

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA POLÍTICA EN COLOMBIA¹

EDGAR G. ALEJO*

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA, COLOMBIA

GERMÁN RUEDA, MARTHA ORTEGA, LUIS CARLOS OROZCO**

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, COLOMBIA

Recibido: agosto 22 de 2006

Revisado: junio 24 de 2007

Aceptado: septiembre 24 de 2007

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF POSTRAUMATIC STRESS DISORDER IN POPULATION DISPLACED BY POLITICAL VIOLENCE IN COLOMBIA

ABSTRACT

A cross-sectional study with a stratified-selected sample of 851 adults from 15 displaced people settlements in the city of Bucaramanga and metropolitan areas of Colombia was carried out in order to identify and describe symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Presence of the disorder was assessed with the CAPS and DTS scales, and current prevalence of psychological trauma was 21%. Associated factors established by means of Logistic Regression included Marital Status (particularly being married or living together); Age (OR = 1.02, $p < 0.00$); Education Level (OR = 1.06, $p < 0.00$), Alcohol Consumption Frequency (OR = 2.45, CI = 1.25-4.82) and Chronic Physical Disease (OR = 5.31, $p < 0.000$).

Key words authors: posttraumatic stress disorder, displacement, psychometry, trauma, violence.

Key words plus: psychometrics, stress disorders, post-traumatic, displacement (psychology), violence psychology.

¹ Investigación Financiada por COLCIENCIAS

* Grupo Psicología Clínica y de la Violencia, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Correo electrónico: ealejo@unab.edu.co

** Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Universidad Industrial de Santander.

RESUMEN

El presente documento muestra los resultados obtenidos con relación a la identificación y caracterización de síntomas propios del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en población desplazada colombiana. Se realizó un estudio transversal en 851 adultos seleccionados por muestreo, estratificado en 15 asentamientos de población desplazada ubicados en la ciudad de Bucaramanga y en el área metropolitana de Colombia. Se valoró la presencia de TEPT por medio del CAPS y DTS, y se encontró una prevalencia actual de trauma psicológico del 21%. Se pudo establecer como factores asociados por medio de análisis de regresión logística: el estado civil, particularmente el ser casados o vivir en unión libre; la edad ($OR = 1.02$, $p < 0.00$); la escolaridad ($OR = 1.06$, $p < 0.000$); la frecuencia de consumo de alcohol ($OR = 2.45$, $IC = 1.25-4.82$) y la morbilidad física de tipo crónico ($OR = 5.31$, $p < 0.000$).

Palabras clave autores: Trastorno por Estrés Postraumático, desplazamiento, psicometría, trauma, violencia.

Palabras claves descriptores: trastornos por estrés postraumático, psicometría, desplazamiento (psicología), violencia – psicología.

No sería exagerado decir que la violencia hace parte de la memoria colectiva de todos los colombianos. Es a partir de ésta que, durante los últimos 60 años, los colombianos han venido construyendo universos simbólicos con relación al poder, la política y los medios de resolución de conflictos (Blair, 1999). Actualmente, todos los colombianos han experimentado en sus vidas algún tipo de vivencia en relación con la violencia, no sólo la generada por la problemática sociopolítica del país desde los años 50 (asociada con el surgimiento de las guerrillas, el narcotráfico y el paramilitarismo), sino también con la violencia generada en los hogares y en las calles.

En cifras, la violencia cobra alrededor de 24.000 muertes al año; el 5.6% de los homicidios ocurridos fueron atribuidos a la violencia política. Para el año 2000, se registraron 25.681 homicidios, 2.070 suicidios y más de 10.000 muertes violentas por otras causas. Para el año 2001 se registró un incremento promedio del 5%, con 27.685 homicidios, 2.056 suicidios y más de 10.200 muertes violentas por otras causas. Por otra parte, se registraron incidentes no fatales con lesiones en 253.528 casos para el 2000 y en 247.636 para el 2001 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [IMLCF], 2001). En el año 2002 se registraron 28.534 homicidios, lo cual muestra un incremento del 0.5% sobre el año anterior y del 8% en relación con el año 2000 (IMLCF, 2003).

Los desplazados en Colombia constituyen la tercera población más grande de refugiados en el mundo después de Sudán y Angola. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estima una cifra aproximada de 2.000.000 de desplazados actualmente en Colombia. Sin embargo, tanto la Red de Solidaridad Social en Colombia (RSS), como la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), señalan un crecimiento constante del número de eventos de desplazamiento

para el 2003, y un aumento en la cantidad de personas desplazadas (CODHES, 2003). Según la RSS, en los tres primeros meses del año 2001 se han desplazado 44.509 personas que integran 10.874 hogares. Al comparar esta cifra con lo ocurrido el primer trimestre de 2000, se observa un crecimiento de 40%, que al finalizar el año 2001 arrojaría una cifra de 180.000 nuevos desplazados. CODHES estima que un total de 91.166 personas se desplazaron durante el primer trimestre del año 2001, lo que supone un aumento de 34.210 personas, el 60% más que el primer trimestre de 2000. En el año 2000 el promedio de personas desplazadas por día fue de 352, y en el primer trimestre de 2001 la cifra ascendió a 495 personas (CODHES, 2003).

Para el año 2002 la RSS presenta en su informe un total de 165.838 familias o 740.079 personas registradas. CODHES estima que durante el 2003 se desplazan aproximadamente 690 personas diariamente. Si se proyecta que se da un promedio de 600 personas diarias (cifra tomada por debajo de las estimaciones), se tendrían 219.000 personas desplazadas este año; y a un incremento del 50% anual, habría aproximadamente más de 2.500.000 desplazados para el 2006, y se contabilizaría un total de 4.500.000 a 5.000.000 de desplazados (10% de la población total).

Uno de los primeros signos o síntomas psicológicos en la población desplazada es el miedo caracterizado por la inhibición en la expresión de sentimientos, la desconfianza, la indefensión y la evitación de todo lo relacionado con su pasado. Esto está igualmente relacionado con una dificultad para proyectarse en el futuro, la sensación de auto-abandono y los problemas para rearticularse dentro de un tejido social. El miedo y todas las emociones unidas a él son el reflejo de los eventos traumáticos vividos por la población, esto es, los hechos que han puesto en peligro sus vidas o las de otras personas y que generan cambios importantes en el comportamiento, cogniciones y emo-

ciones, al punto de producir un gran malestar psicológico, dificultades para desarrollar actividades normales, así como para planear el futuro y desempeñarse productivamente dentro de una comunidad.

Síntomas tales como recuerdos e imágenes intrusivas sobre acontecimientos violentos, pensamientos recurrentes que producen malestar, pesadillas, respuestas de sobresalto, ansiedad, sensación de desapego y un futuro desolador se identifican con el nombre de trastorno por estrés post-traumático (TEPT) o PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) (American Psychiatric Association [APA], 2002). Éstos pueden durar algunos meses o toda la vida, y producir una total disfuncionalidad en quienes los padecen.

Numerosas investigaciones con poblaciones expuestas a hechos de violencia sociopolítica en poblaciones de refugiados y desplazados de Asia (Kinzie, Sack, Angell, Mason & Rath, 1986; Mollica, Wyshack & Lavelle, 1987); Centro América (Arroyo & Eth, 1985; Cervantes, Salgado de Zinder & Padilla, 1989; López, Boccari & Hall, 1988) y Colombia (Palacio, Abello, Madariaga & Sabatier, 2001; Palacio & Sabatier, 2002) han evidenciado la presencia de sintomatologías de trauma y la aplicación del modelo de TEPT a dichos diagnósticos. Las experiencias traumáticas reportadas incluyen: aislamiento, daño o lesión física, tortura, abuso sexual, encarcelamiento y secuestro, separación forzada de seres queridos, vivencia de muertes, vivencia de hechos de guerra, etc. Tales experiencias son comunes a las vividas por las personas forzadas a desplazarse dentro del territorio colombiano.

Los problemas de salud mental en refugiados han sido ampliamente documentados. La investigación clínica ha demostrado una alta prevalencia de TEPT y síntomas de depresión (Mollica et al., 1987; Thompson & McGorry, 1995) en estudios comunitarios, usando escalas de auto-registro (Carlson & Roser-Hogan, 1994) y con entrevistas diagnósticas estructuradas (Basoglu, Paker, Ozmen, Tasdemir & Sahin, 1994); se ha encontrado una gran variación en la prevalencia de los síntomas de TEPT (4%-86%) y en depresión (5%-31%). Los refugiados experimentan múltiples síntomas debido a la variedad de experiencias traumáticas vividas, sin embargo, aún no es claro el significado de estos síntomas y no es seguro que muchos de ellos sean característicos de TEPT, de depresión o de un trastorno de adaptación (Hollifield, Warner, Lian, Krakow, Jenkins, Kesler, et al., 2002). La población desplazada experimenta diversos eventos estresantes que están asociados con consecuencias adversas para su salud. Por consiguiente, esta población presenta niveles de morbilidad altos, una disminución en su expectativa de vida, y vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales y hábitos de salud

pobres en comparación con otros tipos de poblaciones traumatizadas (Schnurr, 1996).

El estudio sobre los efectos psicológicos de las experiencias propias de la condición de refugio, asilo y desplazamiento, y su relación con la sintomatología asociada al diagnóstico de TEPT según el DSM IV, ha dado lugar a posiciones encontradas. Alejo (2005) y Punamäki (1989), por ejemplo, argumentan que los modelos psiquiátricos de estrés son inapropiados para la conceptualización de la violencia y la represión políticamente inducidas, debido a que esta visión reduce los problemas sociales, políticos e históricos a un nivel individual. Por otro lado, Friedman y Jarason (1994) proponen que el modelo de TEPT es adecuado para la interpretación y caracterización de los efectos de eventos relacionados con la movilización, y argumentan que éste parece ofrecer una aproximación útil en la conceptualización del impacto psicológico de las vivencias traumáticas.

Experiencias de investigaciones en otras culturas han evidenciado diferencias en relación con los hallazgos en investigaciones sobre TEPT en poblaciones refugiadas no occidentales (e.g. Boehnlein, 1987; Lin, 1986). Otros autores han discutido la importancia de la consideración de factores culturales, de lenguaje, y aquellos relacionados con los imaginarios sociales en el estudio del TEPT en refugiados (DeGirolamo & McFarlane, 1996; Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 2001), y en la medición y diagnóstico en estas poblaciones (Mollica et al., 1992).

El desconocimiento de la prevalencia de los trastornos mentales y, en general, del estado de salud mental en la población desplazada en Colombia sugiere un problema de investigación de interés tanto nacional como internacional, no sólo por la identificación de la aplicabilidad del modelo de TEPT y la prevalencia de éste, sino por la comparación con estudios previos sobre otras poblaciones de desplazados o refugiados. Puede haber diferencias en las características de la población colombiana, con relación a otras que han sido objeto de investigaciones recientes; igualmente, es muy importante la caracterización de la vivencia traumática misma y la identificación de factores de riesgo de TEPT en esta población en particular.

Materiales y métodos

La presente investigación es de carácter descriptivo de corte transversal, y de naturaleza retrospectiva. Para el diagnóstico y valoración de TEPT fueron usadas dos tipos de medidas. En primer lugar, se empleó una versión en español, validada en otras poblaciones con TEPT (Bobes, Bousoño, Calcedo & Gonzáles, 2000) de la entrevista estructurada Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS). El diagnóstico de TEPT se realizó

con base en el cumplimiento de los criterios diagnósticos de TEPT según el DSM-IV, usando el protocolo SCID, el cual valora los 17 síntomas de acuerdo con una escala dicotómica

Igualmente, y con el objetivo de validar instrumentos con fines de tamizaje o *screening*, fue aplicada la escala de Trauma de Davidson – DTS (Davidson, Book, Colket, Tupler, Roth, David et al., 1997) para adultos. Todos los instrumentos fueron suministrados por el National Center for Post-traumatic Stress Disorder, Behavioral Science División, Boston VA Medical Center, con fines de investigación. Adicionalmente a las pruebas de TEPT se aplicó una entrevista estructurada de variables socio-demográficas, familiares y de percepción de apoyo social, para evaluar posibles factores de riesgo.

Se seleccionaron 851 adultos por muestreo, estratificado a partir de 15 asentamientos distribuidos en cuatro municipios en el área metropolitana de Bucaramanga durante los meses de abril a junio de 2001, julio a diciembre de 2003 y febrero a mayo de 2004 (Tabla 1). Las muestras se seleccionaron con base en los registros del Sistema Nacional de Recepción del Desplazado por la Red de Solidaridad Social (RSS), y por medio de la colaboración y acompañamiento realizado por la Cruz Roja Colombiana, y las organizaciones Corporación Compromiso y Pastoral Social.

Para el estudio de validación se seleccionó de la muestra a 725 adultos a quienes les fueron aplicados todos los instrumentos (Alejo, Rueda & Orozco, en prensa); a los demás, sólo les fueron aplicados los instrumentos de *screening*. Con el fin de determinar la posible asociación con factores de riesgo, de la muestra total de adultos (851) se seleccionó a 524, a quienes les fue aplicada adicionalmente la entrevista sociodemográfica. El procedimiento de aplicación fue desarrollado en campo, en espacios acondicionados para entrevista clínica.

Con el fin de garantizar la aplicabilidad de los criterios diagnósticos con iguales parámetros de aplicación, ocho encuestadores, profesionales de la carrera de psicología, con experiencia en entrevista clínica, fueron entrenados para la aplicación de los instrumentos junto con validación cruzada de aplicación para garantizar la uniformidad y reproducibilidad. El acuerdo entre evaluadores fue del 92% dentro del proceso de entrenamiento en la evaluación diagnóstica.

Con relación a la aplicación de pruebas, se estableció un procedimiento de enmascaramiento con el fin de impedir sesgos diferenciales producto del conocimiento del evaluador de la condición resultante, tanto en la prueba del CAPS y en la DTS, como en SCID. Así, tres profesionales diferentes evaluaron a cada persona en momentos distintos y sin previo conocimiento del re-

sultado de las demás pruebas. Igualmente, el orden de aplicación fue contrabalanceado con el fin de equilibrar posibles efectos del paso de una prueba a otra. Toda la aplicación, tanto en el pilotaje como en el estudio poblacional tardó un promedio de cuatro horas, divididas en dos sesiones, para el caso de las personas a quienes les fueron aplicadas todas las pruebas, y de una hora y media, para aquellos a quienes se les aplicó sólo el *screening* y la entrevista sociodemográfica.

La base de datos fue depurada y limpiada por medio de doble digitación y validada por medio del software Validate de Epiinfo 6.0d. Finalmente, la información total sólo fue desenmascarada en el momento del análisis de datos y analizada por personas diferentes de quienes realizaron la aplicación de instrumentos y la digitación de datos. La digitalización fue realizada en dos bases de datos por separado; una, en una base de datos diseñada especialmente para la investigación en Microsoft Access 2000, y la otra realizada por medio del software EPED y ENRERX de EPIINFO 6.0d. El análisis de datos fue desarrollado por medio del software SPSS 11.5 y STATA 8.0.

El estudio se realizó empleando análisis descriptivos generales. Como medidas de asociación para variables continuas, se recurrió al coeficiente de correlación de Spearman; para variables ordinales categóricas, dicotómicas y nominales, a la prueba chi cuadrado (X^2), el análisis de riesgo por riesgo relativos (RR), crudos y ajustados por regresión binomial, así como Odds Ratio (OR) crudos y ajustados por medio de regresión logística. Para efectos de la evaluación de las pruebas diagnósticas, se emplearon el coeficiente de concordancia de Kappa, el análisis de componentes principales con rotación ortogonal y el análisis de área bajo la curva, ROC (Alejo et al., en prensa).

Resultados

Con respecto a la validación de instrumentos, tanto las pruebas totales como las escalas y criterios presentaron una muy buena consistencia interna (CAPS = 0.92, DTS = 0.93). La validez convergente de las pruebas de CAPS y DTS resultó satisfactoria, y se encontró una relación positiva entre ambas ($r = 0.66$, $p < 0.000$, $n = 725$) (Alejo et al., en prensa).

El análisis de concordancia mostró, para el caso de CAPS actual, el mejor punto de corte en 40 (Kappa = 0.78, $p = 0.000$) con una sensibilidad de 0.8 y una especificidad de 0.98; valores predictivos positivos de 0.81 y valores predictivos negativos de 0.98. Por su parte, en el caso del DTS, el mejor punto de corte fue para la escala de intensidad en 25 (Kappa = 0.53, $p = 0.000$), con sensibilidad de 0.68 y especificidad de 0.92; valores predictivos positivos de 0.52 y valores predictivos negativos de 0.96.

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS MUESTRA DE ADULTOS

Clase		Estado	Mujer	Hombre	Total
Muestra		f	534	317	851
		%	62.75	37.25	
Edad		Media	36.62	38.74	37.41
		Min	18	18	18
		Max	79	80	80
		Desv. Est.	13.63	14.43	13.96
Estado civil	Soltero	f	86	57	143
		%	60.14	39.86	16.80%
	Casado	f	122	84	206
		%	59.22	40.78	24.21%
	Separado	f	48	11	59
		%	81.36	18.64	6.93%
	Viudo	f	47	6	53
		%	88.68	11.32	6.23%
	Unión Libre	f	230	159	389
		%	59.13	40.87	45.71%
Escolaridad	Analfabeta	f	86	72	158
		%	544.304	45.57	18.63%
	Analfabeta funcional	f	27	20	47
		%	574.468	42.553	5.54%
	Primaria incompleta	f	152	78	230
		%	66.087	33.913	27.12%
	Primaria completa	f	115	49	164
		%	70.122	29.878	19.34%
	Bachillerato incompleto	f	88	47	135
		%	651.852	34.815	15.92%
	Bachillerato completo	f	54	44	98
		%	55.102	44.898	11.56%
	Técnico-tecnólogo	f	7	5	12
		%	583.333	41.667	1.42%
	Profesional	f	3	1	4
		%	75	25	0.47%

En lo que se refiere a la prevalencia de TEPT en adultos, se pudo identificar a 235 positivos y 616 negativos, a partir de 851 evaluados, lo cual correspondería a una prevalencia test (calidad de la prueba, Q) de 28% (Figura 1, Tabla 2). Al realizar los cálculos, se pudo identificar que de estos 851 evaluados el 21.1% correspondería a la prevalencia verdadera de la muestra estudiada.

Con respecto al género, se identificaron 145 mujeres (27.2%) y 90 hombres (28.4%) positivos.

Sobre la variable edad, se pudo identificar una asociación positiva, aunque pequeña, ($r = 0.125$, $p < 0.000$) (tablas 3 y 4) con las puntuaciones en CAPS. Además, al categorizar la variable edad en cuatro grupos, tomando como puntos de corte los centiles 25.50 y 75, la asocia-

ción se hizo más evidente ($\chi^2 = 17.01$, $p < 0.01$). Por otra parte, en lo que se refiere al tiempo de desplazamiento, el cual fue medido en meses hasta el momento de la entrevista, se pudo identificar una asociación negativa con TEPT ($\rho = -0.4$, $p < 0.000$), lo cual sugiere que a mayor tiempo de desplazamiento, menor prevalencia de TEPT.

Al categorizar la variable tiempo de desplazamiento en cuatro grupos por puntos de corte centil, 25, 50 y 75, se encontró una relación más clara entre el tiempo de desplazamiento y TEPT (Tabla 5 y Figura 1). Los grupos de menor tiempo (0-12 meses) presentaron la mayor prevalencia (43%) (Alejo, Aguilera, Rueda, Ortega & Orozco, 2002) de TEPT, en comparación con quienes tienen más edad (2 a 16 años) en condición de desplazamiento (12%). Al incluir estas variables junto con la de escolaridad en un análisis de regresión logística, se pudo identificar las variables edad ($OR = 1.02$, $p < 0.00$) y escolaridad ($OR = 1.06$, $p < 0.000$) como factores asociados a TEPT. En relación con estado civil, se identificó una mayor prevalencia de TEPT en viudos (43%), casados (35%), separados (27.1%) y personas en unión libre (25.2%), en comparación con los solteros (21.7%).

Se encontró, igualmente, una fuerte relación de TEPT con la frecuencia en el consumo de alcohol ($OR = 2.45$, $IC = 1.25-4.82$). Adicionalmente a la valoración de la frecuencia y cantidad de consumo por vez, se evaluaron

las respuestas psicológicas más comunes con relación al alcohol, entre ellas: alegría-euforia, depresión, irritabilidad y pérdida de recuerdos o lagunas; se encontró, en el caso de "respuestas de depresión relacionadas con consumo", una fuerte asociación con los TEPT ($OR = 1.83$, $I.C = 1.12-2.99$) (Tabla 6).

Por otra parte, se identificó una fuerte asociación de morbilidad física de tipo crónico con TEPT ($OR = 5.31$, $p < 0.000$). Aunque no existe aún un modelo teórico que vincule estos resultados, es posible aventurarse a desarrollar conjeturas en relación con el vínculo entre propensión a problemas de naturaleza psicológica y la morbilidad física. Si bien esta asociación se encuentra ampliamente documentada en la literatura sobre morbilidad psicosomática, lo interesante es que en la población objeto de estudio se presentó una proporción de morbilidad física (principalmente de tipo cardiovascular y renal) relacionada con TEPT. Falta realizar evaluaciones posteriores sobre la plausibilidad teórica de esta asociación y la razón por la que se produce.

No se encontró asociación con otros factores de riesgo reportados en la bibliografía, como son los antecedentes de enfermedad psiquiátrica y el uso de drogas.

No se pudo establecer asociación alguna, ni con variables familiares, ni con la percepción de red de apoyo social; sólo un factor (solicitud de ayuda a otros) presentó una asociación importante ($OR = 1.69$, $IC = 1.11-$

FIGURA 1

FRECUENCIA DE POSITIVOS Y NEGATIVOS TEPT SEGÚN DTS, $Q = 0.28$, $P = 21\%$, $N = 851$

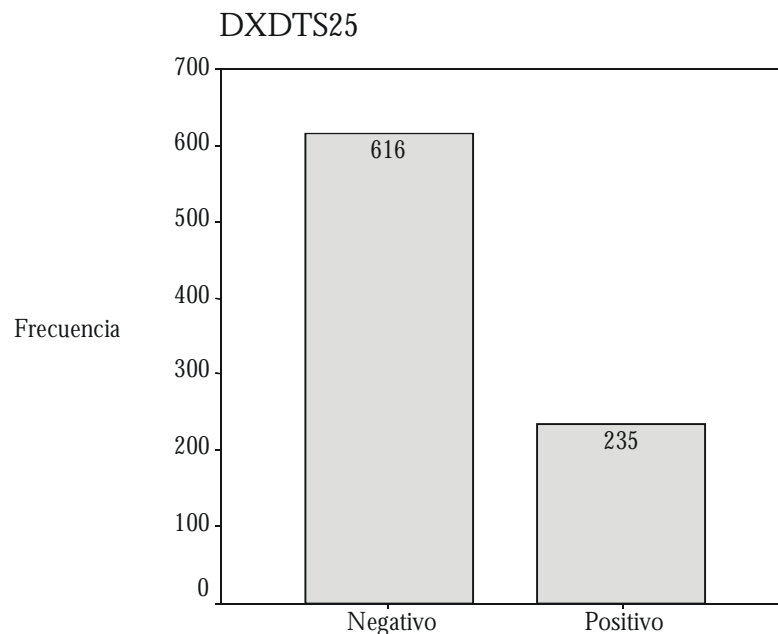


TABLA 2

FRECUENCIA DE POSITIVOS Y NEGATIVOS TEPT SEGÚN GÉNERO

			Negativo	Positivo	Total
Género	Mujer	N	389	145	534
		% Género	72.8	27.2%	100.0%
		% Dx	%	61.7%	62.7%
	Hombre	N	63.1%	90	317
		% Género	227	28.4%	100.0%
		% Dx	71.6%	38.3%	37.3%
Total		N	36.9%	235	851
		% Género	72.4%	27.6%	100.0%
		% Dx	100.%	100.%	100.%

TABLA 3

CORRELACIÓN SPEARMAN DE ESCALA DTS - INTENSIDAD Y EDAD

		Total DTS INT	Edad
Rho de Spearman	Total DTS INT	1.000	
		.	
		851	
		0.125*	1.000
		0.000	
		851	851

TABLA 4

TABLA DE CONTINGENCIA Y MEDIDA DE ASOCIACIÓN PARA POSITIVOS Y NEGATIVOS SEGÚN DTS POR GRUPOS DE EDAD

			Negativo	Positivo	Total
Edad	0-27	N	190	49	239
		% Edad	79.5%	20.5%	100.0%
		% Dx	30.8%	20.9%	28.1%
	28-35	N	156	56	212
		% Edad	73.6%	26.4%	100.0%
		% Dx	25.3%	23.8%	24.9%
	36-46	N	142	52	194
		% Edad	73.2%	26.8%	100.0%
		% Dx	23.1%	22.1%	22.8%
	47-80	N	128	78	206
		% Edad	62.1%	37.9%	100.0%
		% Dx	20.8%	33.2%	24.2%
Total	N	616	235	851	
	% Edad	72.4%	27.6%	100.0%	
	% Dx	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 4A

MEDIDAS DE ASOCIACIÓN PARA POSITIVOS Y NEGATIVOS SEGÚN DTS POR GRUPOS DE EDAD TABLA 2

FRECUENCIA DE POSITIVOS Y NEGATIVOS TEPT SEGÚN GÉNERO

Prueba	Valor	GL	Sig. (2 colas)
Chi-cuadrado de Pearson	17.091	3	0.001
LR	16.804	3	0.001
Asociación linear-linear	15.117	1	0.000
N de casos válidos	851		

FIGURA 1

DISTRIBUCIÓN DE POSITIVOS Y NEGATIVOS SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO EN MESES

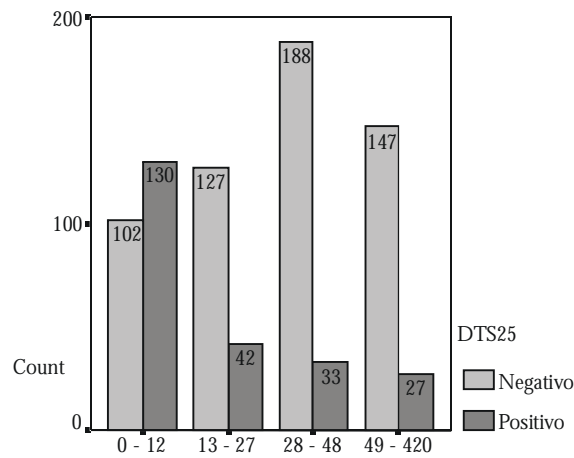


TABLA 5

TABLA DE CONTINGENCIA PARA POSITIVOS Y NEGATIVOS SEGÚN DTS POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

			DTS25		Total
			Negativo	Positivo	
Meses de desplazamiento	0-12	n	102	130	232
		% tiempo	44.0	56.0%	100.0%
		% dx	18.1%	56.0%	29.1%
	13-27	n	127	42	169
		% tiempo	75.1%	24.9%	100.0%
		% dx	22.5%	18.1%	21.2%
	28-48	n	188	33	221
		% tiempo	85.1%	14.9%	100.0%
		% dx	33.3%	14.2%	27.8%
	49-420	n	147	27	174
		% tiempo	84.5%	15.5%	100.0%
		% dx	26.1%	11.6%	21.9%
Total	n	564	232	796	
	% tiempo	70.9%	29.1%	100.0%	
	% dx	100.0%	100.0%	100.0%	

TABLA 6A

MEDIDAS DE ASOCIACIÓN PARA POSITIVOS Y NEGATIVOS SEGÚN DTS POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

Prueba	Valor	GL	Sig. (2 colas)
Chi-cuadrado de Pearson	120.003	3	0.000
LR	116.439	3	0.000
Asociación linear-linear	95.846	1	0.000
N de casos válidos	796		

TABLA 6

ANÁLISIS DE RIESGO PARA FACTORES PERSONALES ASOCIADOS CON TEPT

Factor	OR Crudo	OR Ajustado	IC 95%
Tabaco	0.88	0.85	0.60 - 1.19
Frec. alcohol	1.35	2.45	1.25 - 4.82
Resp. alegría	0.95	0.80	0.51 - 1.24
Resp. lagunas	0.91	0.66	0.30 - 1.45
Resp. depresión	1.47	1.83	1.12 - 2.99
Resp. agresividad	0.95	0.89	0.34 - 2.31
Drogas	1.11	2.44	0.23 - 25.56
Enfermedad infecciosa	0.51	9.40	0.35 - 253.87
Enfermedad crónica	2.28	5.31	1.05 - 26.81
Frec. enf. crónica	1.27	0.73	0.43 - 1.24
Incap. percibida crónica	1.66	0.89	0.41 - 1.95
Enf. psiquiátrica	2.69	20.43	0.72 - 578.77
Frec. enf. psiquiátrica	1.43	0.46	0.10 - 2.22
Incap. percibida enf. psiq.	1.71	0.54	0.11 - 2.73
Ha necesitado ayuda de otros	1.69	3.08	1.11 - 8.56

8.56), lo cual puede ser explicado debido a la covariación de esta variable con la presencia de TEPT.

La prevalencia de TEPT con relación a la experimentación de eventos, muestra que las experiencias de secuestro y tortura resultaron ser los eventos de mayor impacto en el desarrollo del trastorno. Al analizar la asociación de TEPT con cada tipo de evento en un modelo de regresión, se encontró que, en su orden, los más estrechamente asociados con TEPT fueron: el secuestro, la exposición a sustancias tóxicas y la amenaza de perder la vida (Tabla 7).

Aunque el 56.3% de quienes resultaron positivos en la prueba de TEPT presentaron una respuesta peritraumática de miedo, horror y auxilio inmediatamente después de la vivencia del hecho traumático, la respuesta

peritraumática que mostró mayor asociación con TEPT fue la disociación peritraumática (OR = 3.25, $p < 0.000$) (Tabla 8).

Igualmente con relación a la respuesta peritraumática y a los estilos de afrontamiento, aún se desconoce los tipos de afrontamiento de naturaleza cognitiva y su importancia en la determinación de TEPT. A futuro se esperan investigaciones que profundicen sobre los temas aquí relacionados y sobre otros factores aún no estudiados.

Conclusiones

Como conclusión, se muestra la aplicabilidad del modelo de TEPT en la población objeto de estudio, iden-

TABLA 7

ANÁLISIS DE RIESGO DE TEPT PARA EXPERIMENTACIÓN DE EVENTOS

Evento	OR Crudo	OR Ajustado	IC 95%	Neg(%)	Pos(%)	Tot(%)
Desastre natural	1.25	1.18	1.02 - 1.38	105(79)	28(21)	133(8)
Incendio - explosión	1.04	0.89	0.73 - 1.09	86(85)	15(15)	101(6)
Accidente tránsito	1.05	0.91	0.76 - 1.10	107(86)	17(14)	124(7)
Accidente	1.17	1.07	0.88 - 1.30	52(79)	14(21)	66(4)
Sustancia tóxica	1.34	1.25	1.02 - 1.54	30(71)	12(29)	42(2)
Agresión física	1.14	1.03	0.88 - 1.21	142(82)	31(18)	173(10)
Asalto con armas	1.19	1.13	0.96 - 1.32	97(80)	24(20)	121(7)
Asalto sexual	1.12	1.11	0.87 - 1.42	29(81)	7(19)	36(2)
Experiencia sexual incómoda	1.29	1.19	0.88 - 1.61	13(72)	5(28)	18(1)
Zona de guerra	1.17	1.07	0.92 - 1.25	236(84)	45(16)	281(16)
Secuestro	1.63	1.43	1.10 - 1.86	12(52)	11(48)	23(1)
Amenaza perder vida	1.33	1.24	1.04 - 1.47	61(75)	20(25)	81(5)
Tortura	1.40	1.17	0.92 - 1.48	27(69)	12(31)	39(2)
Testigo muerte violenta	1.20	1.07	0.89 - 1.29	104(83)	21(17)	125(7)
Muerte pariente	1.15	1.11	0.95 - 1.29	193(84)	38(16)	231(14)
Daño físico por persona	1.11	1.05	0.76 - 1.44	17(77)	5(23)	22(1)
Otro	1.12	1.08	0.91 - 1.29	78(82)	17(18)	95(6)
Ningún evento						18(3)

tificándose una prevalencia alta en adultos por encima de la prevalencia en población general reportada en estudios poblacionales (21% vs. 3%) (Helzer, Robins & McEvoy, 1987). Esta proporción proyecta más de 630.000 desplazados con postrauma en la población asentada en Colombia.

La edad, la respuesta peritraumática de disociación y el estado civil se identificaron como factores de riesgo fuertemente asociados con el desarrollo de los síntomas. Se pudo encontrar que las personas mayores de 50 años presentan una prevalencia más alta de TEPT, lo cual sugiere un bajo nivel de recuperación cuando el evento traumático se presenta en edades superiores a los 35 años. Por otra parte, se evidenció un mejoramiento gradual de los síntomas con relación al tiempo de desplazamiento, lo cual es consistente con la presencia de remisión en el caso del paso de estrés agudo a crónico, y la remisión total en cerca del 40% de las personas expuestas. Igualmente, la condición de desplazamiento facilita que, en relación con el abandono de aquello que recordaba más el o los eventos traumáticos, los individuos permanezcan subclínicos y sin sintomatología evidente de postrauma.

No se halló diferencia alguna entre hombres y mujeres, lo cual contrasta con la información reportada en la bibliografía, según la cual el género femenino resulta más

vulnerable (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). De la misma manera, se pudo evidenciar una asociación entre la intensidad de los síntomas y la frecuencia del consumo de alcohol, el cual es un inhibidor temporal de los mismos, como ya se ha mostrado en otros reportes en la bibliografía. Sin embargo, y relacionado con este aspecto, se identificó que la respuesta de depresión fue la más frecuente y la más vinculada con los síntomas de trauma en esta población, lo cual sugiere comorbilidad de trastornos afectivos junto con síntomas de TEPT.

Por otra parte, aunque el 97% de los evaluados reportaron vivencia de hechos traumáticos, no todos presentaron el cuadro completo de trauma; cerca del 43% de la muestra permaneció en nivel subclínico. Esto sugiere la evaluación de los criterios diagnósticos, la identificación de familias de trauma comórbidas con sintomatología depresiva y diferenciadas de la valoración de trastornos afectivos y los propios de ansiedad. Así, es posible pensar en la fenomenológica postraumática como una categoría independiente de los trastornos de ansiedad y afectivos, que comparte sintomatologías de los dos, pero cuya etiología supone una identificación independiente, ya que gran parte de los cuadros encontrados terminan siendo clasificados como trastornos de ansiedad no especificados (DESNOS).

TABLA 8

ANÁLISIS DE RIESGO PARA TEPT DE RESPUESTAS PERITRAUMÁTICAS

Respuesta	OR Crudo	OR Ajustado	IC 95%
Miedo después	1.60	1.29	0.71 – 2.36
Miedo durante	1.67	1.32	0.66 – 2.65
Disociación peritraumática	3.55	3.25	1.62 – 6.53

Referencias

- Alejo, E. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. *Medunab*, 8, 23-28.
- Alejo, E., Aguilera, A., Rueda, G., Ortega, M. & Orozco, L. (2002). *Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada asentada en el municipio de Bucaramanga* (Informe de avance). Bogotá: Colciencias.
- Alejo, E., Rueda, G & Orozco, L. (en prensa). Análisis factorial y validez concurrente de la entrevista de administración clínica para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (CAPS) y la escala de tamizaje de Davidson (DTS). *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arroyo, W. & Eth, S. (1985). Children Traumatized by Central America Warfare. En S. Eth & R Pynnors (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder in Children* (pp. 101-120). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Basoglu, M., Paker, M., Ozmen, E., Tasdemir, O. & Sahin, D. (1994). Factors Related to Long-term Traumatic Stress Responses in Survivors of Torture in Turkey. *Journal of the American Medical Association*, 272, 357-363.
- Blair, E. (1999). *Conflicto armado y militares en Colombia: cultos símbolos e imaginarios*. Medellín: CINEP, UA.
- Bobes, J. G., Bousoño M. G., Calcedo, A. B. & Gonzáles, M. P. (2000). *Trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Boehnlein, J. (1987). Clinical Relevance of Grief and Mourning among Cambodian Refugees. *Social Science and Medicine*, 25, 765-772.
- Brewin, C., Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68, 748-765.
- Carlson, E. B. & Rosser-Hogan R. (1994). Cross-cultural Response to Trauma: A Study of Traumatic Experiences and Posttraumatic Symptoms in Cambodian Refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 43-58.
- Cervantes R., Salgado de Zinder, N. & Padilla, A.M. (1989). Posttraumatic Stress in Immigrants for Central America and México, *Hospital and Community Psychiatric*, 40, 615-619.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. (2003). *CODHES informa: boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, número 44*. Bogotá: CODHES.
- Davidson, J., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., et al. (1997). Assessment of a New Self-rating Scale for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160
- DeGirolamo, G.D. & McFarlane, A.C. (1996). The Epidemiology of PTSD: A Comprehensive Review of the International Literature. En A. Marsella, M. Friedman, E. Gerrity & R. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 93-119). Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedman, M. J., & Jaranson, J. M. (1994). The Applicability of the Posttraumatic Stress Disorder Concept to Refugees. En A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees* (pp. 207-227). Washington, DC: American Psychological Association.
- Helzer, J. Robins, L.N. & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic Stress Disorder in the General Population: Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Hollifield, M., Warner, T., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J.H., Kesler, J., Sonnega A., Bromet E., et al.

- (2002). Measuring Trauma and Health Status in Refugees: A Critical Review. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 611-621.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2001). *Forensis 2001: Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2003). *Forensis 2003: Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Kinzie, J. D., Sack, W. H., Angell, H. R., Manson, S., & Rath, B. (1986). The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Children: I. The Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 370-376.
- Lin, K. M. (1986). Psychopathology and Social Disruptions in Refugees. En C. Williams & J. Westermeyer (Eds.), *Refugee Mental Health in Resettlement Countries* (pp. 61-73). Washington: Hemisphere.
- López, A., Boccallari, A., & Hall, K. (1988). Post-traumatic Stress Disorder in a Central American Refugee. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1309-1311
- Marsella, A., Friedman, M. J., Gerrity, E. T. & Scurfield, R. M. (Eds.). (2001). *Ethnocultural Aspects of PTSD: Issues, Research and Clinical Applications*. Washington: American Psychological Association.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S. & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Post-traumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.
- Mollica, R. F., Wyshack, G. & Lavelle, J. (1987). The Psychosocial Impact of War Trauma and Torture on Southeast Asian Refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1567-1572.
- Palacio, J., Abello, R., Madariaga, C. & Sabatier, C. (2001) *Estrés post-traumático en jóvenes desplazados por la violencia política en Colombia*. Recuperado el 16 de julio de 2007, de <http://www.interpsiquis.com>.
- Palacio J. & Sabatier C. (2002). *Impacto psicológico de la violencia política en Colombia*. Barranquilla: Uninorte.
- Punamäki, R. (1989). Political Violence and Mental Health. *International Journal of Mental Health*, 17, 3-15.
- Schnurr, P.P. (1996). Trauma, PTSD, and Physical Health. *PTSD Research Quarterly*, 7, 1-6.
- Thompson, M. & McGorry, P. (1995) Psychological Sequelae of Torture and Trauma in Chilean and Salvadorean Migrants: A Pilot Study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 84-95.

Copyright of Universitas Psychologica is the property of Pontificia Universidad Javeriana and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.