

CARACTERISTICAS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS GRUPOS
GAULA Y AFEUR ADSCRITOS A LA NOVENA BRIGADA DEL
DEPARTAMENTO DEL HUILA

RAFAEL RICARDO AMAYA BARREIRO
CARLOS MAURICIO CAPERA VILLALBA
JOHANNA GUIO URUEÑA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2009

CARACTERISTICAS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS GRUPOS
GAULA Y AFEUR ADSCRITOS A LA NOVENA BRIGADA DEL
DEPARTAMENTO DEL HUILA

RAFAEL RICARDO AMAYA BARREIRO
CARLOS MAURICIO CAPERA VILLALBA
JOHANNA GUIO URUEÑA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo.

Asesora
Ps. CLAUDIA IVONNE GAITAN CANASTO
Especialista en Psicología Jurídica

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2009

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Neiva, 25 Junio 2009

DEDICATORIA

“A Dios, a nuestros padres y hermanos por creer siempre en nosotros, por brindarnos su apoyo, su confianza, por acompañarnos en esta etapa determinante de nuestras vidas y de nuestra profesión, gracias por ayudarnos a culminar este gran propósito de nuestras vidas”

Mauricio

Johanna

Ricardo

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A nuestra asesora Ps. Claudia Ivonne Gaitan Canasto por su incondicional apoyo y orientación.

Al Ps. Diego Rivera por su paciencia y dedicación.

Al Ps. Juan Felipe Cardona Londoño, por haber fortalecido una idea que se convertiría en nuestro trabajo de grado.

A la T.E Ps. Marcela del Pilar Calderón por su gran apoyo.

A todos los militares que participaron en la investigación por que sin su valiosa colaboración no hubiese sido posible cumplir nuestro objetivo.

A quienes de una u otra manera apoyaron y nos acompañaron en cada uno de los pasos del desarrollo de la investigación.

RESUMEN

El trastorno por estrés postraumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo.

La presente investigación tiene como objetivo principal, realizar una caracterización del estrés postraumático en los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila. Se plantea desde un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, y se trabajó con 50 hombres pertenecientes a la Novena Brigada del departamento del Huila. Para efectos pertinentes se obtuvieron datos sociodemográficos de los sujetos como edad, estrato socioeconómico, estado civil, tiempo de vinculación a la institución y número de combates asistidos, así mismo el instrumento utilizado fue la escala de trauma de Davidson para medir frecuencia y gravedad del estrés postraumático.

De esta manera se pudo establecer con relación a las Características del estrés postraumático en los grupos, que de acuerdo al número de combates expuestos; en el grupo GAULA es de 3,52 y en el grupo AFEUR es de 5,68 encontrado que esta variable aunque es significativa estadísticamente, no se puede considerar una relación fuerte con la variable tiempo de servicio.

Se observó que hay una relación significativa entre el total de frecuencia de estrés postraumático y el puntaje total de la prueba, como también se encontró una significancia entre la frecuencia de estrés y gravedad del estrés lo que indica la consistencia de la prueba entre los sub resultados y el resultado total de la prueba, finalmente se encontró una prevalencia actual del trauma psicológico del 4% para cada grupo.

Palabras claves: Estrés postraumático, Escala de Trauma de Davidson, prevalencia de punto.

ABSTRACT

The upheaval by post-traumatic stress or TEPT is a classified psychological upheaval within the group of the anxiety upheavals, that happen as a result of the exhibition to a traumatic event that involves a physical damage. The estresante factor is a severe emotional reaction to extreme a psychological trauma can involve the death of somebody, some threat to the life of the patient or somebody more, a serious physical damage, or some other type of threat to physical or psychological integrity, to a degree so, that the mental defenses of the person cannot assimilate it.

The present investigation has like primary target, to realise a characterization of post-traumatic stress in assigned groups GAULA and A.F.E.U.R to the Ninth Brigade of the department of the Huila. One considers from a quantitative approach, of cross-sectional descriptive type, and work with of 50 men pertaining to the Ninth Brigade of the department of the Huila. For pertinent effects sociodemographic data of the subjects like age were obtained, socioeconomic layer, civil state, time of entailment to the institution and I number of attended combats, also the used instrument was the scale of trauma of Davidson to measure frequency and gravity of post-traumatic stress.

This way it was possible to be established in relation to the Characteristics of post-traumatic stress in the groups, that according to the number of set out combats; in group GAULA it is of 3.52 and in group AFEUR of 5.68 it is found that this variable although is significant statistically, is not possible to be considered a strong relation with the variable time on watch

It was observed that there is a significant relation between the total of frequency of post-traumatic stress and the total puntaje of the test, as also were a

significance between the stress frequency and gravity of stress which indicates the consistency of the test between sub results and the total result of the test, finally was a present prevalence of the psychological trauma of 4% for each group.

Key words: Post-traumatic stress, Scale of Trauma of Davidson, prevalence of point

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 ANTECEDENTES	22
4 JUSTIFICACIÓN	25
5. MARCO TEORICO	27
5.1. DEFINICIÓN Y ASPECTOS DIAGNÓSTICOS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	27
5.2. TEORÍAS DEL TEPT	32
5.3. HALLAZGOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	37
5.4. FACTORES DE RIESGO PARA EL TEPT	40
5.5. LOS PROBLEMAS DEL DESARROLLO INVOLUCRADOS EN EL TEPT	42
5.5.1 Patologías asociadas al TEPT	43
6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	47
7. DISEÑO METODOLOGICO	50
7.1 ENFOQUE	50
7.2 TIPO DE DISEÑO	50
7.3 POBLACIÓN	50
7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	51
7.5 MUESTRA	51
7.6 INSTRUMENTO	52
8 INTERPRETACIÓN	54

	Pág.
8.1 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	54
8.1.1 Fiabilidad	54
9. PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	56
10. ASPECTOS ÉTICOS	58
11. RESULTADOS	60
11.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	60
11.2 PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	65
11.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	66
11.4 RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LOS PUNTAJES DE LA PRUEBA	70
12 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	73
13 CONCLUSIONES	77
14 RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	84

LISTA DE ANEXOS

	Pàg
Anexo A. Consentimiento Informado.	80
Anexo B. Escala de Trauma de Davidson (DTS).	82

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución por estado civil de los grupos	55
Tabla 2. Distribución del tiempo de servicio	56
Tabla 3. Distribución por número de combates expuestos	57
Tabla 4. Prevalencia de estrés postraumático en el total de la muestra	58
Tabla 5. Prevalencia de estrés postraumático por grupo	59
Tabla 6. Distribución de cada uno de los ítems de acuerdo a la frecuencia.	60
Tabla 7. Distribución de cada uno de los ítems de acuerdo a la gravedad.	61
Tabla 8. Correlación entre variables sociodemograficas cuantitativa y puntajes de la prueba.	
Tabla 9. Correlación entre la variable estado civil y estrés postraumático.	65

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1. Distribución por grupo	56
Grafico 2. Distribución por edad	58
Grafico 3 Distribución por estrato socioeconómico	59
Grafico 4 Distribución por lugar de procedencia	61

INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), es una condición debilitante que a menudo se presenta después de algún suceso aterrador por sus circunstancias físicas o emocionales, que hace que la persona que ha sobrevivido ese suceso tenga pensamientos y recuerdos persistentes y aterradores de esa terrible experiencia. Los individuos que tienen TEPT se sienten con frecuencia paralizados emocionalmente de forma crónica.

Fueron los veteranos de guerra quienes primero despertaron la atención pública hacia el TEPT, denominado en ese entonces "neurosis de guerra". La probabilidad de padecer TEPT depende de la gravedad y la duración del suceso, así como de la proximidad del individuo a las circunstancias traumáticas¹.

Es pertinente, para la disciplina psicológica, utilizar esta categoría en la comprensión del impacto de este trastorno de ansiedad, ya que investigaciones refieren que la población militar presenta constantes enfrentamientos con grupos al margen de la ley, pueden presentar vulnerabilidad de trastorno por estrés postraumático.²

Caceres respecto al TEPT dice: *“La exposición a eventos traumáticos y las consecuencias que de ello se derivan no es un fenómeno nuevo. Los seres humanos han estado experimentando tragedias y desastres a lo largo de toda la historia. Evidencias de reacciones postraumáticas datan del siglo sexto antes*

¹ http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/anptsd.cfm

² CÁCERES, Diana et al. Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de la ciudad de Cartagena, Bolívar y propuesta de un sistema de vigilancia para la población afectada por este fenómeno en Colombia. Ministerio de Salud -Instituto Nacional de Salud. 2001.

*de Jesucristo y se fundamentan en las reacciones de los soldados durante el combate*³.

Las respuestas al estrés postraumático han sido etiquetadas de muy diversas formas a lo largo de los años. Algunos términos diagnósticos utilizados han incluido los de Neurosis de Guerra, Neurosis Traumática, síndrome Post-Vietnam o Fatiga de Batalla⁴. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) reconoció por primera vez el Trastorno por estrés postraumático como una entidad diagnóstica diferenciada en el año 1980. Fue categorizado como un trastorno de ansiedad por la característica presencia de ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica.

Como marcos de referencia, los autores más importantes en los cuales se enfoca la presente investigación son: Jonathan Davidson (2004) y la escala de trauma de Davidson (DTS), Edna B. Foa (1991 - 1995) e investigaciones referidas a dicho síndrome; Serrano (1998) con su planteamiento cognitivo conductual del trastorno de Estrés Post Traumático; Fontana (1992) con sus aportes sobre la sintomatología del estrés; Cáceres y Cols (2001) haciendo referencia a sus estudios sobre Estrés Post Traumático y caracterización en militares combatientes colombianos, entre otros.

Con este estudio se pretendió contribuir a la comprensión del fenómeno desde una perspectiva psicológica, teniendo en cuenta que es el contexto belico-social en el que se desenvuelven cotidianamente los militares Colombianos; ello implica la producción de un saber que permita reconocer los efectos de este trastorno en la forma de ser, vivir, y sentir de las víctimas.

³ CÁCERES, E y Cols. Trastorno De Estrés Post Traumático: Caracterización En Militares Combatientes De Contraguerrilla Del Batallón No.5 "Los Guanes" Del Ejército Nacional De Colombia. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana, 2001.

⁴ MEICHENBAUM, D. A Clinical Handbook /practical therapist manual for assesing and treating Post . Traumatic Stress Disorder. (pp 497 – 535). Ontario: Institute. 1994

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la prolongación del conflicto en Colombia y al aumento de personas involucradas en él, se ha encontrado un incremento significativo de desórdenes clínicos en la población⁵. Uno de los desórdenes más frecuentes es el de estrés postraumático, conocido anteriormente como "estrés de combate" o "neurosis de guerra".

Recientes investigaciones han encontrado que el personal militar involucrado directamente en el conflicto ha manifestado alteraciones psicológicas que van desde trastornos del sueño hasta depresiones severas, alterándose de esta manera su salud mental, proyecto de vida, autoestima, entre otros⁶.

El estrés postraumático (TEPT) es conocido como un trastorno de ansiedad, que surge después que una persona pasa por un evento traumático que le haya causado pavor o por haber presenciado o saber de un acto violento o trágico, no solamente está presente en la población militar; también afecta a personal civil y puede ocurrir a cualquier edad, en ambos sexos y tiene un efecto acumulativo; es decir, cuanto mayor sea el número de traumas vividos, mayor probabilidad existe de desarrollar un TEPT.⁷

Cabe resaltar que las personas que manifiestan el trastorno de estrés postraumático siguen "reviviendo" el trauma en un período superior a tres meses del hecho y pueden perseverar sus síntomas hasta meses o años después, con el riesgo de convertirse en personas violentas para sí mismo o para los otros.

⁵ CONTRERAS, Miguel Jaime. el conflicto armado en Colombia, 28 enero 2003, revista de derecho, Universidad del Norte. 2003

⁶ REINOSO ERAZO, Leonardo. Psicología clínica y de la salud. 2005.

⁷ TAPIAS SALDAÑA, Ángela Cristina. Trastorno de estrés postraumático en policías y militares de grupos especializados en secuestro, 2006.

El estrés postraumático en los combatientes es vivido como aterrador, con un miedo intenso, horror y sensación de impotencia, de que no hay nada que pueda hacer para escapar o evitarlo y esta situación es especialmente peligrosa si se presenta en profesionales del ejército, debido a que son sujetos portadores de armas y que son precisamente quienes deben garantizar la protección de la ciudadanía y no representar un peligro potencial para la población civil.⁸

El Ejército Nacional de Colombia tiene designada la función de desarrollar operaciones militares para defender y mantener la soberanía, la independencia e integridad territorial, exponiéndose muchas veces a diferentes clases de actos violentos que posiblemente afectan la salud mental de los individuos que trabajan para la institución, generando desajustes a nivel físico y psicológico que podrían llegar a traer consecuencias en su desempeño laboral.

Según Castaño:

“La cifra de uniformados a quienes se les ha detectado este trastorno ha ido en incremento. Según datos del Comando General de las Fuerzas Militares, entre 1999 y 2002, se registró un crecimiento del 19% en el número de casos; hecho que encendió las alarmas entre los altos mandos y llevó a que se emprendieran diversas estrategias para contrarrestar el fenómeno, entre ellas, incorporar psicólogos militares para que convivan con los soldados y otros programas de prevención. Recientemente se diseñó un Plan Maestro de Salud

⁸ PUCHOL, Luis. Dirección y gestión de recursos humanos, 2005

Mental para el período 2007 - 2010 que busca evitar la aparición del trastorno entre los soldados que van al frente de batalla”⁹.

No obstante, la cifra sigue en ascenso. Mientras en el 2001 se presentaron 38 casos, de los cuales 19 terminaron en otorgamiento de pensión de invalidez, actualmente reciben atención psiquiátrica en el Batallón de Sanidad, ubicado en Bogotá, 140 hombres entre soldados, oficiales y suboficiales¹⁰. De ellos, el 95% presentan trastorno de estrés postraumático. Adicionalmente, por consulta externa son atendidos aproximadamente unos 50 hombres, la mayoría pensionados por invalidez y se calcula que, en promedio, entre 500 y 600 pacientes reciben atención psiquiátrica al año

Si bien es cierto, el incremento en el número de casos debe analizarse a la luz del crecimiento que también ha tenido el pie de fuerza en el país, pues de 176.019 hombres en las filas de la Armada, el Ejército y la Fuerza Aérea que había en el año 2000, se pasó a 291.800 en el 2007, lo que implicó un aumento en el número de operaciones militares y, por ende, un mayor riesgo y vulnerabilidad¹¹.

Como se observa, la población militar presenta un alto riesgo, de desarrollar TEPT ya que esta se involucra constantemente en situaciones críticas y o traumáticas a causa de las confrontaciones con grupos armados. Dentro de las poblaciones implicadas, se encuentran los grupos elites del Ejército Nacional; como GAULA y AFEUR quienes dentro de su labor enfrentan una serie de eventos violentos como el combate, operaciones armadas, entre otros, que pueden contribuir a generar estrés postraumático; GAULA, debido a la tarea que desempeñan como unidades exclusivamente dedicadas a evitar y actuar

⁹ Castaño, B.L. *Violencia sociopolítica en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas*. Bogotá: Corporación AVRE. (1994)

¹⁰ *Ibíd.*, p. 15.

¹¹ CABALLERO, Antonio. El combate contra la memoria de la guerra, 29 septiembre, Bogotá. (2007)

en contra del secuestro y la extorsión. Y AFEUR (Agrupación de Fuerzas Especiales Antiterroristas Urbanas), que tienen como función el antiterrorismo, rescate de rehenes, protección de mandatarios, operaciones helicoportadas y una gran movilidad nocturna.

Aunque se han realizado diversos estudios a nivel nacional e internacional sobre el estrés postraumático en población militar, dentro de la revisión realizada, hasta el momento no se conoce ningún estudio que haya trabajado con este tipo de población. Teniendo en cuenta las situaciones mencionadas anteriormente el objetivo general de este trabajo de investigación es describir las características del estrés postraumático en los grupos GAULA y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila, ya que esta población puede ser vulnerable a padecer trastornos que surgen de acontecimientos generados por accidentes graves, ser testigo de la muerte violenta de alguien, ser víctima de tortura, terrorismo u otro crimen.

Por todo lo expuesto anteriormente se quiere indagar sobre:

¿Cuáles son las características del estrés postraumático en los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar la caracterización del estrés postraumático en los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características psicosociales y demográficas de los militares pertenecientes a los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila.
- Estimar la prevalencia de punto del estrés postraumático en los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila.
- Describir las características de los síntomas específicos del estrés postraumático que presentan los militares pertenecientes a los grupos GAULA Y AFEUR.
- Calcular la relación entre las variables sociodemograficas y los puntajes de la Escala de Trauma de Davidson.

3. ANTECEDENTES

Al introducirnos en los inicios y evolución del trastorno de estrés postraumático es conveniente señalar dos aspectos, el primero de ellos se refiere a las investigaciones existente sobre este trastorno y las características que presenta. Y el segundo es la enorme cantidad de términos y discordancias en cuanto a los atributos fundamentales de esta patología.

Dentro de los principales estudios que se relacionan con el tema, a nivel internacional se encontró un estudio que tuvo lugar en la república de Croacia (un país ubicado en la región central de Europa) en el Departamento de Psiquiatría del hospital universitario Osijek. Este proyecto, denominado “**El trastorno por estrés post-traumático relacionado con el combate entre los veteranos croatas**”: el objetivo de este estudio fue encontrar el papel etiológico de los factores de riesgo pre-militares, las condiciones de entrada en el ejército, las experiencias en zona de guerra, y el recibimiento de regreso al hogar. La investigación concluye que todos los síntomas de TEPT no tienen la misma etiología; los resultados indican el desarrollo de modelos causales con satisfactorios ajuste y dimensiones, existe un diferente efecto etiológico de las variables estudiadas sobre los clusters de síntomas TEPT. El autor de este estudio es el doctor Željka Vukšić-Mihaljević (PhD), y se llevo a cabo en el 2004.

Por otra parte en Colombia en ese mismo año (2004) la psicóloga Carolina Botero García, realizo un proyecto denominado “**efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos**”, El objetivo del estudio fue establecer la efectividad de la intervención grupal basada en procesos de tratamiento de Exposición Prolongada e Inoculación de Estrés, El estudio es de carácter cuasi-experimental con diseño intragrupo. Los resultados de este estudio permitieron confirmar que la exposición prolongada a los recuerdos

traumáticos, en algunos casos es una estrategia terapéuticamente efectiva para disminuir los síntomas del trastorno por estrés postraumático.

En la ciudad de Bogotá en el año 2006 el Médico psiquiatra Pablo Zuleta González, llevó a cabo su investigación en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, el proyecto que se denominó “**Génesis de los delirios en el trastorno por estrés postraumático de combate**”. Este trabajo tiene como objetivo describir el origen de las ideas delirantes en pacientes con TEPT que presentan trastornos sensorio-perceptivos graves. Como resultado relevante se destacó que los procesos cognoscitivos que fallan en el desarrollo de un delirio no están definidos, pero existen propuestas como la planteadas en dicha investigación, que buscan encontrar las diferencias en el proceso de concepción de una idea delirante y una creencia.

En el año 2006 Ángela Cristina Tapias Saldaña, psicóloga jurídica y forense desarrolló un estudio con las fuerzas armadas de Colombia, titulado “**Estrés postraumático en policías y militares de grupos especializados en secuestro**”, el objetivo del estudio es prevenir e intervenir en los profesionales que laboran en el aparato administrador de la justicia ante la presencia del estrés postraumático. El diseño metodológico que utilizó fue descriptivo, no experimental y cuantitativo, y la conclusión fue que el estrés postraumático se encuentra presente, aunque solo un tercio de los participantes (31%) presentaron TEPT, y de ellos escasamente el (8%) lo padece como consecuencia del trabajo que ejecutan.

A nivel regional, encontramos una investigación que tuvo como objetivo general determinar el nivel de estrés que presenta el personal de reacción del comando de la policía Huila. Este proyecto realizado en el año 2002, en el programa de psicología de la Universidad Surcolombiana se titula “**Estrés en el personal de reacción pertenecientes al comando de la policía Huila**”; Este estudio se desarrolló con un enfoque cuantitativo, no experimental; y se concluyó que los tres niveles de estrés presentes en la escala Missisipi (escala que se utilizó

para evaluar el TEPT) se encuentran presentes en el grupo de reacción en el comando de la policía Huila; concluyendo que a mayor edad mas estrés, a condición de ser soltero mayor nivel de estrés a mas tiempo de vinculación mas estrés. Los autores de esta tesis son Mónica Andrea López Jiménez, Maria milena Calderón Pomar y Fernando Velásquez Almario.

4. JUSTIFICACIÓN

El conflicto que vive Colombia disminuye las posibilidades de tener una vida digna para muchos de sus habitantes quienes han sentido las consecuencias de este foco perseverante de violencia, que ha generado desplazamientos, pobreza, secuestros, extorsiones entre otros que han llevado a un aumento de la población involucrada en eventos traumáticos tales como masacres, torturas, violaciones y otras. Esto, a su vez lleva a que una alta proporción de población civil, militar e insurgente esté expuesta a desarrollar Estrés Post Traumático.

Como lo cita Caballero quien dice que: *“Entre 1999 Y 2000 se observo un crecimiento significativo del 19% en el número de casos de estrés postraumático en militares, que actualmente reciben atención psiquiátrica en el Batallón de Sanidad, ubicado en Bogotá, 140 hombres entre soldados, oficial y suboficiales. De ellos, el 95% presentan esta patología”*¹²

Para contrarrestar estos sucesos el Ejército Nacional diseño un Plan Maestro de Salud Mental para el período 2007 - 2010 con el objetivo de evitar la aparición del trastorno entre los soldados que van al frente de batalla, debido a que para la psicología militar se torna menester velar por la salud mental de los soldados, oficiales y suboficiales que hacen parte de la institución ya que esto permite un desarrollo integro a nivel personal, social e intelectual, logrando así mejorar la calidad de vida de los militares, lo que garantiza una participación laboral ejemplar, teniendo en cuenta que esta labor la ejercen personas encargadas de proteger y velar por la estabilidad y la seguridad social, como es el caso de los grupos elites del Ejército Nacional (GAULA Y AFEUR) quienes enfrentan las diversas modalidades de criminalidad organizada y viven constantes enfrentamientos con grupos al margen de la ley, lo que los puede convertir en una población vulnerable a la presencia del TEPT; Esto justifica en

¹² Ibid.,P. 16.

gran medida la importancia de identificar las características de esta patología en aras de facilitar a la institución información que permitan realizar acciones para que sus integrantes gocen de un estado de bienestar psicológico, para que sean capaces de hacer uso de sus habilidades emocionales, cognitivas y sociales y así, responder a las demandas de la vida cotidiana.

El propósito de esta investigación es realizar un estudio descriptivo de corte transversal, con los militares de los grupos Elites; GAULA que son unidades creadas por la Ley 282 de 1996, exclusivamente dedicadas a evitar y actuar en contra del secuestro y la extorsión. Y AFEUR (Agrupación de Fuerzas Especiales Antiterroristas Urbanas), conocidas como, Unidad que hace parte del “Plan de Choque” de la Presidencia de La República, que tienen como función el antiterrorismo, contraterrorismo, rescate de rehenes o secuestrados, protección de mandatarios, operaciones helicoportadas y una gran movilidad nocturna.

Por último, teniendo en cuenta que en el Plan Maestro de Salud Mental de las Fuerzas Militares de Colombia está contemplado el realizar investigaciones con la población que hace parte de la institución, este estudio se torna pertinente y relevante en cuanto que aportará un documento base que servirá para implementar nuevos planes y estrategias, que permitirán mejorar las condiciones de los individuos con estrés postraumático.

5. MARCO TEORICO

5.1. DEFINICIÓN Y ASPECTOS DIAGNÓSTICOS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El TEPT se define como un desorden de ansiedad que "ocurre después de experimentar o ser testigo de eventos que amenacen la vida tales como combates militares, desastres naturales, incidentes terroristas, accidentes serios, o asaltos personales violentos tales como la violación" (NCPTSD, 2002). Suele estar acompañada por otros desórdenes psicológicos, Este síndrome conocido como PTSD por sus siglas en inglés (Post Traumatic Stress Disorder) es una condición compleja que se puede asociar con morbilidad, invalidez, e impedimento en la funcionalidad en la vida.¹³

Según Jones¹⁴: *el primer concepto relacionado con el PTSD fue el de neurosis traumática y data del siglo XIX. En 1889 Charcot lo replanteo como neurosis traumática y por "más de 100 años ha sido clasificado bajo diferentes etiquetas: neurosis de compensación, shock nervioso, traumatofobia, neurosis de guerra, histeria".*

En el DSM en 1952, ya se incluyeron las reacciones de combate bajo reacciones mayores de estrés, diferenciándolas de las neurosis y psicosis".

El PTSD finalmente apareció como entidad clínica, como una categoría diagnóstica específica en el DSM-III en 1980, y citado por serrano dice: "como Desorden de Estrés Postraumático, que en adelante se anotará como PTSD,

¹³ KEANE T, et al. Diagnosis and Assessment. Foa E y Cols (Eds) Effective Treatments for PTSD. London: The Guilford Press.

¹⁴ JONES, F. Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Textbook of Military Medicine. War Psychiatry. USA: Office of the Sargeant General.

categorizado como una forma de desorden de ansiedad, y no como una neurosis".¹⁵

A propósito expresa Davidson; Resick y Calhoun acorde al PTSD que: "es un desorden psiquiátrico con un significativo grado de morbilidad. Frecuentemente sigue un curso crónico y puede estar asociado con recuerdos recurrentes a la exposición de múltiples traumas. Adicionalmente, suele aparecer en comorbilidad con otro tipo de trastornos como desórdenes de ansiedad, depresión o abuso de sustancias, entre otros".¹⁶

En el DSM-IV (1994) el PTSD se encuentra: *Bajo los desórdenes de ansiedad, en el eje I. "En esta publicación se eliminan los elementos del DSM-III, referentes a un acontecimiento psicológicamente traumático y que por lo general se encuentra por fuera del marco habitual de la experiencia humana".*¹⁷ Estos elementos fueron retirados, ya que se consideró más pertinente "hacer énfasis en la vivencia particular del individuo más que en el tipo de evento experimentado"¹⁸. Esto es de gran importancia si se tiene en cuenta que no todos los sujetos expuestos al mismo trauma desarrollan PTSD y no siempre el mismo evento es percibido como traumático por diferentes sujetos. Para el desarrollo del PTSD son importantes tanto los factores relacionados al trauma como los factores relacionados al sujeto.

Después de los cambios y transformaciones del concepto el PTSD se encuentra en el DSM-IV, bajo el eje I, desórdenes de ansiedad y sus criterios diagnósticos son los siguientes:

A .La persona ha sido expuesta a un evento traumático en el cuál se presentan los aspectos siguientes:

¹⁵SERRANO, C. Estrés Postraumático de Combate. Cuadernos de Clínica. Bogotá: Cargraphics.1998.

¹⁶RESICK P, CALHOUN y DAVIDSON. Posttraumatic stress disorder. In: DH Barlow, ed. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Third Edition. New York: Guilford Press; 2000.

¹⁷SERRANO, C. op.cit., p.20.

¹⁸ Ibíd., p.20.

1- La persona experimentó, fue testigo o fue confrontada con un evento o eventos que involucraban amenaza de muerte, o daño serio, o amenaza a la integridad física ya sea de sí mismo o de otros.

2- La respuesta de la persona incluyó un miedo intenso, desesperanza u horror.

B. El evento traumático es persistentemente reexperimentado de una (o más) de las siguientes maneras:

- Recuerdos intrusiones desagradables acerca del acontecimiento, que incluyen imágenes, pensamientos y percepciones.

- Sueños desagradables, recurrentes acerca del evento.

- Actuaciones o sentimientos como si el evento traumático estuviese volviendo a ocurrir (incluye revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos retrospectivos, también aquellos que ocurren al despertarse o al estar intoxicado).

- Malestar psicológico intenso al exponerse a señales, internas o externas que simbolicen o se asemejen al evento traumático.

- Reactividad fisiológica al exponerse a señales, internas o externas que simbolicen o se asemejen al evento traumático.

C. Evitación persistente a aquellos estímulos asociados con el trauma y entumecimiento de la responsabilidad general (ausente antes del trauma) manifestándose en tres (o más) de las maneras siguientes:

- Esfuerzo por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el trauma.

- Esfuerzo por evitar actividades, lugares o personas que activen el recuerdo del trauma.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- Disminución marcada del interés en participar de actividades significativas.
- Sentimientos de separación o alejamiento frente a los demás.
- Restricción en el rango de los afectos (ej. Incapacidad para tener sentimientos amorosos)
- Sensación de acortamiento del futuro (ej. No tiene expectativas frente a una carrera, un matrimonio hijos o una vida cotidiana normal).

D. Síntomas persistentes de activación aumentada (no presentes antes del trauma), manifestándose en dos (o más) de las condiciones siguientes:

- Dificultad para mantener o conciliar el sueño.
- Irritabilidad y explosiones de ira.
- Dificultad para concentrarse.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de alarma exagerada.

E. Duración del disturbio (Síntomas de los criterios B, C y D) por más de un mes.

F. El disturbio ocasiona alteraciones clínicas severas en las áreas social, laboral u otras importantes áreas funcionales.

El PTSD se puede clasificar a su vez de acuerdo con su duración. Según los criterios del DSM-IV la duración del disturbo debe ser por más de un mes, en esta etapa se habla de estrés agudo, si supera los tres meses se hace referencia a estrés crónico.

De acuerdo con la APA (1994), las especificaciones para determinar el inicio y la duración de los síntomas de PTSD son:

- Agudo: cuando la duración de los síntomas es inferior a tres meses.
- Crónico: cuando la duración de los síntomas es igual o superior a tres meses.
- De inicio demorado: Indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Así mismo, la APA (1994) hace una distinción frente al carácter del agente estresante. Si es de carácter interpersonal (abuso sexual, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o torturas), pueden aparecer los siguientes síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de la personalidad previas.¹⁹

Por otra parte, pacientes con PTSD tienen altas probabilidades de presentar síntomas de somatización tales como miedo asociado al incremento de la presión arterial, problemas gastrointestinales, dermatológicos y desordenes musculo-esqueléticos. Similarmente, también reportan disturbios del sueño. En

¹⁹ Ibíd. p.20.

un estudio con 1.832 sujetos con PTSD de la población urbana general de Estados Unidos se encontró que los trastornos del sueño afectaron a cerca del 70% de las personas, manifestadas en parálisis del sueño, sonambulismo, así como alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas. Otro estudio con pacientes que sufrieron PTSD demostró que el síndrome de estado de ánimo irritable apareció en el 36% de los 50 pacientes diagnosticados con el trastorno. Posteriormente, en otro estudio que buscaba determinar la relación entre una historia de TEPT y síntomas de somatización, demostró una alta correlación entre éstos, siendo bastante probable que personas con PTSD desarrollen signos somáticos, en comparación con otro tipo de desordenes psiquiátricos.²⁰

Luego de haber tenido una visión completa respecto a los aspectos básicos que engloban el PTSD se hace necesario ahondar sobre las diversas teorías cognitivo comportamentales y modelos biológicos que explican la adquisición y mantenimiento de dicho trastorno, ya que es de vital importancia para la explicación del PTSD.

5.2. TEORÍAS DEL TEPT

Para entender el PTSD existen diferentes aproximaciones teóricas. "Las aproximaciones teóricas se pueden aglomerar en tres grandes categorías según el énfasis explicativo que le dan al fenómeno: modelos biológicos, modelos de condicionamiento, modelos de procesamiento emocional y modelos de procesamiento de información" (Serrano, 1998).

En primer lugar se expondrán los tres modelos relacionados al modelo cognitivo comportamental (modelos de condicionamiento, modelos de procesamiento emocional y modelos de procesamiento de información), ya que estos tienen características similares en cuanto a la explicación, evaluación y

²⁰ DAVIDSON, J.R.T. The Epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc, 1993

tratamiento del PTSD, para después abordar el PTSD desde el modelo biológico.

Diferentes teorías del condicionamiento tienen como base la teoría bifactorial de Mowrer, esta teoría articula dos paradigmas del aprendizaje: el condicionamiento clásico (aprender por asociar estímulos) y el condicionamiento operante (aprender por las consecuencias que genera una conducta) para explicar la ansiedad.

El PTSD envuelve componentes de condicionamiento cognitivos. Es aquí donde cabe designar los modelos de procesamiento cognitivo y las teorías cognitivo-comportamentales, ya que "el afecto postraumático no se limita al temor y que los individuos con PTSD pueden igualmente experimentar otras fuertes emociones tales como vergüenza, ira o tristeza. Estas emociones surgen del trauma, pero también de las interpretaciones que hacen los individuos sobre el acontecimiento traumático y del papel que han jugado".²¹

El aspecto cognitivo está fuertemente influenciado por los factores de predictibilidad y control percibido sobre la situación. En estudios animales encontraron que al ser impredecibles e incontrolables los eventos aversivos a los cuales exponían al animal, éstos desarrollaban síntomas similares a los de PTSD como comportamientos agresivos, agitación intensa, pasividad e intentos de escape²². En experimentos con humanos Foa encontró que:²³ "Un evento se percibe como menos aversivo si se tiene control sobre éste (en este caso un shock eléctrico del que se tiene control sobre la intensidad)".

Otro modelo explicativo del PTSD es la teoría del procesamiento emocional. Cabe aclarar que este modelo no excluye lo expuesto anteriormente, sino que complementa el marco explicativo del PTSD. Fue propuesto por Foa y Kozak en 1986 y su punto de partida fue la teoría de Lang sobre las estructuras de

²¹ *Ibíd.*, p.20.

²² Foa, E. *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*. Minneapolis: National Computer System, Inc. 1995.

²³ *Ibíd.*, p.26.

temor. Estas estructuras son redes en la memoria que incluyen tres tipos de información: información sobre la situación de estímulo de temor, información sobre respuestas verbales, fisiológicas, emocionales y comportamentales e información interpretativa sobre el significado del estímulo y respuestas.²⁴

Es así como FOA dice: "una estructura de temor se distingue de otras estructuras de información, no solo por lo elementos de estímulo y respuesta sino por el significado que la información contiene; p. e. información sobre peligro"²⁵. Este significado tiene una función muy importante pues implica que: "el estímulo y respuesta que previamente señalaban seguridad, se han asociado al peligro. De esta manera, el mundo de uno se convierte en menos predecible y controlable".²⁶

Es importante resaltar que los experimentos hechos por Falls en la extinción del miedo, del aprendizaje aversivo previo, sugieren que: "la memoria del mismo no es completamente borrada por el refuerzo, lo cual podría explicar la recuperación espontánea que suele darse en estos casos, sin embargo, las diferentes teorías explicativas aún no definen con seguridad el mecanismo involucrado en este hecho".²⁷

Como dice Davidson²⁸, la cronicidad del PTSD es con frecuencia incapacitante y tal discapacidad suele asociarse a deterioro en la vida laboral, cambios en las transiciones de vida, daño en las relaciones sociales, inestabilidad marital y perturbación de la violencia.

Existen otros factores que parecen incrementar la probabilidad de desarrollo de PTSD como lo son: factores genéticos, es decir una predisposición biológica, trauma infantil, falta de soporte social y eventos estresantes

²⁴ *Ibíd.*, p.26.

²⁵ FOA. E. Behavioral/Cognitive Conceptualizations of Post-Traumatic Stress Disorder. Behavior Therapy, 1989.

²⁶ *Ibíd.*, p.27.

²⁷ .SAMPIERI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, P. Metodología de la Investigación. Mc.Grow Hill (México). 1991.

²⁸ DAVIDSON, op.cit., p.25.

concurrentes²⁹. La Clínica Mayo de EEUU (2003) además de los anteriores identifica como factores de riesgo: historia de enfermedad mental en la familia, especialmente historia de ansiedad y otros desórdenes emocionales como la depresión, ser parte de una familia disfuncional, y abuso de alcohol o sustancias (antes del trauma).

Otro modelo para abordar el PTSD sería el biológico, pero se hace necesario abordar la neurofisiología y fisiología básicas del estrés, ya que el PTSD es un desorden de ansiedad³⁰. Las respuestas de estrés están estrechamente relacionadas al temor, "una emoción que evolucionó para lidiar con el peligro, que causa una rápida respuesta automática y proyectiva en muchos sistemas del cuerpo"³¹. Estas respuestas automáticas implican cambios fisiológicos conocidos como respuesta de estrés.

En el proceso de respuesta de estrés el cerebro es el controlador superior de prácticamente todo, el cerebro es el órgano que interpreta qué es estresante para cada uno. Gray plantea que: "*el sistema nervioso simpático (y, por supuesto, todo el sistema nervioso autónomo) está bajo el control directo del cerebro fundamentalmente a través del hipotálamo*"³². Es importante tener en cuenta que el Hipotálamo es activado por las señales que envía la amígdala cuando interpreta un estímulo amenazante, razón por la cual esta estructura es la primera "dispara" los procesos del sistema simpático.³³

Es así como la Respuesta de estrés se inicia con la activación de una estructura cerebral: la amígdala. Cuando se percibe un estímulo amenazador, la amígdala lo evalúa o interpreta y si la amenaza continúa más allá de unos

²⁹ MARTÍNEZ SELVA, JM. Psicofisiología. España: Síntesis. National Center for PTSD [NCPTSD]. (2002). What is Posttraumatic Stress Disorder. Recuperado el 18 de marzo de 2003.

³⁰ PINEL, P. Biopsicología. New York: Prentice Hall. 2000

³¹ *Ibíd.*, p.28.

³² GRAY, J.A. La Psicología del Miedo y del Estrés. España : Labor.1993.

³³ COWLY, G y KALB, C. Nuestros Cuerpos Nuestros Temores. Newsweek en Español, Marzo del 2003. 2003.

pocos segundos, el hipotálamo inicia una cadena de acontecimientos desencadenantes de la respuesta de estrés.³⁴

Mediante mecanismos de respuesta de estrés descritos arriba, el cuerpo se prepara para la respuesta de ataque o huida, acción que puede salvar al organismo en una situación de peligro.

La respuesta de estrés implica los siguientes cambios fisiológicos en el organismo: a) aumento de frecuencia cardíaca, vasopresión en vasos cutáneos periféricos, lo cual implica palidez y descenso en la temperatura periférica), dilatación en vasos que irrigan músculos esqueléticos, e incremento de presión arterial; b) dilatación pulmonar, por ende respiración más rápida; c) sudor y piloerección; d) glucogenólisis o liberación de glucosa, al afectarse el hígado por la adrenalina. Esta glucosa es la fuente de energía de fácil movilización para los músculos; y d) incremento en sudoración. Además de estas respuestas de activación fisiológica, ante una respuesta de estrés se "detienen todas las funciones que no son de emergencia como la digestión y la inmunidad"³⁵.

El costo de esta hiperactivación adaptativa es alto; las reacciones de alarma consumen energía y agotan los almacenamientos de neurotransmisores disponibles, y el cuerpo debe volver a su equilibrio original para reaprovisionar los almacenamientos de neurotransmisores, hormonas, glucosa y otros químicos importantes. En circunstancias normales, cuando el estrés se reduce la producción de las hormonas de estrés y la hiperactivación fisiológica terminan, volviendo al estado de equilibrio original del cuerpo. Pero cuando el evento estresante es de suficiente duración intensidad o frecuencia, de cualquier manera, el cuerpo no tiene la capacidad de mantener este alto estado de hiperactivación -el aparato estresor se fatiga.³⁶

³⁴ MARTÍNEZ SELVA, JM. Op. cit., P. 28.

³⁵ *Ibíd.*, p. 29.

³⁶ PERRY, S., BERNIER, N. The acute humoral adrenergic stress response in fish: facts and fiction. *Aquaculture*. 1999

Cierta sintomatología del PTSD se puede explicar desde las alteraciones neuroendocrinas. Uno de los síntomas centrales del PTSD, la constante hiperactivación fisiológica, parece deberse a los altos niveles de Catecolaminas (Norepinefrina, NE, específicamente). En estudios realizados por While y Pitman (citados por Van der Kolk, 1994) se encontraron niveles altos de NE. Esto fue corroborado por Perry (citados por Van der Kolk), quienes realizaron un estudio con excombatientes de Vietnam y encontraron elevados niveles de NE en comparación a un grupo control.

Entre las alteraciones neuroendocrinas del PTSD también se han encontrado bajos niveles de serotonina, los cuales se han correlacionan con impulsividad y agresión, dos síntomas claves en el PTSD. Estudios con animales demostraron que los bajos niveles de Serotonina estaban relacionados a poco control de modulación de respuestas activación. Los efectos comportamentales del agotamiento de serotonina estaba caracterizada por hiperexcitación, hipersensibilidad y una activación emocional exagerada, demostraciones de agresión, a estímulos relativamente medios (Van der Kolk, 1994). Estos comportamientos son similares a ciertos comportamientos del PTSD, lo cual podría explicar el papel de la serotonina en conductas de agresividad e impulsividad.

Luego de haber tenido una visión respecto a los aspectos básicos que engloban el PTSD se hace necesario abordar sobre su epidemiología.

5.3. HALLAZGOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En la población general, la prevalencia de eventos traumáticos sufridos a lo largo de la vida oscila entre 39% y 86 % (Breslau N, 1991). La Encuesta de Areas de Captación Epidemiológica (ECA) (Robins LN, 1991) encontró una prevalencia de 1 % en la población general y 15 % entre personas expuestas a

traumas de diversa índole. Estudios sobre desastres han identificado PTSD en 16 % de las víctimas, en tanto que entre víctimas de violencia estas cifras ascienden al 25 %. La Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) (Kessler RC, 1995) detectó un 7,8 % de prevalencia a lo largo de la vida, 3,9 % de prevalencia anual, 10,4 % en mujeres y 5 % en hombres. Las pruebas de campo para la validación de los criterios diagnósticos del DSM-IV (Saigh PA, 1993) comprobaron que ni una definición amplia ni una limitada o estrecha del evento traumático influenciaron los índices de prevalencia del PTSD.

El estudio epidemiológico más sólido en relación a prevalencia de TEPT en la población de veteranos de la guerra de Vietnam Estudio Nacional de Readaptación de Veteranos de Vietnam (NVVRS) fue llevado a cabo por Kulka (Davidson JRT, 1993). Basado en entrevistas cara a cara con 3016 veteranos en los 50 estados de la Unión y Puerto Rico y utilizando un instrumento estructurado junto con escalas e inventarios, el estudio encontró que 30,6 % de soldados varones y 26,9 % de mujeres sufrieron los síntomas de PTSD en algún momento luego del servicio militar (prevalencia de vida) con 15,2% y 8,5 %, respectivamente, dentro de seis meses después de la evaluación. Estas estimaciones sugieren que aproximadamente 500000 de los 3,2 millones de soldados que sirvieron en Vietnam tenían PTSD al momento de la encuesta. Es de interés señalar que la proporción de hispánicos con algunos síntomas fue significativamente alta (83 %), comparados con 58 % en africano-americanos, 57 % en indios americanos y 69 % en blancos; se llegó, sin embargo, a un diagnóstico definido de PTSD (prevalencia de vida) en 34 % de hispánicos, 35 % de africano-americanos, 51 % de nativos americanos y 20 % de blancos, en tanto que la prevalencia anual fue 28%, 21%, 29% y 14 %, respectivamente.

Los índices de comorbilidad (en particular con abuso de drogas y alcohol) son predeciblemente más altos en veteranos expuestos a combate (62% a 80 %) en comparación con aquéllos no expuestos a tal experiencia límite; entre estos últimos, la depresión es la entidad de co-ocurrencia más frecuente. Kulka

encontraron en 1990 cifras aun más altas, casi 100 %, entre veteranos en el teatro de guerra.

Hay aun más hallazgos altamente sugerentes. Soldados que desarrollaron PTSD a su retorno de Vietnam tenían historias de depresión, otros trastornos afectivos y abuso de alcohol antes de enrolarse. Habían tenido igualmente frecuentes problemas de aprendizaje, trastorno de déficit atencional con hiperactividad y enuresis nocturna. Su rendimiento escolar y relación con maestros y otras figuras de autoridad mostraba serias deficiencias (Blank AS 1993). Por el contrario, una aptitud aritmética alta durante sus años escolares predijo resistencia al PTSD. Entre las mujeres veteranas de Vietnam, los hallazgos de factores predictivos de PTSD incluyeron historia de victimización y abusos en el pasado, acoso sexual durante el servicio (29,7 %) y actividades de enfermería con frecuente necesidad de tomar decisiones "de vida o muerte" hacia aquéllos bajo su cuidado.³⁷

En general, los estimados de recuperación espontánea llegan a 60 %, en tanto que 15% a 25 % de los casos evolucionan hacia la cronicidad. Finalmente, algunos investigadores se han preguntado si la psicopatología entre hijos y otros descendientes de veteranos de Vietnam diagnosticados con PTSD llegará al 53 % de prevalencia de vida y 29 % de PTSD específicamente, como son las cifras halladas en familiares de sobrevivientes del Holocausto con el mismo diagnóstico.³⁸

Es tal vez uno de los más comunes desórdenes de ansiedad en Estados Unidos. Nada más en 1998 el costo anual a los servicios de salud por PTSD y ataques de pánico fue de 63 billones de dólares. El Centro Nacional para el PTSD de este país, en un estudio realizado en 1995, estimó que el 5% de la población de hombres y el 10% de la población de mujeres padecía de PTSD.

³⁷ WEATHERS FW, LITZ BT, KEANE TM. Military Trauma. En: Traumatic Stress. From Theory to Practice. Feedy JR, Hobfoll SE, Eds. Plenum Press, New York, 1995.

³⁸ BRENDLER AK. Working through the Holocaust. Still a task for German youth? En: Beyond Trauma. Cultural and Societal Dynamics. KLEBER RJ, FIGLEY CR, GERSONS BPR, Eds. Chp. 14. Plenum Press, New York, 1995.

En estudios más recientes realizados por esta institución, estiman que el 7.8 de la población americana experimenta PTSD en algún punto de su vida.

En cuanto a la población militar, según Pérez dice: *"la guerra resulta uno de los factores causantes de estrés más fuertes: un 30% de los combatientes y un 50% de los prisioneros de guerra sufren de estrés postraumático con tendencia a la cronicidad"*³⁹. Las cifras del Ejército Colombiano son similares, pues en el año 2002 el 29% de los pensionados por psiquiatría padecían PTSD (Dirección general de Sanidad, Ejército de Colombia).

5.4. FACTORES DE RIESGO PARA EL TEPT

No todo aquel que se expuso al evento traumático desarrolla PTSD existen varios factores de riesgo que incrementan la posibilidad de presentación y cronicidad del PTSD.

Básicamente estos factores de riesgo se clasifican de acuerdo con la persona involucrada y el evento traumático experimentado.⁴⁰

No existe una consistencia respecto del grupo étnico que se presenta en un riesgo más alto para el desarrollo del PTSD. Davidson JRT (1991).

Helzert y Cols describieron el PTSD asociado con una variedad de trastornos psiquiátricos.

También encontraron que podía redecirse el PTSD a partir de una historia de problemas conductuales antes de los 15 años de edad, y que el índice se incremento con el número de problemas conductuales, Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E Davidson y cols, Nishit y cols, (1991) mostraron

³⁹ PÉREZ, A. El impacto psicológico de los desastres naturales. Quindío. 2000.

⁴⁰ GREEN BI. Psychological research in traumatic stress: an update, trauma estres.2003

además que el abuso físico o sexual en la infancia aumenta a posibilidad de desarrollar PTSD. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E Davidson y cols, Nishit y cols, (1991).

En cuanto a la historia familiar psiquiátrica, Davidson y cols, reportaron que los pacientes con PTSD tenía 2.8 veces mas probabilidad de tener una historia de enfermedad psiquiátrica que sus pacientes. Davidson JRT, Hughes D, Blazer Y cols (1991). Bromet y cols, encontraron que el trastorno mental en el padre fue un factor de riesgo para el PTSD en varones.⁴¹

En cuanto al tipo de evento traumático, Davidson y cols y Breslau y cols llegaron a resultados similares al notar que los eventos traumáticos frecuentes de quienes tenían PTSD fueron: 1) amenaza, llamada íntima o violación, 2) presenciar actos violentos fatales o no, 3) ataque físico 4) accidente y, 5) combate bélico.⁴²

Marsella plantea:

“Quien este interesado en el estudio del PTSD debe eventualmente confrontar el rol de los factores etnoculturales en la etiología, distribución, curso, resultado y tratamiento, ya que los factores etnoculturales tales como las concepciones culturales de salud y enfermedad, la percepción y las definiciones de trauma, las concepciones de persona y los estándares concernientes a la normalidad y la anormalidad, influyen sobre todos los aspectos de las repuestas de los sobrevivientes a las experiencias traumáticas. Además, ellos señalan que los supuestos epidemiológicos básicos, el lenguaje, las actividades contextuales, los sistemas de recompensa y otras variables fundamentales involucradas en la

⁴¹ BROMET e, SONNEGA A KESSLER RC, Risk factors for DSM III-R PTSD, findings from the national comorbidity survey, 1998.

⁴² DAVIDSON JRT, HUGHES D, BLAZER Y cols: posttraumatic stress disorder in the community; an epidemiological study, 1991

construcción social de la realidad, deben ser tenidos en cuenta por los investigadores cuando utilicen el constructo SEPT⁴³.

Mientras que es esencial ser conscientes de las diferencias etnoculturales en las víctimas de trauma, es crucial reconocer que entre las minorías etnoculturales las diferencias en un grupo etnocultural dado son profundas. Cualquier esfuerzo por agrupar a las personas para investigar sobre la base de una dimensión etnocultural (e.g. árabes, asiáticos, negros, hispanos), se configura como un error de varianza en el diseño. Aún dentro de estas amplias categorías, la cultura compartida en la cual el comportamiento es aprendido, varía considerablemente, si se tienen en cuenta las diferencias que existen en elementos como los artefactos, los roles, los valores, las actitudes, los estilos cognitivos, las epistemologías, el conocimiento de patrones e instituciones transmitidos de una generación a otra, para promover el ajuste individual y grupal.⁴⁴

5.5. LOS PROBLEMAS DEL DESARROLLO INVOLUCRADOS EN EL TEPT

Se ha demostrado que en la edad en la que ocurre un evento traumático es un factor significativo para el desarrollo del PTSD, las experiencias traumáticas en la infancia se asocian con un mayor riesgo y con síntomas más severos. Tanto el abuso sexual como el abuso físico infantil se asocian con mayores índices de victimización en la adultez.⁴⁵

⁴³ MARSELLA, M, *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association. 1996

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 35.

⁴⁵ SILVA Rr, ALPERT Mm, MUNOZ Dm y cols, stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents, 2000.

Además SILVA Rr, ALPERT Mm, MUNOZ Dm y cols coinciden:

“los niños pueden tener mayor probabilidad de tener otras condiciones psiquiátricas después de la exposición a un evento traumático, debido a que el cerebro en desarrollo es más sensible a las agresiones traumáticas que afectan la maduración neurobiológica, que puede resultar en una producción sintomática mas general y convincente”⁴⁶.

Del mismo modo, en la adultez, la exposición al evento traumático no se restringe al desarrollo exclusivamente del PTSD. Las experiencias traumáticas se han asociado con el desarrollo de otras condiciones psiquiátricas, como trastornos afectivos y de ansiedad.

5.5.1 Patologías asociadas al TEPT. Como pudo observarse con anterioridad existe una relación entre el PTSD por combate y su sintomatología. Algunas investigaciones de Fontana analizan la relación entre el suicidio y el estrés de la zona de combate y los factores del servicio militar incluida la exposición a combate en algunos veteranos, ya que se encontraron fuertes indicios de comportamientos suicidas en esta población específicamente se tienen en cuenta factores como: personas que durante la niñez o adolescencia hayan experimentado abuso físico o psicológico, comportamiento antisocial, familia inestable, soporte social y consumo de drogas y alcohol⁴⁷

Además, con respecto a la exposición traumática se hacen importante el tiempo de exposición al combate, la participación en atrocidades y la acción disciplinaria como restricciones, pérdida del pago, recompensas o ganancias entre otras.

Como puede verse, los combatientes constituyen un grupo importante en el que se incrementa el riesgo a la depresión, pensamientos suicidas, y conductas

⁴⁶ YEHUDA r, Wong ch, etiology and biology of posttraumatic stress disorder, 2001.

⁴⁷ Fontana, D. (1992) Control del Estrés. México: Editorial El Manual Moderno.

autodestructivas. Egendorf y cols. (1981), manifiestan que el 16% de los combatientes veteranos y en 29% de aquellos que participan en algún combate, experimentan problemas significativos, al adaptarse a la vida civil y que estas dificultades empeoran con el PTSD.

Vale la pena anotar en algunas ocasiones diagnosticar el PTSD es clínicamente difícil y se complica con la aparición de síntomas encubiertos por una variedad de alteraciones incluidas la esquizofrenia, fuertes depresiones y la ansiedad generalizada. Además, el PTSD va acompañado frecuentemente de trastornos en el eje I y II. Un factor esencial en la instauración del PTSD es el desarrollo del sentido de vulnerabilidad en conjunción con la creencia de ser incapaz de enfrentarse a situaciones amenazantes.

Los veteranos o militares que desarrollan el PTSD, tienden a ver sus experiencias en combate en términos menos racionales o manejables y llegaban a sentirse fuera de control en una lucha sin sentido.⁴⁸

Los factores que determina el desarrollo de PTSD luego de un trauma, son los recuerdos del mismo. Foa propone que: *“la experiencia de un trauma produce una intensa activación en la estructura de miedo. Ésta estructura dentro de la memoria incluye, representaciones de la situación traumática, representaciones fisiológicas y respuestas de comportamiento, e interpretación de la información sobre el significado de estímulos y representación de las respuestas”*⁴⁹.

De igual manera, la estructura de miedo que se genera a raíz del PTSD, se distingue de otros recuerdos de miedo, por medio de tres formas. Primero porque las respuestas de miedo son más intensas, segundo el número de representaciones en la estructura es más amplio y tercero el umbral de activación es menor.

⁴⁸ CONSUEGRA, CORONADO, ORTÍZ, ROJAS y TORRE. Proyecto Estrés Post Traumático de Combate, Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 1999

⁴⁹ Foa, E. (1995) *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*. Minneapolis: National Computer System, Inc.

Los recuerdos del trauma, se distinguen de otros recuerdos por su desorganización y fragmentación, igualmente están cargados de intensas emociones, por incompreensión, confusión y sentido de menosprecio.

Es por medio de las investigaciones, que se ha llegado a entender las dificultades en el proceso de información a raíz de los efectos de la ansiedad, tales como el no recordar en su totalidad el evento o la desorganización que se tiene de éste. Eysenck y Keane proponen cuatro formas donde la ansiedad puede afectar el procesamiento de información⁵⁰. La primera, en donde se incrementa la atención en estímulos amenazantes y se decremento en los estímulos neutros. Segundo, se eleva la distracción y se reduce la concentración. Tercero, según el grado de ansiedad se atiende una serie de estímulos. Si es moderada, reduce la atención a las señales irrelevantes. Si es severa, la atención se reduce al igual que el procesamiento de información relevante, presentando como resultados una representación fragmentada y desorganizada del evento. Y por último, la ansiedad, puede interferir en el procesamiento de información, limitando la capacidad de atención al de la memoria.

Esto puede verse afectado cuando el trauma es fragmentado, ya que los recuerdos altamente sesgados tienden hacia las representaciones amenazantes. Se presenta de éste modo la hipótesis de que la prioridad será asignarse al recuerdo de acciones que estén relacionadas a las amenazas.

Por otra lado, se ha visto que las personas vulnerables tienen esquemas del mundo como peligroso, aumentan la ansiedad y magnifican la dificultad del procesamiento de información del trauma. Pensamientos tales como: “ No creo que pueda sobrevivir a esto otra vez” o “Esto va a ser tan terrible como la última vez”.

⁵⁰ EYSENCK, M. W. & KEANE, M. T. Chapter 4: Theories of perception, movement, and action. In *Cognitive Psychology: A Student's Handbook*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, USA. 1995.

Los datos anteriores indican claramente que el PTSD es una entidad heterogénea. Aparte de la vigencia de predisposiciones genéticas, contribuyen a ello elementos tan diferentes como la cultura, género, grupo étnico, periodo de desarrollo o de ciclo vital, funcionamiento psicosocial previo, educación, magnitud de apoyo social o familiar, salud física, significado personal del trauma, ganancias secundarias y muchos más.

En este sentido, las medidas fisiológicas que se han utilizado para medir el impacto en los recuerdos del trauma en la investigación clínica, como las imágenes por resonancia magnética o por emisión de positrones, sugieren que personas con PTSD pueden evocar la memoria del evento alrededor de 100 veces al día y el citar dichas reacciones psicológicas cada vez que esto sucede.⁵¹

⁵¹ DAVIDSON JRT, Hughes D. posttraumatic stress disorder in the community; an epidemiological study, 1991

6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
SOCIODEMOGRAFICAS	Conjunto de atributos que permiten caracterizar a los grupo GAULA Y AFEUR adscritos a la novena brigada del departamento del Huila.	edad	Tiempo transcurrido en años desde el día de nacimiento hasta el momento de aplicación del instrumento	20 a 25 años 26 a 31 años 32 a 37 años 38 a 43 años
		Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Soltero Casado Separado Viudo Unión libre
		Estrato socioeconómico	herramienta que utiliza el Estado colombiano para clasificar los inmuebles residenciales de acuerdo con los lineamientos del DANE, el cual tiene en cuenta el nivel de ingresos de los propietarios, la dotación de servicios públicos domiciliarios, la ubicación (urbana, rural), asentamientos indígenas, entre otros	Bajo Medio alto
		Tiempo de servicio	Lapso de tiempo transcurrido desde el momento de ingreso a la institución hasta el	1 a 20 años en la institución

			momento de la aplicación del instrumento	
		procedencia	Región de donde es originario el sujeto	Región andina Región amazónica Región insular Región pacífica Región de la orinoquía Región caribe
		Numero de combates	Contactos a los que ha estado expuesto con el enemigo	0 a 40 combates expuesto ante el enemigo

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Estrés postraumático	Grupo de síntomas físicos, psicológicos y sociales asociados con la presencia o ausencia del estrés en un sujeto perteneciente a los grupos GAULA y AFEUR adscritos a la novena brigada del departamento del Huila.	Biológica	Aceleración de los sistemas fisiológicos en respuesta a exigencias físicas	-presencia de cefalea -hipervigilancia -cansancio permanente -excitación emocional -sudoración al evocar el evento traumático -presencia de sensaciones viscerales irregulares -adormecimiento de extremidades -tensión muscular -bajo rendimiento

				<p>físico</p> <ul style="list-style-type: none"> -cambios respiratorios.
		psicológica	<p>Cambios en las conductas que experimenta los individuos pertenecientes a los grupos GAULA y AFEUR adscritos de la novena brigada del departamento del HUILA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -evitación del recuerdo de el evento traumático utilizando sustancias psicoactivas. -aumento en la frecuencia de errores. -sensación de atrapamiento -aparición súbita, repetitiva y constante del evento traumático -dificultad en la concentración y atención
		social	<p>Alteración de la capacidad de relacionarse con otras personas a nivel familiar, laboral y de amistad</p>	<ul style="list-style-type: none"> -irritabilidad -desinterés por el futuro -sentimientos de separación o alejamiento de los otros -desinterés por actividades antes significativas -anulación de situaciones sociales o con personas -presencia de agresividad en el trato con sus amistades

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 ENFOQUE

La presente investigación se enmarco dentro del enfoque cuantitativo, que según Hernández Sampieri⁵², se caracteriza porque pretende medir, describir, explicar y predecir los fenómenos. Desde lo cuantitativo se utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previa, confiando en la medición numérica, el conteo y uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

7.2 TIPO DE DISEÑO

El presente estudio es descriptivo de corte trasversal. Descriptivo porque busca especificar las propiedades y características importantes de los individuos, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

7.3 POBLACIÓN

La investigación se enmarco dentro de un enfoque cuantitativo descriptivo de corte trasversal, conformada por 50 militares activos ente los 20 y 40 años de edad pertenecientes a los grupos GAULA y AFEUR.

⁵² HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA Lucio, P. *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Santa Fé de Bogotá, Colombia. Mc Graw Hill. 1998.

El Ejército nacional es un organismo encargado de velar por la defensa y el orden de la Nación. Entre sus funciones prioritarias se encuentran las que demanda la Constitución del año 1991, tales como velar por la defensa del territorio, la soberanía, la independencia, así como velar por el mantenimiento del orden constitucional, manteniendo así las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y libertades que aseguran que todos los habitantes de Colombia convivan en paz.

Los grupos GAULA Y AFEUR son grupos Elites, encargados de contrarrestar y neutralizar en las ciudades de su jurisdicción las acciones demenciales de los grupos al margen de la ley. La capacidad operativa de estas Unidades se enfocan a evitar y actuar en contra del secuestro y la extorsión, el terrorismo, para lo cual realizan acciones como rescate de rehenes o secuestrados, protección de mandatarios, operaciones helicoportadas que se caracterizan por una gran movilidad nocturna.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Género: Masculino
- Edad: mayores de 18 años
- Militares activos
- No diagnosticado con TEPT
- Haber presenciado, ser testigo o saber de un acto violento.

7.5 MUESTRA

Se entiende como muestra a un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo⁵³, en este caso la muestra será

⁵³ *Ibíd.* p. 41.

igual a la población es decir 50 personas pertenecientes a los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila.

7.6. INSTRUMENTO

En esta investigación, se utilizarán dos instrumentos: La Escala de Trauma de Davidson DTS y una ficha de información sociodemográfica elaborada por los autores.⁵⁴

El primer instrumento, el Davidson Trauma Scale DTS fue diseñado para valorar la frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16).

Consta de 17 ítems, relacionados con intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento aislamiento e hiperactivación sólo valoran la presencia o ausencia de los mismos. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma.

Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala.

⁵⁴DAVIDSON JRT, FAIRBANK JA. The epidemiology of PTSD. En: Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond. Davidson JRT. 1993.

La escala es autoadministrada y se encuentra validada en nuestro medio por Bobes y cols. La versión que presentamos es de este mismo autor.

8. INTERPRETACIÓN

Su utilidad reside en la valoración de la gravedad y frecuencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático y en la valoración de la respuesta al tratamiento, ya que se ha mostrado sensible al cambio a lo largo del tiempo.

El rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136. A mayor puntuación mayor severidad y/o frecuencia. Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

8.1. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

8.1.1 Fiabilidad. La fiabilidad test-retest tras dos semanas es de 0.86. La consistencia interna, tanto para las subescalas de frecuencia y gravedad como para el total son elevadas (alfa de Cronbach de 0,97 – 0,98 – 0,99 respectivamente). En la validación española el alfa de Cronbach obtenido fue de 0,9.

Validez:

La validación concurrente se realizó con el SCID, demostrando como punto de corte más eficiente los 40 puntos (eficiencia de 0,83). Presenta validez convergente adecuada con el Clinician Administered PTSD Scale (0,78) y con el Impact of Event Scale (0,64). La validez discriminante se realizó con el Eysenck Personality Inventory Extroversion subescale (0,04). El análisis factorial arroja soluciones de 2 y de 6 factores.

La validación española también ofrece valores adecuados de validez concurrente y discriminante.

9. PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El estudio empezó realizarse desde el periodo A del año 2009, previa, a la planificación y definición del tema de estudio, revisión bibliográfica, descripción del problema de investigación, objetivos y demás aspectos constituyentes y relevantes de una investigación. El proceso de aplicación de instrumentos se llevó a cabo durante 2 años aproximadamente, el resto de tiempo se empleó para analizar la información recolectada.

Fase 1: Definición del problema: En esta fase se realizó la delimitación temática, los objetivos, se realizó la debida justificación, teniendo en cuenta su factibilidad mediante un acercamiento a la Novena Brigada del departamento del Huila quien nos facilito la población que son los grupos, GAULA Y AFEUR, adscritos a esta institución.

Fase 2: Marco teórico: Se realizó la revisión de la literatura con el fin recopilar la información necesaria, referente a sintomatología, fisiología y teorías acerca del TEPT, como también la prevalencia de esta patología en la población militar. Para evaluar este trastorno de ansiedad utilizamos la escala de trauma de Davidson.

Fase 3: Diseño de la investigación: Para realizar la respectiva caracterización del estrés postraumático en los grupos GAULA Y AFEUR se eligió el enfoque cuantitativo y el diseño metodológico descriptivo de tipo exploratorio de acuerdo a esto se eligio 1 instrumento; la escala de trauma de Davidson y un cuestionario sociodemografico elaborado por los autores. Finalmente la población estuvo compuesta por 50 hombres pertenecientes a los grupos GAULA y AFEUR que fue igual a la muestra.

Fase 4. Recolección de información: En esta etapa se visitaron las cedes de los grupos GAULA y AFEUR ubicadas en el Batallón Tenerife. la primera

aplicación se hizo con los integrantes del grupo GAULA en horas de la mañana, y con el grupo AFEUR la aplicación se realizó 10 días después ya que estos no se encontraban en la ciudad. Ambos grupos se les brindó la debida explicación del objetivo del estudio, posterior a esto se les acompañó durante la aplicación del instrumento con el fin que la información suministrada fuera confiable.

Fase 5: Procesamiento de Información: Los datos recolectados en cada uno de los instrumentos se incluyeron en una base de datos Microsoft EXCEL y por medio del software SPSS versión 15 se ejecutó el análisis de la información recolectada.

Fase 6: Fase de análisis de datos: Los resultados arrojados por el software SPSS se analizaron debidamente para permitir el cumplimiento de los objetivos que son: Realizar la caracterización del estrés postraumático en los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila, Describir las características psicosociales y demográficas de los militares pertenecientes a los grupos, Estimar la prevalencia de punto del estrés postraumático, Describir las características de los síntomas específicos del estrés postraumático y Calcular la relación entre las variables sociodemográficas y los puntajes de la Escala de Trauma de Davidson.

10. ASPECTOS ÉTICOS

Los resultados que se obtuvieron en el proceso de recolección de la información se manejarán de manera confidencial, para no dar a conocer la identidad del entrevistado.

Estas consideraciones son tenidas en cuenta en el presente estudio se encuentran orientadas bajo los principios consignados en código de Núremberg, la resolución número 008430 del ministerio de salud del 4 octubre de 1993 que crea las normas sobre las investigaciones en salud, el respeto a las personas a la beneficencia y el derecho a la privacidad y a la intimidad antes citadas en la constitución nacional, atendiendo a lo planteado en su título en su TÍTULO II del CAPÍTULO 1 relacionado con LA INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS EN LOS ASPECTOS ÉTICOS.

De igual manera esta información deberá hacer parte del secreto profesional, tal como está contemplado en la Ley 1090 de 2006, según el Artículo 2 del Título II, donde se consigna lo referente al principio de confidencialidad, responsabilidad, competencia, estándares legales y morales, bienestar del usuario. Además contaré permanentemente y durante el desarrollo del estudio con la opción de retirar mi consentimiento informado en cualquier momento de la investigación.

Se brindará una breve inducción a las personas que participaran en los instrumentos metodológicos aplicados, para suministrar una información previa y certera que permitiera una mejor aceptación y comprensión del instrumento.

Se establecerá un contacto previo con la institución en las que se realizara el trabajo de campo, para confirmarlos.

Una vez finalizado el proceso de recolección y análisis de la información se elaborara una exposición para dar a conocer los resultados que se dieron en el estudio de caracterización de estrés postraumático en los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila que servirá de base en un futuro para desarrollo de programas que incrementen el nivel de conocimientos sobre el estrés postraumático.

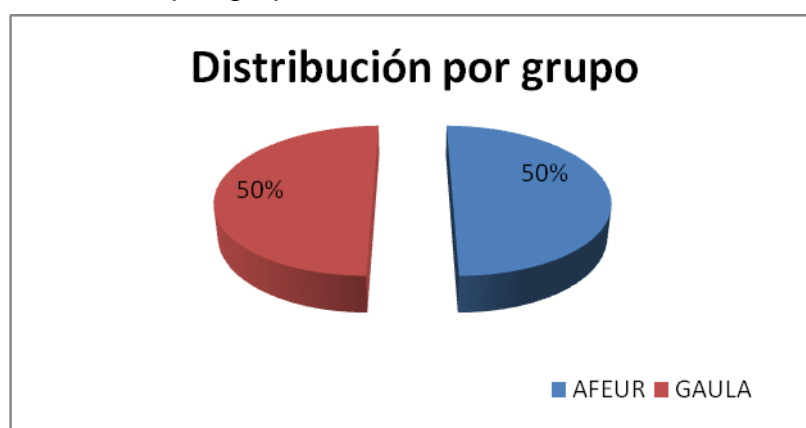
Durante la ejecución del trabajo de grado los investigadores asumirán una actitud seria y responsable ante el proyecto, ante la institución que facilito el personal objeto de estudio y ante la persona que brindó la asesoría necesaria para dar curso y desarrollo a la investigación con el fin de que ésta, esté de dentro de un marco de plena validez y confiabilidad.

11. RESULTADOS

De acuerdo a la información recolectada por parte de los investigadores en la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

11.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

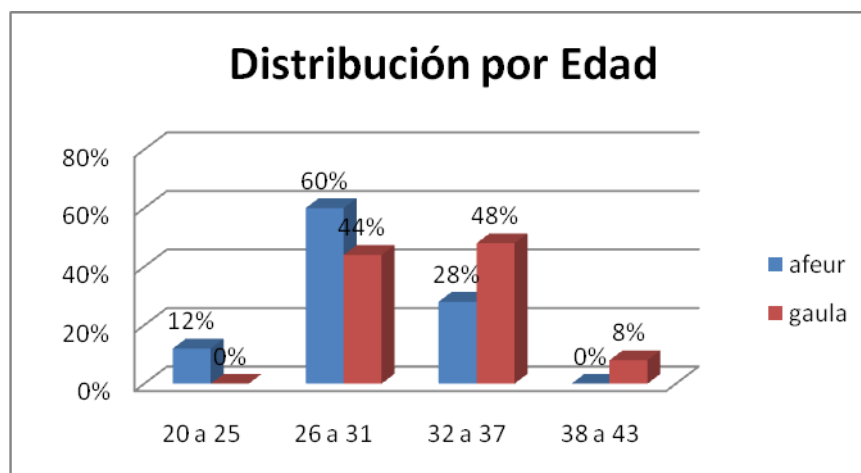
Grafica 1. Distribución por grupo



Fuente propia

Para la presente investigación se tomó como población los grupos AFEUR y GAULA adscritos a la novena Brigada con un total de 50 sujetos, distribuidos por partes iguales (25 sujetos por grupo).

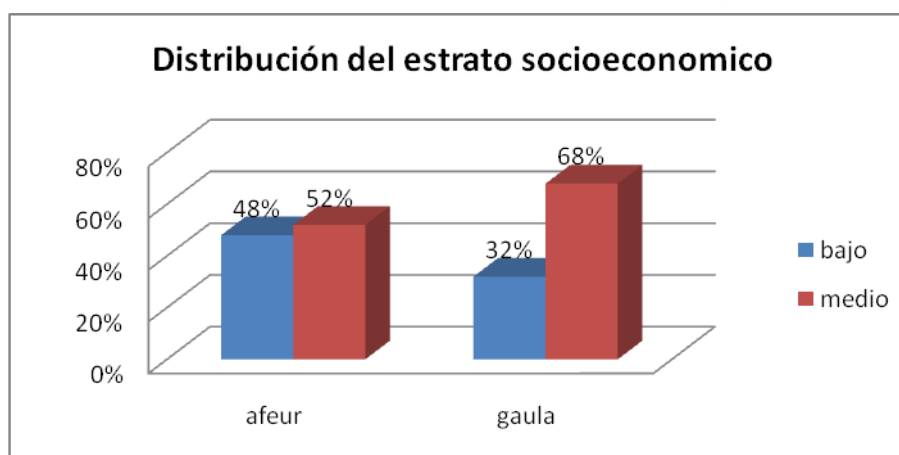
Grafico 2. Distribución por edad de acuerdo al grupo



Fuente propia

De acuerdo a la distribución por edad, la mayor frecuencia se presenta en el rango de edad de 26 a 31 años (60%) en el grupo AFEUR y en el grupo GAULA presenta la mayor frecuencia en el rango de 32 a 37 años (48%). El grupo GAULA presenta un porcentaje de 44 en el rango de edad de 26 a 36 años de edad. Así los porcentajes no sean muy grandes, creo que sería importante señalar que en el grupo AFEUR no hay integrantes en el ultimo rango de edad y en GAULA no hay en el primero.

Grafico 3. Distribución por estrato socioeconómico de los grupos



Fuente propia

El 68% de los integrantes del grupo GAULA se ubican en el estrato medio, mientras que el 32% restante se encuentran en un estrato socioeconómico bajo; por otra parte en el grupo AFEUR el 52% se encuentra en un estrato socioeconómico medio y el 48% restante en el estrato bajo.

Tabla 1. Distribución por estado civil de los grupos

		Grupo			
		afeur		gaula	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
Estado civil	soltero	4	16,0%	3	12,0%
	union libre	3	12,0%	3	12,0%
	casado	18	72,0%	18	72,0%
	separado	0	,0%	1	4,0%

Fuente propia

En los dos grupos el 72% de los sujetos se encuentran casados con una frecuencia de 18 sujetos cada uno; sin embargo se observa la presencia de

sujetos con otros estados civiles como solteros (7 sujetos), unión libre (6 sujetos) y un caso de separación.

Tabla 2. Distribución del tiempo de servicio

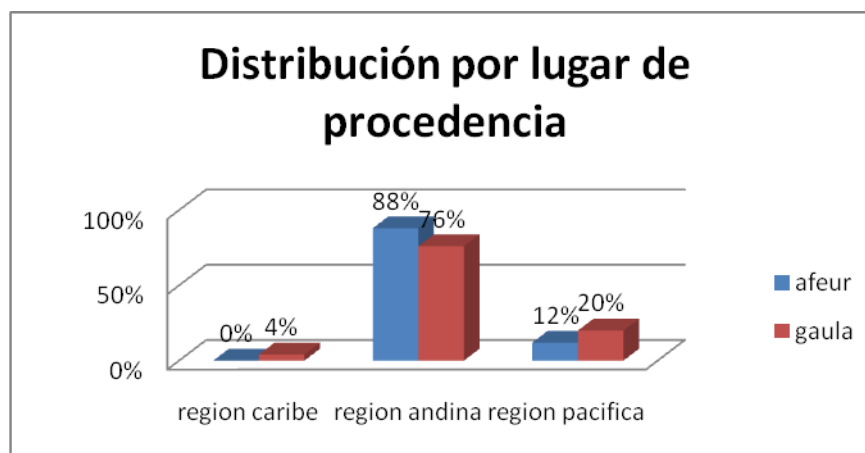
		Grupo			
		afeur		gaula	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
Tiempo de servicio	1,00	1	4,0%	0	,0%
	2,00	1	4,0%	0	,0%
	3,00	1	4,0%	0	,0%
	6,00	1	4,0%	1	4,0%
	7,00	2	8,0%	2	8,0%
	8,00	4	16,0%	0	,0%
	9,00	2	8,0%	3	12,0%
	10,00	5	20,0%	1	4,0%
	11,00	6	24,0%	5	20,0%
	12,00	0	,0%	2	8,0%
	13,00	1	4,0%	4	16,0%
	14,00	0	,0%	1	4,0%
	16,00	0	,0%	2	8,0%
	17,00	1	4,0%	1	4,0%
	18,00	0	,0%	3	12,0%

Fuente propia

Los sujetos del presente estudio tienen un promedio de tiempo de servicio de 10,54 años; al momento de realizar la distribución por grupos se encuentra que el promedio de años de servicios en el grupo AFEUR es de 12,20 años (Desv. Típ $\pm 3,50$).

Por otra parte, en el grupo GAULA el promedio de años de servicios es de 8,88 años (Desv. Típ $\pm 3,41$), sin embargo se puede decir que la variable tiempo de vinculación no es homogénea para los dos grupos ($t=-3,30$; $p<0,05$).

Grafica 4. Distribución por lugar de procedencia



Fuente propia

El 88% de los sujetos del grupo AFEUR provienen de la región andina, de igual forma sucede con los sujetos integrantes del grupo GAULA.

Tabla 3. Distribución por número de combates expuesto

Numero de combates		Grupo			
		afeur		gaula	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
,00	2	8,0%	4	16,0%	
1,00	2	8,0%	0	,0%	
2,00	5	20,0%	4	16,0%	
3,00	4	16,0%	2	8,0%	
4,00	5	20,0%	5	20,0%	
5,00	3	12,0%	1	4,0%	
6,00	2	8,0%	3	12,0%	
7,00	0	,0%	1	4,0%	
8,00	1	4,0%	1	4,0%	
9,00	1	4,0%	0	,0%	
10,00	0	,0%	3	12,0%	
40,00	0	,0%	1	4,0%	

Fuente propia

De acuerdo a la distribución por número de combates expuestos, en el grupo GAULA la mayor frecuencia se presenta en 5 combates (20%) seguido de 4 combates (16%); el promedio de combates de este grupo es 3,52 (Des. Típ $\pm 2,24$). Por otra parte, en el grupo AFEUR presenta un promedio de combates de 5,68 (Des. Típ $\pm 7,78$).

El grupo AFEUR presenta una mayor dispersión de número de combates en comparación al grupo GAULA, lo que indica que no todos los sujetos adscritos a este grupo, tienen el mismo número de combates y se presentan variaciones significativas en esta variable.

11.2 PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Para calcular la prevalencia de estrés postraumático en la muestra estudiada se aplicó la siguiente fórmula:

$$P = \frac{\text{Número de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de la población estudio}}$$

Tabla4. Prevalencia de estrés postraumático en el total de la muestra

Total estres					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No estres postraumatico	48	96,0	96,0	96,0
	estres postraumatico	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente propia

De acuerdo a lo anterior, la prevalencia estimada es de 4% en el total de la muestra.

Tabla 5. Prevalencia estrés postraumático por grupo

		Grupo			
		afeur		gaula	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.
Total estres	No estres postraumatico	24	96,0%	24	96,0%
	estres postraumatico	1	4,0%	1	4,0%

Fuente propia

Al momento de realizar el cálculo en cada grupo, se observa que se mantiene la prevalencia de 4% en cada grupo.

11.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Para describir las características de los síntomas específicos que del estrés postraumático de la muestra estudiada se realizó una distribución de cada uno de los ítems del instrumento.

Es necesario aclarar que la descripción de estas característica se hace al total de la muestra y no a cada uno de los grupos, esta decisión se tomó a raíz de que los dos grupos no presentan diferencias significativas en cada uno de los ítem de acuerdo al estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney que se utiliza para variables ordinales como se presenta en esta investigación.

Tabla 6. Distribución de cada uno de los ítems de acuerdo a la frecuencia

ITEM	Nunca	a veces	2 - 3 veces	4- 6 veces	a diario
Frecuencia ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	54%	38%	8%	0%	0%
Frecuencia ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	78%	16%	4%	2%	0%
Frecuencia ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	90%	8%	2%	0%	0%
Frecuencia ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	78%	18%	4%	0%	0%
Frecuencia ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	78%	18%	4%	0%	0%
Frecuencia ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	78%	12%	4%	6%	0%
Frecuencia ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	70%	24%	4%	0%	2%
Frecuencia ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	80%	12%	2%	4%	2%
Frecuencia ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	90%	10%	0%	0%	0%
Frecuencia ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	88%	10%	2%	0%	0%
Frecuencia ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	86%	10%	4%	0%	0%
Frecuencia ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	84%	14%	2%	0%	0%
Frecuencia ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	80%	14%	4%	0%	2%
Frecuencia ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	62%	30%	4%	4%	0%
Frecuencia ¿Ha tenido dificultades de concentración?	80%	18%	2%	0%	0%
Frecuencia ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?	78%	20%	0%	0%	2%
Frecuencia ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	78%	16%	4%	2%	0%
Promedio	78,4%	16,9%	3,2%	1,1%	0,5%

Fuente propia

Con respecto a la frecuencia de cada uno de los síntomas específicos del estrés postraumático se puede decir que en promedio el 78,4% de los sujetos nunca han presentado síntomas específicos del estrés postraumático, mientras que un 16,9% de los sujetos refieren tener a veces algunos de los síntomas; por otra parte, los promedios bajos los presentan los sujetos que han presentado síntomas de 2 a 3 veces (3,2%) y 4 a 6 veces (1,1%), finalmente se puede afirmar que ningún sujeto presenta síntomas específicos de estrés postraumático a diario.

Dentro de los síntomas específicos que tienen una frecuencia diaria se encuentran evitar hacer cosas o estar en situaciones que le recuerdan el acontecimiento traumático (2%), ser incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento (2%), tener dificultad para iniciar o mantener el sueño (2%) y haber sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”(2%).

Tabla 7 Distribución de cada uno de los ítems de acuerdo a la gravedad

Item	nada	leve	moderada	marcada	extrema
Gravedad ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	56%	36%	4%	4%	0%
Gravedad ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	80%	12%	8%	0%	0%
Gravedad ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	88%	12%	0%	0%	0%
Gravedad ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	80%	16%	2%	2%	0%
Gravedad ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	80%	8%	8%	2%	2%

Gravedad ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	90%	8%	2%	0%	0%
Gravedad ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	92%	8%	0%	0%	0%
Gravedad ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	86%	12%	2%	0%	0%
Gravedad ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	84%	8%	8%	0%	0%
Gravedad ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	82%	12%	4%	2%	0%
Gravedad ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	68%	22%	6%	4%	0%
Gravedad ¿Ha tenido dificultades de concentración?	84%	12%	4%	0%	0%
Gravedad ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?	84%	14%	0%	0%	2%
Gravedad ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	82%	10%	6%	2%	0%
Promedio	81%	14%	4%	1%	0%

Fuente propia

Con respecto a la gravedad de los síntomas específicos en promedio el 81% no presentan gravedad. Sin embargo, el 14% de los sujetos presentan síntomas con gravedad leve, el 4% gravedad moderada y el 0,3% una gravedad marcada.

Dentro de los síntomas específicos que presenta una gravedad marcada se encuentran: ser incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento

(2%) y sentirse nervioso, fácilmente distraído o haber permanecido “en guardia” (2%).

Otros de los síntomas que presenta una gravedad importante son: haber tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento (36%) y estar irritable o con accesos de ira (22%) con una gravedad de leve.

11.3 RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LOS PUNTAJES DE LA PRUEBA

Tabla 8. Correlación entre variables sociodemograficas cuantitativas y puntajes de la prueba

		Correlaciones					
		años de vida	Tiempo de servicio	Numero de combates	Total Frecuencia	Total gravedad	estres posttraumatico
años de vida	Correlación de Pearson	1,000	,906*	,359*	-,147	-,118	-,133
	Sig. (bilateral)	,	,000	,010	,309	,414	,357
	N	50	50	50	50	50	50
Tiempo de servicio	Correlación de Pearson	,906*	1,000	,312*	-,195	-,173	-,185
	Sig. (bilateral)	,000	,	,027	,175	,230	,199
	N	50	50	50	50	50	50
Numero de combates	Correlación de Pearson	,359*	,312*	1,000	,053	,078	,067
	Sig. (bilateral)	,010	,027	,	,714	,589	,646
	N	50	50	50	50	50	50
Total Frecuencia	Correlación de Pearson	-,147	-,195	,053	1,000	,975*	,993*
	Sig. (bilateral)	,309	,175	,714	,	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50
Total gravedad	Correlación de Pearson	-,118	-,173	,078	,975*	1,000	,994*
	Sig. (bilateral)	,414	,230	,589	,000	,	,000
	N	50	50	50	50	50	50
estres posttraumatico	Correlación de Pearson	-,133	-,185	,067	,993*	,994*	1,000
	Sig. (bilateral)	,357	,199	,646	,000	,000	,
	N	50	50	50	50	50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente propia

En el presente estudio se realizó el cálculo para determinar la existencia de relaciones entre las variables socio demográficas y el puntaje de frecuencia, gravedad y total del instrumento para el diagnostico del estrés posttraumático.

Para el cálculo de esta relación se aplicó el estadístico PEARSON debido a que las variables son de escala, razón e intervalo, se considera como relación significativa cuando la $p < 0,05$:

De acuerdo a los resultados se observa que hay una relación significativa entre el total de frecuencia de estrés postraumático y el puntaje total de la prueba (correlación 0,993, $p < 0,05$), frecuencia de estrés y gravedad del estrés (correlación 0,975; $p < 0,05$), lo que indica la consistencia de la prueba entre los sub resultados y el resultado total de la prueba.

Otra relación encontrada está dada entre las variables tiempo de servicio y número de combates (correlación 0,312; $p = 0,27$), aunque es significativa estadísticamente, no se puede considerar un relación fuerte.

Con respecto a las otras relaciones, no presentan significancia en el estadístico de correlación ($p > 0,05$).

Tabla 9. Correlación entre la variable estado civil y estrés postraumático

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,810 ^a	3	,847
Razón de verosimilitud	1,346	3	,718
Asociación lineal por lineal	,420	1	,517
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,04.

De acuerdo al estadístico chi cuadrado no existe relación o dependencia entre la variable estrés postraumático ($p > 0,05$), sin embargo hay que tener en cuenta que la distribución de sujetos con estrés postraumático no permite realizar un análisis concienzudo de esta relación.

12. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Los integrantes de los grupos elites del ejercito AFEUR y GAULA de la novena brigada, son sujetos expuestos a eventos traumáticos como lo son los combates que se desarrollan como parte de su oficio, como resultado de esto, los sujetos pueden llegar a desarrollar síntomas de estrés postraumático.

En la presente investigación participaron 50 sujetos a los cuales se les aplico la escala de trauma de Davidson, acompañado por un cuestionario con variables sociodemográficas y relacionadas con su actividad laboral.

La muestra estudiada se encuentra en su mayoría en un rango de edad de 26 a 37 años, con un nivel socioeconómico medio, en un estado civil casado en su mayoría. Con respecto a las variables relacionadas con su actividad laboral, Los sujetos del presente estudio tienen un promedio de tiempo de servicio de 10,54 años; donde el grupo AFEUR con un promedio de 12,20 años (Desv. Tip $\pm 3,50$) y el grupo GAULA de 8,88 años (Desv. Típ $\pm 3,41$), sin embargo se puede decir que la variable tiempo de vinculación no es homogénea en los dos grupos ($t=-3,30$; $p<0,05$).

Con respecto a la exposición al número de combates, el grupo GAULA presenta un promedio de combates de 3,52 (Des. Típ $\pm 2,24$). Por otra parte, en el grupo AFEUR presenta un promedio de combates de 5,68 (Des. Típ $\pm 7,78$), presenta una dispersión muy alta en este último grupo

La prevalencia de estrés postraumático en la muestra estudiada es de 4%, una prevalencia relativamente baja, encontrándose un rango entre 8,5% y 35% de prevalencia de estrés postraumático en este tipo de población. De igual forma la prevalencia de 4% se mantiene en cada uno de los grupos estudiados, esto no siendo consistente con la conclusión hecha en el estudio de Ángela Cristina Tapias Saldaña que concluye que el estrés postraumático se encuentra

presente, aunque solo un tercio de los participantes (31%) presentaron TEPT, y de ellos escasamente el (8%) lo padece como consecuencia del trabajo que ejecutan. Pero tampoco el estudio realizado con los grupos AFEUR y GAULA concuerda con los planteamientos de Pérez quien asegura que "la guerra resulta uno de los factores causantes de estrés más fuertes: un 30% de los combatientes y un 50% de los prisioneros de guerra sufren de estrés postraumático con tendencia a la cronificación".

Con respecto a la descripción de los síntomas específicos en la muestra estudiada, los sujetos en general refieren no presentar una frecuencia en los síntomas específicos, sin embargo se puede observar que el 38% de los sujetos ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, de igual forma los sujetos presentan en ocasiones estados irritables o accesos de ira, a veces nerviosos y en estados de alerta o "en guardia", por otra parte los sujetos en ocasiones evitan hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento estresante, en este caso los combates, creando malestar cuando recuerdan el evento, en menor porcentaje se observa que los sujetos en ocasiones tienen dificultad para iniciar o mantener el sueño, presentándose pesadillas y finalmente en ocasiones se presentan respuestas fisiológicas ante el recuerdo del evento, como sudoración, temblores y taquicardia. Esta afirmación es consistente con los planteamientos de Davidson, en cuanto a que la cronicidad del TEPT es con frecuencia incapacitante y tal discapacidad suele asociarse a deterioro en la vida laboral, cambios en las transiciones de vida, daño en las relaciones sociales, inestabilidad marital y perturbación de la violencia.

Por otra parte, la gravedad de los síntomas en los sujetos objeto de estudio no presentan gravedad extrema, sin embargo los síntomas que tienen puntajes de gravedad leve son: tener alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, estado irritable o ha tenido accesos de ira, le molesta alguna cosa que se lo haya recordado y se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia".

Dentro de la puntuación de gravedad moderada se encuentra los síntomas de dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos, haber tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento y ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente.

Como se plasma en el apartado de resultado no se encontró una relación entre las variables sociodemográficas, aspectos laborales con el puntaje total de la prueba de estrés postraumático, por otra parte ante la baja presencia casos de estrés postraumático no es posible realizar correlaciones confiables con la clasificación tiene o no tiene estrés postraumático.

Finalmente lo que se puede observar es que a pesar de que los sujetos estudiados no puntúan para tener estrés postraumático según la escala propuesta como instrumento, hay un porcentaje de síntomas específicos que presentan frecuencia “en ocasiones” y gravedad en los síntomas leve y moderada y de igual manera, al comparar las observaciones hechas por Green (1994) afirma que “No todo aquel que se expuso al evento traumático desarrolla TEPT, existen varios factores de riesgo que incrementan la posibilidad de presentación y cronicidad del TEPT, básicamente estos factores de riesgo se clasifican de acuerdo con la persona involucrada y el evento traumático experimentado”.

No obstante al no encontrar estrés postraumático se hace pertinente resaltar la afirmación de Marsella que plantean que quien esté interesado en el estudio del PTSD debe eventualmente confrontar el rol de los factores etnoculturales en la etiología, distribución, curso, resultado y tratamiento, ya que los factores etnoculturales tales como las concepciones culturales de salud y enfermedad, la percepción y las definiciones de trauma, las concepciones de persona y los estándares concernientes a la normalidad y la anormalidad, influyen sobre todos los aspectos de las repuestas de los sobrevivientes a las experiencias traumáticas. Además, ellos señalan que los supuestos epidemiológicos

básicos, el lenguaje, las actividades contextuales, los sistemas de recompensa y otras variables fundamentales involucradas en la construcción social de la realidad, deben ser tenidos en cuenta por los investigadores cuando utilicen el constructo TEPT.

13. CONCLUSIONES

- Los integrantes del grupo GAULA se ubican en el rango de 32 a 37 años de edad, mientras que en el grupo AFEUR la mayor proporción se ubica en el rango de 26 a 31 años.
- En ambos grupos predomina el estrato socioeconómico medio, y el estado civil casado.
- El tiempo de servicio promedio es de 8.88 años para el GAULA y de 10.54 años para el AFEUR, sin embargo se puede decir que la variable tiempo de servicio no es homogénea para los dos grupos.
- Con relación al lugar de procedencia, la mayoría, en ambos grupos proviene de la región andina.
- De acuerdo al número de combates expuestos; en el grupo GAULA es de 3,52 (Des. Típ $\pm 2,24$), y en el grupo AFEUR es de 5,68 (Des. Típ $\pm 7,78$), pero el grupo AFEUR presenta una mayor dispersión en este aspecto, en comparación al grupo GAULA.

La prevalencia de punto del estrés postraumático en los grupos GAULA Y AFEUR adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila se encontró que la prevalencia estimada es de 4% en cada grupo y en el total de la muestra.

La descripción de estas característica se hace al total de la muestra y no a cada uno de los grupos, esta decisión se tomo a raíz de que los dos grupos no

presentan diferencias significativas en cada uno de los ítem de acuerdo al estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney.

La existencia de las relaciones entre las variables sociodemográficas y el puntaje de frecuencia, gravedad y total del instrumento para el diagnóstico del estrés postraumático, se aplicó el estadístico PEARSON y se observó que hay una relación significativa entre el total de frecuencia de estrés postraumático y el puntaje total de la prueba, como también se encontró una significancia entre la frecuencia de estrés y gravedad del estrés, lo que indica la consistencia de la prueba entre los sub resultados y el resultado total de la prueba. Otra relación encontrada está dada entre las variables tiempo de servicio y número de combates, que, aunque es significativa estadísticamente, no se puede considerar una relación fuerte.

14. RECOMENDACIONES

Incluir en futuras investigaciones la prevalencia de estrés postraumático y las características que puedan estar asociadas con este, en otros grupos, con el fin de evaluar constantemente, en pro del bienestar de los soldados pertenecientes a la novena brigada.

Medir e intervenir en los soldados de la novena brigada mediante la aplicación de pruebas psicométricas como depresión, riesgos suicidas y ansiedad; y de esta forma implementar estrategias de intervención psicológicas con el fin de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios que presta a la sociedad.

Utilizar los hallazgos de esta investigación para profundizar en estudios de estrés postraumático en los que se incluyan diferentes grupos del ejército y se tengan en cuenta otras variables adicionales.

Realizar un proceso de intervención, en los sujetos que presentan síntomas asociados al TEPT, mediante terapia grupal y/o individual para abordar la problemática de forma integral y de ese modo generar redes de apoyo que promuevan la calidad de vida en los soldados de la novena brigada.

BIBLIOGRAFIA

A. TASMAN (Eds.) American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 12. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

BLANK AS. The longitudinal course of PTSD. En: PTSD. DSM-IV and beyond. Davidson JRT, Foa EB, Eds. Chp. 1. American Psychiatric Press, Washington DC, 1993.

BRESLAU N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry 1991.

BRIERE J, WOO R, MCRAE B y cols, lifetime victimization history, demographics, clinica status in female psychiatric emergency room patients, 1997.

BROMET , SONNEGA A KESSLER RC, Risk factors for DSM III-R PTSD, findings from the national comorbidity survey, 1998.

CARROL, E Y FOY,D. (1992). Assessment and Treatment of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder in a Medical Center Setting. David Foy. Treating PTSD: Cognitive Behavioral Strategies. USA : Guilford Publications.

CASTAÑO, B.L. (1994). *Violencia sociopolítica en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas*. Bogotá: Corporación AVRE.

CONSUEGRA, CORONADO, ORTÍZ, ROJAS Y TORRES. (1999). Proyecto Estrés Post Traumático de Combate, Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

COWLY, G Y KALB, C. (2003). Nuestros Cuerpos Nuestros Temores. Newsweek en Español, Marzo del 2003.

DAVIDSON JRT, FAIRBANK JA. The epidemiology of PTSD. En: Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond. Davidson JRT, Foa EB, Eds. Chp 8. American Psychiatric Press, Washington DC, 1993.

DAVIDSON JRT, HUGHES D, BLAZER Y cols: posttraumatic stress disorder in the community; an epidemiological study, 1991.

FOA E, STEKETEE,G Y ROTHBAUM, B. (1989). Behavioral/Cognitive Conceptualizations of Post-Traumatic Stress Disorder. Behavior Therapy ,1989.

FOA E., RIGGS, D. Post-Traumatic Stress Disorder In Rape Victims. Medical College of Pennsylvania at Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute. In J. Oldham, M. B.Riba.

FOLLETE, V, RUSECK, J Y ABUEC, F. (1998). A contextual Analysis of Trauma.

FONTANA, D. (1992) Control del Estrés. México: Editorial El Manual Moderno.

FLACK W; WILLIAM, F; BRETT, T; KEANE, T Y TERENCE, M. (2000) Cognitive- Behavioral Treatment of War – Zone Related Posttraumatic Stress Disorder: a flexible, Hierarchical Approach. Follete V et al (Eds) Cognitive Behavioral Therapies for Trauma. New York: The Guilford Press.

JONES, F. (1995). Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Textbook

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA Lucio, P. *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Santa Fé de Bogotá, Colombia. Mc Graw Hill. 1998.

KEANE, FAIRBANK, J; CADELL, J; ZIMERING, R Y BENDER, M. (1985). A Behavioral Approach to Assessing and Treating Post-traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans. Charles Figley (ed.). Trauma and its Wake. New York: Brunner Mazel.

KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995.

KULKA RA, SCHLENGER WE, FAIRBANK JA. Trauma and the Vietnam War Generation. Brunner/Mazel, New York, 1990.

LAZARUS, R. (2000). Estrés y Emoción: anejo e Implicaciones en nuestra Salud. USA : Ed Desclée de Broker.

MARSELLA, M, FRIEDMAN, M., GERRITY, E. & SCURFIELD, R. (1996) Introduction. En A. Marsella, M. Friedman, E. Gerrity, & R. Scurfield (Eds.), Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications. Washington, DC: American Psychological Association.

MEICHENBAUM, D. A Clinical Handbook /practical therapist manual for assesing and treating Post. Traumatic Stress Disorder. (pp 497 – 535). Ontario: Institute.

MARTÍNEZ SELVA, JM. (1995). Psicofisiología. España: Síntesis. National Center for PTSD [NCPTSD]. (2002). What is Posttraumatic Stress Disorder. Recuperado el 18 de marzo de 2003, de www.ncptsd.org.

PÉREZ , A (2000). El impacto psicológico de los desastres naturales. Quindío.

PINEL, P (2000) Biopsicología. New York: Prentice Hall.

ROBINS LN, REGIER DA. Psychiatric disorders in America. The Free Press, New York, 1991.

SAIGH PA. History, current nosology and epidemiology. En: Posttraumatic stress disorder: A behavioral approach to assessment and treatment. Saigh PA, Ed. Pergamon Press, New York, 1993.

SILVA RR, ALPERT MM, MUNOZ DM y cols, stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents, 2000.

SERRANO, C. (1998). Estrés Postraumático de Combate. Cuadernos de Clínica 1998. Bogotá: Cargraphics.

VAN DER KOLK. (1994). The Body Keeps the Store. Recuperado el 9 de Marzo de 2003, de www.traumapages.com.

YEHUDA R, WONG CH, etiology and biology of posttraumatic stress disorder, 2001.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

YO _____, manifiesto que he sido bien informado sobre los objetivos y los procedimientos a utilizar en el proceso de investigación; el cual se llevará a cabo como parte del desarrollo profesional en psicología de los estudiantes Ricardo Amaya identificado con código 2004201626; Johana Guio, identificada con código 2004201506; y Carlos Mauricio Capera, identificado con código 2004201457, educandos de dicha carrera de la Universidad Surcolombiana.

Mediante el actual documento autorizo a los representantes de esta investigación, para consignar la información registrada por mí en la Escala de Trauma de Davidson, previamente acordado y analizado exclusivamente como parte de la investigación denominada “caracterización del trastorno de estrés postraumático en los grupos Gaula Y AFEUR adscritos a la novena brigada”, estando igualmente enterado que dicha participación en el estudio no representará ningún riesgo para mi integridad, mi situación laboral, el cual se encuentra clasificado como investigación sin riesgo, según el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y atendiendo a lo planteado en su TÍTULO II del CAPÍTULO 1 relacionado con LA INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS EN LOS ASPECTOS ÉTICOS.

De igual manera esta información deberá hacer parte del secreto profesional, tal como está contemplado en la Ley 1090 de 2006, según el Artículo 2 del Título II, donde se consigna lo referente al principio de confidencialidad, responsabilidad, competencia, estándares legales y morales, bienestar del usuario. Además contaré permanentemente y durante el desarrollo del estudio con la opción de retirar mi consentimiento informado en cualquier momento de la investigación.

Firma: _____

C.C. _____

Anexo B. Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Edad: _____ Estrato: Bajo___ Medio___ Alto___ Estado civil: _____

Tiempo de servicio _____ Procedencia: _____

Fecha: ____|____|____ Numero Combates asistidos _____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante **la última semana**. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

<u>Frecuencia</u>	<u>Gravedad</u>
0= nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

- ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?
- ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?
- ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?
¿Como si lo estuviera reviviendo?
- ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?
- ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento?
(Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)
- ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?
- ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?
- ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?
- ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?
- ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?

- 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?
- 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?
- 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?
- 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?
- 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?
- 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?
- 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?
