen de colchón de seguridad para cada individuo se resquebraja o falla, afectando con ello la seguridad para el individuo, en razón de las pérdidas físicas, afectivas, de trabajo, vivienda, sistema de recreación o integridad sociocultural. Se presenta entonces una serie de reacciones psicológicas y desadaptativas que originan una grave disfunción en la esfera psicológica y social del individuo al afrontar una situación sorpresiva y de enormes proporciones destructivas.

El sujeto, al vivenciar situaciones que van más allá de la experiencia habitual, de sí mismo y de sus circunstancias, trata de reaccionar frente a la pérdida repentina del contenido significativo que tienen las personas y las cosas que son de su pertenencia, perdiendo con ello los límites de su seguridad y quedando demasiado expuesta su intimidad frente al grupo, creciendo su dependencia y decreciendo su autonomía.

Cohén y Ahearn (1999) identificaron dos tipos de traumas psíquicos creados como resultado de un desastre: ocurre un trauma a nivel individual y un trauma a nivel colectivo. El trauma individual es un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de manera repentina y fuerte, que no es posible responder de una manera eficaz. El trauma colectivo es un golpe a la trama de la vida social (tejido social) que lesiona los vínculos que unen a las personas y daña el sentido prevaleciente de comunidad. De esta manera los desastres deterioran las defensas y lesionan los vínculos que unen a los miembros de una comunidad.

El Estrés en Víctimas de Desastres

Como se ha dicho anteriormente, el estrés se expresa por medio de tensiones reactivas físicas y emocionales que pueden derivarse de eventos objetivos o estímulos externos, o ambas cosas, llamados factores estresantes. De esta manera, un desastre desencadena una serie de factores estresantes que pueden originar tensión en grado variable, en las víctimas.

Además de lo anterior, para Echeberua (1993), el estrés surge como resultado de la perturbación de las actividades habituales, las fuentes de tal perturbación podrían ser los factores antecedentes, mediadores o de intervención. Estos factores, cuyo efecto es el de aumentar o disminuir el estrés, son eventos previos (factores estresantes) que no han sido resueltos por completo, además de limitantes internas y externas, procesos cognoscitivos de tipo afectivo y las expectativas sociales de la persona. En concordancia, la situación derivada por el desplazamiento encaja de manera muy aproximada con la definición de este autor.

Después de describir la Psicología de los Desastres, las autoras de esta investigación reconocen la importancia que brinda esta teoría para la comprensión de las reacciones psicológicas de los individuos cuando son víctimas de eventos catastróficos como el desplazamiento forzado y la estiman necesaria como fundamento teórico para el desarrollo de este proyecto de investigación. Una vez revisado este campo de acción dentro de la Psicología, y encontrado en la literatura científica que una de las principales reacciones del individuo frente a un desastre, son las manifestaciones de estrés se revisarán a continuación los lincaamientos que sobre el Trastorno de Estrés Postraumático han sido establecidos por el DSM-IV.

Trastorno de Estrés Postraumático

Al hablar de trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es inevitable remitirse de manera trascendente a los conceptos de trauma y estrés, ya que esta entidad clínica comporta ambos aspectos. La palabra trauma, derivada del griego, significa literalmente “lesión en los tejidos orgánicos producida por la violencia extrema”, como es el caso de una herida, aunque con el transcurso del tiempo, el vocablo adquirió un segundo significado vinculado al choque emocional propiciado por una situación inusual de peligro para la integridad física o el bienestar de una persona, que produce consecuencias a nivel psíquico, limitando el funcionamiento normal del sujeto.

Desde el ámbito de la Psicología, uno de los primeros en aplicar el término fue Breuer (1893), quien utilizó el concepto de trauma psíquico para explicar la génesis de la neurosis histérica, la cual definida en aquella época como "toda

experiencia evocadora de emociones desagradables", tales como: pánico, angustia, vergüenza o dolor físico. Con ligeras variantes y adaptaciones, la definición de traumatismo psíquico es todavía válida, aunque es ampliamente reconocido que traumas mínimos, incapaces de desbordar aisladamente los mecanismos psicológicos de defensa, pueden adquirir potencial patógeno si se acumulan o actúan de manera insistente y repetida, dejando constancia con esto de que la etiología de los trastornos asociados a los eventos traumáticos no requieren que estos últimos sean de dimensiones e intensidades demasiado grandes.

Más adelante, Freud (1916), quien en un principio trabajó con Breuer, introduce el concepto de situación traumática, para referirse a aquellos eventos provenientes del mundo externo que irrumpen en el psiquismo de manera abrupta, en un corto lapso de tiempo, produciendo una sobrecarga de excitación neuronal que no puede ser disipada de la manera habitual, dando como resultado alteraciones en la distribución de la energía psíquica. Se aprecia como en la propuesta de Freud la intensidad y corta duración del agente estresante es importante, en contraste con lo afirmado por Breuer y aceptado en la actualidad por la inmensa mayoría de los psicólogos y psiquiatras.

Con el transcurrir del tiempo y en vista de las observaciones llevadas a cabo durante las dos grandes guerras mundiales, autores como Engel (1962), tuvieron acceso a mucho material que les permitió ampliar la comprensión del estrés postraumático. Es así como Engel describe el estrés psicológico como todo proceso originado, tanto en el ambiente exterior, como en el interior del sujeto, que implica una exigencia sobre el organismo y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de ser activado cualquier otro sistema. Ya en esta definición se le da al estrés un carácter negativo en términos de que su influencia exige al organismo en grado exagerado, ante lo cual el bienestar psicológico se ve comprometido y requiere de la activación de los mecanismos de defensa.

Por el contrario, Selye (1983), definió el concepto de estrés como la respuesta general de adaptación del organismo frente a un estímulo amenazante, pudiendo ser

esta respuesta de dos tipos: De afrontamiento de la situación o de huida, produciendo cambios a nivel fisiológico, tales como aumento del ritmo cardiaco, del ritmo respiratorio, de la presión sanguínea entre otros. Selye consideraba que el estrés era el activador de las conductas del sujeto frente al medio y que todo dependía de si éste asimilaba las variaciones o simplemente las evitaba. Para este autor, el aspecto negativo del estrés radica en la segunda opción.

En 1980, sobre la base de estudios de orden estadístico, el DSM-III reconoce como entidad clínica el Trastorno de Estrés Postraumático, al cual le atribuye como etiología, agentes estresantes altamente angustiantes para casi todo el mundo, que en general se experimentan con intenso miedo, terror y sensación de desesperanza. Esta edición enumeró una serie de situaciones que incluían peligro grave para la propia vida y la de los allegados como en efecto se producen antes, durante y después del desplazamiento forzado dando primacía a las características del factor estresor, más que a la reacción emocional del individuo; de esta forma, la clasificación del DSM-III excluye la muerte de familiares, la ruina económica o los conflictos matrimoniales como posibles causas del TEPT.

Actualmente, el concepto de Estrés Postraumático es definido por el DSM-IV (APA, 1994), como una entidad clínica que aparece cuando el individuo ha experimentado, presenciado o se ha enterado de "acontecimientos caracterizados por / muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, (Criterio A1) y la ¹ persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso a este ¹ acontecimiento (Criterio A2)". Además, el DSM-IV incluye como criterios diagnósticos la presencia de tres clases de síntomas, tales como (ver Apéndice A):

1. Reexperimentación del hecho traumático: Este puede producirse de variadas maneras, como son: a) la irrupción recurrente de pensamientos, sentimientos o imágenes relacionados con el hecho traumático (Criterio B1); b) los sueños y pesadillas recurrentes que producen malestar (Criterio B2); c) la sensación de estar viviendo nuevamente el hecho traumático, que puede darse bajo la forma de flashbacks, episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones; reacciones fisiológicas o psicológicas intensas de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan o

simbolizan el hecho traumático (Criterio B3); d) un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (Criterio B4); y e) las respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (Criterio B5).

2. Síntomas de evitación y de embotamiento psíquico: Bajo esta categorización se han agrupado dos tipos de síntomas; los primeros son los de evitación en sentido estricto, que incluyen: el esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos etc, que recuerden el hecho traumático (Criterio C1 y C2); los segundos, por su parte, son de carácter disociativo o de embotamiento psíquico, tales como: a) incapacidad para recordar aspectos significativos del hecho traumático (Criterio C3); b) reducción del interés o de la participación en actividades que le resultaban significativas (Criterio C4); c) sensación de desapego, enajenación o extrañamiento (Criterio C5); d) reducción significativa de la vida afectiva, con incapacidad de experimentar sentimientos positivos (Criterio C6); y e) sensación de futuro desolador y desesperanza (Criterio C7). El individuo desarrolla esta serie de síntomas en un aparente intento por resguardarse de las emociones intolerables, bien sea evitando directamente los recordatorios del trauma, o por el contrario anestesiándose emocionalmente (por medio de mecanismos disociativos o síntomas de amnesia, consumo de sustancias, trastornos alimenticios, adicción al trabajo, etc.)

3. Síntomas de hiperactivación (hyperarousal): Entre estos se destacan: a) trastornos del sueño (Criterio D1); b) trastornos en la concentración (Criterio D3); c) irritación (Criterio D2); d) hipervigilancia (Criterio D4), y e) respuesta de sobresalto exagerada (Criterio D5).

Según el DSM-IV estas alteraciones se prolongan más de un mes (Criterio E) y tienen una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, con una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y un cierto embotamiento afectivo (anestesia psíquica) para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura (Criterio F).

Tipos de TEPT

Forma Aguda.

Su manifestación aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente como respuesta a estrés físico o vital excepcional y por lo general su duración es corta, de horas o días. Para su diagnóstico, debe existir una relación temporal clara e inmediata entre el suceso traumático y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan de forma inmediata y son muy variables. Generalmente, aparece en un primer momento la alteración en el campo de la conciencia, la atención y la capacidad para asimilar estímulos y orientación, pudiendo llegar al estupor disociativo o a una situación de gran agitación o hiperactividad, dislalia, ensimismamiento, confusión, temblor e hiperactividad simpática, con alteración neurovegetativa, provocando náuseas, vómitos, diarrea, taquicardia, disnea y otras alteraciones. Eventualmente, se puede llegar a casos extremos de muerte súbita por paro cardíaco. De manera habitual, están presentes los síntomas vegetativos de la crisis de pánico y tienen una duración de minutos o como mucho dos o tres días (Me Mahon, 1975).

Forma Crónica.

También se conoce como Síndrome Crónico por Estrés Postraumático y sus primeros síntomas, singularmente el entumecimiento psíquico, pueden presentarse poco después del suceso causal, instaurándose los demás en forma progresiva, insidiosa o repentina, generalmente en un lapso de tiempo no superior a unos pocos meses. El cuadro clínico completo se caracteriza en esencia por la tríada: a) entumecimiento psíquico, b) tendencia involuntaria de revivir el trauma y c) hiperactividad simpática neurovegetativa. El entumecimiento psíquico puede presentarse en un grado mínimo, como leve aturdimiento, ensimismamiento, apatía, hipoprosexia, alteraciones numéricas, fenómenos disociativos y déficit en las relaciones interpersonales. Este síntoma se manifiesta como desapego y desinterés por los demás, pérdida de la capacidad empática e inhibición de la experiencia de intimidad. La tendencia involuntaria a revivir el trauma se experimenta en varias modalidades, siendo la más simple y generalizada la intrusión de ideas, imágenes y recuerdos relacionados con el trauma. Puede presentarse en estado de vigilia y

durante el sueño en forma de pesadillas recurrentes, en ocasiones la reminiscencia es aún más traumática cuando se produce con fenómenos alucinatorios, pseudoalucinatorios y flashbacks disociativos que llevan al enfermo a reaccionar y comportarse como si estuviera de nuevo en medio de la situación traumática. De manera análoga, hay un trastorno cognitivo con desviación de la inercia asociativa hacia contenidos traumáticos; como consecuencia de esto, aparecen las conductas de evitación, pudiendo llevar el paciente una vida normal y una relativa sensación de salud si estos mecanismos son eficaces. Este tipo de conducta de evitación a veces puede empeorar otros aspectos del síndrome, como es el aislamiento social, el retraimiento y el abandono de las actividades profesionales. La hiperactividad simpática esta acompañada de un aumento generalizado de vigilancia, predisposición a las reacciones de sobresalto, dificultad para conciliar el sueño con despertares precoces añadidos, sensación de angustia y tendencia a las disfunciones vegetativas como taquicardia y diarrea.

El TEPT Atípico.

De reciente descripción, esta forma clínica sólo se diferencia de la habitual en que los fenómenos de repetición involuntaria de la experiencia traumática no son de tipo cognitivo o emocional, sino somático (Schottenfeld, 1985). La situación traumática puede ser una intoxicación involuntaria severa o un accidente laboral, por ejemplo. En lugar de los característicos flashbacks, rumiaciones e intrusiones obsesivas, el paciente reexperimenta estados somáticos y síntomas físicos que estuvieron presentes en el momento del suceso traumático, siendo estos sujetos con frecuencia diagnosticados erróneamente con trastorno somatoforme; por esta razón, es tenido en cuenta como diagnóstico diferencial.

El TEPT Retardado o Inicio Demorado.

En ocasiones, un suceso traumático puede no ejercer efectos inmediatos, provocando sin embargo una intensa reacción tardía. En este sentido, la latencia de / los trastornos de estrés postraumático puede ser incluso de años. El TEPT tardío < obedece fundamentalmente a dos tipos diferentes de mecanismos: el primero, y el más simple, se denomina trauma retrospectivo, el cual consiste en la retención en la

memoria de un suceso en apariencia banal, pero dotado en realidad de un gran poder traumatizante, que permanece oculto y no es comprendido hasta más tarde; el segundo mecanismo se denomina trauma postpuesto, el cual consiste en la represión masiva, inmediata y persistente de la calidad traumática del suceso. En realidad los efectos del trauma están presentes desde el primer momento, pero la reacción psicológica no será aparente sino hasta después de un cierto tiempo, pudiendo oscilar entre unos pocos días o unos cuantos años. En los traumas de efecto retardado, la intensidad y la duración del estadio inicial del shock son tan exageradas que el sujeto no parece reaccionar y en ocasiones adopta un aire distraído e indiferente.

Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial

Debido a la falta de diagnóstico precoz, por las características propias del trastorno o las causas que desencadenan el suceso, son pocas las oportunidades en las que se encuentran sujetos con el TEPT puro. Lo más frecuente es la presencia de otros trastornos asociados, lo que no sólo dificulta el diagnóstico, sino también el tratamiento y muchas veces el pronóstico. Según Bentolila (2001), el desarrollo del diagnóstico no es en este caso una tarea sencilla, aunque la realización de estudios del laboratorio pueden colaborar, así como también una detallada y minuciosa historia clínica, en la búsqueda de síntomas intrusivos y la vivencia traumática.

Las comorbilidades son a su vez, en la mayoría de los casos, los diagnósticos diferenciales que se presentan frecuentemente, lo que hace plantear a algunos autores hasta qué punto estos trastornos son previos o posteriores al desencadenamiento del TEPT.

Por otro lado, el abuso de sustancias y alcoholismo están presentes, variando según los autores entre un 70% hasta un 80% de los pacientes con TEPT. Según investigaciones hechas con veteranos de guerra en 1990 por Kulka, aproximadamente el 74% de los hombres y el 29% de las mujeres con TEPT presentaban diagnóstico de abuso de sustancias, demostrando así que las personas con TEPT eran más propensas al abuso de sustancias que las que no presentaban este diagnóstico. El doble diagnóstico de TEPT y abuso de sustancias predomina en las mujeres más que en los

hombres; además, factores como la edad de aparición, gravedad de la exposición, número y tipo de trauma, indican diferencias significativas entre las mujeres que, por ejemplo, han presenciado un sólo trauma, que en las que han vivenciado más de uno, asociado esto al consumo de sustancias en mayor porcentaje para estas últimas (Southwick, Yehuda & Giller, 1993). Según estos autores, los sujetos con TEPT y trastornos por abuso de sustancias y/o alcohol, pueden tener mayor riesgo de presentar un cuadro sintomático más grave, que puede incluir disociaciones y trastornos de personalidad. Las posibles causas del consumo de sustancias alcohólicas van desde un mal control de los impulsos y alteraciones presentes en los neurotransmisores, hasta una posible forma de anestesia ante los síntomas intensivos.

El Trastorno Depresivo Mayor es otra de las asociaciones más frecuentes y una de las formas más habituales de consulta. Se trata de personas con severos cuadros depresivos con intentos de suicidio, o ideación suicida son remitidas por algún familiar o amigo a consulta, en las que resulta difícil la detección del TEPT, dado que suele ser de larga data y encubierto en gran número de casos. Adicionalmente, existe una serie de síntomas compartidos por ambos cuadros, tales como: la paralización, embotamiento, dificultades de concentración, despersonalización, insomnio, desesperanza, ideas de ruina y de futuro desolador, sentimientos de culpa, sentimientos de hostilidad, malestares somáticos, labilidad emocional y retraimiento social entre otros. La asociación frecuente entre la depresión y el TEPT se explica por la presencia en éste último de algunos síntomas característicos encontrados en el trastorno del estado de ánimo: la pérdida de interés o participación en actividades significativas, la sensación de acortamiento del futuro, la evitación de personas o las alteraciones del sueño. Desde esta perspectiva se puede conceptualizar el TEPT como una variante de la depresión, aunque no se ha llegado a sostener de manera definitiva esta posición (Keane y Wolfe, 1990).

Los Trastornos de Somatización son de difícil diagnóstico, ya que en la evolución del TEPT es frecuente la presencia de enfermedades ligadas a las condiciones de estrés crónico, tales como hipertensión, diabetes, cefaleas, dolores articulares, musculares, etc. Es posible que esta confusión se deba a que en el TEPT

atípico se revive la experiencia traumática en forma somática (Schottenfeld 1985).

El Trastorno de Ansiedad, con el miedo y la evitación como síntomas característicos del Estrés Postraumático, está presente. Los pensamientos intrusivos y las pesadillas pueden ser considerados como ataques de pánico condicionados, así como la evitación de personas, lugares y situaciones asociadas al trauma refleja la presencia de estímulos condicionados similares a los existentes en los trastornos fóbicos; con la fobia social es común la evitación de personas y en la ansiedad generalizada la existencia de un nivel alto de ansiedad global y la presencia de una hiperactivación psicofisiológica. De hecho, existe comorbilidad entre el Trastorno de Estrés Postraumático y de Ansiedad Generalizada (Belloch, 1995).

En otro aspecto, el Trastorno Obsesivo Compulsivo tiene en común con el TEPT los pensamientos no deseados e intrusivos generadores de ansiedad. Aunque algunos síntomas que se presentan en el TEPT, como las situaciones estresoras y la despersonalización, son poco comunes en el trastorno obsesivo compulsivo, existe la posibilidad de comorbilidad entre estos dos trastornos, siendo la fuente de origen del segundo el TEPT; en otras palabras, el TEPT puede contarse entre las variables etiológicas del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Desde otro punto de vista, los Trastornos Disociativos son uno de los diagnósticos diferenciales más complejos, dado que en muchos casos del TEPT en la niñez (abuso sexual, maltrato, cautiverio, violencia, etc.) parece ser una forma de resolución fallida de adaptación a la situación histórico-biológica de estos sujetos (Bentolila, 2001). La disociación impide la expresión emocional del suceso traumático que tiene un efecto protector, al menos parcial, sobre la aparición de ciertos síntomas psicopatológicos, especialmente las rumiaciones (Pennebaker, 1989). Los síntomas que comparten el TEPT y los Trastornos Disociativos son: amnesia, imágenes retrospectivas, impulsividad, sensación de despersonalización, reacción de fuga o aislamiento, conductas suicidas, auto y hetero-agresivas. Los pacientes con trastornos disociativos no suelen presentar el grado de conducta evitativa, hiperactiva, autónoma o la historia de una experiencia traumática que presentan los pacientes con un trastorno por TEPT. Existen criterios que permiten diferenciar el trastorno de

estrés postraumático de los trastornos disociativos (Alburquerque, 1992); el primero es que la disociación no afecta a todos los pacientes aquejados del trastorno de estrés postraumático; el segundo, porque incluso cuando está presente, tiende a disminuir, al menos en algunos casos, con el transcurso del tiempo; y el último, porque el carácter nuclear del trastorno viene marcado por la ansiedad y no la disociación.

El Trastorno Límite de la Personalidad puede ser también difícil de distinguir del TEPT. Los dos trastornos pueden coexistir o incluso estar relacionados de una forma casual. Comparten la inestabilidad emocional y en las relaciones interpersonales, el bajo control de los impulsos con una tendencia al abuso de sustancias, los atracones de comida, la búsqueda de situaciones de riesgo, las conductas suicidas y de automutilación, la irritabilidad y la ansiedad, los sentimientos de vacío y sin sentido, la ira frecuente y las peleas frecuentes, los síntomas disociativos y las ideas paranoides, que en el caso del TEPT son muchas veces una forma de defensa frente a sentimientos de desconfianza, particularmente cuando la situación traumática fue provocada por otro ser humano, como en el caso del desplazamiento forzado.

La posibilidad que debe tenerse en cuenta en el trastorno por Estrés Postraumático es que el paciente haya sufrido lesiones cefálicas durante el trauma. La intoxicación aguda o la abstinencia de algunas sustancias también pueden producir un cuadro clínico difícil de distinguir del trastorno por estrés postraumático hasta que desaparecen los efectos de la sustancia.

En conclusión, el trastorno por estrés postraumático suele confundirse con otros trastornos y no recibir el tratamiento adecuado, razón por la cual 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. Siendo que la comorbilidad del TEPT es muy alta, tanto si se estudia en investigaciones epidemiológicas, como si se constata en muestras clínicas en centros de tratamientos, es necesario que el TPET sea considerado dentro de las opciones en los casos con características como las descritas (Davidson y Hughes 1.991).

En concordancia, los autores afirman que la comorbilidad exageradamente alta de este cuadro clínico puede ser fruto de la impresión de los límites con otras entidades nosológicas, así como la definición misma del trastorno. Respecto a las relaciones fronterizas con otros cuadros clínicos, el TEPT puede tener unos límites pocos precisos y estar relacionado con categorías psicopatológicas muy diversas. Por tanto, no es difícil entender que, según la literatura científica, hasta un 80% de pacientes diagnosticados con TEPT tiene al menos un diagnóstico psiquiátrico más, incluyendo trastornos afectivos, de ansiedad, alcoholismo o abuso de drogas, o trastorno de personalidad (Friedman, 1.996).

Curso, Evolución y Pronóstico

El Trastorno de Estrés Postraumático es de aparición brusca, y esta se puede producir incluso años después de producido el hecho traumático; además, puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas comúnmente suelen aparecer en los primeros tres meses posteriores a la situación traumática, pero el TEPT puede tener su aparición en lapsos de tiempo que van desde unos pocos días, hasta años después de la vivencia del trauma. Los síntomas pueden fluctuar a través del tiempo y pueden ser más intensos durante los periodos de estrés; un 30% de los pacientes se recupera completamente, un 40% continúan presentando síntomas leves, un 20% experimentan síntomas moderados y un 10% no experimenta ningún cambio o incluso empeoran (Kaplan, 1997).

Aproximadamente la mitad de los casos que presentan la sintomatología del TEPT suelen resolverse espontáneamente en el lapso de los tres primeros meses. El resto requieren de atención psicoterapéutica para su resolución. Es decir, que cuanto más temprana la intervención, más rápida su resolución. Si la intervención demora mucho tiempo, el paciente estructura su vida en torno de los síntomas, dañando las actividades sociales, interpersonales, laborales, etc., por lo que la recuperación es más lenta y dificultosa (Cazabat, 2.001). Es así como se predice un buen pronóstico cuando existe un inicio rápido de los síntomas, una corta duración de estos (menos de 6 meses), un funcionamiento premórbido bueno, una red de apoyo social apropiada y

ausencia de otros trastornos psiquiátricos o inducidos por sustancias (Kaplan 1997).

Aunque los estudios de seguimiento de grandes masas de población sometidas a situaciones de estrés postraumático muestran una disminución gradual con el tiempo de los efectos, en la clínica del paciente individual no se observa con tanta claridad esta relación inversa entre severidad de la patología y el paso del tiempo. Probablemente, una proporción aún no bien determinada de sujetos, especialmente entre aquellos que desarrollan formas menores o incompletas del TEPT, experimenta una remisión espontánea o al menos, una reducción de sintomatología que hace el cuadro compatible con la vida normal. Sin embargo, un buen número de los enfermos que desarrollan el TEPT tienden a seguir un curso crónico, con pocos cambios clínicos, según se demuestra en estudios de seguimiento a diez años.

Las complicaciones del TEPT 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. Algunas evidencias indirectas sugieren también que los sujetos con TEPT crónico tienen mayor tendencia a sufrir graves accidentes de tráfico, siendo esta una de las causas de la mayor mortalidad en diez años entre soldados que participaron en combates, comparativamente con aquellos que no lo hicieron. (González de Rivera, 2.000).

Prevalencia

Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del TEPT oscila entre el 1 y el 14 %, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de alto riesgo (veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas), pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58% (DSM-IV). El estrés postraumático puede afectar al 1 o 2 por 100 de la población adulta, que es una tasa de prevalencia similar a la de la esquizofrenia (Keane, 1.990).

Factores de Riesgo

No todas las personas experimentan el estrés postraumático y cuando lo hacen no se produce con la misma intensidad. La reacción psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables, de la intensidad del trauma, del significado de la situación para el sujeto, de las circunstancias del suceso, de la edad, del historial de agresiones previas, de la estabilidad emocional anterior, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales. Todos estos elementos interactúan de forma variable en cada caso y configuran las diferencias individuales que se constatan entre las víctimas de un mismo hecho traumático (Echeburúa, 1993).

La edad es un factor relacionado con la predisposición al desarrollo de síntomas; es así como se considera que la edad y el género son factores de riesgo. Las investigaciones han descubierto que algunos de los síntomas del TEPT en los niños son específicos de ellos, así como en los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento pueden convertirse al cabo de varias semanas en pesadillas generalizadas, en las que aparecen monstruos o se revive la situación traumática. Además, presentan dificultad para la expresión de sus sentimientos, emociones y una disminución en el interés por las actividades importantes. También se ha encontrado que los niños no suelen tener sensación de revivir el pasado y su forma de reexperimentación es por medio del juego, al cual se le da una connotación repetitiva. Los niños pueden tener la sensación de un futuro desolador, adquiriendo la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a la adultez, pueden tener creencias negativas acerca del futuro, pronosticando acontecimientos desagradables.

En cuanto a la posibilidad de predisposición genética, Davidson y cois (1985) demostraron la existencia de psicopatología en la historia familiar de 66% de pacientes con TEPT, muy superior a la de sujetos normales. Los pacientes con TEPT tienen más historia familiar de alcoholismo que los pacientes con depresión y angustia, seguida por una incidencia familiar de ansiedad generalizada próxima a la de los pacientes con síndromes de ansiedad, pero menos incidencia de historia familiar de depresión que los enfermos depresivos.

El factor social o los vínculos interpersonales pueden promover la salud y aislar a las personas del daño cuando se enfrentan al estrés, ya que proporcionan apoyo y comprensión impidiendo que el individuo se sienta solo y desvalido, promueven soluciones compartidas del problema, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad y ayudan al individuo a obedecer y a mantener los horarios de tratamiento (Cazabat, 2000).

Desde una perspectiva psicofisiológica, los individuos simpaticotónicos, con tendencia a estados hiperadrenérgicos y labilidad en su equilibrio neurovegetativo están probablemente más predispuestos a padecer el TEPT que sujetos con mayor estabilidad neurovegetativa (González de Rivera, 2000). Kolb (1987), estableció una cierta conexión entre el desarrollo psicológico y la actividad neurovegetativa en la diátesis al TEPT, al considerar que la exposición temprana a violencia física y emocional sensibiliza el sistema nervioso central, disminuyendo los dinteles de reactividad de estructuras hipotalámicas y preparando el terreno para modificaciones neurofisiológicas más severas, si el trauma apropiado se presenta en edades posteriores.

En cuanto al género, las mujeres parecen tener un mayor riesgo de contraer el TEPT tras su exposición a situaciones traumáticas en una proporción de casi el doble. Una posible explicación de esta diferencia es que las mujeres y los hombres, por lo general, experimentan tipos muy diferentes de eventos traumáticos; algunos médicos consideran que las mujeres pueden tener una predisposición mayor al TEPT debido a que los tipos de eventos traumáticos que experimentan están probablemente más relacionados con la violencia personal (como es el caso de violación y acoso sexual) que con los eventos que generalmente reportan los hombres. Además, los tipos de eventos traumáticos que experimentan las mujeres a menudo tienden a presentarse repetidamente, especialmente durante la infancia.

Las personas que han emigrado de áreas con disturbios sociales y conflictos civiles, tales como las víctimas de desplazamiento forzado, pueden presentar una mayor incidencia del TEPT. Estos individuos pueden mostrarse especialmente reacios a divulgar sus experiencias relativas a torturas y traumatismos debido a la

vulnerabilidad de su status político como emigrantes (Cazabat, 2000).

La relación entre TEPT y psicopatología previa no es totalmente clara, ya que los estudios realizados difieren en sus hallazgos. Es así como Solomon (1989) no encontró evidencia de psicopatología previa en los pacientes con TEPT, aunque otros autores han encontrado que los problemas afectivos, los estados de ansiedad o el abuso de sustancias representan factores de riesgo, y concluyó que tener una historia psiquiátrica anterior se da con más frecuencia en los pacientes con TEPT que en otros desordenes específicos. Del mismo modo afirmó que los rasgos de personalidad neuróticos incrementan el riesgo del desarrollo de TEPT.

Otros factores coadyuvantes que facilitan la aparición TEPT son la mal nutrición, especialmente en los casos de déficit de vitaminas y proteínas, y las alteraciones extremas en los niveles de estimulación ambiental. Estas condiciones suelen presentarse unidas en algunos tipos de trauma (campos de concentración, guerras, naufragios). Con respecto a los niveles de estimulación física, el organismo parece funcionar de manera idónea entre ciertos niveles de estimulación ambiental. Si estos son excepcionalmente pobres, como en casos de confinamiento, aislamiento, soledad o por el contrario, excesivos, como en el fragor de una batalla, puede llegarse al desbordamiento de la capacidad neurofisiológica de procesar e integrar estímulos, situación compatible con una mayor susceptibilidad al TEPT (González de Rivera 2000).

Después de revisar la conceptualización que el manual diagnóstico DSM-IV hace del trastorno por Estrés Postraumático, las autoras de este estudio consideran esta descripción como una pertinente aproximación teórica al trastorno en mención y reconocen que los criterios medibles y observables empleados para el diagnóstico y evaluación del mismo son válidos para su identificación en la población objeto de estudio, de esta manera retoman los criterios descritos anteriormente como indicadores diagnósticos para evaluar el TEPT en esta investigación.

Método

Tipo de Investigación

Se realizó un estudio descriptivo de carácter transversal que comprendió:

- a) Estudio Epidemiológico: Se identificó la prevalencia/ausencia del trastorno de estrés postraumático a partir de la evaluación del mismo en la población.
- b) Estudio de Caracterización: Se identificó las características de los síntomas del trastorno encontrados en la población y las características de las personas diagnosticadas con TEPT.
- c) Estudio Comparativo: Después de identificar la presencia/ausencia del TEPT en la población se realizó análisis comparativo con la sintomatología del trastorno, según lo descrito por el DSM-IV y las variables demográficas para identificar factores de vulnerabilidad y protección.

Participantes

Población

497 sujetos desplazados que ingresaron a los servicios de ayuda humanitaria brindados por la Cruz Roja Nacional en la Casa de Justicia de Ciudad Norte del área metropolitana de Bucaramanga, en los meses de marzo a junio del año 2.002.

Tabla 1.

Registro de la Población Desplazada que Ingresó a la Cruz Roja Nacional en el Periodo de Marzo a Junio del año 2.002.

Mes	N. de Sujetos Registrados
Marzo	50
Abril	171
Mayo	172
Junio	104
Total	497

Muestra

La muestra estuvo conformada por 150 sujetos, de los cuales 69 eran hombres y 81 eran mujeres, con edades entre 14 y 77 años; debido a que la población se encontraba caracterizada por la vivencia del desplazamiento se requería que los sujetos participantes cumplieran este único criterio de selección.

Estos sujetos asistían a la Cruz Roja Nacional con el objetivo de recibir la ayuda humanitaria brindada por la institución como: un subsidio para arriendo, un mercado quincenal, utensilios de cocina y hogar. La forma de recepción fue por medio de la asignación de un ficho el cual indicaba el número con el que sería atendida la persona, después de asignar el ficho el sujeto debía esperar su turno a ser llamado por el personal de la Institución. Durante este tiempo de espera de la población dentro de la Cruz Roja que era aproximadamente de 3 a 4 horas se realizó el contacto con los sujetos que conformaron la muestra, la participación fue voluntaria para la aplicación de los instrumentos. No se hicieron restricciones por el estado civil, número de hijos, ocupación y nivel educativo de los sujetos.

Para la fase de validación se seleccionó una muestra de 30 sujetos y para la fase de aplicación 120 sujetos.

Instrumentos

Tabla 2.

Instrumentos Aplicados

Nombre	Autor	Utilidad	Uso
a) CAPS clinician Administered PTSD Scale for DSM4V. (Escala para el TEPT Administrada por el Clínico).	Blake, et al 1990.	Evalúa 17 síntomas que describe el DSM4 V para el diagnóstico del TEPT. Además de 5 síntomas asociados.	Validación.
b) Escala de Trauma Davidson (The Davidson Trauma Scale - DTS).	Smith, Meredith.	Evalúa la frecuencia y la gravedad de los síntomas del TEPT.	Aplicación y tamizaje.
c) Formato de variables demográficas.	Investigadoras	Medir variables demográficas.	-Edad -Género -N. Educativo. -N. Hijos -Lugar Desplazamiento. -Tiempo Desplazamiento.

Para la evaluación y medición del TEPT se empleó:

- a) CAPS Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV. (Escala para el TEPT Administrada por el Clínico).

Esta escala evalúa cada uno de los 17 síntomas que describe el DSM-IV para el diagnóstico del TEPT. Además evalúa otros cinco síntomas asociados al trastorno que son: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia que le rodea, desrealización y despersonalización. La evaluación de los síntomas se realiza desde una doble perspectiva: cuantitativa, asignando una puntuación determinada; y categorial determinando si el síntoma se halla o no presente. (Ver Apéndice E).

Para la evaluación cuantitativa, se dispone de una escala Likert de 5 puntos (0 a 4), para determinar si el síntoma está o no presente, el entrevistador debe tener en cuenta las puntuaciones de frecuencia e intensidad que haya recibido el síntoma. En esta investigación para calcular el punto de corte que determina la presencia o la ausencia del trastorno se empleó el método punto de la media de la escala que consiste en identificar la menor y mayor puntuación de la escala obtenida en la ejecución de la prueba en los sujetos de estudio. Después de identificados estos dos valores se promedia dando como resultado un punto de corte para el CAPS.

A continuación se presenta el esquema:

$$PuntodeCorte = \frac{PuntuaciónMenor + PuntuaciónMayor}{2}$$

Reemplazando con las puntuaciones obtenidas en la aplicación:

$$PuntodeCorte = \frac{12 + 92}{2} = 52$$

Propiedades Psicométricas del CAPS

Las propiedades psicométricas del CAPS fueron evaluadas utilizando una muestra de 123 veteranos de guerra en Norteamérica, de los cuáles 60 fueron entrevistados en dos ocasiones para calcular la fiabilidad test-retest. Se halló una consistencia interna para los 17 ítems de .94 en el alfa de Cronbach. La fiabilidad test-retest para los

coeficientes de cada uno de los tres pares de evaluadores osciló entre .90 y .98. El análisis factorial confirmatorio demostró la existencia de 4 factores de primer orden que se correlacionan moderada y altamente entre sí y que representan las dimensiones sintomatológicas de reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo e hiperausol (González, Bascarán y Calcedo, 2001).

b) Escala de Trauma Davidson (The Davidson Trauma Scale - DTS).

Esta escala es una medida de la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT en sujetos que han experimentado un trauma. Esta constituida por 17 ítems que evalúan cada uno de los 17 síntomas descritos por el DSM-IV. La siguiente tabla muestra el número de ítems, el síntoma que evalúa y el Criterio al cual pertenece. (Ver Apéndice F)

Tabla 3.

Criterios del DSM-IV para la evaluación del TEPT que mide la escala Trauma Davidson DTS.

Item n°	Síntoma DSM-IV	Criterio DSM-IV
1	(1) Recuerdos del acontecimiento	B*
2	(2) Sueños recurrentes	B
3	(3) Actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento	B
4	traumático está ocurriendo	B
5	(4) Malestar psicológico intenso	
	(5) Respuestas fisiológicas	
6	(1) Esfuerzos para evitar pensamientos,...	C**
7	(2) Esfuerzos para evitar actividades,...	C
8	(3) Incapacidad para recordar	C
9	(4) Reducción acusada del interés	C
10	(5) Desapego o enajenación	C
11	(6) Restricción de la vida afectiva	C
12	(7) Sensación de futuro desolador	C
13	(1) Dificultades de sueño	D***
14	(2) Irritabilidad	D
15	(3) Dificultades de concentración	D
16	(4) Hipervigilancia	D
17	(5) Respuesta exagerada de sobresalto	D

Nota. *Corresponde al criterio B: Reexperimentación del evento traumático.

^^Corresponde al criterio C: Evitación de estímulos asociados al trauma.

***Corresponde al criterio D: Hiperactivación del Sistema Nervioso Central.

El sujeto debe puntuar en una escala Likert de 5 puntos (1 a 5) la intensidad del síntoma donde 1 es intensidad nula y 5 intensidad extrema, el marco de referencia temporal es la semana previa. Para el cálculo del punto de corte de esta escala se utilizó el mismo método empleado en el CAPS de la siguiente forma:

$$PuntodeCorte = \frac{PuntuaciónMenor + PuntuaciónMayor}{2}$$

Reemplazando con las puntuaciones obtenidas en la aplicación:

$$PuntodeCorte = \frac{21 + 83}{2} = 52$$

De esta forma el punto de corte obtenido para los instrumentos diagnósticos fue de 52 puntos para cada uno respectivamente.

Propiedades Psicométricas de la Escala de Trauma Davidson (DTS)

En Norteamérica se analizaron las propiedades psicométricas en un total de 353 pacientes que han sido víctimas de distintos traumas: violación (78 mujeres), veteranos de guerra (110 hombres), víctimas del huracán Andrew (53 sujetos), y 102 sujetos supervivientes 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.

Se halló una consistencia interna por medio del alfa de Cronbach de 0.99. El coeficiente de Pearson obtenido fue de 0.86. Se halló validez factorial de los resultados obteniendo como componentes principales la existencia de dos factores; uno de gravedad que explicaba el 24.19% de la varianza y otro formado por ítems de intrusión, evitación y embotamiento, que tan sólo explicaba el 1.34% de la varianza. Cuando realizaron el análisis sólo con los datos de los pacientes que actualmente presentaban un TEPT obtuvieron 6 factores que explicaban el 26.91% de la varianza y que se asemejaban a los grupos de síntomas del TEPT (González, Bascarán y Calcedo, 2.001).

c) Un formato que evaluó las variables sociodemográficas de edad, género, nivel educativo, número de hijos, lugar y tiempo de desplazamiento. (Ver Apéndice G).

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo de la siguiente forma:

Fase 1

- Se estudiaron las investigaciones realizadas con la población desplazada y el trastorno de estrés postraumático.
- Se describió y definió un problema de investigación.
- Se definieron los objetivos y los procesos metodológicos para el desarrollo de la investigación.
- Se construyó el marco teórico con la siguiente estructura: concepto y tipos de TEPT, comorbilidad, diagnóstico diferencial, curso, pronóstico, prevalencia y factores de riesgo de acuerdo con la teoría descrita por el DSM-IV.
- Se realizó visitas a las Instituciones para acceder a la población.

Fase 2

- Se determinó una muestra de 30 sujetos a los cuáles se aplicó los instrumentos CAPS y Escala de Trauma Davidson (DTS) con el fin de validar esta última como instrumento de Screening. Primero el evaluador 1 aplicaba el CAPS al sujeto y después de un lapso de 16 horas el evaluador 2 aplicaba el Screening al mismo sujeto. Las pruebas debían ser aplicadas por un evaluador diferente. Esta aplicación siguió el diseño doble ciego en donde ninguno de los evaluadores conocían el diagnóstico arrojado por la aplicación del otro evaluador.
- Se realizó análisis de validez del Screening frente al CAPS por medio de la validez congruente que consiste en correlacionar las puntuaciones de las dos pruebas para determinar que el Screening se encuentre midiendo el mismo constructo teórico (TEPT) del CAPS. La correlación se llevó a través del coeficiente de correlación de Pearson.
- Posteriormente se aplicó el Screening a una muestra de 120 sujetos para determinar la presencia del TEPT en la población.
- Se construyeron bases de datos con las puntuaciones brutas de los dos periodos de aplicación en los software Excel 97 y SPSS 10.0 para iniciar el análisis de datos.

Fase 3

En esta etapa se llevó a cabo el análisis de datos, la construcción de categorías de análisis cualitativo y la descripción de los resultados encontrados:

- Se realizó análisis de validez al Screening por medio de validez factorial confirmatorio para identificar los factores que comprenden la prueba y si estos se encuentran midiendo los criterios descritos por el DSM-IV para evaluar el TEPT.
- Se realizó análisis de confiabilidad al Screening por medio del calculo del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach para identificar la consistencia interna de los reactivos que la conforma y el nivel de correlación de los mismo para determinar que se encuentren midiendo lo mismo.
- De la misma manera se realizó análisis de validez y confiabilidad al CAPS a través de las puntuaciones obtenidas de los 30 sujetos.
- Se construyeron tablas de contingencia para describir las características demográficas de la población de estudio: genero, edad, nivel educativo, estado civil, número de hijos, lugar y tiempo de desplazamiento con los datos obtenidos por el CAPS y Screening.
- Se cruzaron las características demográficas de la población con las variables de presencia y ausencia del TEPT para hallar la relación existente entre estas y el desarrollo o no del trastorno.
- Se identificó la prevelencia y las características del TEPT según los resultados del Screening y del CAPS.
- Por ultimo se construyó categorías de análisis con la información cualitativa obtenida a través de! CAPS, para esto se categorizó las respuestas de cada uno de los reactivos del instrumento por características comunes, se realizaron tablas que organizaban la información y a partir de ésta gráficos de barras que permitían realizar el análisis correspondiente.
- Interpretación de resultados.
- Construcción del informe final.

Resultados

Inicialmente se describen las medidas de validez y confiabilidad halladas para los dos instrumentos diagnósticos. A continuación se describe las características Sociodemográficas encontrada en los 150 sujetos de estudio.

Posteriormente se identifica la presencia del trastorno en la población, según los instrumentos empleados para la valoración y las características de la sintomatología de los sujetos evaluados con TEPT.

Seguidamente se realiza la categorización del TEPT en la población por medio del análisis categorial a partir de la información cualitativa arrojada por el CAPS; en donde se describe el tipo de evento traumático y la distribución de los criterios diagnósticos en la población.

Después de identificar la presencia del TEPT en los sujetos se correlacionaron las variables Sociodemográficas y la prevalencia del trastorno para determinar posibles factores de riesgo.

Por último se presenta la discusión de los resultados.

Validación de los Instrumentos Escala de Trauma Davidson (DTS) y CAPS

Para la etapa de validación se aplicó el instrumento CAPS y la Escala de Trauma Davidson (DTS) para un N=30, se halló el nivel de correlación entre los dos instrumentos por medio del coeficiente de correlación de Pearson, se encontró un nivel de correlación significativa para un $p < 0.001$. (Ver Apéndice B).

Como medida de validez se utilizó el análisis factorial confirmatorio para la prueba (DTS) y se encontró consistencia entre los factores descritos por el DSM-IV y los factores que mide el instrumento. Para la validez del CAPS se halló el coeficiente de correlación de Pearson entre esta prueba, los criterios diagnósticos del DSM-IV y los resultados de la aplicación de la prueba de tamizaje; la correlación hallada es significativa a un nivel de .01 que indica que los tres criterios diagnósticos se encuentran relacionados entre sí y midiendo el mismo constructo teórico que para este caso es el trastorno de estrés postraumático.

Se encontró un coeficiente de confiabilidad de .88 y .81 para la Escala de Trauma de Davidson y el CAPS respectivamente. Este cálculo se realizó por medio del coeficiente de correlación de Cronbach el cual indicó que existe consistencia interna entre cada uno de los reactivos que conforman las dos pruebas, por lo tanto los instrumentos son confiables. (Ver Apéndice C y D).

Caracterización Sociodemográfica de la Población Desplazada

La muestra fue constituida por 150 sujetos de los cuales 69 (46%) eran hombres y 81 (54%) eran mujeres. La edad para las mujeres osciló entre 16 y 77 años con una media de 39.71 y una mediana de 39 años. La edad para los hombres osciló entre 14 y 77 con una media de 38.9 y una mediana de 36 años.

Tabla 4.

Relación entre las Variables Sociodemográficas Género y Nivel Educativo.

GÉNERO	Porcentaje	Nivel Educativo					Total
		Analfabeta	Lee y Escribe	Primaria	Secundaria	superior	
Hombre	Frecuencia	11	4	43	11		69
	% de Género	15.9%	5.8%	62.3%	15.9%		100.0%
Mujer	Frecuencia	10	2	56	12	1	81
	% de Género	12.3%	2.5%	69.1%	14.8%	1.2%	100.0%
Total	Frecuencia	21	6	99	23	1	150
	% de Género	14.0%	4.0%	66.0%	15.3%	.7%	100.0%

El promedio de escolaridad para el grupo de hombres fue de 3.57 años (entre tercero y cuarto primaria). El 62.3% de los hombres había cursado algún grado de educación primaria, un 15.9% era analfabeta, otro 15.9% había cursado algún grado de educación secundaria y un 5.8% sabía leer y escribir, ningún sujeto había realizado algún grado de educación superior.

El promedio de escolaridad para el grupo de mujeres fue de 4.06 años (entre cuarto y quinto de primaria). El 69.1% había cursado algún grado de educación básica primaria, un 14.8% había cursado algún grado de secundaria, un 12.3% era analfabeta, un 2.5% sabía leer y escribir y solo un 1.2% había cursado educación superior.

El nivel educativo para la mayor parte de la población es estudio de básica primaria en donde los sujetos han cursado algún nivel entre primero y quinto grado, presentándose como característica un bajo nivel de escolaridad para más del 50% de la población.

Tabla 5.

Relación entre las Variables Sociodemográficas Género y Estado Civil

		Estado Civil					Total
GÉNERO	Porcentaje	Casado	Separado	Soltero	Unión Libre	Viudo	Total
Hombre	Frecuencia	23	1	11	31	3	69
	% de Género	33.3%	1.4%	15.9%	44.9%	4.3%	100.0%
Mujer	Frecuencia	19	10	14	30	8	81
	% de Género	23.5%	12.3%	17.3%	37.0%	9.9%	100.0%
Total	Frecuencia	42	11	25	61	11	150
	% de Género	28.0%	7.3%	16.7%	40.7%	7.3%	100.0%

El 40.7% de los sujetos vivía en unión libre y el 28.0% eran casados, de esta manera la mayor parte de la población mantenía una relación conyugal con un número promedio de hijos de 3.54 (entre 3 y 4 hijos). Sólo un 7.3% era separado y viudo respectivamente, lo cual indica que es más frecuente encontrar grupos familiares desplazados conformados por padres e hijos que personas solas.

El 31.3% de la población de estudio fue desplazada de diferentes municipios de Santander como el Playón, Lebrija, Girón, Sabana de Torres, Suratá, Veléz y Puerto Wilches, siendo este el Departamento con mayor número de migraciones, las cuáles son internas debido a que los sujetos no traspasan las fronteras hacia otros departamentos del país; con un total de 17.3% de mujeres y un 14% de hombres desplazados. La ciudad de Barrancabermeja que también pertenece a este departamento fue calculada independientemente debido a que presenta por sí sola un porcentaje alto de 15.3 en la totalidad del grupo de estudio.

El departamento del Cesar ocupó el segundo lugar con un total del 14.7% de emigraciones, seguido por Norte de Santander con un 10% y Bolívar con un 8% de desplazamientos. Desde Antioquía la proporción fue de 5.3% y Arauca con 4.7%.

Los Departamentos del Caqueta, Cauca, Meta y Putumayo presentaron una proporción de 1.3% cada uno con relación al número de desplazamientos de la población. Boyacá, Casanare, Córdoba, Guaviare, Magdalena y Pasto, presentaron un menor porcentaje del .7 para cada uno. El país de Venezuela también tenía un numero de migraciones del 1.3% hacia el interior de Colombia.

Tabla 6.

Relación entre las Variables Sociodemográficas Género y Tiempo Desplazamiento.

		Tiempo de Desplazamiento						
		0-1 mes	2-6 meses	7-12 meses	13-24 meses	25-36 meses	37-50 meses	Total
Género Hombre	Frecuencia	4	35	22	6		2	69
	% de Género	5.8%	50.7%	31.9%	8.7%		2.9%	100.0%
	% del total	2.7%	23.3%	14.7%	4.0%		1.3%	46.0%
Mujer	Frecuencia	3	40	28	6	1	3	81
	% de Género	3.7%	49.4%	34.6%	7.4%	1.2%	3.7%	100.0%
	% de total	2.0%	26.7%	18.7%	4.0%	.7%	2.0%	54.0%
Total	Frecuencia	7	75	50	12	1	5	150
	% de Género	4.7%	50.0%	33.3%	8.0%	.7%	3.3%	100.0%

El 50% de la población presentó un tiempo de desplazamiento que oscilaba entre los 2 y 6 meses, con un 50.7% para el grupo de hombres y un 49.4% para el grupo de mujeres. Del género masculino el 31.9% presentó entre 7 y 12 meses, un 8.7% entre 13 y 24 meses, el 5.8% entre 0 y 1 mes y el 2.9% entre 37 y 50 meses de desplazamiento.

Para el género femenino el 36.4% tenían entre 7 y 12 meses, el 7.4% entre 13 y 24 meses, una proporción igual del 3.7% para los intervalos de 0 a 1 mes y 37 a 50 meses, finalmente solo un 1.2% presentó un lapso de tiempo de 25 a 36 meses de desplazamiento.

De esta manera el 50% de la población estudiada presentaba un lapso de tiempo entre 2 y 6 meses de haber afrontado acontecimientos traumáticos cuando fue evaluada con los instrumentos diagnósticos, esto es relevante porque según la literatura del TEPT entre estos periodos de tiempo aparece la sintomatología y se desarrolla el trastorno.

Presencia y Características del TEPT según la Escala de Trauma de Davidson (DTS)

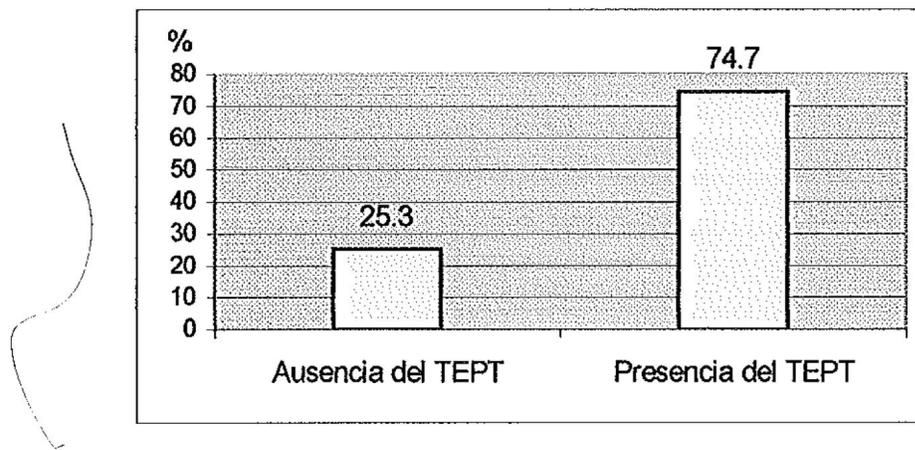


Figura 1. Ausencia y Presencia del TEPT según los Resultados de la Escala de Trauma de Davidson en la Población de Estudio.

Se encontró que el 74.7% de la población padece del trastorno de estrés posttraumático con la presencia de los cuatro criterios diagnósticos para valorar el trastorno.

Estos sujetos afrontaron situaciones conflictivas que generaron el desplazamiento y fueron asumidas por ellos como traumáticas (Criterio A). Además como reacción a estos eventos han presentado reexperimentación de los acontecimientos dolorosos (Criterio B), evitación de estímulos asociados que los recuerden (Criterio C) y activación de su Sistema Nervioso Central como alteraciones del sueño, irritabilidad, hiperalerta y sobresalto (Criterio D).

Y cómo consecuencia de estas reacciones los sujetos presentaron deterioro de su actividad laboral, dificultades en sus relaciones afectivas, en general malestar clínico significativo (Criterio E).

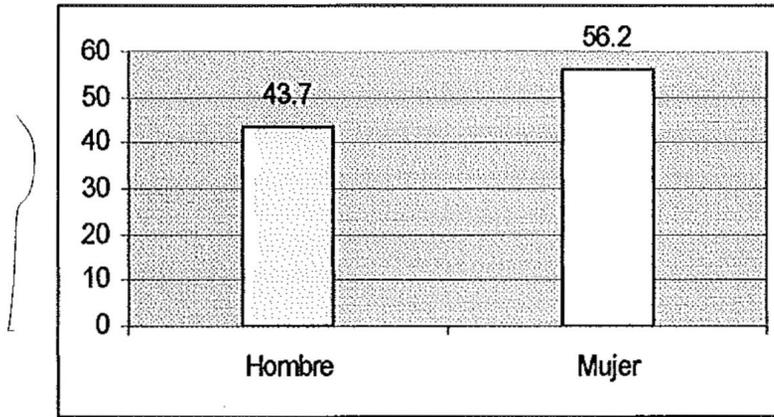


Figura 2. Presencia de TEPT por género según la Escala DTS.

De los sujetos que presentaron el trastorno, el 43.77% son hombres y el 56.22% son mujeres, debido a que la proporción entre hombres y mujeres que conformaron la muestra no son iguales no se puede hacer una conclusión válida para este factor de riesgo, sin embargo los hallazgos de investigaciones en el TEPT presentan al género femenino con mayor vulnerabilidad a padecer el trastorno.

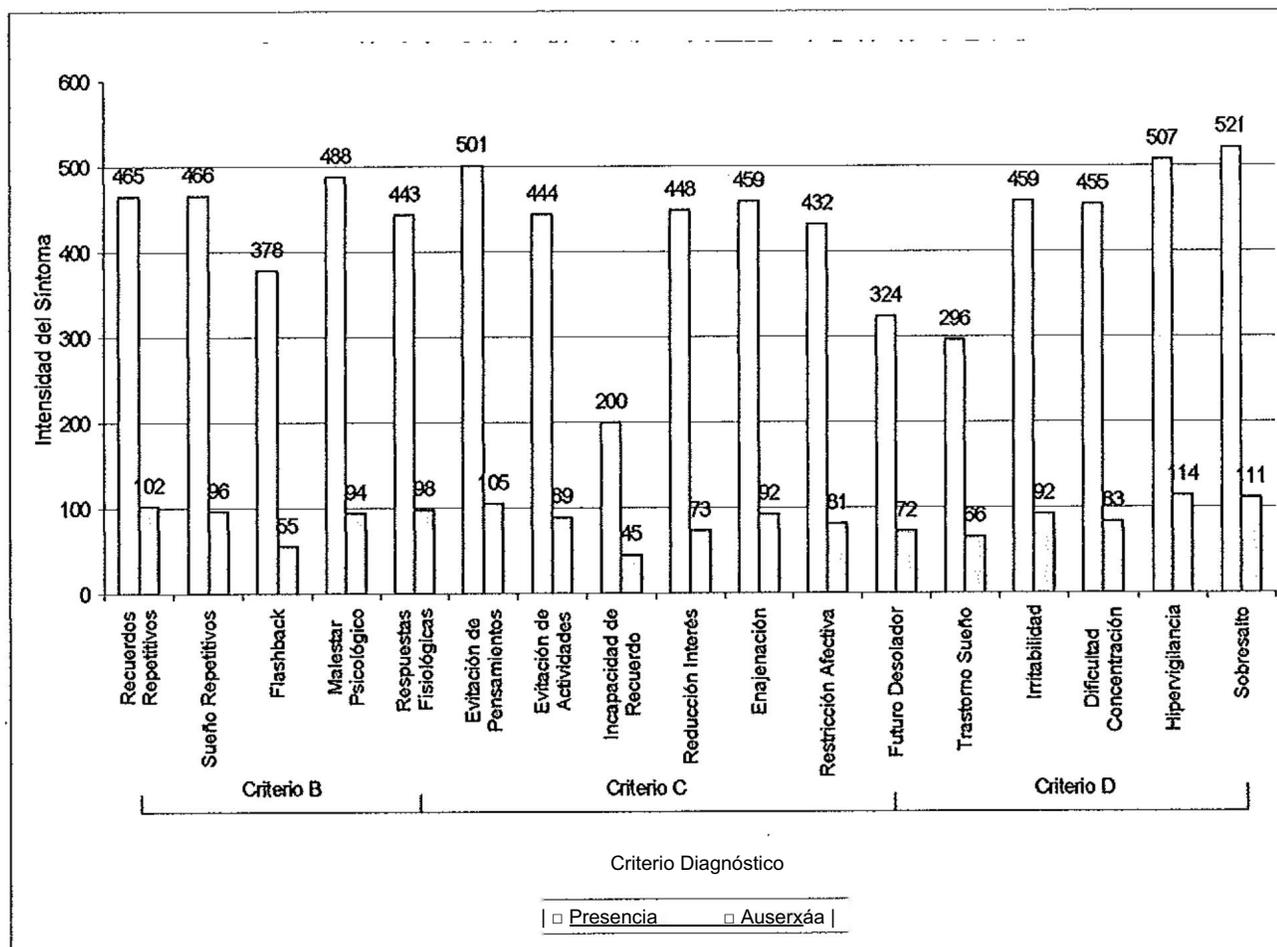


Figura 3. Comparación de los Criterios Diagnósticos del TEPT en la Población Desplazada.

En la figura 2 se observa la distribución de los síntomas del TEPT según su intensidad, esta medida es cuantitativa y se aplica para todos los criterios B, C y D, el criterio A, que corresponde al afrontamiento del trauma requiere de un análisis cualitativo para describir el tipo y severidad del trauma, este análisis es realizado posteriormente por medio del instrumento CAPS.

De acuerdo a esto la mayor puntuación de un criterio diagnóstico del TEPT en la población es de 750 puntos en la medida de intensidad de la Escala de Trauma de Davidson; para los sujetos de estudio el síntoma con mayor prevalencia e intensidad es la respuesta de sobresalto exagerada con 521 puntos en la escala (Figura 3), lo

cual indica que los sujetos desplazados se asustan fácilmente con cualquier estímulo interno o externo que les pueda simbolizar el evento traumático. Esta sensación de sobresalto es vivida por toda la población a pesar de padecer o no del TEPT, sin embargo es experimentada con mayor intensidad por los sujetos que padecen el trastorno.

El segundo síntoma con mayor prevalencia en la población desplazada es la hipervigilancia con una puntuación total de 507 puntos en la escala de intensidad, los sujetos de esta forma viven en constante atención de los sucesos transcurridos en su entorno los cuales son considerados como amenazantes. Estos dos síntomas con mayor presencia e intensidad en la población pertenecen al conjunto de síntomas de hiperactivación o hyperarousal descritos por los criterios diagnósticos del DSM-IV.

La irritabilidad se presenta como un tercer síntoma frecuente en el grupo de estudio con manifestaciones de ira y enojo hacia sí mismo, familiares, miembros de la comunidad y especialmente los grupos armados que generaron el desplazamiento. El siguiente síntoma dentro de este grupo es la dificultad de concentración prevalente en la población con 455 puntos en intensidad; los sujetos experimentan olvidos de actividades a realizar; al igual que incapacidad para llevar a cabo tareas, las cuales son percibidas como complejas para lograr ejecutarlas. Las últimas manifestaciones dentro de este grupo de hiperactivación son los trastornos de sueño presentes en la población con una menor puntuación de 296, las cuales se evidencian en las dificultades de conciliación del sueño, despertares temprano, y/o insomnio parcial o global.

Otro grupo de síntomas relacionado con el TEPT son los síntomas de evitación de cualquier estímulo que recuerde o represente el evento traumático, la primera manifestación con mayor presencia e intensidad dentro de este grupo es la evitación de pensamientos que evocan el acontecimiento con un valor de 501 puntos en la escala, seguido por la sensación de desapego, enajenación o extrañamiento que experimentan los sujetos con un valor de 459 puntos. La reducción del interés en aquellas actividades que anteriormente disfrutaban presenta una puntuación de prevalencia en la población de 448 en intensidad. La evitación de actividades

relacionada con los episodios traumáticos como el trabajo en el campo y todas las actividades propias de este estilo de vida presentan un lugar en la escala de 444 puntos.

Un síntoma de evitación presente en la población pero en menor proporción es la dificultad de experimentar sentimientos de amor o afecto hacia familiares u otras personas cercanas, vivenciado por los sujetos como una disminución en la intensidad de los afectos hacia sí mismo o sus familiares. La sensación de futuro desolador e incierto es un síntoma presente en el grupo de estudio con una intensidad de 324 puntos en la escala, experimentada por la población en dificultades de mantenimiento y satisfacción de sus necesidades básicas como comida, vivienda y trabajo. El último síntoma de evitación presentado por los sujetos con una menor intensidad de 200 puntos en la escala es la incapacidad de recordar el acontecimiento traumático, manifestado en olvidos de algunas escenas o episodios que sucedieron en esa ocasión.

Del grupo de síntomas de reexperimentación, la manifestación con mayor prevalencia en la población es la sensación de malestar psicológico intenso cuando cualquier estímulo ocasiona nuevamente los recuerdos de los episodios dolorosos. Seguido de los sueños y recuerdos repetitivos que recuerdan la situación con 466 y 465 puntos respectivamente en la escala de intensidad. Las respuestas fisiológicas como sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca, hiperventilación y cefaleas son síntomas con una prevalencia de 443 puntos de intensidad. Finalmente la sensación de estar viviendo nuevamente el hecho traumático por medio de flashbacks o episodios disociativos presenta un valor de 370 puntos en la escala.

De esta forma la población desplazada experimenta la totalidad de sintomatología descrita por el DSM-IV para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático con el cumplimiento de los criterios de exposición, reexperimentación y evitación de estímulos que simbolicen la experiencia traumática; además del criterio de hiperactivación del Sistema Nervioso Central.

Debido a que el CAPS evalúa la presencia del trastorno desde dos perspectivas: cuantitativa y cualitativa, el análisis de la prueba se realiza también para las dos dimensiones. A continuación se presenta el análisis cuantitativo de la prueba describiendo la presencia - ausencia de los síntomas y su distribución en la población. Posteriormente se realiza el análisis cualitativo describiendo el tipo y severidad del trauma, además de las características con que esta población experimenta los síntomas asociados al TEPT.

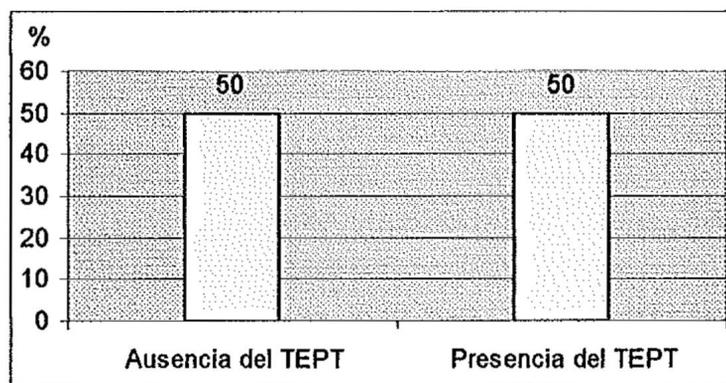


Figura 4. Ausencia/Presencia del TEPT según el CAPS.

Según la evaluación realizada a través del instrumento CAPS, el 50% de la población de estudio presentó estrés postraumático con la aparición de todos los síntomas estimados por el DSM-IV (APA, 1997) para diagnosticar este trastorno.

El 50% restante son sujetos que no cumplen con la globalidad de los criterios diagnósticos, sin embargo presentan sintomatología propia del trastorno que deterioran su funcionamiento normal como se podrá observar posteriormente en la figura 6.

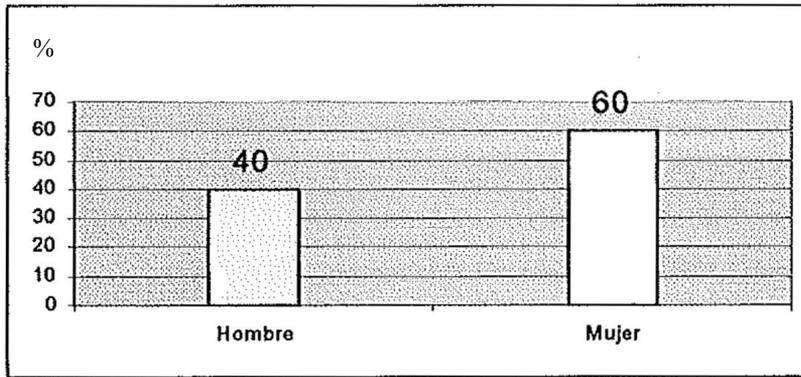


Figura 5. Presencia de TEPT según género.

De la totalidad de sujetos evaluados con TEPT el 40% son hombres y el 60% son mujeres, arrojando un indicador de factor de riesgo para el género femenino el cual se presenta con mayor vulnerabilidad a padecer el trastorno.

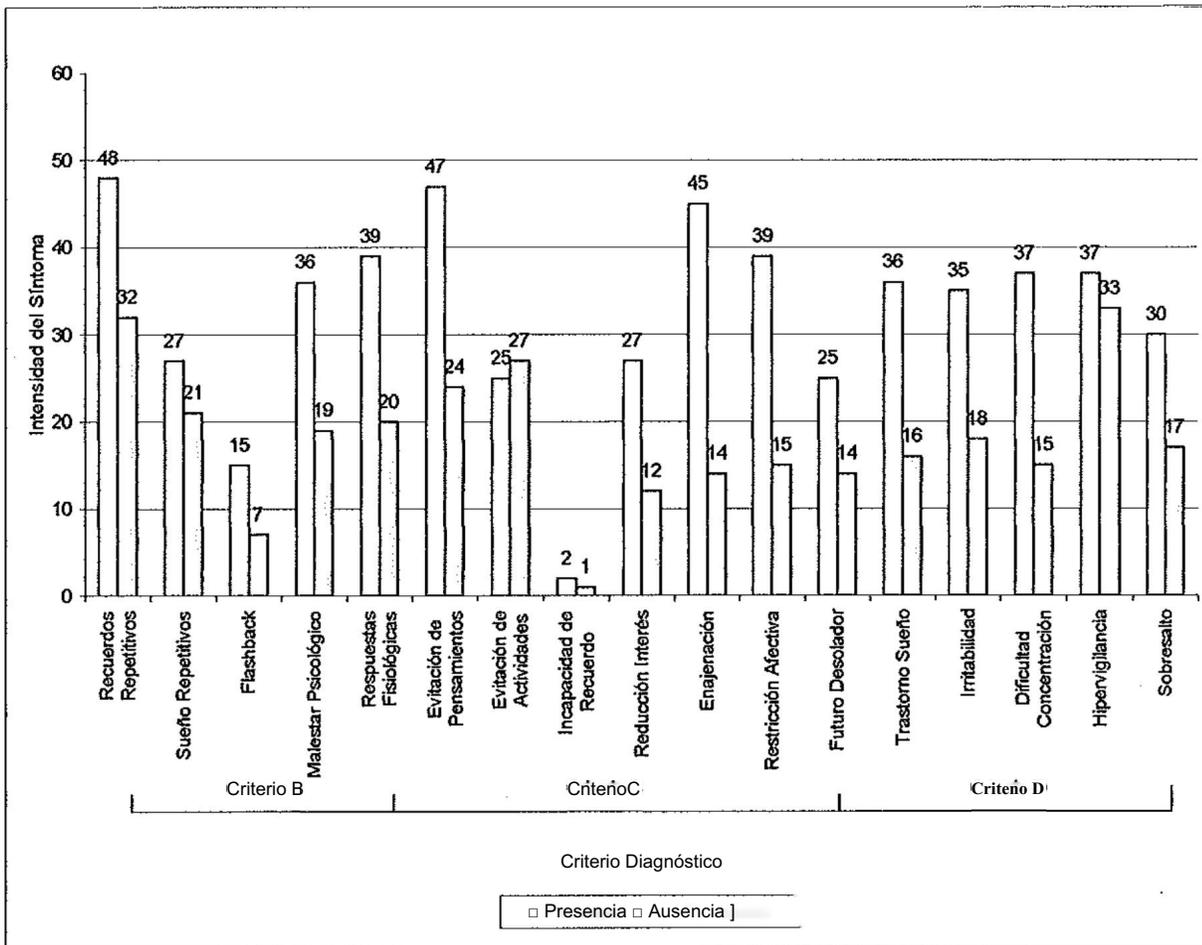


Figura 6. Comparación de la sintomatología del TEPT en población desplazada

En la figura 6 se observa la distribución de los síntomas del TEPT según su intensidad obtenidos por medio del instrumento CAPS, como estos datos corresponden a la perspectiva de análisis cuantitativo, se presentan las intensidades de los criterios B, C y D al igual como se realizó en la escala DTS. El análisis del criterio A se realiza posteriormente en la descripción cualitativa del CAPS.

El criterio B que pertenece a la reexperimentación constante del evento traumático la población desplazada evaluada con TEPT responde para el primer síntoma consistente en la irrupción recurrente de pensamientos, sentimientos o imágenes con una medida de 48 puntos en intensidad, colocándolo como el síntoma

con mayor prevalencia entre estos sujetos (Figura 6); pero de igual manera se encuentra que en los sujetos desplazados no identificados con TEPT existe una distribución del mismo síntoma en una puntuación de 32 para la intensidad, lo que significa que aunque existan sujetos no valorados con el trastorno hay una presencia en toda la población de sintomatología clínica relacionada con respuestas desadaptativas al afrontamiento del evento del desplazamiento. Esto indica que los hechos violentos que debe asumir el sujeto antes de desplazarse son tomados por ellos como acontecimientos desestructurantes que generan cambios en las emociones, sentimientos y comportamientos normales (Criterio A, ver página 57).

En relación con la reexperimentación (Criterio B), la presencia de sueños recurrentes asociados con el acontecimiento traumático es experimentada por sujetos diagnosticados o no con TEPT en una proporción similar con una diferencia mínima de 6 puntos en la escala de intensidad. Esto indica que la mayoría de los sujetos desplazados revive el evento a través de sus sueños presentando contenidos violentos que evocan las experiencias vividas por cada uno. La sensación de estar viviendo nuevamente el hecho traumático a través de episodios disociativos, flashbacks, ilusiones o alucinaciones es un síntoma que no prevalece en la población, presentando una mínima distribución de 15 puntos en sujetos con TEPT y 7 puntos en sujetos sin TEPT. Las personas con presencia del trastorno vivencian en una proporción casi doble un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolicen o recuerden el evento. De igual manera los sujetos con TEPT experimentan en una proporción doble respuestas fisiológicas como sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca, hiperventilación, dolores de cabeza entre otros cuando se exponen a estímulos asociados con el suceso traumático.

En el criterio C que corresponde a la evitación de todo lo que pueda recordar el suceso o lo relacionado con el mismo, el síntoma de evitación de pensamientos es empleado como estrategia defensiva para el malestar ocasionado por la reexperimentación de sucesos dolorosos en mayor proporción por los sujetos desplazados con TEPT, sin embargo en la población que no presenta el trastorno también se puede observar una tasa significativa de 24 puntos en intensidad de este

síntoma; así como la forma más frecuente de reexperimentación en la totalidad de la población desplazada es la irrupción de pensamientos repetitivos que evocan la situación traumática, el síntoma más frecuente de evitación es el intento de rechazar los mismos pensamientos.

La evitación de actividades asociadas con el acontecimiento y que por consecuencia causan su recuerdo es un síntoma presente en igual proporción para los sujetos diagnosticados o no con TEPT, los sujetos desplazados en su mayoría intenta no participar de actividades que están asociadas con el suceso como son la labranza, el trabajo en el campo y con los animales. La incapacidad de recordar el evento traumático como forma de evitación es un síntoma que no se presenta en la población desplazada, la cual recuerda con detenimiento y detalladamente las características, causas y consecuencias de lo sucedido.

Los síntomas de sensación de desapego, enajenación o extrañamiento y reducción significativa de la vida afectiva con incapacidad de experimentar sentimientos de amor y cariño están presentes en gran proporción para la población desplazada con TEPT (45 y 39 puntos de intensidad respectivamente) siendo características principales que afectan a la población la cual experimenta sentimientos de rechazo, incapacidad de adaptación al nuevo grupo social, soledad y aislamiento, al igual que disminución en la intensidad de las emociones y sentimientos hacia miembros de su familia y amigos cercanos. Los sujetos desplazados sin TEPT presentan también estos síntomas pero en una proporción menor.

Los síntomas de hiperactivación como los trastornos del sueño, aumento de la irritabilidad y dificultad en la concentración son experimentados en una proporción de casi dos veces mayor en la población con TEPT, aunque los sujetos no diagnosticados también presentan esta clase de síntomas. La hipervigilancia es un síntoma presente en proporciones similares en los sujetos con TEPT o no, con una mínima diferencia de 7 puntos en la escala de intensidad, es decir la mayoría de los sujetos desplazados presentan incremento en la actividad de vigilia como mecanismo de protección a los estímulos del medio considerados como amenazantes. La

respuesta de sobresalto exagerada se encuentra en sujetos con o sin TEPT no obstante con mayor intensidad en la población con el trastorno.

Análisis Cualitativo del CAPS

El objetivo fundamental de un análisis cualitativo, consiste en describir, clasificar o categorizar los reportes verbales de la población estudiada, con el fin de caracterizar las vivencias más relevantes presentadas por la población desplazada en relación con cada uno de los criterios diagnósticos del CAPS. Para el desarrollo de este análisis cualitativo se realizaron los siguientes pasos:

1. Al finalizar el proceso de entrevista con cada sujeto, se completó y revisó la información obtenida y registrada en el protocolo de la prueba. Paralelamente se transcribió dicha información a una base de datos creada en Excel.

2. Se dividió los contenidos en porciones o unidades temáticas (proposiciones generales o grupo de párrafos que expresan una idea o concepto general descrito por los participantes ante cada pregunta).

3. Se realizó la categorización, es decir se clasificó, con una definición que fuera clara e inequívoca, (categoría descriptiva).

4. Posteriormente se agruparon las categorías de acuerdo con la naturaleza y contenido, con el fin de obtener las frecuencias y los porcentajes respectivos de cada una de las categorías.

5. Por último se presentó un análisis descriptivo de los datos encontrados, con el fin de describir detalles particulares y específicos de la información obtenida en la población estudiada.

Caracterización de la Sintomatología del TEPT en la Población

En el caso de la población investigada los sujetos han tenido que afrontar el evento de desplazamiento el cual además de ser un evento indeseado y conflictivo trae consigo una serie de acontecimientos que pueden ser desestructurantes del funcionamiento psíquico normal de quien lo padece. Sin embargo inmersas en la situación de desplazamiento se encuentran vivencias impactantes pueden ser significadas como traumáticas para quién las afronta; es decir que la generalidad para

la población de estudio es haber sido desplazados del lugar donde normalmente habitaban, pero dentro de esta característica cada sujeto ha debido afrontar individualmente diferentes eventos extremos como amenazas, muertes, torturas y desapariciones, ó tan solo el miedo de ser una próxima víctima más; en estos casos el evento o situación traumática se traslada del hecho de desplazamiento al acontecimiento experimentado por cada quién, el cual en la mayoría de los casos es el que moviliza la acción de migración.

Criterio A: Afrentamiento de Eventos Traumáticos.

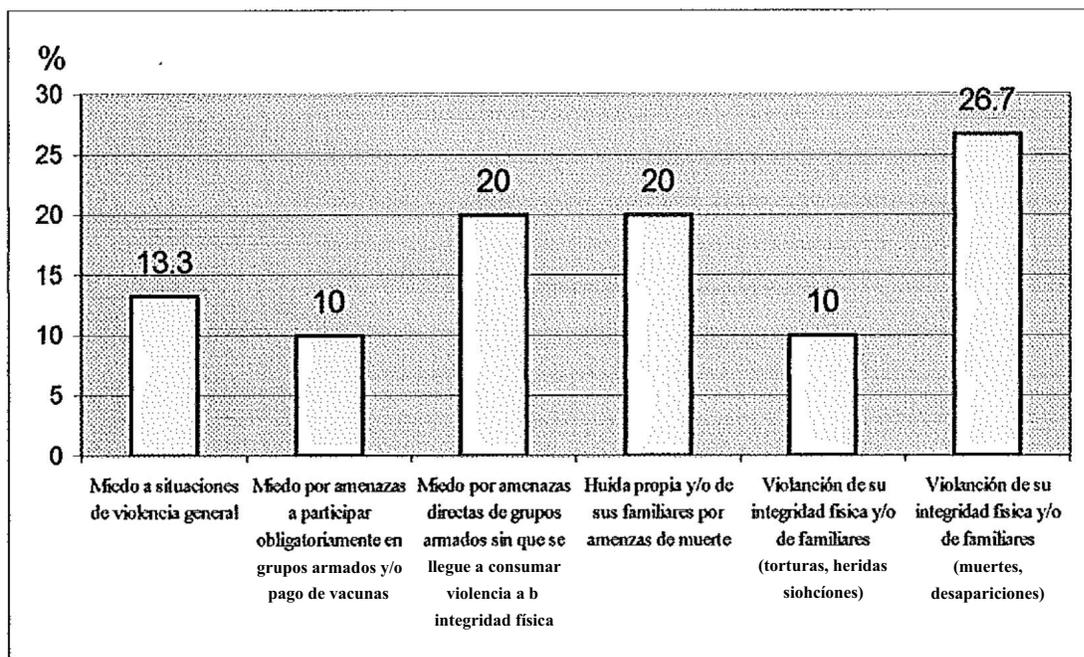


Figura 7. Criterio A: Tipo de evento traumático.

El primer criterio para diagnosticar TEPT es la exposición a eventos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y ante esta exposición la persona ha respondido con intenso temor u honor.

El 26.7% de la población ha experimentado eventos violentos, como presenciar el asesinato de sus propios familiares (esposo (a), hijos, hermanos, tíos, padres), encontrar los cadáveres torturados y sufrir la incertidumbre de familiares desaparecidos. En estos casos además de sufrir la pérdida de sus seres queridos deben también asumir amenazas de muerte hacía ellos mismos y el miedo de ser

futuras víctimas. La totalidad de estos sujetos fueron identificados por la evaluación diagnóstica con trastorno de estrés postraumático.

Contrario a la descripción realizada por el manual diagnóstico DSM-IV, el cual describe que la reacción del sujeto después de afrontar este tipo de eventos es de intenso miedo y horror, se halló en la población desplazada de Bucaramanga que las personas que habían padecido de asesinatos y desapariciones de miembros de su familia presentaban profundos sentimientos de tristeza, dolor y abandono; reacciones que se aproximan más a la activación o reactivación de duelos pendientes que a síntomas ansiosos propios del trastorno.

El 20% de la población total vivenció amenazas directas de muerte por parte de los grupos armados, sin embargo en estos casos no se llegó a consumir ninguna agresión física como heridas, torturas o mutilaciones hacia el sujeto ni sus familiares; sólo advertencias para desocupar las fincas, tierras y casas antes de consolidar cualquier atentado. El 50% de este grupo fue diagnosticado con TEPT y el 83% reaccionó ante el evento con sentimientos de tristeza, sensación de pérdida e incapacidad para responder ante el evento, esta reacción es producto de que aunque no haya pérdidas humanas, los sujetos deben abandonar y perder sus posesiones materiales, desencadenando en ellos reacciones depresivas.

Otro 20% de la población estudiada se desplazó huyendo de los diferentes grupos armados, en estos casos los sujetos eran buscados para ser asesinados por considerarse como informantes o infiltrados del grupo contrario, en otras ocasiones eran líderes comunitarios perseguidos por grupos armados. De este grupo sólo el 33.3% fue diagnosticado con TEPT, la población restante presentó sintomatología clínica pero no suficiente para cumplir con todos los criterios diagnósticos, la reacción emocional para el 50% de esta proporción es de preocupación, intenso terror, miedo y horror pero el otro 50% presentaron reacciones afectivas como tristeza, profundo dolor y sentimiento de abandono.

Un 10% de los sujetos evaluados experimentó violaciones a la integridad física de sí mismo o de sus familiares, en estos casos existieron golpes, disparos en alguna parte de su cuerpo y heridas serias; además de amenazas de muerte. La

reacción de mayor frecuencia en estos sujetos es intenso miedo, terror y horror, debido a que en estos casos se encuentra comprometida la vida propia y la de los familiares y por lo tanto se percibe de cerca la posibilidad de ser asesinado.

Otro 10% de la población era obligada a formar parte de los grupos armados y/o a pagar vacunas para el sostenimiento de los mismos; en estos casos a diferencia de las categorías anteriores no se encuentra un tipo de reacción específica, de esta manera los sujetos experimentaron reacciones de tristeza y miedo hasta profundos sentimientos de ira.

El 13.3% de la población son sujetos que se desplazaron por la situación de violencia general que afectaba sus lugares de vida, en estos casos los sujetos fueron testigos o se enteraron de heridas, torturas y muertes de miembros de su comunidad (vecinos y conocidos) pero no de si mismo o de sus familiares. En estos grupos ninguno fue diagnosticado con TEPT y las reacciones emocionales también variaban desde sentimientos de tristeza y dolor hasta miedo, terror y horror.

Criterio B: Reexperimentación de los Eventos Traumáticos.

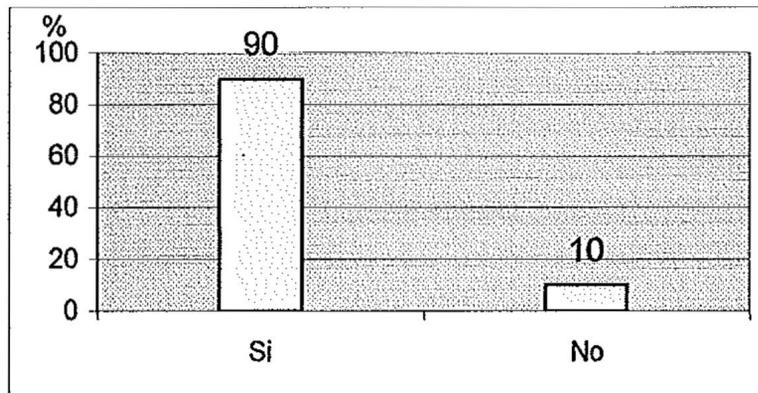


Figura 8. Criterio B1: Reexperimentación por medio de recuerdos.

El segundo criterio corresponde a la reexperimentación constante del evento traumático a través de la irrupción en la conciencia de recuerdos recurrentes que provocan malestar (B1). El 90% de la población desplazada estudiada ha

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

reexperimentado a través de la irrupción de pensamientos, recuerdos e imágenes relacionados con el evento.

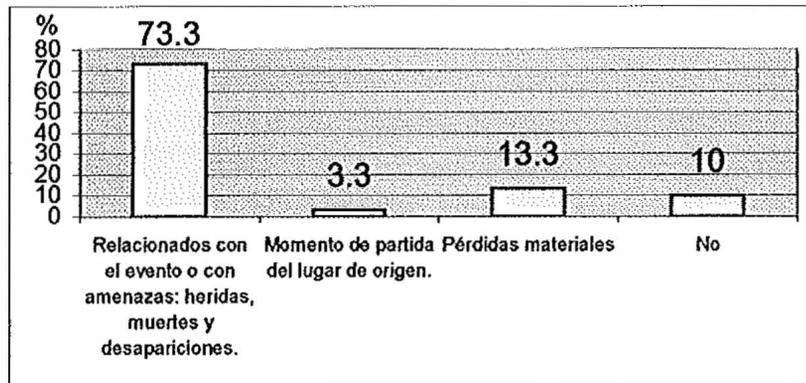


Figura 9. Forma de recuerdo.

El 73% presenta este síntoma de reexperimentación por medio de recuerdos que evocan las situaciones vividas en cada uno de los episodios experimentados, en aquellos casos donde el evento traumático responde a muertes y desapariciones de sus familiares, los recuerdos son escenas que debieron asumir los sujetos en estas situaciones como la identificación de cadáveres desfigurados o torturados. Cuando lo sucedido corresponde a amenazas los sujetos recuerdan las formas en que estas fueron hechas como la entrada en sus casas de grupos con armas y órdenes de desalojo. Los recuerdos son repeticiones de los acontecimientos vividos en aquellos sujetos que presentan este síntoma. Dentro de esta proporción el 50% de desplazados presentaron TEPT con la característica de que la mitad había sufrido muertes y desapariciones de seres queridos.

Solo un 3.3% de la población total reexperimentó por medio de recuerdos relacionados con el momento de partida y desplazamiento del lugar donde habitaban, en estos casos no se recuerda el evento específico sino las características de la migración.

Un 13.3% presenta recuerdos relacionados con las pérdidas materiales, estas pérdidas se encuentran asociadas con los elementos materiales que representaban su

cotidianidad como los lugares de trabajo (casas, fincas, tierras), alimentos que cultivaban, animales que cuidaban y en general sus posesiones.

Un 10% de la población no presenta reexperimentación a través de recuerdos, pensamientos o imágenes en estos casos el motivo de desplazamiento responde a miedo por la violencia en general que sufría la comunidad y el conocimiento de atentados en sitios aledaños pero no heridas serias, torturas, desapariciones y muertes, ninguno de estos sujetos fue diagnosticado con TEPT.

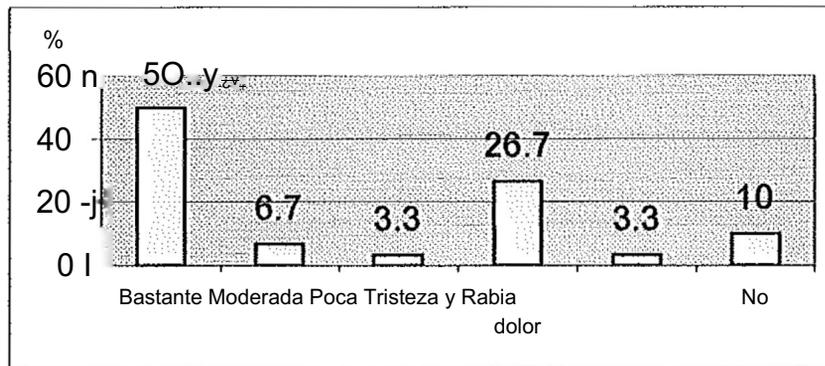


Figura 10. Nivel de angustia generada por los recuerdos.

En el 50% de la población total estos recuerdos causan bastante inconformidad y angustia, los cuáles son vivenciados con suma molestia, dentro de esta proporción más de la mitad de los sujetos fueron diagnosticados con TEPT, es decir que el nivel de angustia experimentados por quienes sufren el trastorno es alto y con frecuencia genera intensa inconformidad.

Un 6.7% y 3.3% presentaron moderada y poca angustia e inconformidad respectivamente al evocar los acontecimientos, en estos casos ninguno de los sujetos fue diagnosticado con TEPT.

Un 26.7% no reaccionó a la reexperimentación por medio de recuerdos con angustia e inconformidad, estos sujetos experimentaron sentimientos de tristeza, dolor, abandono y pérdidas. Un 3.3% reaccionaron con rabia e irritabilidad y un 10% no experimento ninguna reacción al no presentar recuerdos repetitivos.

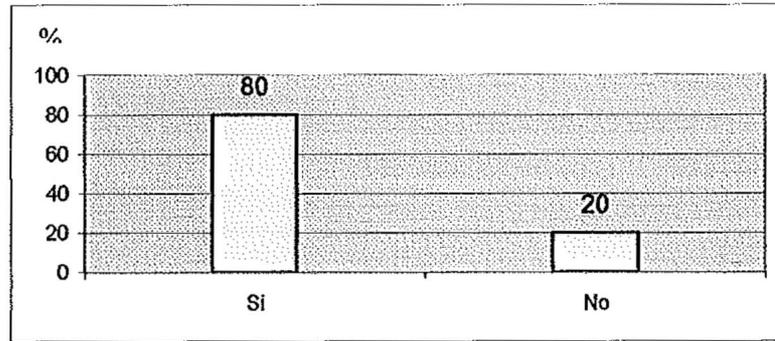


Figura 11. Criterio B2: Reexperimentación por medio de sueños

Otra forma de reexperimentación de los eventos traumáticos es a través de los sueños relacionados con lo sucedido. El 80% de la población presenta sueños que reviven el evento con características que evocan lo vivido; el 20% de la población no reexperimenta por medio de los sueños y ninguna de estas persona presenta TEPT.

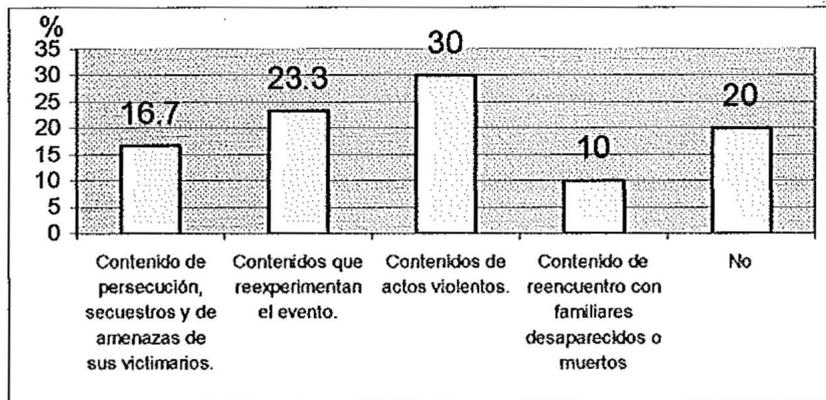


Figura 12. Contenido de los sueños.

Un 16.7% de sujetos que sí padece de este síntoma ha tenido sueños en los cuáles son perseguidos y/o secuestrados por los victimarios; los eventos que responden a estos casos están relacionados con huidas de los sujetos para evitar ser asesinados y migraciones rápidas en momentos que han sido emboscados por los grupos armados. El 23.3% han tenido sueños en donde las escenas del evento traumático son repetidas, cuando son amenazas presentan contenidos oníricos con los mismos personajes que los intimidaron, en algunas ocasiones los sujetos realizan otra acción no hecha en el episodio real como enfrentarlos, gritarlos o hasta matarlos; en

otros casos de esta categoría como en las masacres el sujeto no alcanza a desplazarse y es asesinado; cuando el evento traumático corresponde a muerte de algún familiar el contenido de los sueños son los momentos en donde el sujeto ve el cadáver y las características en que este es encontrado. El 30% de la población presenta sueños con contenidos de actos violentos como muertes de familiares, violaciones, masacres, torturas aunque estos hechos no han sido experimentados por el sujeto, en estos casos no se sueña específicamente con el evento traumático, sino que aparecen nuevos eventos como que es él quien asesina a sus victimarios o al contrario llegan los grupos armados a sus sitios de vivienda y masacran a todos los habitantes; aunque esto no ha alcanzado a suceder en la realidad. Otro 10% de la población presenta sueños en donde se reencuentran con los familiares desaparecidos o muertos, dentro de esta categoría todos los sujetos fueron diagnosticados con TEPT y su evento traumático responde precisamente a padecer asesinatos de seres queridos, reconocimiento de cadáveres desfigurados y/o familiares secuestrados.

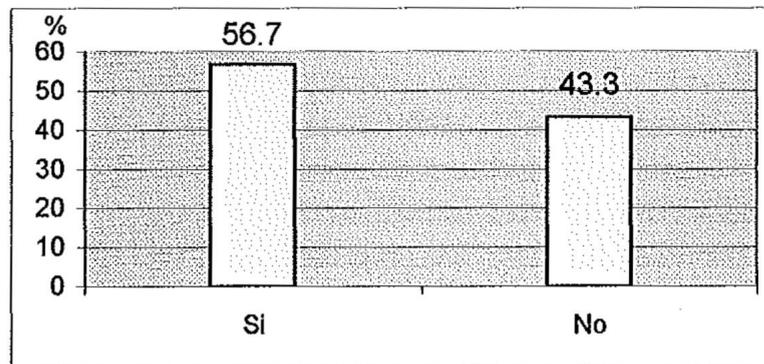


Figura 13, Interrupción del sueño.

El 56.7% de sujetos que presentaron reexperimentación por medio de sueños repetitivos fue despertado por estos. El 43.3% no presentó la sintomatología.

El 6.7% de sujetos que experimentaban este síntoma presentaba dificultad para conciliar nuevamente el sueño pasando desde 10 a 20 minutos o en casos más extremos no lograban volver a dormir. Un 20% era despertado por estos sueños y posteriormente un familiar (esposo, hijos) le brindaba compañía. Un 6.7% se despertaba y predominaban estados afectivos como tristeza, dolor y en ocasiones

llanto. Un 16.7% se despierta y posteriormente va en busca de sus hijos para verificar el estado en que se encuentran. El 16.7% se despierta sobresaltado con miedo y temor.

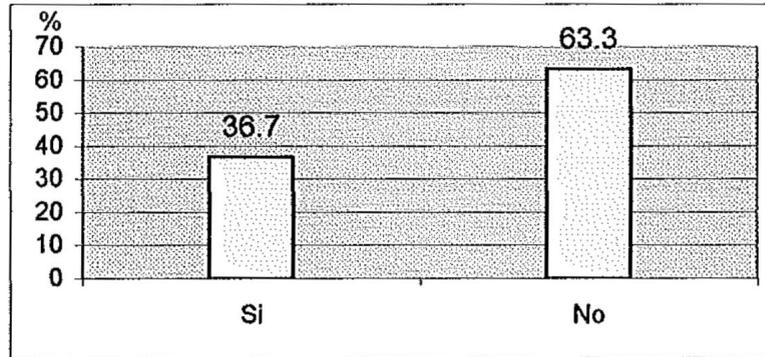


Figura 14. Criterio B3: Reexperimentación a través de flashbacks, episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones.

Otra forma de reexperimentación es la sensación de estar viendo nuevamente el evento por medio de flashbacks, episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones. El 36.7% de la población desplazada presenta este tipo de sintomatología y la totalidad fue diagnosticada con TEPT.

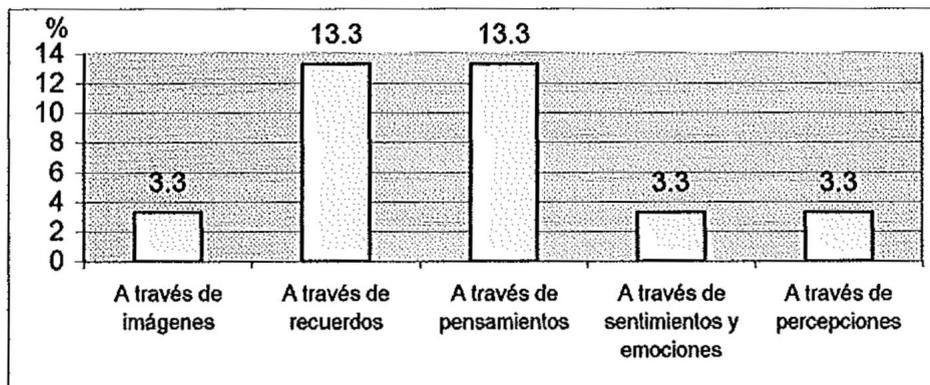


Figura 15. Tipos de flashbacks.

El 3.3% manifiesta revivir a través de imágenes, el 13.3% por medio de recuerdos, el 13.3% revive a través de pensamiento por medio de ideación persecutorio, el 3.3% revive a través de sentimientos y emociones experimentadas en

el momento del evento y un 3.3% a nivel de percepción por medio de ilusiones y alucinaciones en estos casos los sujetos manifiestan creer escuchar los mismos ruidos y voces como en el acontecimiento. Es necesario aclarar que solo en estos sujetos se presentan en realidad la revivencia del trauma, en los casos anteriores la reexperimentación pertenece más a irrupción de pensamientos que en realidad estados disociativos.

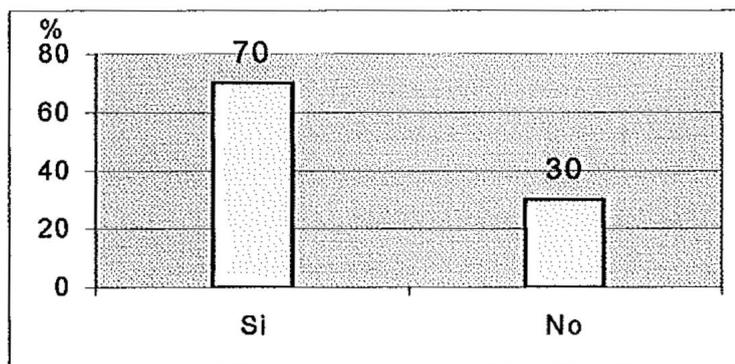


Figura 16. Criterio B4: Malestar psicológico intenso.

Una forma de reexperimentar los episodios traumáticos es cuando los sujetos se exponen a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento y estos le generan malestar psicológico. El 70% de la población desplazada experimenta enojo cuando algún estímulo le evoca el acontecimiento y el 63.15% de esta población padece de TEPT.

En la totalidad de personas que experimentan este síntoma, la rabia es generada cuando son evocados los acontecimientos traumáticos los cuales varían desde amenazas de desalojo, hasta muertes y desapariciones.

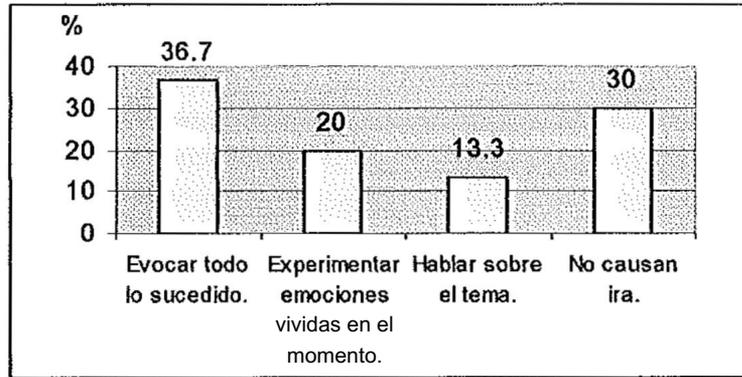


Figura 17 Tipo de recuerdos.

El 36.7 de la población manifiesta enojo cuando el recordar todo lo sucedido, como las muertes, las amenazas y las heridas que recibieron de parte de sus victimarios. El 20% presenta rabia cuando experimentan las mismas emociones vividas en el momento de desplazamiento, en aquellos casos cuando el sujeto siente tristeza se enoja consigo mismo por sentirse de esa forma, de igual manera por todas las emociones experimentadas. Un 13.3% siente enojo cuando otras personas preguntan por lo sucedido, cuando ven o escuchan noticias relacionadas con la violencia sociopolítica o tienen conocimiento de otros hechos similares a los que ellos padecieron. Otro 30% de los sujetos no experimentan rabia con estos recuerdos, vivencian otros tipos de estados afectivos como tristeza, dolor, apatía y desesperanza.

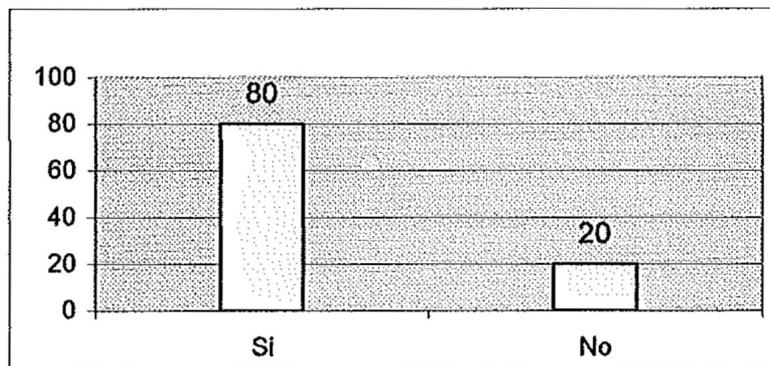


Figura 18. Criterio B5: Respuestas fisiológicas.

Cuando los sujetos recuerdan los eventos traumáticos presentan respuestas fisiológicas que simbolizan la reexperimentación, el 80% de la población desplazada

vivencia reacciones físicas cuando evocan episodios dolorosos. En la mayoría de los casos estas reacciones no se dan por separadas o independientes entre sí, por esto es difícil agruparlos por reacciones comunes debido a que los sujetos pueden experimentar más de una; por tal motivo se describe la presencia de la reacción en la población pero se debe tener en cuenta que estas se correlacionan entre sí.

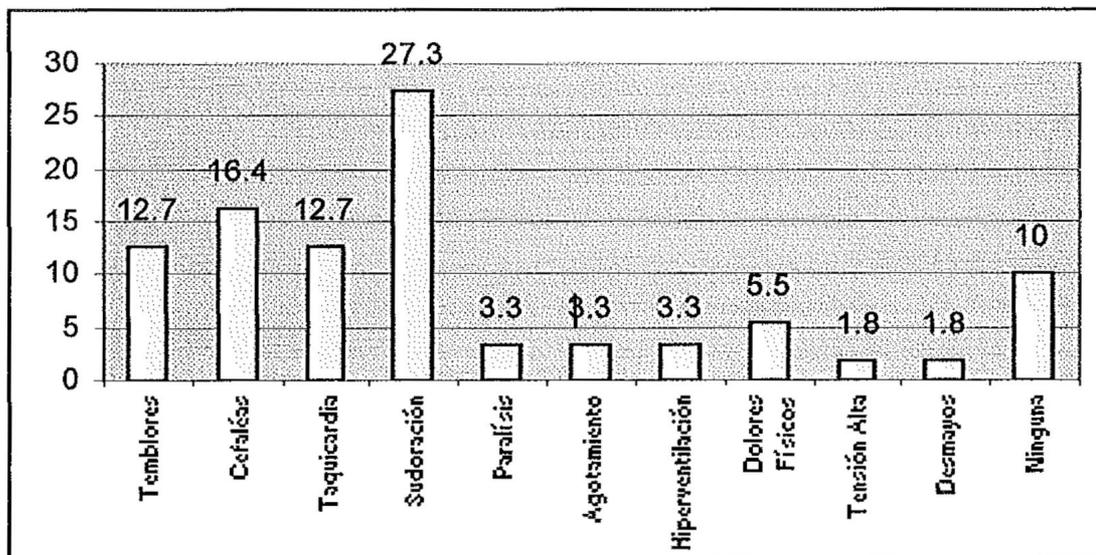


Figura 19. Tipo de respuesta fisiológica.

El 12.7% de los sujetos presenta temblor en algún miembro de su cuerpo con mayor frecuencia en las manos, en estos casos los estados emocionales son de intenso miedo y pánico, y corresponden a reexperimentaciones de episodios como torturas y heridas serias. El 16.4% manifiesta padecer de dolores de cabeza, cuello y frente, en estos casos el síntoma de reexperimentación por medio de recuerdos repetitivos es prevalente. El 12.7% presenta palpitaciones fuertes del corazón; uno de los sujetos padeció un preinfarto en un episodio de reexperimentación de esta forma. El 27.3% presentó sudoración de las manos, síntoma con mayor presencia en la población y asociado a otras reacciones ansiosas como temblores e hiperventilación. Tres

proporciones de sujetos de 3.3% presentaron parálisis en miembros inferiores, cansancio e hiperventilación respectivamente. Un 5.5% padeció de dolores físicos en alguna parte de su cuerpo como piernas y brazos. Dos proporciones de 1.8% experimentaron aumento de la tensión y desmayos en el mismo orden. El 10% de la población no presentó reacciones físicas, en estos casos ninguno presentó TEPT.

En el 40% de la población estas reacciones fueron ocasionadas al evocar episodios como muertes y torturas, aunque el evento para el sujeto no halla sido de este tipo el hecho de imaginarlos produce respuestas fisiológicas como las descritas; en estos casos los síntomas físicos están más relacionados a reacciones ansiosas como sudoración de las manos, palpitaciones en el corazón y temblores. En el 26.7% son producidas por el recuerdo de las amenazas de muerte y heridas serias. El 13.3% son respuesta a la evocación de pérdidas físicas como tierras, finca y ganado; para estos casos son más frecuente los dolores de cabeza, frente y cuello.

Criterio C: Evitación de Estímulos Relacionados con el Trauma.

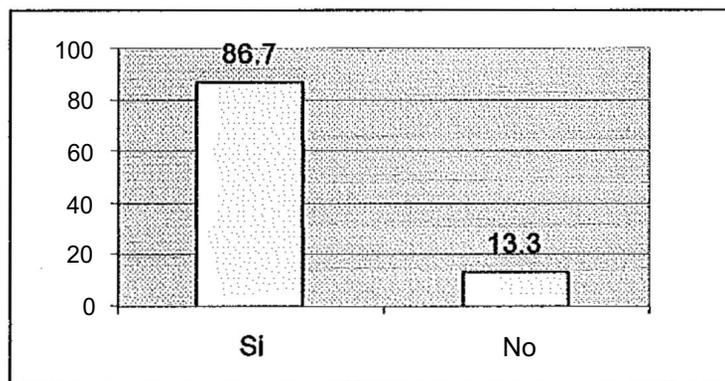


Figura 20. Criterio C1: Esfuerzos para evitar pensamientos y sentimientos.

El tercer criterio hace referencia a los síntomas de evitación, por medio de los cuáles los sujetos buscan defenderse del malestar ocasionado por la reexperimentación. La población desplazada presenta en un 86.7% el primer síntoma

de este grupo que corresponde a la evitación de pensamientos y sentimientos relacionados con el acontecimiento.

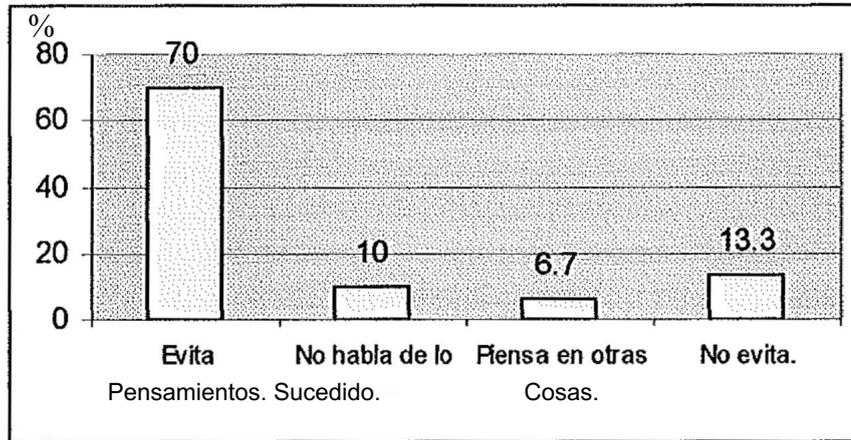


Figura 21. Tipo de evitación.

El 70% de los sujetos evaluados intenta evitar pensamientos relacionados con los acontecimientos vividos como pérdidas materiales, amenazas, torturas y muertes, la totalidad de desplazados que conforman este grupo presentan reexperimentación por medio de recuerdos, imágenes y pensamientos intrusivos, y el 50% de esta proporción fue diagnosticada con TEPT. Un 10% evita hablar de lo que le sucedió con otras personas, evita ver o escuchar noticieros, leer periódicos que le recuerden el evento traumático. Un 6.7% realiza intentos por tener pensamientos diferentes a lo acontecido, tratando de realizar otras actividades pero cuando estas son culminadas la ideación de pensamiento vuelve a surgir. Un 13.3% manifiesta no presentar esta sintomatología porque sus pensamientos están dirigidos a la situación presente y las necesidades actuales como trabajo, vivienda y comida.

El 53.3% tuvo que realizar un gran esfuerzo para lograr evitar los pensamientos y sentimientos que le recordaban el evento, de esta forma iniciaba actividades que le permitieran utilizar la atención en otras tareas y así rechazar la ideación relacionada con el trauma. El 16% de sujetos realizan constante oración como medio de evitación y un 6.7% es incapaz de eliminarlos. Solo un 3.3% de la

población total recurrió a la alteración de la conciencia por medio de alcohol para evitar esta ideación.

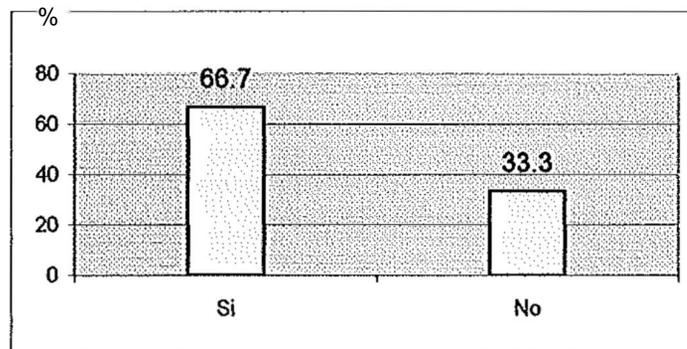


Figura 22. Criterio C2: Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas

Un segundo síntoma de evitación del malestar generado por los episodios traumáticos es la evitación de actividades, lugares y personas que recuerden el evento; el 66.7% de la población de estudio presenta ésta sintomatología, dentro de la cual el 55% de la proporción fueron diagnosticados con TEPT.

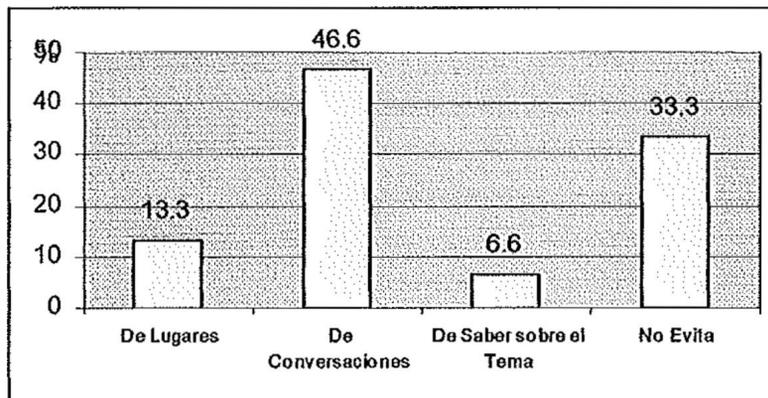


Figura 23. Tipo de Evitación.

El 46.7% hace esfuerzos para evitar personas con las que puedan tener conversaciones referentes al evento, debido a que el hecho de hablar sobre lo ocurrido obliga al sujeto a evocar episodios dolorosos que le generan reacciones molestas emocionalmente y por consecuencia la reexperimentación los mismos. Los mecanismos empleados para esta forma de evitación son el aislamiento social que implica la preferencia de los sujetos a estar solos, no hablar con extraños ni personas que no pertenezcan al sistema familiar. De la totalidad de este grupo el 57.14% fue

diagnosticado con TEPT y el 42.9% corresponden a eventos traumáticos de muertes y desapariciones de algún miembro de su familia.

Un 13.3% de los sujetos evitan sitios que puedan estar asociados al evento, tales como casas, fincas y tierras; estos lugares son asociados a aquellos en donde los acontecimientos tuvieron lugar generando miedo e inseguridad en los sujetos al visitarlos. La totalidad de este grupo manifiesta no querer regresar a los sitios de donde fueron desplazados como forma de evitación del episodio traumático.

El 6.7% de los sujetos evitan escuchar o ver noticieros porque en estos se transmiten noticias relacionadas con la violencia que vive el país, especialmente las muertes, amenazas y desplazamiento de los que fueron víctimas, generando en ellos tristeza y nostalgia al recordar las pérdidas humanas y materiales. Estos sujetos no están diagnosticados con TEPT y su evento traumático está relacionado con el miedo por amenazas a participar en grupos armados y con la huida por persecución de dichos grupos.

El 33.33% de la población de estudio no presenta evitación de personas, actividades y lugares que le recuerden los acontecimientos vividos.

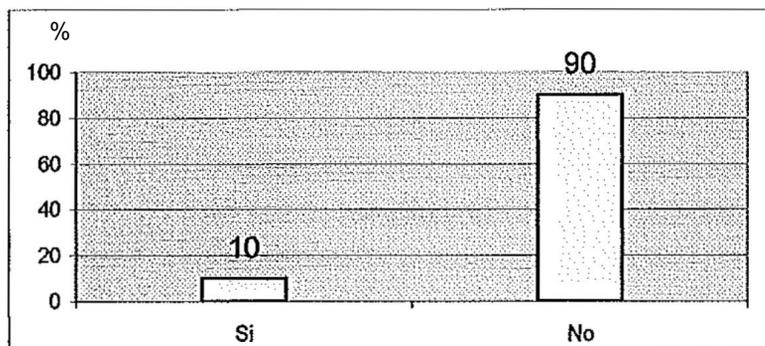


Figura 24. Criterio C3: Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

Un tercer síntoma de evitación es la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma, en el caso de la población de estudio el 90% no presenta esta dificultad para evocar aspectos importantes del evento.

En estos casos los recuerdos son claros y detallados; la totalidad de esta población presenta reexperimentación del evento por medio de la irrupción de recuerdos repetitivos en la conciencia, de esta forma el sujeto mantiene el recuerdo de los acontecimientos dolorosos a través de la presencia constantes de ideas relacionadas que impiden el olvido de los mismos. El 86% del total de los sujetos diagnosticados con TEPT no presentan dificultad para recordar el evento traumático el cual responde a experimentar muertes y desapariciones de algún miembro de su familia.

El 10% de la totalidad de la población presenta incapacidad para evocar su evento, manifestando dificultad para recordarlo pero reaccionando con emociones similares a las experimentadas en ese momento, las cuáles prevalecen en estados afectivos como tristeza, dolor y sentimientos de pérdidas.

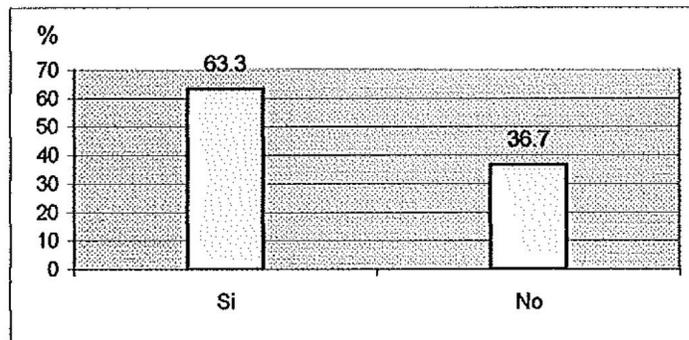


Figura 25. Criterio C4: Significativa disminución de interés o participación en actividades.

El cuarto síntoma de evitación corresponde la pérdida de interés en las actividades que la persona realizaba antes de padecer el evento traumático. El 63% de la población desplazada presenta reducción del interés o de la participación en actividades sociales o laborales que realizaban antes de ocurrir el evento. La totalidad de los sujetos diagnosticados con TEPT se encuentran presentando esta sintomatología.

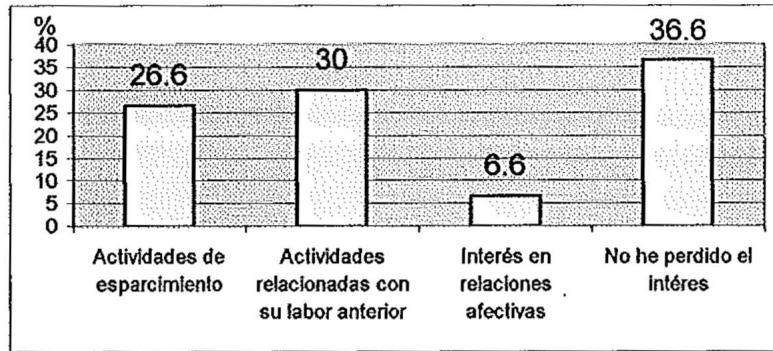


Figura 26. Pérdida de interés

El 30% de la población presenta desinterés en actividades relacionadas con su labor anterior al evento, este comportamiento se manifiesta en la evitación de lugares del campo como las fincas en las cuales trabajaban y en muchos casos vivían, lugares en donde para la mayoría de los sujetos se llevó a cabo el evento traumático.

26.67% de la población ha perdido el interés en actividades de esparcimiento que antes solía disfrutar, como jugar fútbol, salir a caminar y pasear con la familia, en estos casos los eventos corresponden a muertes violentas, desapariciones y amenazas de muerte.

El 6.7% los sujetos presentan desinterés en las relaciones interpersonales, este síntoma es debido a reacciones como la desconfianza hacia las nuevas personas que conforman la red social, las dificultades de entablar nuevos vínculos sociales que hacen que el sujeto desista y pierda el entusiasmo en crearlas.

El 36.6% de los sujetos desplazados no experimentan reducción del interés en ninguna actividad, expresando que su motivación por aquellas cosas que hacían antes del evento sigue presente.

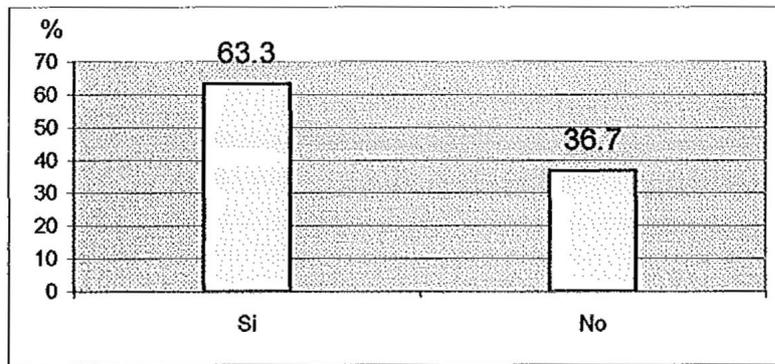


Figura 27. Criterio C5: Sensación de desapego frente a los demás.

El quinto síntoma de evitación consiste en la sensación de aislamiento y desapego hacia otras personas. El 63.3% de la población presenta esta sensación o enajenación frente a los demás, de los cuales el 73.68% se encuentra diagnosticado con TEPT y su evento se caracteriza por experimentar muertes violentas o desapariciones de algún familiar, por la huida propia y/o de sus familiares por persecución de algún grupo aunado.

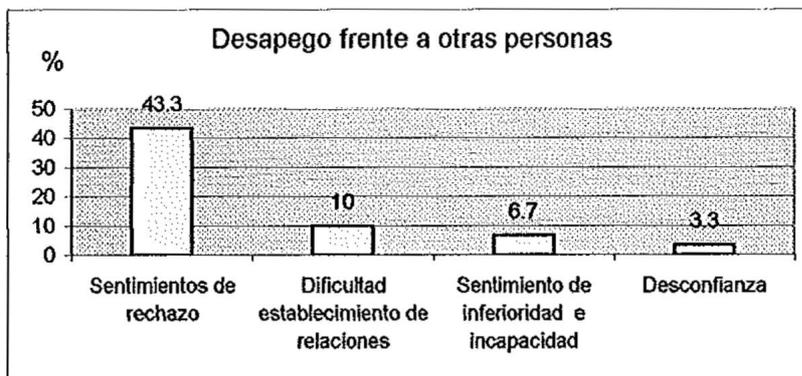


Figura 28. Forma de expresión del desapego.

El 43.3% de la población experimenta sentimientos de rechazo, abandono, humillación y soledad, en algunos casos por parte de miembros de su familia en donde las relaciones afectivas se han deteriorado por los cambios ocurridos en la dinámica familiar, en otros por las personas que integran la red social las cuáles en ocasiones son hostiles hacia los sujetos desplazados que migran a sus sitios de convivencia. El 10% presenta dificultad para establecer nuevas relaciones y el 6.67% experimenta sentimientos de inferioridad e incapacidad ante otras personas lo cual conlleva a que el sujeto se aisle.

El 3.3% de los sujetos experimenta específicamente desconfianza ante las demás personas debido a que consideran que en cualquier momento se pueden encontrar con sus víctimas y piensan que estos pueden aparecer en situaciones inesperadas. El 36.7% de la población no manifiesta sentirse alejado o distante de los demás, expresan que sus relaciones interpersonales funcionan con normalidad.

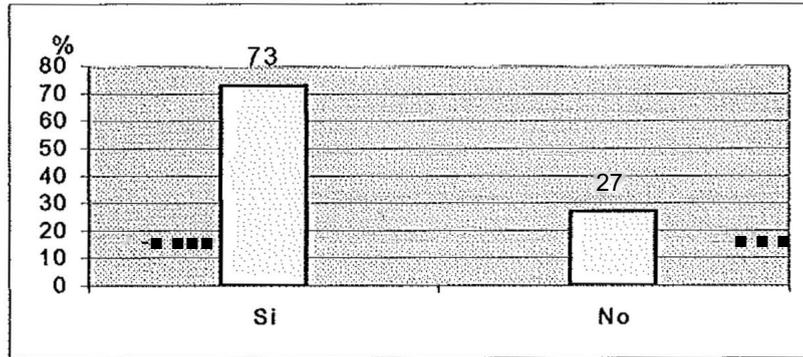


Figura 29. Criterio C6: Restricción de la vida afectiva.

El sexto síntoma de evitación corresponde a la reducción de la capacidad para experimentar sentimientos positivos. El 73% de la población ha experimentado restricción en su afectividad hacia otras personas, de esta proporción el 59% esta diagnosticado con TEPT.

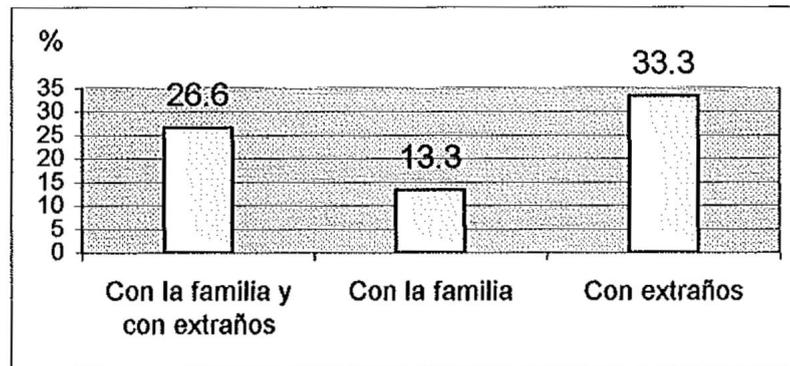


Figura 30. Dificultad en las relaciones Interpersonales

El 33.33% de los sujetos se ha sentido emocionalmente apático y con dificultad para expresar sentimientos como amor y felicidad con personas ajenas a su familia, experimentando al contrario sentimientos de rechazo y desinterés hacia ellos.

El 26.67% de la población ha manifestado esta dificultad con todas las personas incluyendo a las personas que conforman su núcleo familiar, sintiendo que las cosas ya no son como antes, manifiestan creencias como “no podré volver a sentir cariño y amor por mi familia”, “ya no existe felicidad y alegría dentro de mi hogar”.

El 13.3% de los sujetos dirige estos sentimientos de apatía y desinterés emocional únicamente a la familia, se presenta esta dificultad solo con sus hijos y esposo(a), en estos casos las relaciones son conflictivas entre cónyuges y constantes discusiones entre padres e hijos. Los sujetos que presentan TEPT aquí presentes han experimentado diferentes tipos de evento traumático no relacionándose con una categoría específica.

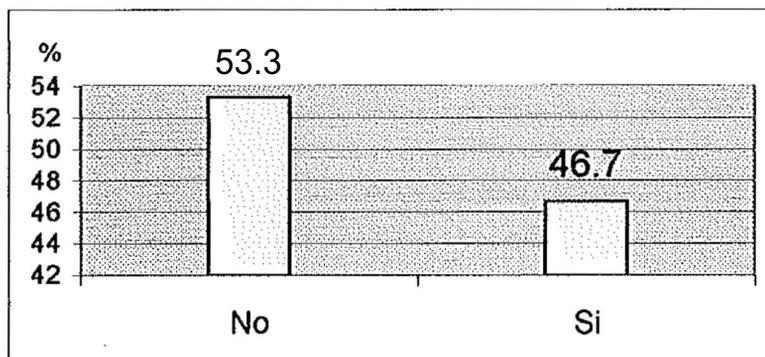


Figura 31. Criterio C7: Sensación sobre el futuro.

El séptimo síntoma de evitación corresponde a la sensación de un futuro desolador y desesperanzado. El 53.33% de los sujetos desplazados no perciben su futuro de esta manera, manifestando que en ellos existe el deseo de planearlo, “de salir adelante y de seguir luchando sobre todo por la familia”. Estos sujetos se encuentran motivados en adquirir empleo y por consiguiente los recursos económicos para el mantenimiento de sí mismo y de sus familias.

El 46.66% percibe su futuro como incierto y desolador, las personas que se encuentran en esta categoría presentan como característica común que en el hecho violento siempre estuvo comprometida la vida propia y/o la de sus familiares, en algunos casos habían padecido asesinatos y desapariciones de alguno de los miembros de su familia.

De la población que si presenta esta sintomatología el 23.3% siente que su futuro es desolador e incierto debido a la difícil situación económica que se encuentran atravesando actualmente, en estos momentos no poseen los medios necesarios (alimentos, vivienda, trabajo) para satisfacer sus necesidades básicas. El 16.7% de los sujetos presentan ideación de muerte, tienen la creencia de que van a morir en cualquier momento porque los van a matar. La percepción que tienen los sujetos diagnosticados con TEPT de ver su futuro compuesto por desesperanza, incertidumbre y desolación se relaciona con las características del evento el cual en la mayoría de casos se encuentra comprometida la vida de las personas, en donde la ideación de muerte es frecuente por el hecho de ser una experiencia real para estos sujetos, es por esto que para esta población la sensación de un futuro incierto y desesperanzado es normal y no corresponde a reacciones psicopatológicas.

Criterio D: Hiperactivación del Sistema Nervioso Central.

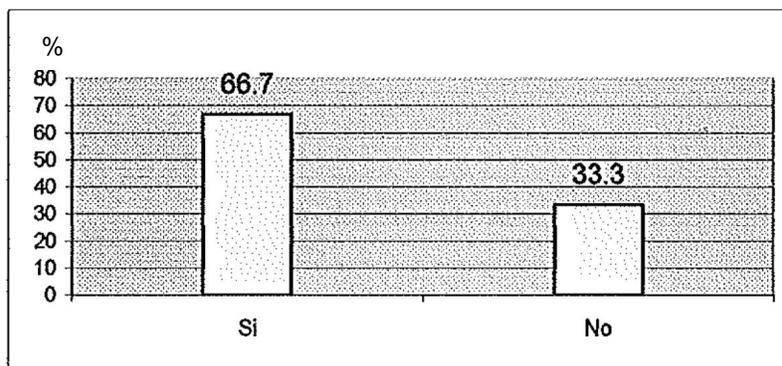


Figura 32. Criterio D1: Dificultad para dormir.

El cuarto criterio corresponde al grupo de síntomas de hiperactivación o hiperaurosal, manifestados en trastornos del sueño, en la concentración, irritabilidad, hipervigilancia y exagerada respuesta de sobresalto.

El 66.7% padecen alteraciones del sueño, manifestando dificultad para mantener o conciliar el sueño cuando se despiertan en la madrugada. El 64.28% del total de sujetos que presentan estos síntomas se encuentran diagnosticados con TEPT y reexperimentan el evento traumático por medio de sueños recurrentes, es decir que el criterio B2 (sueños repetitivos), se encuentra relacionado con las alteraciones del sueño en estos sujetos, de esta manera presentan alteraciones del sueño porque experimentan sueños con contenidos dolorosos que generan malestar y reviven el trauma.

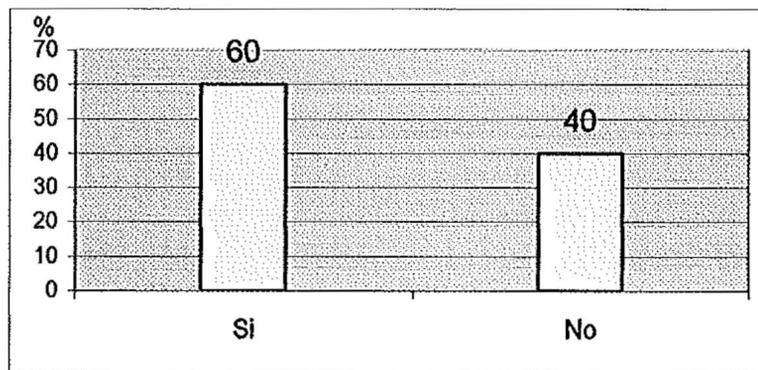


Figura 33. Criterio D2: Irritabilidad o ataques de ira.

El 60% de la población desplazada ha experimentado irritabilidad o ataques de ira en mayor proporción que antes de ocurrido el evento traumático. El 40% restante experimenta sentimientos de tristeza, dolor e inhibición.

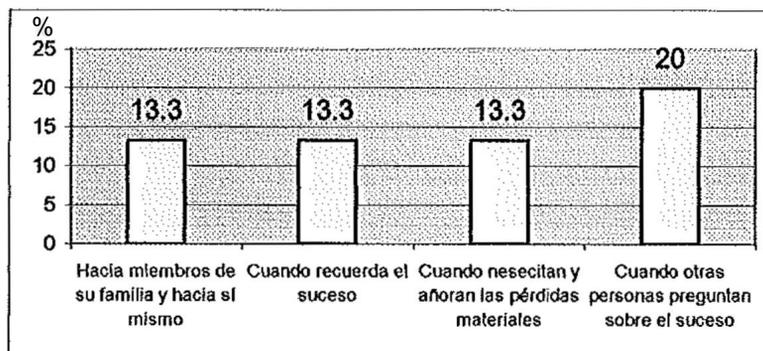


Figura 34. Clase de irritabilidad

El 20% de la población presenta irritabilidad cuando otras personas que no hacen parte del núcleo familiar interrogan acerca del evento.

El 13% de los sujetos dirigen esta ira hacia sí mismos o hacia algún miembro de su familia, manifestados en autorreproches o discusiones especialmente con los hijos, los cuáles son con mayor frecuencia castigados actualmente que antes de ocurrir el evento.

Otro 13% de la población experimenta ira cuando recuerdan el evento traumático y piensan en los grupos armados de los cuáles fueron víctimas y a quienes responsabilizan de su situación actual.

El 13% experimenta ira cuando recuerda las perdidas materiales, expresando que en estos momentos no poseen estabilidad económica, no tienen una vivienda, y carecen de dinero para comprar los alimentos; el 13% de la población representa este grupo.

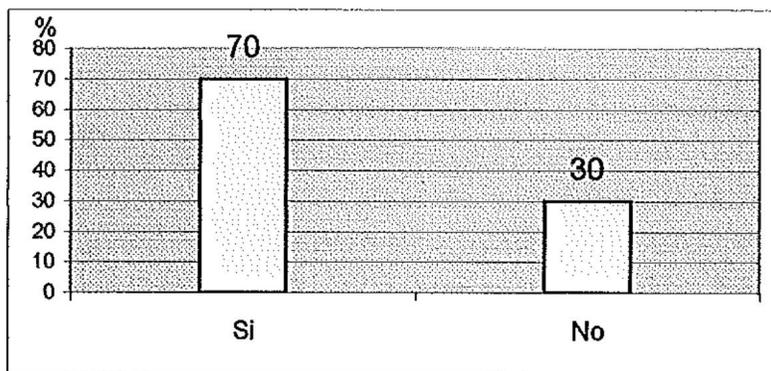


Figura 35, Criterio D3: Dificultad de concentración.

El 70% de la población experimenta dificultad para concentrarse en las actividades que esta realizando, el 61.9% de los sujetos están diagnosticados con TEPT y su evento traumático hace referencia a la experimentación de actos violentos como muertes y desapariciones en algún miembro de la familia y miedo por amenazas directas provenientes de grupos armados.

UNAS 110 11 19/13A

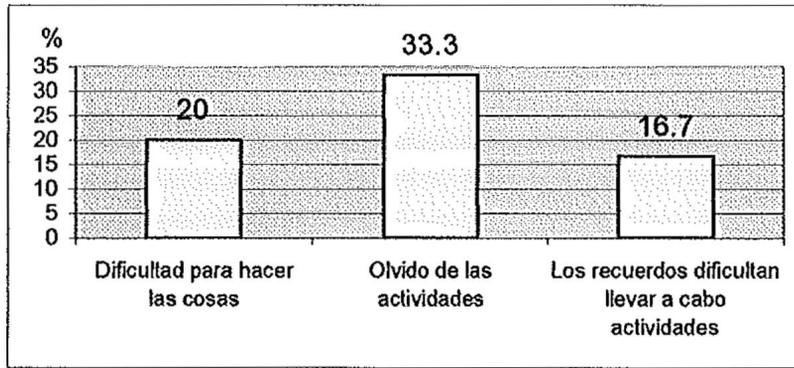


Figura 36. Tipo de dificultad en las actividades.

El 33.3% de la población que presenta este síntoma lo experimenta a través de olvidos de actividades que se dirige a realizar o que ya esta haciendo, teniendo que repetir la acción varias veces para poder culminar la actividad, sin embargo no logran hacerlo exitosamente. El 20% de los sujetos manifiestan dificultad para llevar a cabo alguna actividad debido a la incapacidad que tienen para concentrarse en el desempeño, de esta forma perciben la tarea con un alto grado de complejidad que impide la culminación correcta de la misma.

El 16.7% de la población no puede realizar una actividad ya que en esos momentos sobrevienen los recuerdos del evento, generando en ellos sentimientos como ira, tristeza y nostalgia evitando que continúe con el desarrollo de la tarea.

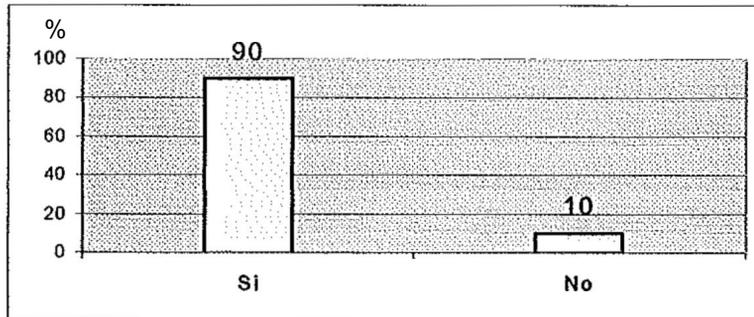


Figura 37. Criterio D4: Hipervigilancia.

El 90% de la población presenta hipervigilancia, de los cuales el 48.2% de la población está evaluada con TEPT y su evento traumático se caracteriza por haber sido víctima de violencia como muertes y/o desapariciones de algún miembro de su familia y por miedo a amenazas directas por parte de grupos armados principalmente.

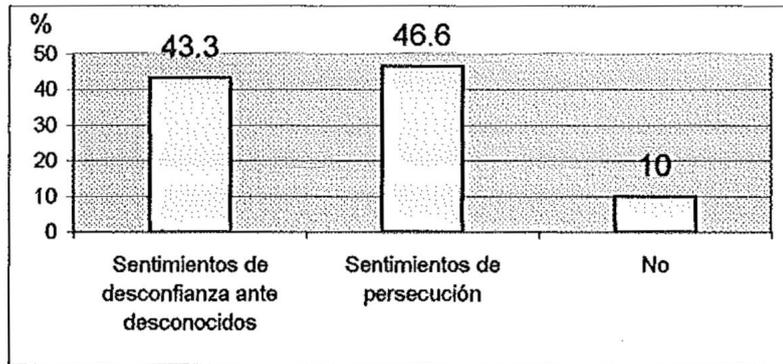


Figura 38. Sensación de hipervigilancia

El 46.67% de la población experimenta este sentimiento en situaciones en las que el sujeto cree ser observado o perseguido por las personas que se encuentra a su alrededor, las cuáles relaciona como miembros de los grupos armados quienes fueron sus agresores.

El 43.3% de los sujetos presentan sentimientos de inseguridad y desconfianza ante personas desconocidas, creyendo que pueden ser lastimados o agredidos por estos, para evitar esta situación en la que el desplazado cree poder ser víctima mantiene una actitud de hipervigilancia ante el medio que los rodea aún cuando reconocen que no deben estarlo.

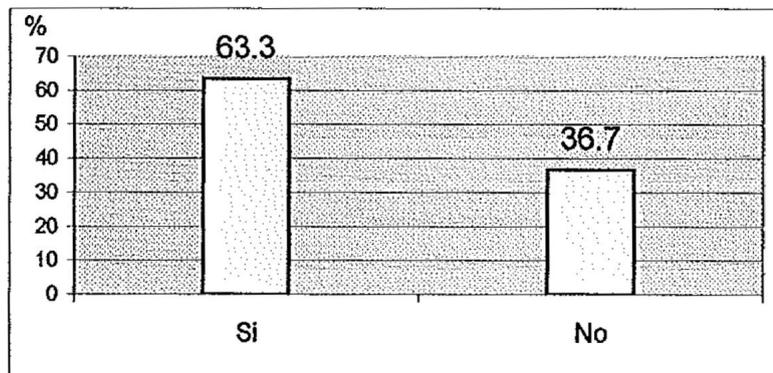


Figura 39. Criterio D5: Reacción fuerte de sobresalto.

El 63.3% de la población presenta reacciones fuertes de sobresalto y su evento traumático se caracteriza en mayor proporción por actos violentos como muertes y/o desapariciones de los que fueron víctimas miembros de su familia y por el miedo por amenazas directas hechas por grupos armados.

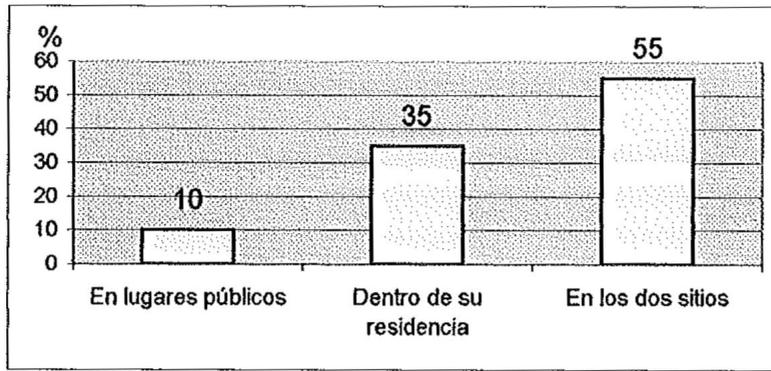


Figura 40. Lugar en donde se presenta el sobresalto.

El 55% de la población experimenta sentimientos de inseguridad e intranquilidad dentro y fuera del lugar de residencia; el 35% de la población solo experimenta esta sintomatología dentro de su casa y el 10% cuando se encuentra en lugares públicos específicamente.

Estímulos externos presentes en el medio que rodea a los sujetos tales como ruidos, voces, luces e imágenes, son factores desencadenantes de esta sintomatología, la población reconoce que en la mayoría de ocasiones estos estímulos son mínimos sin embargo son percibidos como señales de peligro y son asociados con su evento.

Criterio F: Malestar Clínicamente Significativo.

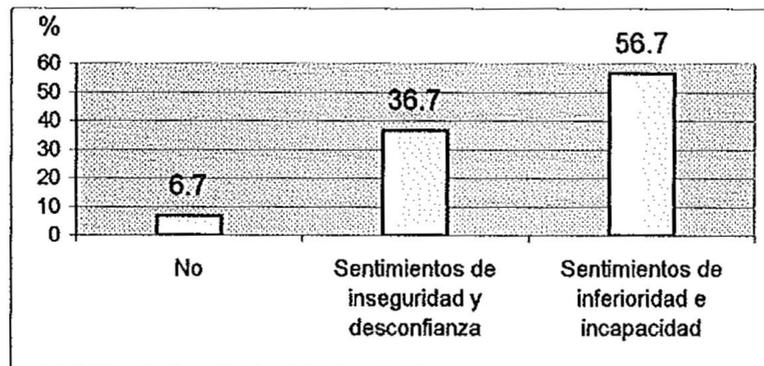


Figura 41. Criterio F: Deterioro en las relaciones sociales.

El 93.33% de la población ha sido afectada en sus relaciones interpersonales por la sintomatología TEPT, el 56.6% presenta deterioro en sus relaciones sociales debido a que experimentan sentimientos de desconfianza hacia la mayoría de personas que los rodean, piensan que no deben establecer vínculos afectivos con ellos

porque no tienen la certeza de saber en realidad quienes son, presentan miedo de que en cualquier momento puedan estar relacionándose con alguno de sus victimarios; dentro de esta proporción es normal encontrar ideación persecutoria que hacen que los sujetos constantemente sientan que son buscados por los grupos armados para consumir las diferentes amenazas; es necesario aclarar que en estos casos la ideación no presenta un carácter delirante o psicopatológico porque responde a un hecho real que afecta a esta población. El 36.6% de la población presenta dificultad para entablar nuevas relaciones debido a experimentar sentimientos de inferioridad con relación a las personas de la ciudad, manifiestan que no están capacitados para llevar estilos de vida similares a la de los habitantes de los nuevos sitios de llegada, lo que hace que sientan falta de pertenencia y adaptación a los mismos. Dentro de esta proporción se encontraron personas con sentimientos de rechazo y abandono por parte de las comunidades receptoras que en ocasiones manifiestan hostilidad hacia ellos por ser considerados como competencia en la adquisición de recursos para la satisfacción de sus necesidades básicas. Solo el 6.6% no presentó afección en las relaciones interpersonales y ninguno de estos sujetos fue diagnosticado con TEPT. El 83.3% de la población descrita manifestó que era bastante el deterioro en esta dimensión personal lo que le generaba una intensa molestia.

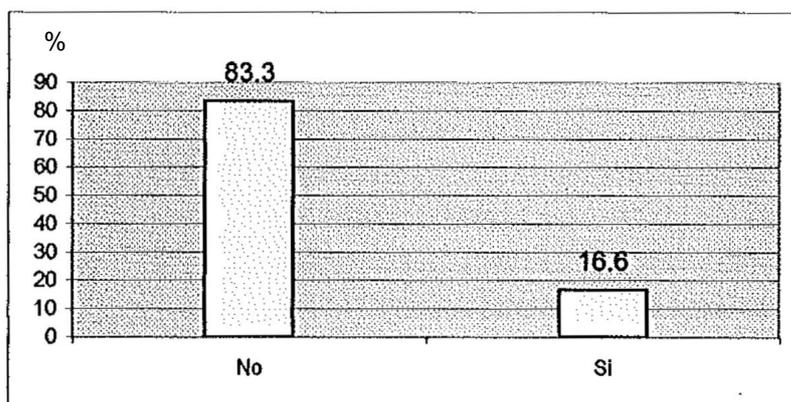


Figura 42. Deterioro ocupacionaí

Solo el 16.6% de la población manifestó que se encontraba trabajando en el momento de la valoración, de esta proporción sólo el 6% presenta alteración en su habilidad para trabajar, en estos casos los sujetos experimentaron olvidos y dificultad

para concentrarse lo que hacía que la tarea fuera percibida como complicada, en este grupo todos fueron diagnosticados con TEPT, estos sujetos se desempeñan en labores de la construcción; el otro 10% no sufrió de dificultades para realizar sus tareas. El 83% de la totalidad de la población era desempleada y se desempeñaba ocasionalmente en actividades de la economía informal como vendedores ambulantes para los dos géneros, y tareas domésticas como lavar, planchar y realizar el aseo en diferentes hogares para el género femenino; en esta proporción la totalidad manifiesta que su habilidad para trabajar no fue afectada.

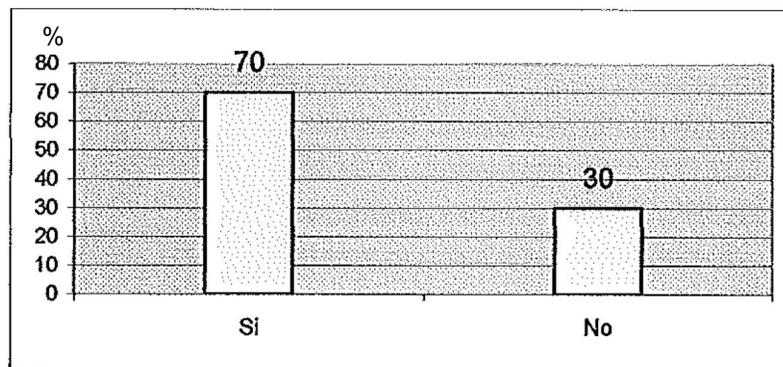


Figura 43. Deterioro en las dimensiones personales.

El 70% de la población considera que esta sintomatología ha afectado alguna parte importante de su vida y el 80% de esta proporción fue diagnosticada con TEPT.

Un 30% de la población total considera que los sentimientos de pérdidas como no tener lo que antes se poseía y los sentimientos de inferioridad como la dificultad para realizar otras labores por estar incapacitados para ello son aspectos que han afectado actualmente su vida. Un 23% manifiesta que haber perdido el interés en la mayoría de las actividades, experimentar falta de motivación y sentimientos de desesperanza hacia el futuro. Un 6.7% manifiesta que las dificultades que presentan para relacionarse con otras personas afectan su dimensión personal y un 3.3% experimenta intenso miedo de morir lo cual hace que perciban su vida como afectada. Finalmente un 30% de la población total manifiesta que mantienen la capacidad para adaptarse y trabajar como antes lo que permite que no consideren ninguna afección a su vida.

Síntomas Asociados

El CAPS además de evaluar los criterios diagnósticos descritos por el DSM-IV, mide otros síntomas asociados a este trastorno, los cuáles son: sentimientos de culpa sobre actos vividos u omitidos, sentimientos de culpa por sobrevivir a un evento traumático, disminución de la conciencia, pérdida de contacto con la realidad y despersonalización.

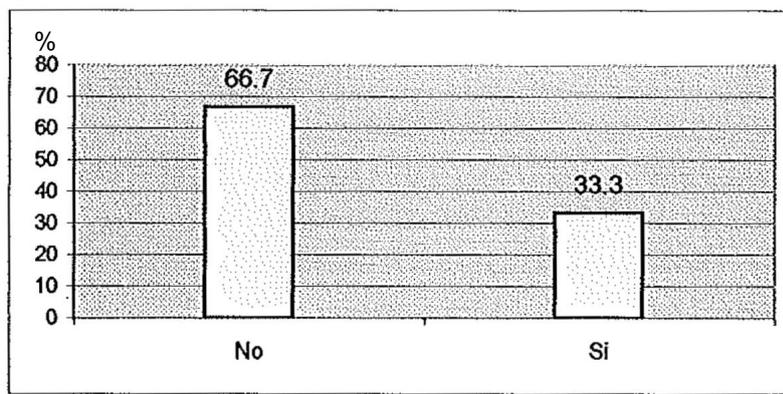


Figura 44. Sentimientos de culpa

Solo el 33.3% de la población total experimentó sentimientos de culpa y de esta proporción el 60% presentó TEPT. De los sujetos que presentaron este síntoma un 20% se siente culpable de no haber partido antes de los acontecimientos ya que existían rumores de atentados por parte de los grupos armados, los eventos de este grupo de sujetos responde desde amenazas de muerte, hasta desapariciones y asesinatos de seres queridos. El otro 13.3% se siente culpable por permitir que los chantajearan, manejar información secreta y pagar vacunas. El 66.6% no presenta sentimientos de culpabilidad con relación a algo que realizó o no. El 100% de la población no presenta culpabilidad por haber sobrevivido a los acontecimientos traumáticos.

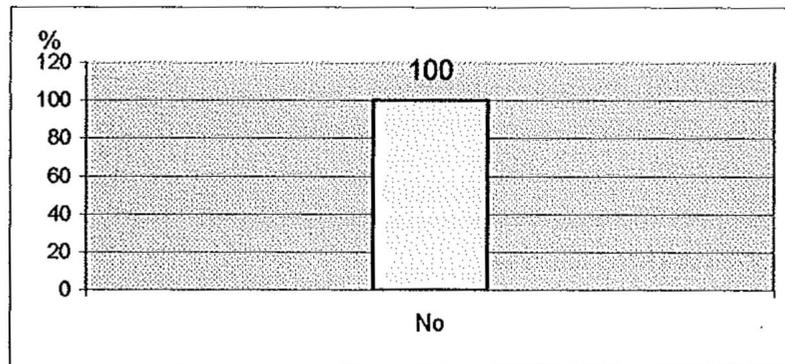


Figura 45. Disminución de la conciencia.

El 100% de la población estudiada expresó no haber perdido el contacto con la realidad después de suceder el evento traumático específico para cada cual. Esto implica que aunque las personas han sufrido un deterioro considerable en su dimensión emocional, sus relaciones interpersonales y en su aspecto ocupacional el daño a la psique no ha sido tan severo para presentar síntomas disociativos que empeoren su estado de salud mental.

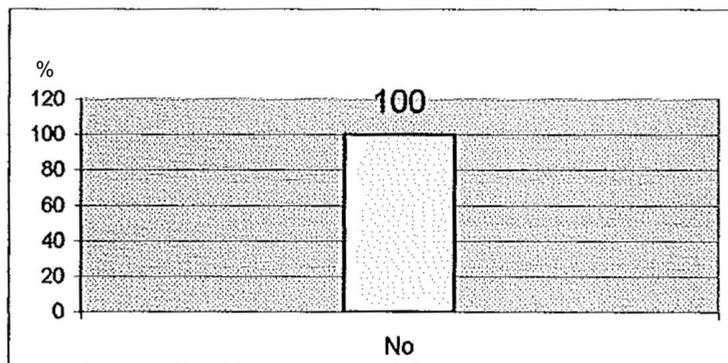


Figura 46. Despersonalización.

De la misma manera la afección del desplazamiento no ocasionó que los sujetos tuvieran respuestas disociativas que fragmentaran el contacto con la realidad. De esta forma el total de la población estudiada manifestó que nunca se ha sentido ausente o friera de su cuerpo.

Discusión

En esta investigación se describe la presencia del trastorno de estrés postraumático en la población desplazada de la ciudad de Bucaramanga, las características de los síntomas del TEPT encontrados en los sujetos diagnosticados, así mismo la validación de los instrumentos empleados y las características demográficas de la población de estudio.

Como se planteó en los objetivos de la investigación se encontró un coeficiente de confiabilidad de .88 y .81 para la escala de Trauma de Davidson y el CAPS respectivamente, este cálculo indica que existe consistencia interna entre cada uno de los reactivos que conforman las dos pruebas, por lo tanto los instrumentos son confiables. De la misma manera se realizó análisis de validez y se encontró consistencia entre los factores descritos por el DSM-IV y los factores que miden los instrumentos, de acuerdo con esto la información que arroja la presente investigación es de carácter veraz y confiable.

En este trabajo, se encontró que el 74.7% de la población desplazada de Bucaramanga padecía del trastorno de estrés postraumático con el cumplimiento de los cuatro criterios diagnósticos descritos por el DSM-IV: Afrontamiento (A), reexperimentación (B), evitación (C) e hiperactivación de los eventos traumáticos (D).

Adicionalmente, se pudo apreciar que los acontecimientos generadores de trauma en esta población son vivencias que se encuentran inmersas en la situación de desplazamiento y las cuáles se transforman en móviles para la migración hacia lugares en los que puedan preservar su vida. En tal medida, se halló que los eventos traumáticos que desencadenan la sintomatología clínica del TEPT en los sujetos desplazados son (Criterio A): el afrontar amenazas de muerte por parte de los grupos armados, las torturas, los asesinatos y las desapariciones selectivas de algún miembro de la familia. De esta manera, las experiencias que deben asumir los sujetos desplazados irrumpen en el psiquismo como acontecimientos estresantes que desbordan su capacidad de afrontamiento y se convierten en generadores de trauma, sobrepasando las estructuras emocionales y cognitivas con las que cuenta el sujeto.

Por otro lado, también se encontró que un factor que favorece el desarrollo del TEPT en la población objetivo es la obligación de afrontar o haber afrontado acontecimientos en los cuales se encuentre comprometida la vida de sí mismo o sus familiares; así, en aquellos casos en donde el sujeto tuvo que padecer el asesinato, la desaparición o el reconocimiento de cadáveres torturados de sus familiares, se presentó el TEPT. Por el contrario, cuando los sujetos se desplazaron por miedo a la situación de violencia en general, pero sin ser víctimas directas de los actos violentos, no hubo presencia del trastorno. En este sentido se puede afirmar que el desarrollo de TEPT a consecuencia de haber padecido desplazamiento forzado interno se halla estrechamente vinculado con la intensidad del daño padecido por el sujeto o sus seres queridos antes, durante o como consecuencia del desplazamiento.

Como se estableció en el marco teórico, el DSM-IV clasifica el TEPT dentro del grupo de trastorno de ansiedad, debido a que los síntomas que lo caracterizan son de tipo ansioso y la reacción emocional que experimenta el sujeto ante el evento estresante es de intenso miedo y horror. A diferencia de ésta descripción, basada en los criterios establecidos por el manual en referencia, se encontró que cuando la población desplazada es víctima de asesinatos y desapariciones de algún miembro de su familia (esposo, hijo, hermano) desencadena respuestas emocionales de tristeza, profundo dolor e incapacidad de reacción; estados afectivos que se aproximan más a activaciones de duelos o la reactivación de pérdidas anteriormente no elaboradas. Dada la alta prevalencia del trastorno en esta población, según los datos aportados por los instrumentos, sería interesante establecer si la presencia de estados afectivos relativos al duelo, en vez de los característicos de irritabilidad, pudiesen ser indicativos de que el TEPT se produce de manera diferente en personas cuyo trauma deriva de un desastre ocasionado por el hombre.

Así mismo, se halló que cuando los sujetos son víctimas de amenazas directas de muerte pero logran desplazarse sin que se alcance a consumir el hecho violento, también predominan reacciones de dolor y tristeza, desencadenando igualmente respuestas afectivas asociadas más a la elaboración de pérdidas que a manifestaciones

ansiosas; porque aunque en esta categoría no se experimentaron pérdidas humanas, sí se vivenciaron pérdidas materiales y simbólicas.

Al contrario de lo descrito anteriormente, cuando los sujetos han sido víctimas de violaciones consumadas a la integridad física y a la dignidad de sí mismos y de sus familiares, tales como torturas, golpes y heridas serias, la respuesta emocional se caracteriza por sentimientos profundos de miedo, horror y preocupación; reacciones similares son experimentadas cuando su evento traumático responde a la huida inmediata de su lugar de vivienda debido a que son perseguidos por los diferentes grupos armados para ser asesinados, esto por considerarlos como informantes e infiltrados de grupos contrarios y oponentes.

Esta diferencia en las reacciones al trauma se encuentra determinada por el tipo de evento estresante, es decir que el tipo de respuesta emocional se relaciona con las características de intensidad y tipo del acontecimiento traumático; así, cuando el evento responde a pérdidas humanas y/o materiales es normal encontrar sentimientos de tristeza, dolor y desesperanza como respuestas al trauma, mientras que si los eventos son huidas por miedo a ser asesinados o nuevamente maltratados y violentados, es más frecuente encontrar reacciones de intenso miedo y terror.

Al afrontar esta serie de acontecimientos, la población desplazada desencadena síntomas que continuamente le recuerdan el trauma (Criterio B). Este grupo de manifestaciones hacen que el sujeto reexperimente el evento a través pensamientos intrusivos y recurrentes que le generan gran malestar; en los sujetos desplazados este tipo de pensamientos generan el recuerdo indeseado de los eventos dolorosos como muertes, golpes, heridas y reconocimiento de cadáveres. También irrumpen en la conciencia imágenes de las pérdidas materiales, como las fincas en donde habitaban y trabajaban, la tierra y el ganado. Otra forma de recuerdo se encuentra asociado con el momento de partida, cuando los sujetos debieron desalojar y los episodios que ocurrieron en ese momento como la llegada de grupos armados. De tal forma, incluso aspectos tales como la posibilidad de organizar la marcha versus salir huyendo con lo que se tenía puesto, pueden ejercer gran influencia en la aparición e intensidad del TEPT.

Reexperimentan además por medio de sueños que se relaciona con los sucesos traumáticos. Cuando los sujetos huyen por miedo a ser asesinados debido a que eran considerados como informantes o líderes de grupos armados contrarios, el contenido de los sueños es de tipo persecutorio. Cuando los eventos corresponden a amenazas, torturas y heridas serias los sujetos sueñan que están experimentando los mismos sucesos. En estos casos los sueños se convierten en formas de consumir aquellas amenazas o peligros de los cuáles lograron escapar, vivenciando el sujeto con estos emociones iguales a las experimentadas en el momento del trauma. Cuando los episodios dolorosos son muerte o desaparición de algún familiar el contenido de los sueños es de reencuentro con los seres queridos, en estos casos los sueños son medios que utiliza el sujeto para experimentar el acercamiento con los seres perdidos.

La población experimenta enojo cuando algún estímulo le recuerda el acontecimiento traumático, particularmente hacía los grupos armados, fuerzas militares y organismos estatales a quienes consideran como responsables de su estado actual; así la hostilidad es dirigida hacía los mismo y se manifiesta de manera directa cuando hablan de estos organismos, expresando odio y rechazo hacia ellos.

Estos síntomas de reexperimentación hacen que los sujetos desplazados constantemente revivan el trauma permitiendo que permanezcan en un estado de tristeza, dolor, miedo ó ira, que perpetúan los efectos de las experiencias traumáticas.

Otro grupo de manifestaciones de los que son víctimas la población desplazada son los síntomas de evitación que emplean los sujetos para intentar resguardarse de las emociones intolerables que son vividas por los síntomas de reexperimentación descritos anteriormente (Criterio C).

La población ha evitado pensamientos y sentimientos relacionados con los acontecimientos traumáticos, realizan esfuerzos por evitar recuerdos asociados a las amenazas, torturas, muertes y pérdidas materiales, evitan hablar de lo sucedido, ver o escuchar noticias, leer periódicos que le recuerden el evento. Intentan mantener pensamientos diferentes a los episodios traumáticos por medio de la realización de otras actividades como la oración, el cuidado de los niños ó la búsqueda de formas para la adquisición de recursos económicos.

Reexperimentan además por medio de sueños que se relaciona con los sucesos traumáticos. Cuando los sujetos huyen por miedo a ser asesinados debido a que eran considerados como informantes o líderes de grupos armados contrarios, el contenido de los sueños es de tipo persecutorio. Cuando los eventos corresponden a amenazas, torturas y heridas serias los sujetos sueñan que están experimentando los mismos sucesos. En estos casos los sueños se convierten en formas de consumir aquellas amenazas o peligros de los cuáles lograron escapar, vivenciando el sujeto con estos emociones iguales a las experimentadas en el momento del trauma. Cuando los episodios dolorosos son muerte o desaparición de algún familiar el contenido de los sueños es de reencuentro con los seres queridos, en estos casos los sueños son medios que utiliza el sujeto para experimentar el acercamiento con los seres perdidos.

La población experimenta enojo cuando algún estímulo le recuerda el acontecimiento traumático, particularmente hacía los grupos armados, fuerzas militares y organismos estatales a quiénes consideran como responsables de su estado actual; así la hostilidad es dirigida hacía los mismo y se manifiesta de manera directa cuando hablan de estos organismos, expresando odio y rechazo hacia ellos.

Estos síntomas de reexperimentación hacen que los sujetos desplazados constantemente revivan el trauma permitiendo que permanezcan en un estado de tristeza, dolor, miedo ó ira, que perpetúan los efectos de las experiencias traumáticas.

Otro grupo de manifestaciones de los que son víctimas la población desplazada son los síntomas de evitación que emplean los sujetos para intentar resguardarse de las emociones intolerables que son vividas por los síntomas de reexperimentación descritos anteriormente (Criterio C).

La población ha evitado pensamientos y sentimientos relacionados con los acontecimientos traumáticos, realizan esfuerzos por evitar recuerdos asociados a las amenazas, torturas, muertes y perdidas materiales, evitan hablar de lo sucedido, ver o escuchar noticias, leer periódicos que le recuerden el evento. Intentan mantener pensamientos diferentes a los episodios traumáticos por medio de la realización de otras actividades como la oración, el cuidado de los niños ó la búsqueda de formas para la adquisición de recursos económicos.

[Firma]

También evitan actividades, lugares o personas que le recuerden el evento, hacen esfuerzos para evitar personas que les pregunten o inicien conversaciones de lo ocurrido, utilizando como forma de evitación el aislamiento social que hace que estos sujetos prefieran estar solos y no hablar con extraños. Evitan sitios que se encuentren asociados al evento como casas, fincas y tierras donde los episodios dolorosos tuvieron lugar. Evitan escuchar o ver noticieros que transmitan noticias relacionadas con la violencia especialmente las muertes, amenazas y desplazamiento.

Un síntoma de evitación es la incapacidad de recuerdo de los hechos estresantes, en este caso la población no presenta esta manifestación porque recuerda detalladamente las escenas de los diferentes acontecimientos. La totalidad de esta proporción presenta reexperimentación de los eventos traumáticos a través de pensamientos, lo cual hace que se mantenga en la conciencia los diferentes recuerdos y se impida el olvido.

Han perdido el interés en actividades que anteriormente solían disfrutar; actividades relacionadas con su trabajo anterior como la labor el campo y con los animales. En actividades de esparcimiento como los deportes, paseos con amigos y familiares. En las relaciones interpersonales experimentando desconfianza hacia otras personas y dificultades en el establecimiento de nuevo vínculos afectivos.

Experimentan sensación de aislamiento frente a otras personas a través de sentimientos de rechazo, abandono, humillación y soledad por parte de los miembros de su familia y la comunidad. Presentan dificultad para el establecimiento de nuevas relaciones afectivas y vivencian desconfianza e inseguridad de expresar sentimientos de amor y felicidad con personas ajenas a su familia.

Perciben su futuro como desolador y desesperanzador debido a las dificultades económicas que impiden la posesión de recursos para un buen mantenimiento de si mismo y sus familias. También presentan ideación de muerte pero esta reacción es normal debido a que son sujetos que piensan que en cualquier momento pueden ser asesinados por sus victimarios.

Como consecuencia de estas alteraciones los sujetos presentan activación de respuestas del sistema nervioso central (Criterio D). Padecen alteraciones del sueño

que son experimentadas en dificultades para mantenerlo y conciliarlo cuando son despertados.

Experimentan irritabilidad hacia sí mismos o algún miembro de su familia, manifestado en autoreproches o discusiones con el cónyuge e hijos, cuando recuerdan el evento, los autores del mismo y cuando evocan pérdidas ya sean humanas o materiales.

Experimentan dificultad para concentrarse en las actividades que se encuentran realizando, ésta se manifiesta por medio de olvidos de tareas a realizar, incremento en la dificultad para llevar a cabo alguna actividad la cual con frecuencia es percibida como compleja; y por medio de recuerdos intrusivos que impiden la concentración en la acción que se está ejecutando.

Presentan estados de hiperalerta, los sujetos se sienten observados o perseguidos por personas que se encuentran alrededor, experimentan inseguridad y desconfianza ante personas desconocidas, creen que pueden ser maltratados o agredidos por estas. La población experimenta sentimientos de inseguridad e intranquilidad dentro y fuera de su lugar de residencia y cuando se encuentra en lugares públicos.

La población ha sido afectada en sus relaciones interpersonales por la sintomatología del trastorno (Criterio E). El deterioro en las relaciones sociales es ocasionado por los sentimientos de desconfianza hacia las otras personas las cuales son percibidas como peligrosas y por sentimientos de inferioridad que hacen que el sujeto se sienta incapaz de llevar los mismos estilos de vida de las personas de la ciudad y realizar las mismas actividades que ellas realizan.

Con relación a las variables sociodemográfica se encontró que la edad, el estado civil y el tiempo de desplazamiento son factores que favorecen la presencia del trastorno. El 29.5% de los sujetos diagnosticados con TEPT se encontraba dentro de un rango de edad entre 31 y 40 años, apareciendo la etapa de adultez como un factor de riesgo para la presencia del trastorno. A diferencia de lo planteado por investigaciones precedentes del TEPT (Palacio, Abello y Madarriaga, 1997) la población desplazada que se encuentra en etapa de adolescencia presentó un menor

porcentaje del trastorno, apareciendo la adolescencia como un factor de protección para el desarrollo del TEPT, de la misma manera en la adultez tardía la población desplazada presentó un porcentaje del trastorno de 2.7% siendo ésta edad también un factor de protección.

Los sujetos que mantienen una estructura familiar conformada por un cónyuge e hijos presentaron un mayor porcentaje del trastorno (29.5% casados y 38.4 unión libre). Los sujetos que no mantenían una relación afectiva estable, vivían solos o no pertenecían a una estructura familiar nuclear como son las personas solteras, viudas o separadas, presentaron menor prevalencia del trastorno (16.1%, 8%, y 8% respectivamente). Con relación a lo descrito por Cazabat (2000), el apoyo familiar se transforma en un medio de protección para prevenir el trastorno pero en el caso de la población de estudio este apoyo familiar es percibido como la responsabilidad de sostener un esposo (a) e hijos y la satisfacción de sus necesidades, lo cual es un factor que favorece la aparición del TEPT.

Según la literatura científica (Kaplan, 1997 y González de Rivera 2000) los síntomas del TEPT suelen aparecer en los primeros tres meses posteriores y pueden ir desde unos días hasta años después de la vivencia del trauma. Confirmando esta descripción los síntomas del TEPT en la población desplazada aparecen y se intensifican después de 1 mes, y permanecen aproximadamente durante un año, dando paso a la presencia del cuadro clínico. Después del año la sintomatología del trastorno tiende a disminuir y reducirse la presencia del mismo.

De esta manera los traumas asumidos por los sujetos desplazados desarrollan en los mismos manifestaciones que deterioran su funcionamiento individual, familiar y social; agravando aún más su condición de desplazado, permitiendo que estos sujetos permanezcan en un estado de enfermedad y malestar e impidiendo una adecuada adaptación a su nuevo contexto social. Así además de las consecuencias que deben asumir por ser desterrados de sus lugares de residencia, de sus relaciones familiares y sociales, de sus hábitos comunes y estilos de vida, deben asumir cambios comportamentales, cognitivos y emocionales que se van formando en efectos psicológicos que los aproximan a la enfermedad.

Como consecuencia de estos efectos psicológicos inasistidos, la experiencia traumática se presenta como compleja y de difícil elaboración, debido a que cualquier recuerdo, pensamiento o sentimiento desencadena crisis de llanto, dolor y reagudización de los sentimientos de pérdida, con una predisposición a que se repitan las experiencias ocurridas durante la tragedia.

Asimismo, de acuerdo con Cazabat (2000), el apoyo social y familiar se transforma en un medio de defensa o factor protector ante el daño ocasionado por el evento estresante, en el caso de la población de estudio, estos sistemas se encuentran en primer momento vulnerados, dando lugar a que las pérdidas de las redes o vínculos de sustento sociofamiliar compliquen la recuperación y elaboración de los traumas.

Por otra parte, un factor importante en la gravedad y duración de las secuelas psicológicas son las pérdidas de los bienes, incluso de su entorno y la tierra cultivable, esto asociado al desempleo, la desocupación y la destrucción de su fuentes de trabajo.

De esta manera se hace necesaria una inmediata intervención psicosocial, que permita a estos sujetos la elaboración y asimilación de los acontecimiento dolorosos, que les faciliten la búsqueda de un bienestar para sí mismos y sus familiares, en donde desde su nueva posición puedan trabajar, reanudar sus relaciones significativas con objetos sustitutos de los perdidos, recuperen su pensamiento y sueño, y por lo tanto desaparezcan la reexperimentación y pesadillas significantes del trauma.

Referencias

- Albuquerque, A (1992). Tratamiento del Estrés Postraumático en Combatientes. En: Estrés Postraumático. Expresión Emocional y Apoyo Social en Víctimas de Agresiones Sexuales. Valencia: Promolibro.
- Alfaro, A (1998). El malestar en la Cultura: Un enfoque de Violencia (En Red). Disponible en: www.psiquiatria.com/revista.
- Aguilera A (2001). Análisis de la Ley 387 de 1997: su impacto psico-social en la población desplazada. En: Reflexión Política. Bucaramanga: UNAB. 3 (5), 84-95
- Añas, F y Cebados, S (2000). Construyendo Caminos con Familias y Comunidades Afectadas por la Situación del Desplazamiento en Colombia. En: Efectos Psicosociales y Culturales del Desplazamiento. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia.
- Belloch, A (1995). Manual de Psicopatología (vol. 2). España: Me GrawHill.
- Bentolila, S (2001). Comorbilidad y Diagnostico Diferencial en Personas que Padecen el Trastorno de Estrés Postraumático (En Red). Disponible en: www.psiquiatria.com.
- Bohorquez, M (1999). Lincamientos para la Atención Psicosocial de la Población Desplazada por la Violencia en Colombia: El desplazamiento en Colombia (En Red). Disponible en: www.MinisteriodeSalud.com/desplazado.
- Breuer (1893). On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena Preliminary Communication. Revista de Psicoanálisis (En Red). Disponible en: www.aperturaspsicoanaliticas.com.
- Calderón, J (1993). Los Desastres: Reacciones Psicológicas y Psicosociales. En: La Salud Mental en Situaciones de Desastres. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia. (pp. 51-70).
- Camilo, A (1999). Impacto Psicológico del Desplazamiento Forzoso: Estrategias de Intervención. En: Efectos Psicosociales y Culturales del Desplazamiento. Colombia: Ed. Universidad Nacional de Colombia.
- Castaño (1993). Violencia Sociopolítica en Colombia: Repercusión en la Salud Mental de las Víctimas. Documento Corporación AVRE Bogotá (En Red).

Disponible en: www.paginadesplazados.com/docAVRE/desplazados.

Cazabat, E (2001). Nuevos Abordajes Psicoterapéuticos en el Tratamiento del Trauma. En: Revista Psicoanalítica (En Red). Disponible en: www.aperturaspsicoanaliticas.com.

Cohén, E y Aliearn, F (1999). Manual de la Atención de Salud Mental para Víctimas de Desastres. (CD-ROM). Biblioteca Virtual de Salud para Desastres. Comité Internacional de la Cruz Roja y Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados.

Davidson y Cois (1985). Trastornos Adaptativos y de Estrés (En Red). Disponible en: www.psiquiatria.com/Icongresovirtualdepsiquiatria.

Davidson, J y Hughes, D (1991). Posttraumatic Stress Disorder in the Community an Epidemiological Study. Psychol-Med. Vol II

Delgado, F (1983). Terapia de la Conducta y sus Aplicaciones Clínicas. México: Editorial Trillas.

Asociación Americana de Psicología (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3ª. ed) Barcelona, España: Masson.

Asociación Americana de Psicología (1994). Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª. ed) Barcelona, España: Masson.

Echeberua, E (1993). Estrés Postraumático. Expresión Emocional y Apoyo Social en Víctimas de Agresiones Sexuales. Valencia, España: Ed. Promolibro.

Engel, G (1962). El Estrés. En: Motivación y Emoción 1.994 Madrid, España: Me Graw Hill.

Freud S, (1916). Introducción al Simposio de las Neurosis de Guerra. Obras Completas (Vol 1). Buenos Aires, Argentina: Ed Biblioteca Nueva.

Friedman, J. Mathew (1996). PTSD Diagnosis and Treatment for Mental Health Clinicians. National Center For PTSD (En Red). Disponible en: www.NCPTSD.com.

Fritz, C (1961). Disaster Compared in Six American Communities (CD-ROM). Biblioteca Virtual de Salud para Desastres. Comité Internacional de la Cruz Roja y Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados.

- Grandez y Hernández (1999). Principales Trastornos Mentales en Desplazados por la Violencia en el Area Metropolitana de Bucaramanga. (Trabajo de Grado), Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana, Facultad de Psicología.
- González, R (2000). Avances en Estrés Postraumático. Trastornos Adaptativos y de Estrés (En Red). Disponible en: www.psiquiatria.com/revista/doc.rivera.
- González B, Bascarán M y Calcedo A (2.001). Evaluación Psicometrica del Trastorno de Estrés Postraumático. (En red). Disponible en: www.intersiquis.com.
- Halligan, S y Yehuda, R (2000). Risk Factors for PTSD. National Center for PTSD (En Red). Disponible en: www.ncptsd.org.
- Horowitz, M (1979). Impact of Event Scale: a Measure of Subjective Distress. Trastornos de la Ansiedad (En Red). Disponible en: www.aperturaspsicoanaliticas.com.
- IDDH (1993). Programa de Refugiados, Desplazados y Derechos Humanos, Reunión Técnica de la Consulta de Desplazados en América. San José Costa Rica. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (En Red). Disponible en: www.interpsiquis.com.
- Kaplan (1997). Sinopsis de Psiquiatría (8ª ed). España: Ed. Panamericana.
- Kardiner (1941). The Traumatic Neurosis of War. Trastornos de Ansiedad y Estrés Postrauma (en Red). Disponible en: www.paidos.com.
- Keane, T y Wolfe, J (1990). Comorbidity in Post-traumatic Stress Disorder: An Análisis of Community and Clinical Studies. Journal of Applied Social Psychology.
- Kolb (1987). Trastornos Adaptativos y del Estrés (En Red). Disponible en: www.psiquiatria.com/IcongresoVirtualde Psiquiatría.
- Kulka (1990). Trauma and the Vietnan War Generation N.Y: Ed. Bruimer Mazel.
- Lazaras R (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona España: Ed. Martínez Roca.
- Mahoney, M y Freeman, A (1968). Cognición y Psicoterapia. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidos.
- Marshall, J (1994). Motivación y Emoción. Madrid España: Me Graw Hill.
- McMahon (1975). The Wind of the Cannon Ball. (En Red). Disponible en:

www.psiquiatria.com.

Mingóte, Macho, Penis, Nieto (2001) Tratamiento Integrado del Trastorno de Estrés Postraumático. Trastorno de Estrés Postraumático (En Red). Disponible en:

www.aperturaspsicoanaliticas.com/revistaarticuloJ_CMingote.

Moore, H (1959). Reported Emotional Stress Following a Disaster. Manual de la Atención en Salud Mental para Víctimas de Desastres (CD-ROM). Biblioteca Virtual de Salud en Desastres. Comité Internacional de la Cruz Roja y Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados.

Obering, K (1960). Cultural Shock Adjustment to Next Cultural. Practical Anthropology. En: Impacto del Desplazado sobre la Salud Mental. Bogotá, Colombia: Ed. Universidad Nacional de Colombia.

OPS, (1993). Problemas de Salud Causados por Desastres y Socorro. Seminario Sobre Plan de Atención Médica y Rol de los Establecimientos de Salud en Situaciones de Catástrofe. Cartagena Colombia.

Ospina, H (1993). El comportamiento Humano en los Desastres. En: La Salud Mental en Situaciones de Desastres. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia. (Pp. 201-214).

Palacio, J. Abello, R. Madariaga, C y Sabatier C (1997). Estrés Postraumático en Jóvenes Desplazados por la Violencia Política en Colombia (En Red). Disponible en www.paidos.com.

Pennebarker, J.W (1989). Confession, Inhibition, and Disease Advances in Experimental. Social Psychology. (Pp. 88-94).

Pinel, J (2001). Biopsicología. Madrid España: Prentice Hall.

Pitman (1997). Neurobiología del Trastorno de Estrés Postraumático (En Red), disponible en: www.aperturaspsicoanaliticas.com

Plata y Garzón (1999). La Salud mental de la Población Desplazada por la Violencia Socio-Política Ubicada en el Área Metropolitana de Bucaramanga (Trabajo de Grado). Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad de Psicología

Prados, M (1944). Fright and Anxiety Stand in War Psychiatry. España: McGraw Gilí.

Red de Solidaridad Social (2001). Diagnóstico de Población Desplazada y Comunidades de Recepción en Departamentos de Colombia (En Red). Disponible en: www.redsolidaridad.com.

Rozo, J (1999). Efectos del Desplazamiento y Metodologías de Intervención. Efectos Psicosociales y Culturales del Desplazamiento. Bogotá, Colombia: Ed. Universidad Nacional de Colombia.

Rueda, M (1993). Plan de Atención en Salud Mental: Afectados por la Erupción del Volcán Arenas. En: La Salud Mental en Situaciones de Desastres. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia. (Pp. 23-33).

Sánchez, R (1999). Impacto del Desplazamiento sobre la Salud Mental. (Documento Interno). Bogotá: Corporación AVRE.

Selye, H (1983). The Stress Concept: Past, Present, and Future. En: Sinopsis de Psiquiatría (8ª Ed.). España: Ed. Panamericana.

Shapiro (1989). Desensibilización y Reprocesamiento Mediante Movimientos Oculares: Terapia Efectiva para el TPET (En Red). Disponible en: www.iaf-word.org.

Solomon, S (1989). Appropriateness of DSM-III-R Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. Comprehensive Psychiatry, (Pp. 32, 227-237).

Southwick, Yehuda y Giller (1993). Abuso de Sustancia y Estrés Postraumático (En Red). Disponible en: www.paidos.com.

Schottenfeld, R (1985) Occupation Induced Posttraumatic Stress Disorders. (En Red) www.paidos.com.

Van Der Kolk (1996) Traumatic stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind Body Society. New York: Guilford Press.

Yabur, O (2002). Estudio del Estrés Postraumático en Población Desplazada Registrada en Zona Norte de Bucaramanga (Trabajo de Grado).

Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Psicología.

Apéndices

Apéndice A

Criterios para el diagnóstico del Trastorno por estrés postraumático F43.1 (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

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

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

S. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
ó. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

T. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses
Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Nota. Este material fue tomado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª ed. (1994) APA. Barcelona, España: Masson. (Pp. 434-442).

Apéndice B

Validez del Screening frente al CAPS

Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson como medida de validez congruente entre los dos instrumentos, obteniendo un valor de .6 para un N=30 arrojando un nivel de correlación significativo ($p < 01$) que permite determinar que las dos pruebas están midiendo los mismos síntomas del trastorno. Es decir que la prueba Escala de Trauma de Davidson se puede utilizar como tamizaje para el mismo constructo teórico que mide el CAPS.

Tabla B1.

Matriz de Correlación para los dos Instrumentos CAPS y Screening

GÉNERO	Porcentaje	Nivel Educativo ~~~					Total
		Analfabeta	Lee y Escribe	Primaria	Secundaria	superior	
Hombre	Frecuencia	11	4	43	11		69
	% de Género	15.9%	5.8%	62.3%	15.9%		100.0%
Mujer	Frecuencia	10	2	56	12	1	81
	% de Género	12.3%	2.5%	69.1%	14.8%	1.2%	100.0%
Total	Frecuencia	21	6	99	23	1	150
	% de Género	14.0%	4.0%	66.0%	15.3%	.7%	100.0%

Apéndice C

Análisis Psicométrico de la Escala de Trauma Davidson DTS

Confiabilidad del Instrumento

Tabla C1. Coefficiente de Confiabilidad de Cronbach para la Prueba de Tamizaje Escala de Trauma Davidson (DTS)

Item-total Statistics					
Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Scale Item- Total Correlation	Corrected Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted	
B1	54.5800	180.9969	.5768	.4991	.8754
B2	54.6133	177.9300	.6305	.5355	.8733
B3	55.4733	173.5396	.6037	.4901	.8737
B4	54.4800	176.2110	.6870	.5915	.8713
B5	54.7533	180.7240	.4814	.2973	.8786
C1	54.3200	177.9372	.6118	.5171	.8738
C2	54.8067	180.7610	.4666	.3578	.8793
C3	56.7267	192.4818	.2156	.2640	.8872
C4	54.8867	174.5575	.6046	.3990	.8737
C5	54.6867	176.0287	.5972	.4802	.8741
C6	54.9400	174.7548	.5827	.4840	.8746
C7	55.7200	188.7399	.2466	.2177	.8882
DI	55.9467	186.2119	.3206	.2700	.8850
D2	54.6867	180.2032	.5273	.3534	.8769
D3	54.7733	176.4986	.5830	.3653	.8746
D4	54.2200	181.4345	.5743	.4939	.8756
D5	54.1467	179.1730	.6360	.5977	.8735

Nota. Reliability Coefficients 17 Ítems

Alpha= 0,8835 Standardized item alpha = .8859

Se realizó análisis de confiabilidad por medio del alfa de Cronbach como medida de consistencia interna de los reactivos que comprende la prueba de tamizaje Escala de Trauma Davidson (DTS), con el fin de identificar en que medida las variables que conforman la prueba se correlacionan entre sí para lograr establecer que cada una de ellas este midiendo lo que la prueba total mide. El coeficiente de confiabilidad es expresado en forma decimal de 0.0 hasta 1.0, en donde un valor de 0.0 es falta total de confiabilidad y 1.0 es confiabilidad perfecta.

Se aplicó la Escala de Trauma Davidson (DTS) a 150 sujetos como prueba de tamizaje. Se encontró un coeficiente de alfa de Cronbach para la totalidad de la escala de 0.8859 que indica una alta confiabilidad de la prueba de tamizaje, es decir que los reactivos que la conforman evalúan lo mismo.

Se observó que el alfa de Cronbrach para cada uno de ios reactivos es altamente significativo con una correlación entre los demás reactivos por encima de 0.87. Sin embargo el análisis arroja a los ítems C3 y C7 como reactivos que no se están correlacionando con los otros reactivos de la prueba, debido a que su alfa de Cronbach esta por encima del coeficiente total de la prueba indicando que si estos son eliminados la prueba sería más consistente. El reactivo C3 responde a la incapacidad para recordar aspectos significativos del hecho traumático, el cuál fue el síntoma con menor puntuación. El reactivo C7 responde a la sensación de futuro desolador y desesperanza.

Validez del InstrumentoTabla C2. Matriz de Análisis Factorial para la Escala de Trauma Davidson (DTS)

	Componente			
	1	2	3	4
B1	.735			
B2	.659	.394		
B3	.504	.368		.480
B4	.684	.421		
B5		.470		.316
C1	.749			
C2	.581			
C3				.884
C4	.370	.404		.360
C5	.318	.756		
C6		.807		
C7			.817	
D1		.432	.716	
D2	.359	.434		
D3	.345	.532		
D4	.708			
D5	.649	.328	.316	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Nonnalización Varimax con Kaiser.

* La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Se llevó a cabo análisis factorial con el objetivo de identificar las variables que se encuentran formando un componente de medición de algún constructo; es decir que los reactivos de la prueba se encuentran agrupados de tal forma que un componente o factor evalúa una dimensión teórica específica. Se encontró que los reactivos B1, B2, B3 y B4 se agrupan para conformar el primer componente que corresponde a la reexperimentación del acontecimiento traumático. Dentro de este primer componente se encuentran agrupados también los reactivos C1, C2, C4 y C5 que responde a la evitación de estímulos asociados al acontecimiento y los reactivos D2, D3, D4 y D5 que corresponde a los síntomas de hiperactivación e hyperaurosal. De esta forma el primer componente o factor contiene aportes de los tres criterios diagnósticos del TEPT, mostrándose como el más factor más fuerte en el análisis.

El segundo factor encontrado comprende los reactivos B2, B3, B4 y B5 que conforman el criterio de reexperimentación, al igual que los reactivos C4, C5 y C6 del criterio de evitación y los reactivos DI, D2, D3 y D5 de los síntomas de evitación; presentando este factor mayor peso de asociación para los constructos que miden la evitación e hiperactivación. El tercer factor responde a la agrupación de los reactivos C7, DI y D5 con menor fuerza de correlación entre otros reactivos. Y un cuarto factor agrupa dos reactivos de reexperimentación B3 y B5 con dos reactivos de hiperactivación C3 y C4.

Apéndice D

Análisis Psicométrico del CAPS

Confiabilidad del Instrumento

Tabla D1. Coefficiente de Confiabilidad de Cronbach para la evaluación del TEPT para el CAPS

Item-total Statistics					
	Mean	Scale	Sea le Corrected		Alpia
	if Item	Vari anee	Item-	Squared	if Item
	Deleted	if Item	Total	Múltiple	Deleted
		Deleted	Correlation	Correlation	
B1	25.8333	101.7299	.5928	.6083	.7965
B2	26.9000	110.5759	.2278	.8586	.8176
B3	27.7667	114.0471	.0912	.5612	.8248
B4	26.6667	102.7816	.4603	.9009	.8041
B5	26.5333	105.0161	.3922	.7341	.8086
C1	26.1333	102.2575	.6414	.8437	.7951
C2	26.7667	112.1851	.1018	.4886	.8293
C3	28.4000	117.1448	.0710	.6235	.8195
C4	27.2000	104.4414	.4783	.7067	.8034
C5	26.5333	94.7402	.6738	.9320	.7876
C6	26.7000	100.9069	.5801	.8503	.7965
C7	27.2000	109.1310	.2644	.7884	.8160
D1	26.7667	101.0816	.5267	.6773	.7996
D2	26.7333	102.6161	.4500	.8008	.8048
D3	26.7667	98.8057	.6591	.8003	.7912
D4	26.1667	111.0402	.2477	.5750	.8158
D5	26.9333	104.3402	.4494	.9048	.8049

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Nota. Reliability Coefficients 17 Ítems
Alpha = ,8166

Al igual que la prueba de tamizaje se realizó análisis Psicométrico a la prueba de CAPS, este análisis se lleva a cabo con los datos cuantitativos de la prueba que hacen referencia a las medidas de intensidad y frecuencia de los síntomas. Se calculó la medida de confiabilidad por medio del coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un coeficiente de 0.8166, indicando un nivel de confiabilidad significativo. Se halló la correlación para cada uno de los reactivos arrojando un coeficiente por encima de 0.79 señalando un nivel de consistencia interna adecuado, indicando que los reactivos

se encuentran relacionados para medir el mismo constructo teórico. Los reactivos B2, B3, C2 y C4 se encuentran por encima del coeficiente total de la prueba, lo que significa que no se están correlacionando significativamente con el resto de reactivos de la prueba.

Validez del Instrumento

Tabla D2. Análisis de Correlación entre los Instrumentos Screening, CAPS y los Criterios Diagnósticos del DSM-IV

Correlación entre los instrumentos Screening, CAPS y los criterios diagnósticos del DSM-IV

		CAPS	SCREENING	DSM-IV
CAPS	Correlación de Pearson	1.000	.600 ^a	.509 ^a
	Sig. (bilateral)		.000	.004
	N	30	30	30
SCREENING	Correlación de Pearson	.600 ^a	1.000	.655 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.000		.000
	N	30	30	30
DSM-IV	Correlación de Pearson	.509 ^a	.655 ^{**}	1.000
	Sig. (bilateral)	.004	.000	
	N	30	30	30

Nota. ^{**} La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson como medida de validez entre los tres diferentes criterios diagnósticos; la prueba de tamizaje Escala de Trauma Davidson, el CAPS y los criterios diagnósticos del DSM-IV, hallando un coeficiente de 0.6 entre CAPS y Screening, un coeficiente de .65 entre DSM-IV y Screening; y un coeficiente de .65 entre Screening y DSM-IV. En general la correlación entre los tres criterios diagnósticos es significativa lo cual representa que los dos instrumentos empleados para evaluar el TEPT se encuentran midiendo los mismos criterios diagnósticos descritos por el DSM-IV.

Apéndice E

CAPS

Administrador Clínico para el TEPT escala para el DSM-IV

Dudley D. Blake. Frank W Weathers Linda M. Nagy
Dany G. Kaloupek, Dennis S. Chamey, & Terence M. Keane.

Centro Nacional para Desordenes de Estrés Postraumático

División de Ciencias del Comportamiento-Boston VA Centro Médico.

División de Neuro Ciencia - West Haven VA Centro Médico.

Nota. Está prueba es una prueba pública, por lo tanto no se requiere en esta investigación presentar los derechos de autor, la misma condición se da para la Escala de Trauma Davidson DTS.

UNAB - BIBLIOTECA MEDICA

Apéndice F

Escala de Trauma Davidson (DTS)

Nombre: _____

Instrucciones para el paciente: Debajo hay una lista de problemas y quejas que a veces se tienen como respuesta a experiencias estresantes que vive una persona. Por favor lea cuidadosamente cada una, coloque una X en el apartado correspondiente respecto a cuánta molestia o preocupación en el mes pasado tiene usted en relación al problema.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1 Ha tenido en la memoria la repetida perturbación en ideas, pensamientos o imágenes de una situación estresante?	1	2	3	4	5
2 Ha tenido disturbios de sueño por mui situación estresante?	1	2	3	4	5
3 Repentinamente actúa o siente como si una situación estresante estuviera sucediendo otra vez (como si hiera realidad esto)?	1	2	3	4	5
4 Se lia sentido muy indispuesto cuando usted recuerda algo de una situación estresante?	1	2	3	4	5
5 Ha tenido reacción física(por ejemplo golpear el corazón, problemas al respirar, sudoración) cuando algo recuerda de una situación estresante	1	2	3	4	5
6 Ha evitado pensar acerca o hablar alrededor de la situación estresante o	1	2	3	4	5

lia evitado tener sentimientos relacionados con esto?					
7 Ha evitado actividades o situaciones porque ellas le recuerdan la experiencia estresante?	1	2	3	4	5
8 Ha tenido problemas para recordar alguna parte importante de una situación estresante	1	2	3	4	5
9 Disminución del interés en actividades que usted antes disfrutaba	1	2	3	4	5
10 Se ha sentido distante o fuera corte incisión frente a otra gente?	1	2	3	4	5
11 Se ha sentido emocionalmente entorpecido, incapaz de expresar sentimientos de amor con las personas cercanas?	1	2	3	4	5
12 Ha sentido como si su futuro terminara repentinamente?	1	2	3	4	5
13 Ha tenido problemas de caída por quedarse dormido	1	2	3	4	5
14 Se ha sentido irritable o tenido explosiones de enfado?	1	2	3	4	5
15 Ha tenido					

Identificación del TEPT en población desplazada i 13

dificultad para concentrarse?	1	2	3	4	5
16 Ha estado “super-alerta” o muy atento o en guardia?	1	2	3	4	5
17. Se ha sentido asustadizo o fácilmente sobresaltado?	1	2	3	4	5

Apéndice G

Formato para Evaluar la Variables Demográficas

<p>Fecha de Evaluación</p> <p>Nombre:.....</p> <p>Genero: F M</p> <p>Edad: _____</p> <p>Estado Civil:</p> <p>Número de Hijos: _____</p> <p>Lugar de Desplazamiento: _____</p> <p>Tiempo de Desplazamiento: _____</p>
--

<p>Fecha de Evaluación</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Genero: F M</p> <p>Edad: _____</p> <p>Estado Civil:</p> <p>Número de Hijos:</p> <p>Lugar de Desplazamiento: _____</p> <p>Tiempo de Desplazamiento: _____</p>

Apéndice E

Centro Nacional para el TEPT

Administrador Clínico par el TPET escala para el DSM IV

Dudley D. Blake. Frank W Weathers Linda M. Nagy

Dany G. Kaloupek, Dennis S. Chamey, & Terence M Keane.

Centro Nacional para Desordenes de Estrés Postraumático.

División de Ciencias del Comportamiento - Boston VA Centro Médico.

División de Neuro Ciencia - West Haven VA Centro Médico.

Nota. Este Instrumento es una prueba pública por lo tanto no requiere permiso del autor para su publicación. Esta condición aplica también con la Escala de Davidson (DTS).

Centro Nacional para el TEPT

Administrador Clínico para el TEPT escala para el DSM IV

Nombre: _____ No de Identificación: _____

Entrevistador: Fecha:

Estudio: _____ ,

Dudley D. Blake. Frank W Weathers Linda M .Nagy

Dany G. Kaloupek, Dennis S. Chamey, & Terence M. Keane.

Centro Nacional para desordenes de
estrés postraumático

División de Neuro ciencia- West Haven VA Centro Médico.

División de ciencias del comportamiento- Boston VA Centro Médico.

Criterio A: la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- (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.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desorganizados o agitados'.

Voy a plantearle situaciones difíciles o estresantes que algunas veces le suceden a las personas por ejemplo: estar en un incendio, en un huracán o en un terremoto; ser víctima de atraco(robo)o ser golpeado, atacado(maltrato físico) o ser violado.

Comenzaré por pedirle que estudie una lista de situaciones traumáticas y seleccior seleccione las experiencias que le hayan sucedido a usted, luego, yo le pediré que describa brevemente lo que ocurrió y como se sintió en ese momento.

¿Qué le sucedió?..

¿Cómo se sintió en esa situación?

Algunas de estas experiencias pueden ser difíciles o duras de recordar o pueden traer a la memoria recuerdos o sentimientos desagradables. La gente encuentra útil hablar sobre estas cosas; pero depende de usted qué tanto quiera contar.

A medida que vaya narrando si se siente incómodo o enojado hágame lo saber y Trataré de disminuir la intensidad y hablaremos al respecto; a demás si usted tiene

alguna pregunta o no entiende algo, por favor hágamelo saber ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?

ADMINISTRE LA LISTA DE ACONTECIMIENTOS Y REPASE Y SELECCIONE TRES SITUACIONES; SI HAY MÁS DE TRES SITUACIONES, DETERMINE SOBRE CUALES DESEA HABLAR POR EJEMPLO: LA PRIMERA, LA PEOR Y LA MÁS RECIENTE -TRES PEORES EVENTOS; TRAUMA DE INTERÉS MÁS DOS EVENTOS PEORES ETC.

1º Situación :

Cuantos años tenía? _____ Qué sucedió? _____	Describa: ejemplo: tipo de evento, víctima atacante, edad, frecuencia.
Quién más estuvo involucrado? _____	
Cuántas veces sucedió esto? _____	
Amenazas de muerte, heridas serias? _____	
A(1)	
Como respondió ud emocionalmente? Fue una amenaza contra la vida No _____ Si _____ Contra sí mismo _____	
¿Estaba muy ansioso o asustado, horrorizado, impotente? _____	Contra otras personas _____
¿Cómo fue? _____	Tuvo heridas graves No _____ Si _____ Contra sí mismo _____ Contra otras personas _____
Estaba aturdido o en shock de modo que no sintió nada? Como fue esto? _____	Hubo amenaza a su integridad física No _____ Sí _____ Contra sí mismo _____
lo que sintió a que se compara. _____	Contra otras personas _____
¿noto otra gente su respuesta emocional? _____	A(2) Siento miedo intenso/auxilio horror? Si _____ No _____
Y después del evento como se sintió? _____	durante _____ después _____
	Criterio A: es Conocido No probablemente Si

2º Situación

Cuantos años tenía? _____ Qué sucedió? _____	Describe: ejemplo: tipo de evento, víctima atacante, edad, frecuencia.
Quién más estuvo involucrado? _____	
Cuántas veces sucedió esto? _____	
Amenazas de muerte, heridas serias? _____	
Como respondió ud emocionalmente? _____	A(1) Fue una amenaza contra la vida No _____ Si _____ Contra sí mismo _____
¿Estaba muy ansioso o asustado, horrorizado, impotente? _____	Contra otras personas _____
¿Cómo fue? _____	Tuvo heridas graves No _____ Si _____ Contra sí mismo _____ Contra otras personas _____
Estaba aturdido o en shock de modo que no sintió nada? Como fue esto? _____	Hubo amenaza a su integridad física No _____ Si _____ Contra sí mismo _____
lo que sintió a que se compara. _____	Contra otras personas _____
¿noto otra gente su respuesta emocional? _____	A(2) Siento miedo intenso/auxilio horror? Si _____ No _____
Y después del evento como se sintió? _____	durante _____ después _____
	Criterio A: es Conocido No probablemente Si

3º Situación

Cuantos años tenía? _____ Qué sucedió? _____	Describe: ejemplo: tipo de evento, víctima atacante, edad, frecuencia.
Quién más estuvo involucrado? _____	
Cuántas veces sucedió esto? _____	
Amenazas de muerte, heridas serias? _____	
Como respondió ud emocionalmente? _____	A(1) Fue una amenaza contra la vida No _____ Si _____ Contra sí mismo _____
¿Estaba muy ansioso o asustado, horroriza do, impotente? _____	Contra otras personas _____
¿Cómo fue? _____	Tuvo heridas graves No _____ Si _____ Contra sí mismo _____ Contra otras personas _____
Estaba aturdido o en shock de modo que no sintió nada? Como fue esto? _____	Hubo amenaza a su integridad física No _____ Si _____ Contra-sí-mismo _____
lo que sintió a que se compara. _____	Contra otras personas _____
¿noto otra gente su respuesta emocional? _____	A(2) Siento miedo intenso/auxilio horror? Si _____ No _____
Y después del evento como se sintió? _____	durante _____ después _____
	Criterio A: es Conocido No probablemente Si

En el resto de la entrevista, quiero que recuerde las situaciones para preguntarle cómo ellos lo han podido afectar a usted.

Voy a hacerle 25 preguntas en total. La mayoría de estas tienen dos partes:

Primero le preguntaré si Usted aun tiene un problema específico, si es así, que tan frecuente en el mes pasado(semána). Entonces le preguntaré cuanta angustia o inconformidad le pudo haber causado este problema.

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

(8-1) recuerdos repetitivos de la situación que provoca malestar y en los que incluye imágenes, pensamientos y percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Usted ha experimentado recuerdos indeseados de una (Situación)? _____	Cuanta inconformidad y angustia causan estos recuerdos? _____	En la Semana pasada F _____ I _____
Como eran? _____	Usted era capaz de sacarlos de su mente y pensar acerca de algo diferente; qué tan difícil fue tratar de hacerlo? _____	En el Mes pasado..... F _____ I _____
(Qué recuerda?) _____	Que tanto interfieren ellos con su vida? _____	Sx-Y-N
[ACLARAR Sí:] Ocurrieron mientras usted estaba despierto _____		
o solo en sueños _____		
EXCLUYA LOS RECUERDOS SI SOLO SE PRESENTAN CUANDO SUEÑA. Que tan frecuente ha usted, tenido estos recuerdos: en el mes pasado _____ en la semana pasada _____	0. Nada 1. Poca angustia mínima o Interrupción de las actividades 2. Moderada, angustia claramente presente pero todavía manejable y alguna interrupción de actividades 3. Severa, angustia considerable dificultad para la renovación o eliminación de recuerdos y marcada interrupción de las actividades. 4. Extrema, angustia incapacitante	Durante toda la Vida F _____ I _____ Sx-Y-N
O. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces a la semana		

4. Diariamente o casi todos los días	QV (especifico)	
<u>Descripción /ejemplos</u>		

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

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Alguna vez ha tenido sueños pocos placenteros acerca de una SITUACIÓN? _____	Cuanta angustia o insatisfacción le causan estos sueños _____ ¿Alguna vez lo despertaron? Si ___ No _____	En la semana pasada F _____ I _____
Describa un sueño típico? _____ (¿Qué pasa en ellos?) _____	Si es afirmativo que sucedió _____	En el Mes pasado P _____ I _____
Qué tan frecuentemente a tenido esto _____	Cuando usted se despertó, cuánto tiempo le tomo volverse a dormir ? _____	
Qué tan frecuente ha tenido estos sueños en el mes pasado? _____ en la semana pasada? _____	(ESTÉ ATENTO PARA CONOCER EL UMBRAL DE ANSIEDAD, SI SE REPRESENTA UNA PESADILLA) Alguna vez estos sueños afectaron a alguien más? Si _____ No _____	Sx-Y-N
Ó.Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente o casi todos los días <u>Descripción /ejemplos</u>	Cómo fue? _____ 0. Nada 1. Leve angustia mínima pero sin despertar. 2. Moderada, se despierta con angustia pero rápidamente vuelve a dormir 3. Severa, angustia considerable, dificultad para retomar el sueño. 4. Extrema, angustia incapacitante, no puede volver a dormir Q V(especifico)	Durante toda la Vida F _____ I _____ Sx-Y-N

(B-3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones y alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertar o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden dramatizar el acontecimiento traumático específico.

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Alguna vez ha actuado o sentido de repente como si la (SITUACIÓN) estuviera sucediendo otra vez? *	Qué pasaría si la situación estuviera sucediendo otra vez? _____ (confundiría, que había exactamente? _____)	Semana pasada F _____ 1 _____
(Ha tenido flashbacks mentales acerca de este [EVENTO]?) _____ [SI NO ES CLARO] Qué este evento ocurrió, mientras usted estaba despierto o sólo en sueños _____	Cuanto tiempo duro esto? _____ usted que hacia mientras esto estaba sucediendo? _____ (Alguna otra persona o gente notó j su comportamiento?----- Qué dijeron ellos?) _____	Mes pasado F _____ 1 _____ Sx-Y-N
(EXCLUYA SI OCURRIÓ SOLO DURANTE LOS SUEÑOS) Cuénteme un poco más acerca de esto: _____	0. No recuerda 1. Recuerdo ligeramente es algo más real que pensar solamente acerca de evento.	Durante toda ia Vida F _____ I _____
Qué tan frecuentemente ha sucedido ; en el mes pasado _____ en la semana pasada _____ 0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente o casi todos los días <u>Descripción /ejemplos</u>	2. Recuerdo moderado, definitivo pero de tipo trascendental y disociativo 3. Recuerdo severo, tremendamente disociativos, (reporta de imágenes, sonidos, olores) pero guarda alguna conciencia de sus alrededores. 4. Recuerdo extremo, completa disociación (recuerdos, regresos mentales no hay conciencia e insensible y	Sx-Y-N

	<p>presenta posible amnesia del episodio(desmayos)).</p> <p>Q V(especifico)</p>	
--	---	--

(B-4). Malestar psicológica intenso al exponerse a estímulo internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Frecuencia	Intensidad	I Tiempo
<p>Alguna vez se ha enojado cuando algo le recuerda la (SITUACIÓN) si no ... (Algo ha desencadenado en usted malos sentimientos, con relación a un EVENTO)?</p>	<p>Cuanta angustia o incomodidad k causan estos (RECUERDOS) cuanto le dura esto? qué tanto interfiere esto en su vida?</p>	<p>En la Semana pasada F ____ I ____</p>
<p>Qué clase de recuerdo lo hace Poner enojado?</p>	<p>0. Ninguna</p>	<p>En el Mes pasado F ____ I ____</p>
<p>Qué tan frecuente en el pasado mes la semana pasada</p> <p>O. Nunca</p> <p>1. Una o dos veces</p> <p>2. Una o dos veces por semana</p> <p>3. Varias veces a la semana</p> <p>4. Diariamente o casi todos los días</p>	<p>1. Leve angustia, mínima o Poca interrupción de las actividades</p> <p>2. Angustia, moderada Claramente presente pero todavía manejable, alguna interrupción en las actividades</p> <p>3. Angustia, severa marcada interrupción de las actividades</p> <p>4. Angustia, extrema incapacitante, incapaz de continuar sus actividades</p>	<p>Sx-Y-N</p>
<p>Descripción /ejemplos</p>	<p>Q V(especifico)</p>	<p>Durante la Vida F ____ I ____</p> <p>Sx-Y-N</p>

--	--	--

, (B~5) Respuestas fisiológicas ai exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan y recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Alguna vez ha tenido una reacción física cuando algo le recuerda la (SITUACIÓN?) _____	Qué tan fuertes fueron las (REACCIONES FÍSICAS)? _____	La semana pasada
_____	que tanto duraron ? _____	F _____
_____	_____	I _____
(Su cuerpo reacciona de alguna forma cuando se recordó de la SITUACIÓN! Puede dar algunos ejemplos _____	(Duraron aún después de que usted estuvo fuera de la situación:?)	El mes pasado
_____	0. No hubo reacción física	F _____
_____	1. Leve, reacción mínima.	I _____
_____	2. Moderada, reacción física claramente presente, puede ser soportada si la exposición continua.	Sx-Y-N
(Su ritmo cardiaco o su respiración cambio?) _____	3. Severa, marcada reacción física claramente presente, puede ser soportada a través de la exposición al evento	Durante toda vida
Se presenta sudoración al sentirse tenso o tembloroso? _____	4. Extrema, reacción física dramática, mantiene excitación aún después que la exposición al evento.	F _____
Qué clase de recuerdos produjeron estas reacciones? _____		I _____
Qué tan frecuentemente en el mes pasado _____		Sx-Y-N
la semana pasada? _____		
0. Nunca		
1. Una o dos veces		
2. Una o dos veces por semana		
3. Varias veces a la semana		
4. Diariamente o casi todos los días		
Descripción /ejemplos _____	Q V (especifico)	

--	--	--

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:

(C-1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el trauma.

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Alguna vez ha tratado de evitar pensamientos sentimientos acerca de una (SITUACIÓN)? _____	Qué tanto esfuerzo hizo para evitar (PENSAMIENTOS/ SENTIMIENTOS CONVERSACIONES)? _____	Semana pasada F _____ I _____
(Qué clase de pensamiento o sentimientos trató de evitar?) _____	(Qué clase de cosas hizo?) _____	Mes pasado F _____ I _____
Por ejemplo tratar de evitar hablar sobre acerca de esto con oírás personas r _____	Se embriagó o tomó medicamentos o se automedico? _____	
(Porqué ?) _____	(Considere todos los intentos de evitamiento incluyendo la distracción o eliminación de de alcohol o drogas) Que tanto interfirió eso con su vidr _____	Sx-Y-N
Que tan frecuentemente en el mes pasado _____ la semana pasada _____		Durante la Vida F _____ 1" _____
0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces a la semana 4. descripción o casi todos los días	0. Nada 1. Levemente, esfuerzo mínimo poca interrupción de las actividades 2. Moderadamente, algún esfuer; abstinencia claramente presente, alguna interrupción de las actividades 3. Severamente, esfuerzo consid abstinencia, marcada interrupción de los actividades involucramiento en ciertos actividades como estrategia	Sx-Y-N
<u>descripción /ejemplos</u> _____		

	<p>de evitamiento</p> <p>4. Extremadamente, intentos drásticos de evitamiento, incapacidad para continuar las actividades o excesivo involucramiento en ciertas actividades como estrategia de evitamiento</p> <p>QV(especifico)</p>	
--	--	--

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

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
<p>Ha tratado de evitar ciertas actividades, lugares o gente que le recuerdan la (o) LUGAR(S)?</p> <p>(Qué clase de cosas evitó?</p> <p>Porque eso?)</p>	<p>Cuanto esfuerzo hizo para evitar (ACTIVIDADES/ LUGARES O PERSONAS)?</p> <p>←(Qué hizo en vez de eso?)</p> <p>Qué tanto interfirió esto con su vida</p>	<p>Semana pasada</p> <p>F _____</p> <p>r _____</p> <p>Mes pasado</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p>
<p>Qué tan frecuentemente en el mes pasado _____ en la semana _____</p> <p>0. Nunca</p> <p>1. Una o dos veces</p> <p>2. Una o dos veces por semana</p> <p>3. Varias veces a la semana</p> <p>4. descripción o casi todos los día</p> <p><u>Descripción /ejemplos</u></p>	<p>0. Nada</p> <p>1. Levemente, esfuerzo mínimo poca interrupción de las actividades</p> <p>2. Moderadamente, algún esfuerzo abstinencia definitivamente presente, alguna interrupción de las actividades</p> <p>3. Severamente, esfuerzo considerable, marcada evitación, marcada interrupción de los actividades o involucramiento en ciertos eventos, actividades como estrategia de abstinencia</p>	<p>Sx-Y-N</p> <p>Durante la Vida</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sx-Y-N</p>

	<p>4. Extremadamente, drásticos Intentos de evitamiento, incapaz de continuar las actividades o excesivo involucramiento en ciertas actividades como estrategia de evitamiento.</p> <p>QV(especifico)</p>	1
--	---	---

(C-3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Ha tenido dificultad para recordar algunos aspectos importantes de una (SITUACIÓN). Cuénteme más acerca de eso? _____	Qué dificultad tuvo para recordar aspectos importantes de un (TRAUMA)? _____	Lo Semana pasada F _____ I _____
(Usted siente que debería ser capaz de recordar estas cosas?) _____ porque piensa que no puede _____	(Sería capaz de recordar más si lo Intentara?) _____	I _____ El Mes pasado F _____ I _____
En el mes pasado(semana), . cuantas de las partes de un (TRAUMA) ha tenido dificultad para recordar? _____	0. Nada 1. Levemente dificultad mínima. 2. Moderada, alguna dificultad podría recordar con esfuerzo ■ 3. Severamente, dificultad consic Sx-y-N aún con esfuerzo. 4. Extremante, completamente > incapaz	I _____ Durante toda Vida F _____ I _____
(Qué partes recuerda todavía?): _____ _____	Q.V(especifico) _____	F _____ I _____
0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces a la semana 4. descripción o casi todos los días		Sx-y-N
<u>descripción /ejemplos</u> _____		

(C-4) Significativa disminución de interés o participación en actividades.

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Ha estado desinteresado en actividades que antes solía disfrutar _____ (en qué cosas ha perdido interés? _____	Qué tan fuerte fue su pérdida de Interés? _____ _____	Semana pasada F _____ I _____
Hay algunas cosas que no ha vuelto a hacer? _____ por qué?) _____	0. No hay pérdida de interés 1. Ligera pérdida del interés; probablemente disfrutaría después de comenzada la	Mes pasado F _____

<p>(Indique si no hay oportunidad si es físicamente incapaz o si hay cambios apropiados de tendencia en actividades preferidas) En el mes pasado,(semana), en cuántas actividades se mostró menos interesado? _____</p>	<p>actividad 2. Moderada, perdida del interés, pero todavía se disfrutan algunas actividades. 3. Severa, perdida del interés en actividades 4. Extrema, perdida del Interés para participar en otras actividades</p>	<p>I Sx-y-N Durante la Vida F _____ I _____</p>
<p>Qué clase de cosas disfruta haciendo todavía? _____ cuándo se comenzó a sentir así?J _____ (después del (EVENTO)?). _____ _____ 0,Ninguna</p>	<p>Q V(especifico) Trauma relatado: 1. definido 2. probable 3. improbable Actúa I _____ Durante toda la vida</p>	<p>Sx-y-N</p>
<p>1. Pocas actividades(menos del 10%) 2. Algunas actividades (aproximadamente 20-30%) 3. Muchas actividades (50-60% aproximadamente) 4. La mayoría o todas las actividades (mas del 80%) descripción /ejemplos _____</p>		

[Faint handwritten text or stamp at the bottom of the page]

(C-5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Se ha sentido distante o alejado de los demás? _____	Qué tan fuertes fueron los sentimientos de estar distante o alejado de los demás? _____	
Cómo fue eso? _____	(A quién se sentía más cercano? _____)	La Semana pasada
Con que frecuencia se ha sentido de esa forma en el mes pasado o semana? _____	Con cuántas personas se sentía cómodo, hablando de esas cosas personales?) _____	F _____ I _____
Cuando comenzó a sentirse de esa forma? _____ (después del [EVENTO]?) _____	0. No hay sentimiento de desinterés o alejamiento I _____	El Mes pasado ■ F
0. Nunca 1. Muy pocas veces(menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente 20-30%)	1. Leve sincronía puede sentirse i fuera de los demás. 2. Moderados, sentimientos de i Sx-y-N de desinterés claramente pre- • séntes, pero todavía siente al- i guna conexión interpersonal ; 3. Severo, sentimientos	
3. Gran parte del tiempo (50-60% aproximadamente) 4. La mayor parte del tiempo (mas del 80%)	de desinterés y alejamiento de ■ Durante los demás, puede sentirse ; toda cercano a una o dos persona Vida solamente 4. Extremo, desinterés o alejamiento de los demás, no es cercano a nadie	F _____ I _____
<u>descripción /ejemplos</u> _____	Q V(especifico)	sx -y-N
	Trauma relatado? 1. definido 2. probable 3.improbable	
	Actual.durante la vida	

(C-6) Resfricción de la vida afectiva (p.ej incapacidad para expresar sentimientos de amor).

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Alguna vez se ha sentido emocionalmente apático o ha tenido problemas al experimentar sentimientos como amor o felicidad _____	Cuántos problemas tuvo al experimentar (EMOCIONES)? _____ (Qué clase de sentimientos la capaz de experimentar todavía?) _____	La Semana pasada F I
(Con que sentimientos tuvo problemas) _____	(INCLUYA OBSERVACIONES DE FRECUENCIA DE EXPRESIÓN DE AFECTO DURANTE LA ENTREVISTA)	El Mes pasado F I
Que tanto se ha sentido de esta forma en el ultimo mes o semana? _____	0. No hay disminución de la exposición emocional 1. Leve scasa reducción de la experiencia emocional. 2. Moderado, reducción definitiva de la experiencia emocional, pero todavía es capaz de experimentar la mayoría-de emociones.	I Sx-y-N
Cuando empezó a tener problemas al experimentar sus (EMOCIONES)? _____	3. Severo, marcada reducción de la experiencia de al menos dos emociones primarias(ej: amor, felicidad) 4. Extrema, carencia completa de expresión emocional	Durante la Vida F I
(después del [EVENTO]?) O.Nunca 1. Muy pocas veces(menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente 20-30%) 3. Gran parte del tiempo (50-60% aproximadamente) 4. La mayor parte del tiempo (mas del 80%)	Q V(especifico) Trauma relatado? 1.defin ido 2. probable 3.improbable .	SX -y-N
<u>descripción /ejemplos</u> _____	Actualmente durante toda la vidr	

(C-7) Sensación de no tener un futuro (Ej: No espera tener una carrera, matrimonio, hijos o una vida normal)

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Ha'habido algún momento en el que usted sintió que no había necesidad de planear el futuro?	Qué tan fuerte fue su sentimiento de que su futuro se acabara de repente	La Semana pasada F
Que de alguna manera su futuro se Terminará de repente por qué	(cuánto tiempo piensa que vivirá? Que tan convencido esta de que morirá prematuramente? _____	 El Mes pasado F ___ 1
(Descartar hechos reales, tales como amenazas por enfermedades) Qué tanto se ha sentido así en el pasado mes o semana	0. No hay sentimiento de reducción de futuro 1. Leve ligero sentido de reducción futura. 2. Moderado, sentido de reducción futura, pero no hay predicción específica acerca de la longevida	 Sx-y-N
cuando comenzó a sentir eso - _____ después del evento traumático.	3. Severo. j>entimiento de- — reducción futura, puede hacer predicciones específicas acerca de la longevidad. 4. Extrema, Irresistible deseo de reducción futura, completamente convencido de una muerte prematura	Durante toda Vida F _____
0. Nunca 1. Muy pocas veces(menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente 20-30%) 3. Gran parte del tiempo (50-60% aproximadamente) 4. Casi siempre (mas del 80%)	Q V(especifico) Trauma relatado? 1. definido 2. probable 3,improbable	 SX -y-N
<u>descripción /ejemplos</u>	Actualmente Durante toda la 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:

.(D-1) Dificultad para dormir.

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Ha tenido algún problema para dormir : _____	Qué problema ha tenido con el sueño (cuanto tiempo tomo dormirse _____)	La Semana pasada
frecuente en la semana pasada o en el mes pasado _____	(cuantas veces se despertó durante la noche? _____)	F I
Cuándo comenzó a tener problemas para dormir _____	Frecuentemente se despertaba más temprano de lo que usted deseaba?	EI
(después de! (TRAUMATICO]?)	cuantas horas en total dormía cada noche? _____	Mes pasado
0.' Nunca		P II
1. Una o dos veces		
2. Una o dos veces en la semana		
3. Varias veces a la semana		
4. Diariamente o casi todos los días		Sx-y-N
Tiene problemas de sueño	0. No tiene problema para dormir.	
Si. No	1. Leve, latericia levemente larga o mínima dificultad para dormir (hasta 30 minutos de pérdida de sueño)	Durante toda
Se despierta a la madrugada	2. Moderado, perturbación del sueño, latencia claramente larga o dificultad clara para dormir, (pérdida de sueño de 30 a 90 minutos)	Vida
Si. No	3. Severo dificultad marcada para dormir (pérdida de sueño de 90m;n)	F I
Se despierta SiNo	4. Extremo, dificultad para dormir (más de 3 horas).	SX -y-N
Número total de horas que duerme por noche		
Número de horas que desea dormir		
<u>descripción /ejemplos</u>		
	Q V(especifico)	

	<p>1</p> <p>Trauma relatado?</p> <p>1. definido 2. probable 3. improbable</p> <p>Actual _____ durante la vida _____</p>	
--	---	--

(d-2) Irritabilidad o ataques de ira

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Ha habido momentos en que Usted se sintió especialmente irritable o con fuertes sentimientos de rabia? _____	Que tan fuerte fue su ira? _____ (Como la demostró?) _____ (SE NOTA REPRESIÓN DE RABIA:)	La Semana pasada F _____ I _____
puede darme algunos ejemplos? _____ Qué tan frecuente, en el pasado mes _____ semana _____ cuando se comenzó a sentir así?	(Qué tan difícil fue para usted no demostrar su rabia?) _____ Cuanto tiempo le tomo calmarse _____ Su rabia le causo algún problema? _____	El Mes pasado F _____ I _____
después del [TRAUMATICO]? _____		
0. No 1. una o dos veces 2. una o dos veces por semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente o casi todos los días <u>descripción /ejemplos</u>	0. No siente irritabilidad o ira: 1. Leve, irritabilidad mínima, puede levantar la voz, cuando se enfada 2. Moderado, irritabilidad intentos para suprimir la ira pero puede recuperarse rápidamente 3. Severo, irritabilidad o Intentos marcados para suprimir la ira, puede llegar a ser verbal o físicamente agresivo cuando esta enojado. 4. Extremo, ira y drásticos intentos para suprimir la ira; puede haber episodios de violencia física. Q V(especifico) Trauma relatado? 1. definido 2. probable 3. improbable Actualmente _____ durante toda la vida _____	Sx-y-N Durante toda Vida F _____ I _____ SX -y-N

(D'3) dificultad de concentración

Frecuente	Intenso	Tiempo
Es difícil concentrarse en lo que esta haciendo o en las cosas que suceden a su alrededor	Que tan difícil fue para usted concentrarse? _____	La
_____	(INCLUYA OBSERVACIONES DE LA ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN EN LA ENTREVISTA)	Semana pasada
cómo fue eso? _____	Que tanto interfiere la falta de Concentración en su vida _____	F _____ I _____
Con qué frecuencia le sucedió en el Mes pasado _____	0. No tengo dificultad para la concentrarme.	El
semana pasada _____	1. Levemente, esfuerzo ligero para concentrarse poca o no interrupción de las actividades .	Mes pasado
Cuando empezó a tener problemas para concentrarse	2. Moderado, perdida de la concentración pero con esfuerzo podría concentrarse, "alguna Tñterrüpción de'fas" actividades	F _____ I _____
_____	3. Severo, perdida de la concentración marcada interrupción de las actividades.	Sx-y-N
_____	4. Extremo, Inhabilidad para concentrarse de comprometerse actividades	
Después del [EVENTO]?	Q V(especifico)	
0. Nunca	Trauma relatado?:	Durante
1. Alguna vez (menos del 10%)	1. definido	toda
2. Algunas veces(Aprox 20 a 30%)	2. probable	Vida
3. Gran parte del tiempo (Aprox 50 a 60%)	3. improbable	F _____ I _____
4. Casi siempre	Actualmente _____	SX -y-N
<u>descripción /ejemplos</u>	durante toda la vida _____	
%		

--	--	--

(d-4) HIPERVIGILANCIA O EXCEDE ATENCION PARA USTED

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Ha estado usted especialmente alerta o atento aun cuando no había necesidad real para estarlo _____	Qué tan difícil fue el estar atento de la situaciones que suceden a su alredead _____	La Semana pasada F _____ I _____
(Ha sentido como si usted estuviera constantemente en guardia.?) _____	(INCLUYA OBSERVACIONES DE HIPERVIGILANCIA EN LA ENTREVISTA)	
Por que eso? _____	Su(HIPERVIGILANCIA) le causó algún problema _____	El Mes pasado F _____ I _____
Con que frecuencia en el mes pasado _____	0. No hay hipervigilancia	
En la semana pasada _____	1. Leve, hipervigilancia, aumento de conciencia.	
Cuando comenzó a actuar de esa forma _____	2. Moderado, hipervigilancia atento en público, (ej: escoger lugares seguros para sentarse en el parque por la cacha	Sx-y-N
Después deí [TRAUMATICO]?	3. Severa, hipervigilancia marcada muy alerta, revisa el medio por peligros, exageradamente afectado por la seguridad del hogar, de su familia, marcada interrupción de las actividades.	Durante toda Vida F _____ i _____
0. Ninguna vez	4. Extremo, hipervigilancia Gasto de tiempo y energía, Significativa para obtener seguridad y vigilancia marcada durante la entrevista.	
1. Muy poco (menos del 10%)		
2. Algo(Aproximado 20 a 30%)		
3. Bastante (Aproximado 50 a 60%)		
4. Casi siempre (más del 80%)		
<u>descripción /ejemplos</u>		SX -y-N
	Q V(especifico) Trauma relatado?	
	1. definido	
	2. probable	
	3 ..improbable	
	Actualmente _____	
	durante toda vida _____	

--	--	--

(d-5) Respuesta exagerada de sobresalto

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Ha tenido reacciones fuertes de sobresalto? _____ (cuando sucedió?) _____	Qué tan fuerte eran esta reacciones de sobresalto? _____	La
(Qué cosas lo hacen sobresaltar?) _____	(Qué tan fuertes eran comparados con la forma como la mayoría de gente respondería?) _____	Semana pasada
Con qué frecuencia, en el mes pasado _____ en la semana _____	cuanto duraban? _____	F _____ I _____
Cuándo fue la primera vez que Tuvo estas reacciones? _____	0. No tiene reacciones de sobresalto	El Mes pasado
(después del [EVENTO]?) _____	1. Leve, reacciones.	F _____ I _____
0. Nunca	2. Moderada, reacciones de Sobresalto definida, se siente Nervioso o asustadizo.	Sx-y-N
1. una o dos veces	3. Severo, reacciones de sobresalto	
2. una o dos veces por semana	4. Extrema, reacciones excesiva de sobresalto, comportamiento abierto insicivo (ej: un veterano combatiente que se hecha a tierra para protegerse de bombas cercanas.	Durante toda Vida
3, Varias veces a la semana	Q V(especifico)	F _____ I _____
4. Diariamente o casi todos los días	Trauma relatado?	SX -y-N
<u>descripción /ejemplos</u> _____	1. definido	
	2. probable	
	3. improbable	
	Actual _____ durante la vida _____	

Criterio E : Duración del desorden(síntomas en criterio B, C Y D) durante más de un mes).

.Arremetida de síntomas

<p>[SI TODAVÍA NO ESTA CLARO:] Cuando empezó a tener síntomas de TEPT _____</p> <p>(Cuanto tiempo paso después del trauma paso, para que comenzara los síntomas? _____ más de 6 meses?) _____</p>	<p>Número total de (SÍNTOMAS DE TEPT) de (os que me hablo meses de demora del ataque</p> <p>Con demora en el ataque > a 6 meses sino</p>
---	---

DURACIÓN DE SÍNTOMAS

<p>(ACTUAL) cuanto en total han durado estos SÍNTOMAS DE TEPT</p> <p>(DURANTE TODA LA VIDA?) Cuanto en total duraron o duran estos SÍNTOMAS DE TEPT?</p>	<p>Duración más de un mes</p> <p>Número total de meses de duración</p> <p>Agudo: < de 3 meses</p> <p>Crónico: >3 meses</p>	<p><u>ACTUAL</u></p> <p>No _____</p> <p>Si _____</p> <p>Agudo _____</p> <p>Crónico _____</p>	<p><u>Durante Toda la vida</u></p> <p>No _____</p> <p>Si _____</p> <p>Agudo _____</p> <p>Crónico _____</p>
--	--	--	--

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

ANGUSTIA SUBJETIVA

<p><u>ACTUAL:</u> con qué frecuencia ha sufrido por estos (SÍNTOMAS DE TEPT) de los que me habló?</p> <hr/> <p>(CONSIDERAR LA ANGUSTIA REPORTADA EN ITEMS ANTERIORES)</p> <p>(DURANTE TODA LA VIDA): sobre todo con que frecuencia fue molestado por los (SÍNTOMAS DE TEPT) De los que me habló? [CONSIDERE LA ANGUSTIA REPORTADA EN ITEMS ANTERIORES]</p>	<ul style="list-style-type: none"> •0. Nunca 1. Leve, angustia mínima. 2. Moderada, angustia claramente presente pero todavía manejable. 3. Severa, angustia considerable 4. Extrema, angustia Incapacitante 	<p><u>La Semana Pasada</u></p> <hr/> <p><u>El Mes pasado</u></p> <hr/> <p><u>Durante toda la vida</u></p> <hr/>
--	---	---

DETERIORO EN RELACIONES SOCIALES

<p><u>ACTUAL:</u> SÍNTOMAS DE TEPT) que han afectado sus relaciones con otras personas?</p> <hr/> <p>qué tanto (CONSIDERAR EL DETERIORO EN EL RELACIONES SOCIALES REPORTADO EN ITEMS ANTERIORES).</p> <p><u>DURANTE LA VIDA</u> (estos SÍNTOMAS DE TEPT afectaron su vida social? Con qué frecuencia? _____ (CONSIDERA DETERIORADAS SUS RELACIONES SOCIALES SEGÚN LO REPORTADO EN ITEMS ANTERIORES? _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> 0. No hay impacto adverso 1. Leve, impacto: deterioro mínimo en las funciones sociales. 2. Moderado, impacto deterioro definido por aspectos del funcionamiento social están aún intactos. 3. Severo, impacto Marcado deterioro En sus relaciones sociales 4. Extremo, impacto Poco o no Hay relaciones sociales 	<p>La Semana Pasada</p> <hr/> <p>El Mes pasado</p> <hr/> <p>Durante toda la vida</p> <hr/>
---	--	--

DETERIORO OCUPACIONAL O EN OTRA ÁREA IMPORTANTE DEL DESEMPEÑO DE LA PERSONA

<p><u>ACTUAL:</u> [SI TODAVÍA NO ES CLARO] Esta trabajando ahora?</p> <p><u>SI ES AFIRMATIVO</u>(estos SÍNTOMAS DE TEPT) Afectaron su trabajo o su habilidad de trabajo? _____</p> <p>con qué frecuencia? _____</p>	<p>0. No hay impacto adverso</p> <p>1. Leve, impacto: deterioro ocupacional u otras funciones importantes</p> <p>2. Moderado, impacto deterioro definido pero muchos aspectos ocupacionales o importantes del funcionamiento, están todavía intactos.</p> <p>3. Severo, marcado marcado deterioro pocos aspectos ocupacionales o importantes del funcionamiento están todavía intactos.</p> <p>4. Extrema, impacto poco o nada de los aspectos del funcionamiento u ocupacionales todavía intactos.</p>	<p><u>La</u> <u>Semana Pasada</u></p> <p>_____</p> <p><u>E</u> <u>Mes pasado</u></p> <p>_____</p>
<p>(CONSIDERE LA HISTORIA LABORAL INCLUYENDO NÚMERO Y DURACIÓN DE LOS TRABAJOS, TANTO COMO LA CALIDAD DE LAS RELACIONES DE TRABAJO. SI LAS FUNCIONES ANTERIORES NO SON CLARAS INDAGUE SOBRE LAS EXPERIENCIAS LABORALES ANTES DEL TRAUMA. PARA TRAUMA DE NIÑOS O ADOLESCENTES, VALORAR LA ESCUELA DE DESARROLLO PRE-TRAUMÁTICO Y LA POSIBLE PRESENCIA DE PROBLEMAS DE CONDUCTAS. <u>SI NO:</u> Estos (SÍNTOMAS DE TEPT) han afectado una parte importante de su Vida? _____</p>		<p><u>Durante la vida</u></p> <p>_____</p>
<p>(SUGIERA EJEMPLOS TALES COMO OFICIOS EN LA CASA PATERNA, TRABAJO EN LA ESCUELA, TRABAJO COMO VOLUNTARIO ETC) como fue? _____</p>		
<p>(DURANTE SU VIDA,(SI TODAVÍA NO ESTA CLARO) estaba usted trabajando en ese entonces? _____</p>		

SI ES AFIRMATIVO : Estos (SÍNTOMAS TEPT) afectaron su trabajo o su habilidad para trabajar?
Como fue? _____

(CONSIDERE EL REPORTE DE HISTORIA DE TRABAJO, INCLUYENDO NÚMERO Y DURACIÓN DE LOS EMPLEOS, TANTO COMO LA CALIDAD DE LAS RELACIONES DE TRABAJO. SI EL FUNCIONAMIENTO PREVIO NO ES CLARO, INDAGUE ACERCA DE LAS EXPERIENCIAS DE TRABAJO ANTES DEL TRAUMA. PARA TRAUMA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES VALORAR LA ESCUELA DE DESARROLLO PRE-TRAUMÁTICO Y LA POSIBLE PRESENCIA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA.)

SI ES NEGATIVO: Estos (SÍNTOMAS TEPT) afectaron alguna parte importante de su vida? _____
(COMO ALGO APROPIADO SUGIERA EJEMPLOS TALES COMO OFICIOS EN LA CASA PATERNA, TRABAJO EN LA ESCUELA, TRABAJO LUNTARIO ETC)
como fue: _____

Validez global O Evaluación

ANALICE LA VALIDEZ DE TODAS LAS RESPUESTAS CONSIDERE FACTORES TALES COMO DESARROLLO DE LA ENTREVISTA. ESTADO MENTAL (PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN, O COMPREHENSIÓN DE LOS ITEMS, Y ESFUERZO POR EXAGERAR O MINIMIZAR LOS SÍNTOMAS.	0. Excelente. No razón para sospechar sobre respuesta falsas.	LaSemana Pasada
	1. Bueno factores presentes que pueden afectar adversamente la validez de la evaluación	_____
	2. Regular hay factores presentes que definitivamente reducen validez de la evaluación	El Mes pasado
	3. Respuestas invalidas. severamente alterado el estado mental.	_____
		durante toda la vida

Severidad/gravedad de los síntomas (globalmente)

ANALISE LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DE TEPT; CONSIDERE EL GRADO DE ANGUSTIA SUBJETIVO, EL GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL, OBSERVACIÓN DE COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA Y LOS JUICIOS EN CUANTO AL ESTILO DE NARRACIÓN.	0. No hay síntomas clínicos Significativos. No hay angustia desordenes funcionales	Semana Pasada
	1. Leve, angustia mínima o deterioro funcional.	_____
	2. Moderado, angustia definida o desarreglo funcional pero funciona satisfactoriamente con esfuerzo.	Mes pasado
	3. Severo, angustia considerable funcionales. Funcionamiento limitado aún.	_____
	4. Extremo, angustia marcada deterioro en dos o más áreas claves del funcionamiento.	durante la vida

Mejoramiento global

VALOR TOTAL DE EL MEJORAMIENTO PRESENTE DESDE QUE SE INICIO LA VALORACIÓN. SI NO HAY VALORES ANTERIORES, PREGUNTE COMO HAN EVOLUCIONADO LOS SÍNTOMAS, DURANTE LOS 6 MESES PASADOS. VALORE EL GRADO DE CAMBIO, SI EN SU JUICIO, ES DEBIDO AL TRATAMIENTO.	0. Asintomático	La Semana Pasada
	1. Mejora considerable	_____
	2. Mejora moderada	_____
	3. Ligera mejora	_____
	4. No hay mejora	El mes pasado
	5. No hay Información suficiente	_____
		Durante toda la vida

SÍNTOMAS ACTUALES DE TEPT

Criterio A.(evento traumático) conocida	No	Si
_____ # Criterio B sx (> 4)2	No	Si
_____ # Criterio C sx (4 3) 2	No	Si
_____ # Criterio D sx (s 2) 2	No	Si
Criterio E conocido (duración > a-un mes)	No	Si
Criterio F conocido (angustia/deterioro)	No	Si
Durante toda vida Tept (criterios A a F conocidos)	No	Si

Aspectos asociados

Sentimientos de culpa sobre actos vividos u omitidos

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Se ha sentido culpable acerca de algo que usted hizo, o no hizo durante el [TRAUMÁTICO]? Cuénteme más acerca de esto * (de que se siente culpable?)	Que tan fuertes eran estos sentimientos de culpa? _____ qué tanta angustia o incomodidad le causaron? _____	La Semana Pasada F ____ I ____
Cuanto tiempo se ha sentido de esa forma durante el mes pasado (semana)?	0. No hay sentimientos de culpa 1. Leve, ligero sentimiento de culpa 2. Moderado, sentimiento, alguna angustia, pero todavía manejable 3. Severo, Marcado sentimiento de culpa, angustia considerable. 4. Extremo, Sentimiento penetrante de culpa. Auto-condensación respecto al comportamiento Angustia incapacidad QV.(especifico)	El Mes pasado F ____ I ____ Durante toda la vida F ____ I ____ Sx: YN
0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos 10%) 2. Alguna veces (20 30% aprox) 3. Muchas veces (50 60% aprox; 4. Casi siempre (más del 80%) <u>Descripción/ejemplos</u>		

Sentimientos de culpa por sobrevivir a un evento traumático
(APLICABLE SOLO A VÍCTIMAS MÚLTIPLES)

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Se ha sentido culpable por Sobrevivir a una (SITUACIÓN), cuando otras personas no lo hicieron? <i>No</i>	Qué tan fuertes eran estos sentimientos de culpa _____ cuanta angustia o incomodidad le causaron _____	La Semana Pasada F ____ I ____

<p>cuénteme más sobre esto</p>	<p>0. No sentimientos de culpa</p>	<p>El</p>
<p>(de que se siente culpable?)</p>	<p>1. Leve, ligero sentimiento de culpa</p>	<p>Mes pasado</p>
<p>_____</p>	<p>2. Moderado, sentimiento definitivamente presentes, alguna angustia, pero todavía manejable</p>	<p>F ____ I ____</p>
<p>cuanto tiempo en el mes pasado se ha sentido de esta forma (semana)? _____</p>	<p>3. Severo, Marcado sentimiento de culpa, angustia considerable.</p>	<p>Sx: YN</p>
<p>0. Nunca</p>	<p>4. Extremo, Sentimiento penetrante de culpa . Auto-condensación respecto al comportamiento</p>	<p>Durante toda la</p>
<p>1. Muy pocas veces(menos 103</p>	<p>Angustia incapacidad</p>	<p>Vida</p>
<p>2. Algunas veces (20 30% apro</p>	<p>QV.(específico)</p>	<p>F ____ I ____</p>
<p>3. Muchas veces (50 60% apro></p>	<p>_____</p>	<p>Sx: Y N</p>
<p>4. Casi siempre (más del 80%)</p> <p><u>Descripción/ejemplos</u> _____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

. Disminución de la conciencia; (por ejemplo: "sentirse aturdido")

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
<p>¿Qué tiempo pasó, mientras usted estaba sin contacto con su alrededor, estar en blanco? _____</p>	<p>Qué tan fuerte fue el sentimiento de estar fuera de contacto de la realidad o de estar aturdido? _____</p>	<p>Semana pasada</p>
<p>cómo fue eso? _____</p>	<p>(esta usted confundido acerca de donde estaba usted o que hacia en este tiempo?)</p>	<p>F ____ 1 ____</p>
<p>(SE DISTINGUEN DE LOS EPISODIOS DE FLASHBACK.) (es decir sin imágenes)</p>	<p>Cuanto tiempo duró la última vez? _____</p>	<p>Mes pasado</p>
<p>Con que frecuencia ? En el mes pasado _____ (En la semana) _____</p>	<p>Qué hizo mientras sucedía?</p>	<p>F ____ 1 ____</p>
<p>[SI NO ES CLARO:] (Este "aturdimiento", lo puede atribuir al debilitamiento de su cuerpo,(por ej:</p>	<p>(otras personas notaron su comportamiento? _____</p>	<p>Sx-y-N</p>

enfermedad o por efecto de drogas tratamiento farmacológico, otras)) _____ _____ _____	qué dijeron?) _____ 0 No hubo reducción de estado de ia conciencia . 1. Corto o escasa reducción de la conciencia Moderada, reducción, en el contacto, se puede reportar un sensación de espacio "en blanco" 2. Severo, reducción en el contacto, y puede persistir por varias horas 3. Extremo, pérdida de conciencia, no se responde, posible amnesia del episodio, espacio en "blanco" QV / Especifico	Durante la Vida F____ I____ SX -y-N
(Esto era debido a enfermedad o por efecto de drogas o alcohol? _____ Cuando fue la primera vez que se sintió fuera de sí? _____ _____		
(Sucedió después del (TRAUMATICO?) _____ _____		
0. Nunca 1.Una o dos veces 2.Una o dos veces en la semana 3. Marcado en la última semana 4. Diariamente o todos los días		
Descripción y ejemplos _____ _____ _____	Trauma real 1. definitivo 2. probable 5, improbable de momento _____ toda la vida _____	

No hay contacto con la realidad. Disociación (Desorientación parcial respecto al entorno)

, Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Tiene usted momentos en que piensa que esta fuera o en un lugar irreal o muy extraño y poco familiar?[SI NO:]	Qué tan fuerte fue la (DISOCIACIÓN)? _____ _____ Qué tan larga ocurrió la última	La Semana pasada

	vez? _____	F _____ I _____
(En qué momentos, cuando usted esta con personas que conoce de repente le parecen ajenas y poco familiares?) < _____	Qué hizo mientras sucedía? _____	
Qué sucedía? _____	(Otras personas notaron su comportamiento? _____	Mes pasado F _____ I _____
Qué tan frecuente fue en el mes pasado _____	Qué dijeron?) _____	
En la semana pasada _____	0. No hay pérdida de contacto con la realidad	Sx-y-N
[Si NO ES CLARO:]	1. Corto o escasa p. c. c. r	
(Esto se debe a enfermedad o por efecto de medicamentos o alcohol?) _____	2. Moderada, pero transitoria p. c. c. r	
Cuando por primera vez, usted se sienta de esta manera? _____	3. Severa, p. c. c. r marcada confusión acerca de la realidad, persistente por horas.	Durante la Vida F _____ I _____
(Después del [EVENTO]?)	4. Extremo, profunda disociación, dramática pérdida de la razón, de la realidad y de la familiaridad	SX -y-N
0. Nunca	QV / Especifico	
1. Una o dos veces		
2. Una o dos veces en la semana		
3. Marcado en la última semana		
4. Diariamente o todos los días		
<u>Descripción y ejemplos</u>	Trauma real	
	1. definitivo	
	2. probable	
	3. improbable	
	de momento _____	
	toda la vida _____	

. Despersonalización

Frecuencia	Intensidad	Tiempo
Alguna vez se ha sentido ausente, fuera de su cuerpo, viéndose usted como si fuera	Qué tan fuerte fue la despersonalización?	La Semana pasada

<p>otra persona?[SI NO]</p> <p>_____</p>	<p>Qué tan larqa ocurrió la última vez? ■ F _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>(En qué momentos, se sintió extraño en su cuerpo o ajeno o poco familiar con.-. usted? _____</p>	<p>Qué hizo mientras sucedía? _____</p>	<p>_____</p>
<p>Esto lo altera de alguna manera? _____</p>	<p>Otras personas notaron su comportamiento? _____</p>	<p>El Mes pasado</p>
<p>Qué sucedía? _____</p>	<p>Qué dijeron? _____</p>	<p>F _____</p> <p>I _____</p>
<p>Qué tan frecuente sucede? _____</p> <p>En el mes pasado _____</p> <p>En la semana _____</p>	<p>0. No hay despersonalización</p> <p>1. Corto o escasa despersonalización</p> <p>2 Moderada, pero transitoria despersonalización</p> <p>3 Severa, despersonalización, marcada confusión acerca de la realidad, persistente por marcadas horas.</p> <p>4. Extremo, despersonalización, dramática perdida de la razón, de la realidad y de la familiaridad</p>	<p>1</p> <p>Sx-y-N</p> <p>Durante Toda la Vida</p> <p>F _____</p> <p>1 _____</p> <p>SX -y-N</p>
<p>[SI NO ES CLARO]</p> <p>Esto es debido a enfermedad o por efecto de drogas o alcohol _____</p> <p>Cuando usted se siento de esta manera por primera vez? _____</p>	<p>QV / Especifico</p> <p>_____</p> <p>Trauma real</p> <p>1.definitivo</p> <p>2.probable</p> <p>3. improbable</p>	<p>_____</p>
<p>(Después del [EVENTO]?)</p> <p>0. Nunca</p> <p>1.Una o dos veces</p> <p>2. Una o dos veces en la semana</p> <p>3.Marcado en la última semana</p> <p>4. Diariamente o todos los días</p>	<p>de momento _____</p> <p>toda la vida _____</p>	<p>_____</p>
<p><u>Descripción v ejemplos</u></p> <p>_____</p>		

Lista de eventos vividos:

- Hay una lista de situaciones que:(a)le han ocurrido a usted. Personalmente,(b) de las cuales usted fue testigo, con alguien más, (c) usted se ha enterado o le ha ocurrido a alguien cercano a usted,(d)usted no esta seguro de ellos si esto se ajusta, o (e)esto no aplica a usted.

Usted va a señalar a cual o cuales se aplican a su caso:

Evento					Tiempo ¿hace cuanto ocurrió?	Valore de 1 a 100 la intensidad del evento
Desastre Natural (p.ej, inundación, huracán, tornado, terremoto)						
Incendio o explosión						
. Accidente de transito (p ej, en carro, en moto, en bicicleta, en barco, choque de tren, caída de avión)						
.Serio accidente de trabajo, en la casa o durante actividades recreativas				1		
Exposición a sustancias toxicas (p.ej, químico peligroso, radiaciones)						
Agresión física(p.ej, ser atacado, golpeado, abofeteado, pateado.						
.Asalto con arma(p.ej,ser apuñaleado, recibir un disparo, amenazado con pistola, fusil, bomba, granada)						
Asalto sexual (violación, intento de violación, el hecho de realizar cualquier tipo de acto sexual por medio de la fuerza o amenaza causando daño.						
Otra experiencia sexual incomoda, sentida con disgusto, por usted.						
Combate o exposición en zona de guerra. En el ejercito (a) O como civil (b)						
Secuestrado, raptado, mantenido en prisionero, (por ejemplo: permanecer rehén, prisionero de guerra). En contra de su voluntad.						
Amenaza de perder la vida por enfermedad, dolencia o herida.						
Sufrimiento humano, severo (victima de tortura física)						

CLINICA MEDICA

Muerte violenta, suceso repentino, inesperado, (por ejemplo: homicidio, suicidio)							
Muerte inesperada de alguien cercano a usted.							
Herida, daño, mal prejuicio severo, o muerte por causa de alguien más.							
Cualquier otro evento o experiencia muy estresante							

Me ocurrió a mi

Fui testigo del suceso

Se entero, le contaron del suceso

No estoy seguro o segura

No es mi caso

SI NO HAY EVENTOS EN LA LISTA DE ACONTECIMIENTOS (ha habido siempre una experiencia en que su vida estuvo en peligro o usted fue seriamente herido o perjudicado)

Si No (Alguna vez estuvo en contacto con un muerto o herido)

Si No (¿Fue testigo, de que algo como esto le ocurrió a alguien más, o saber que le ocurrió a alguien cercano a usted.)

Si No (Cuáles son las experiencias más estresantes que ha tenido)

Apéndice F

Escala de Trauma Davidson (DTS)

No mbre:

Instrucciones para el paciente: Debajo hay una lista de problemas y quejas que a veces se tienen como respuesta a experiencias estresantes que vive una persona. Por favor lea cuidadosamente cada una, coloque una X en el apartado correspondiente respecto a cuánta molestia o preocupación en el mes pasado tiene usted en relación al problema.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1 Ha tenido en la memoria la repetida perturbación en ideas, pensamientos o imágenes de mía situación estresante?	1	2	3	4	5
2 Ha tenido disturbios de sueño por una situación estresante?	1	2	3	4	5
3 Repentinamente actúa o siente como si una situación estresante estuviera sucediendo otra vez (como si hiera realidad esto)?	1	2	3	4	5
4 Se ha sentido muy indispuesto cuando usted recuerda algo de una situación estresante?	1	2	3	4	5
5 Ha tenido reacción física(por ejemplo golpear el corazón; problemas al respirar, sudoración) cuando algo recuerda de una situación estresante	1	2	3	4	5
6 Ha evitado pensar acerca o hablar alrededor de la situación estresante o	1	2	3	4	5

ha evitado tener sentimientos relacionados con esto?					
7 Ha evitado actividades o situaciones porque ellas le recuerdan la experiencia estresante?	1	2	3	4	5
8 Ha tenido problemas para recordar alguna parte importante de una situación estresante	1	2	3	4	5
9 Disminución del interés en actividades que usted antes disfrutaba	1	2	3	4	5
10 Se ha sentido distante o fuera de corte frente a otra gente?	1	2	3	4	5
11 Se ha sentido emocionalmente entorpecido, incapaz de expresar sentimientos de amor con las personas cercanas?	1	2	3	4	5
12 Ha sentido como si su futuro terminara repentinamente?	1	2	3	4	5
13 Ha tenido problemas de caída por quedarse dormido	1	2	3	4	5
14 Se ha sentido irritable o tenido explosiones de enfado?	1	2	3	4	5
15 Ha tenido					

Identificación del TEPT en población desplazada 116

dificultad para concentrarse?	1	2	3	4	5
16 Ha estado "super-alerta" o muy atento o en guardia?	1	2	3	4	5
17. Se ha sentido asustadizo o fácilmente sobresaltado?	1	2	3	4	5

Apéndice G

Formato para Evaluar la Variables Demográficas

Fecha de Evaluación
Nombre: _____
Genero: F M
Edad: _____
Estado Civil:
Número de Hijos: _____
Lugar de Desplazamiento: _____
Tiempo de Desplazamiento: _____

Fecha de Evaluación
Nombre:- _____
Genero: F M
Edad: _____
Estado Civil:
Número de Hijos:
Lugar de Desplazamiento:
Tiempo de Desplazamiento: _____