

Estrés postraumático en desplazadas 1

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-
CONDUCTUAL SOBRE LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
MUJERES DESPLAZADAS POR EL CONFLICTO ARMADO**

**OLGA MARY SARASTY CEBALLOS
AMANDA LILIANA VIVEROS ORDOÑES**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

San Juan de Pasto

2002

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-
CONDUCTUAL SOBRE LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
MUJERES DESPLAZADAS POR EL CONFLICTO ARMADO**

**OLGA MARY SARASTY CEBALLOS
AMANDA LILIANA VIVEROS ORDOÑES
Asesor: Ps. FREDY VILLALOBOS**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
San Juan de Pasto
2002**

AGRADECIMIENTOS

En esta página queremos plasmar nuestros agradecimientos a todas aquellas personas que colaboraron, directa o indirectamente, con el proceso investigativo pero en especial a las personas que se mencionan a continuación:

Al Ps. Fredy Villalobos Galvis, asesor e tesis, quien de la forma más sincera, dedicada, profesional y paciente colaboró siempre en el desarrollo de nuestra investigación, convirtiéndose en nuestro guía, maestro y amigo.

A la Ps. Elizabeth Ojeda y a la Ps. Sonia Betancourt, jueces del trabajo de grado, por sus sugerencias, críticas y recomendaciones que permitieron que nuestro trabajo de grado se fortalezca y perfeccione.

A las mujeres sujeto de estudio, en quienes pudieron más sus ganas de superar el pasado que sus limitados recursos económicos, su poca disponibilidad de tiempo y el inmenso temor que le dejó su trauma y que con la valentía de un héroe asumieron su trágica situación e hicieron de ella una oportunidad para continuar.

A Daniel Ulloa, Psicólogo de Movimondo, por permitirnos llevar a cabo la intervención psicológica dentro de esta institución, haciendo realidad nuestro sueño.

Y al profesor Guillermo Cabrera, por colaborar con infinita paciencia en el proceso estadístico de nuestra investigación.

DEDICATORIA

A Dios, por ser la luz en mis desaciertos, la compañía en mi soledad, la fortaleza en mis dudas y penas ...por ser el amigo incondicional que nunca me falló, pero sobre todo por permitirme ser lo que soy y por que tengo la seguridad de que con su ayuda podré ser aún mejor.

A mis Padres, Olga Ceballos y Guillermo Sarasty, por ser el tesoro máspreciado y por enseñarme a través de su ejemplo y de sus concejos que nada constituye una razón suficiente para claudicar, cuando de alcanzar una meta se trata y que la distancia, la soledad y otros problemas similares deben convertirse en un arma para triunfar. Que Dios los bendiga siempre.

A mis hermanos, Edwin y Jonhy, quienes estuvieron siempre pendientes de mí colaborando con la ardua labor de mi formación personal y profesional.

A todos mis amigos y amigas por su amistad, tolerancia, compañía y por todas aquellas cosas que los caracterizan y que hacen que el difícil proceso de vida estudiantil se convierta en una experiencia maravillosa e inolvidable.

Olga Mary

DEDICATORIA

Al ser supremo y todo poderoso por brindarme la oportunidad de pertenecer a su bella creación.

A mi Madre, por su inagotable fuente de amor, enseñándome con paciencia e interminable dedicación el creer en los sueños y en lo maravilloso que es la vida.

A mi Padre, por inculcarme el valor del respeto, la comprensión y la tolerancia y por estar allí cuando más lo necesito.

A mi hermana, quien contribuyó con su apoyo y confianza, para que mi existencia esté llena de alegría y hermosos deseos.

A Oscar, el amor de mi vida, con quien comparto mis dificultades y triunfos, quien con su entrega hace de cada día un motivo de lucha para construir un nuevo amanecer.

A José Manuel, esa pequeña lucecita que llena mi corazón de alegría y de fuerzas para seguir adelante.

A la Sra. Bertha, por creer en mí, por su inmensa bondad, cariño y el acompañarme en este largo camino.

Amanda Liliana.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRAC.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Planteamiento del Problema.....	5
Formulación del Problema.....	7
Sistematización del problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	10
General.....	10
Específicos.....	11
MARCO TEÓRICO.....	12
La Violencia en Colombia.....	12
Implicados, Víctimas y Efectos de la Violencia Colombiana.....	13
Desplazamiento Forzado y sus Efectos.....	14
Ansiedad y Trastorno por Estrés postraumático.....	17
El TEP desde el Condicionamiento Clásico.....	21
Población Vulnerable al Trastorno.....	24
Intervención Psicológica en el Trastorno por Estrés Postraumático.....	27
Desensibilización Sistemática.....	28
Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares rápidos.....	29
Fases de la desensibilización por movimiento ocular.....	30
Efectividad de la desensibilización por movimiento ocular.....	32

Técnica de Reestructuración Cognitiva de Beck.....	33
MÉTODO.....	35
Tipo de Investigación.....	35
Diseño.....	35
Instrumento de Medición.....	35
Sujetos.....	36
Variables.....	36
Hipótesis.....	37
Hipótesis de Trabajo.....	37
Hipótesis Nula	37
Hipótesis Estadística.....	37
Hipótesis Nula	38
Procedimiento.....	39
RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN.....	58
REFERENCIAS.....	66
ANEXOS.....	68
A. Manual Metodológico.....	69
B. Instrumento de Medición.....	76

LISTA DE FIGURAS

Comparación de síntomas de reexperimentación presentados por cada mujer antes y después del tratamiento.....48

Comparación de síntomas de evitación y embotamiento presentados por cada mujer antes y después del tratamiento.....49

Comparación de síntomas de activación presentados por cada mujer antes y después del tratamiento.....52

Comparación del malestar clínico o deterioro de áreas importantes del individuo presentados por cada mujer antes y después del acontecimiento.....54

Lista de Tablas

Acontecimiento Desencadenante y Jerarquías de Ansiedad.....42

Cogniciones Adaptativas y Desadaptativas para cada Sujeto.....44

Cantidad de Síntomas de Reexperimentación en Pre y Posprueba.....49

Cantidad de Síntomas de Evitación y Embotamiento en la Pre y Posprueba51

Cantidad de Síntomas de Activación Emocional en la Pre y Posprueba.....52

Especificación del Tipo de Diagnóstico.....55

Total de Síntomas en Pre y Posprueba y Resultados de Diferencia de Proporciones.....56

Cantidad de Casos con Disminución de Síntomas y Resultados en Prueba de Signos.....57

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue de determinar los efectos de un programa de intervención cognitivo - conductual, basado en la desensibilización por movimiento ocular, sobre los síntomas de estrés postraumático en mujeres desplazadas por el conflicto armado, con edades comprendidas entre los 20 y 40 años, procedentes del Putumayo, ubicadas en la ciudad de Pasto y vinculadas a Movimondo (Organización No Gubernamental (ONG) italiana dedicada a la atención de víctimas del desplazamiento forzoso). Para la consecución de dicho fin se enfocó la investigación cuantitativamente haciendo uso de un diseño cuasiexperimental intrasujeto, pretest posttest con una sola medida y se diseñó una prueba con base en los criterios diagnósticos del DSM IV, mediante la cual se escogió un grupo; además, se diseñó y aplicó un programa de intervención basado en la Desensibilización y Reprocesamiento Mediante Movimientos Oculares Rápidos (DRMO), en virtud del cual se encontró una disminución significativa de los síntomas que componen el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP), que comprobó a través de las pruebas de signos ($P < 0.0001$) y de diferencia de proporciones ($P = 0.05$) la efectividad de la DRMO en el abordaje del TEP en víctimas del desplazamiento forzado.

ABSTRAC

The objective of this investigation was to determine the effects of a program of cognitive – behavioural intervention, based on the desensitization by ocular movement, over the posttraumatic stress symptoms in women shifted by the armed conflict, with ages between 20 and 40 years, coming from the Putumayo, located in Pasto city belonged to Movimondo (Non Government Italian Organization NGO dedicated to attention of victims of the mandatory displacement). To achieve this goal a quantitative research was carried out using a quasiexperimental pretest posttest with a single measure; a test was designed based on the diagnostic criterio of the DSM IV, by means of which a group was chosen; in addition was designed and applied an intervention program based on the desensitization and reprocessing “By Ocular Movements Desensitization and Reprocessing” (DRMO) Which led us to find a significant decrease of the symtons composing the Dysfunction for stress posttraumatic (DSP) that proved through the signs tests ($P < 0.0001$) and through the difference of proportions ($P = 0.05$) the effectiveness of the DRMO in the treatment of the DSP in victims of the forced displacement.

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS SÍNTOMAS
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES DESPLAZADAS POR EL
CONFLICTO ARMADO**

El ser humano, a lo largo de su vida tiene que enfrentarse a las condiciones que le depara su medio; dentro de este difícil recorrido cotidiano, en unas ocasiones puede hacer que su entorno se modifique y en otras se convierte inevitablemente en un títere de las circunstancias y es que las condiciones de vida a las cuales tiene que someterse diariamente se hacen cada vez más difíciles, lo que ha generado una serie de conflictos sociales, económicos, psicológicos y culturales, entre otros. Estos problemas terminan siempre por provocar un conflicto de mayor magnitud y alcance, el conflicto armado, el cual se ha destacado por ser catalogado a través de la historia como el número uno en martirizar al hombre ya que es el encargado de producir múltiples consecuencias negativas de toda índole, generando entre otras cosas, considerables trastornos psicológicos entre los que el estrés postraumático, cumple un papel protagónico, ya que el ambiente de la guerra colmado de traumas físicos y psicológicos depara al ser humano un ambiente propicio para su desarrollo, así se puede afirmar que el trastorno se desarrolla con toda probabilidad y vigor en poblaciones sometidas a las crudas condiciones del conflicto armado, en este caso, en la población desplazada.

Ante esta situación “cotidiana” para los colombianos, se plantea la pregunta sobre qué hacer al respecto: Prevenir la guerra, es un trabajo complejo y prácticamente imposible en las actuales circunstancias; prevenir que los traumas y trastornos generados hagan estragos, es más factible y es responsabilidad de todos y en especial de aquellos que de alguna u otra forma estudian o ejercen una profesión relacionada con la salud mental. Motivo por el cual, esta investigación llevó implícito dicho objetivo, pero tuvo

como finalidad primordial tratar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) presente en mujeres desplazadas por la violencia del conflicto armado, provenientes del vecino departamento del Putumayo, ubicadas en la ciudad de Pasto y vinculadas a Movimondo, a través del diseño y la aplicación de un programa de intervención bajo el enfoque cognitivo - conductual de la psicología basado en la desensibilización por movimiento ocular.

Con dicho programa de intervención se pretendía obtener una disminución significativa de los síntomas presentes en el trastorno; para tal fin, se organizó un grupo de seis mujeres desplazadas por la violencia del conflicto armado, provenientes del departamento del Putumayo, residentes en la ciudad de Pasto, registradas en la personería municipal de esta ciudad y vinculadas a Movimondo, que cumplieron con los criterios diagnósticos mínimos de estrés postraumático, lo cual se determinó a través de la Encuesta para Estrés Postraumático (EEP) que fue diseñada con base en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y que se utilizó además para determinar qué efectos tuvo el programa diseñado.

Planteamiento del Problema

Permanentemente nuestro país se ha visto sumergido en difíciles condiciones económicas, políticas, psicosociales y culturales, hecho que ha provocado diversas clases de conflictos violentos que generan, a la vez, otras problemáticas de la misma índole, las cuales aumentan su intensidad y efecto a medida que transcurre el tiempo y que de ser ignorados seguirán generando una interminable y renovada cadena de problemas que con el tiempo se volverán inmanejables desde todo campo de acción.

Entre los conflictos más recientes, que afronta hoy por hoy nuestro país, está el desplazamiento forzado que ha terminado por afectar muchas esferas del ser humano;

una de ellas es el aspecto psicológico, que resulta gravemente lesionado por el impacto de la violencia, dando como consecuencia diversos tipos de trastornos psicológicos, entre los cuales se destaca el estrés postraumático por ser este, según el V Congreso de la Asociación Europea de Evaluación Psicológica (E.A.P.A., 2000), un trastorno muy incapacitante desde todo punto de vista, debido a la variedad y complejidad de sus síntomas y debido además a que dicho trastorno puede llegar a convertirse en una patología crónica, que favorece, entre otras cosas, la adquisición de diversos trastornos somáticos y psicológicos tanto en los afectados como en sus futuras generaciones; entre de las consecuencias psicológicas manifestadas en los afectados, en este caso en las mujeres sujeto de estudio, está la cronificación de dicho trastorno y dentro de las consecuencias pertinentes a la descendencia de las personas que han adquirido el trastorno por estrés postraumático, Slaikeu (2001) afirma que existen evidencias y estudios que apoyan el hecho de que la mayoría de mujeres, después de un acontecimiento traumático, tienden bien a sobreproteger o bien a abandonar física o psicológicamente a sus hijos, lo cual convierte a dichos individuos en personas vulnerables para la adquisición de diversos trastornos psicológicos, entre los cuales se destacan los del estado de ánimo y los de ansiedad o incluso algunos trastornos psicóticos.

Como puede observarse, controlar los efectos del estrés postraumático y del desplazamiento es un arduo y complejo trabajo, además de una urgente necesidad que requiere una intervención enfocada a contrarrestar las causas del conflicto armado, entre las que se puede nombrar, las precarias o paupérrimas condiciones económicas, sociales, psicológicas y políticas, con el fin de prevenir que la violencia armada continúe generando mayores y nuevos problemas y agravando los ya existentes. Para llevar a

cabo esta macro intervención se necesitaría controlar en forma simultánea y global todas las causas que generan violencia, lo que requeriría de la participación masiva y responsable de todos y cada uno de los habitantes de nuestro país, lo cual se convierte desde ya en un gran obstáculo si tenemos en cuenta que las condiciones que rodean nuestro ambiente colombiano no lo permiten; sin embargo, dejando el escepticismo a un lado y limitándonos al campo de la psicología se puede afirmar que éste campo podría generar una gran ayuda impartida desde diferentes instituciones a través de su trabajo clínico, educativo, organizacional y social - comunitario, ayuda que aunque cubra en forma parcial la necesidad, previene la posibilidad de que el conflicto armado continúe su curso o que al menos disminuya sus agigantados pasos.

Formulación del Problema

¿Qué efectos produce un programa de intervención cognitivo - conductual, basado en desensibilización por movimiento ocular, sobre la cantidad de síntomas de estrés postraumático en mujeres desplazadas por el conflicto armado, con edades comprendidas entre los 20 y 40 años, procedentes del Putumayo, ubicadas en la ciudad de Pasto y vinculadas a Movimondo?.

Sistematización del Problema

¿De qué manera se puede implementar la técnica de la desensibilización por movimiento ocular en el control de los síntomas de estrés postraumático, presentes en las mujeres desplazadas?

¿Cuál es la cantidad de síntomas de estrés postraumático definidos en el DSM IV, que presentan las mujeres desplazadas, antes de la aplicación del programa?

¿Cuál es la cantidad de síntomas de estrés postraumático definidos en el DSM IV, que presentan las mujeres desplazadas, al terminar la aplicación del programa?

¿Hay diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de síntomas presentes al inicio del programa y la cantidad de síntomas presentes al finalizar el programa?

¿El programa de intervención cognitivo – conductual, basado en la desensibilización por movimiento ocular, muestra eficacia clínica en el manejo de los síntomas de estrés postraumático definidos en el DSM IV, presentes en las mujeres desplazadas?

Justificación

Bajo circunstancias de guerra y de conflicto propias de Colombia, es muy común encontrar que a medida que transcurre el tiempo, las personas se vean enfrentadas a una serie de acontecimientos que les genera sufrimiento físico y moral, además de otros innumerables males. Esta serie de acontecimientos están conformados, entre otras cosas, por una o más combinaciones de elementos de carácter político, social y económico, tomando diferentes matices al depender de diversos factores como la época, el lugar, las condiciones socioeconómicas y políticas, entre otras; así, por dar un ejemplo, se encuentra que bajo la influencia de factores determinados tuvieron auge hechos como el terrorismo, el secuestro y últimamente el desplazamiento forzoso, el cual puede considerarse hoy por hoy como uno de los tantos elementos que se ubica en los primeros lugares dentro de los innumerables acontecimientos que ha tenido que afrontar nuestro país. Al hacer esta consideración se dice implícitamente que el desplazamiento es el efecto de problemas anteriores y que se ubica actualmente en el primer lugar por la elevada magnitud de sus efectos y por la alta frecuencia y rapidez con la que se desarrolla, ya que según Ulloa, “en Colombia cada mes el conflicto armado deja aproximadamente 30.060 desplazados de manera forzada; es decir un hogar cada 10 minutos y 42 personas cada hora, ante lo cual, el número de desplazados asciende y se mantiene aproximadamente a 2.000.000 de personas, 17.818 de las cuales se han

registrado en la Red de Solidaridad Social de Nariño, departamento que a la vez ha generado el considerable número de 4.401 personas desplazadas desde el interior de sus diferentes municipios” (comunicación personal, julio 31 del 2002).

Dentro de este insuceso lastimosamente, el ser humano se preocupa por conseguir lo indispensable para sobrevivir (alimento, vivienda, vestido y otras cosas materiales); descuidando su salud mental tal vez por los efectos psicológicos que le causa el impacto de la continua violencia o tal vez por que la misma no ha permitido que germine una cultura de la salud mental.

Ante esta situación psicosocial tan grave, la psicología ha venido realizando metodologías de aproximación diagnóstica e intervención terapéutica, sin embargo, y por ser el desplazamiento un acontecimiento reciente, existe carencia de programas de intervención psicológica encaminados a tratar los trastornos más frecuentes en personas desplazadas que obviamente, y en la mayoría de los casos, traen secuelas del conflicto armado.

Concientes de la gravedad de los problemas existentes y de que es imposible solucionar totalmente ni siquiera uno de ellos, se pretende aportar ayuda frente al aspecto psicológico enfocando el programa de intervención, diseñado dentro de esta investigación, a la disminución de síntomas del TEP de mujeres víctimas del desplazamiento, por ser este fenómeno un acontecimiento que afecta todas las esferas del ser humano y merece por tanto una atención urgente desde todos los ámbitos: Social, político, económico y psicológico, entre otros, que han tratado en parte, pero no con la efectividad que merece el caso, de colaborar en la solución del problema en mención.

La investigación se limita al trabajo con mujeres desplazadas debido a que lleva

implícito el objetivo de ayudar a prevenir las consecuencias que el trastorno por estrés postraumático puede generar en ellas y en sus futuras generaciones, cuestión que se manifiesta como una desventaja a todo nivel, desventaja que en la descendencia de las mujeres víctimas del conflicto armado puede ser prevenida de manera primaria, es decir, puede ser abordada antes de que el problema se manifieste.

Así planteadas las cosas, la investigación proporcionará un beneficio psicosocial a largo plazo que es el de prevenir la aparición posterior de posibles trastornos psicológicos, tanto en la mujer afectada como en sus hijos, si los tiene; en las mujeres producto de la cronificación del TEP, y en los hijos producto de la sobreprotección o el abandono físico o psicológico por parte de la madre; permitirá además y a mediano plazo, obtener dos aportes metodológicos: El primero, comprobar qué tan eficiente es el programa de intervención diseñado para provocar la disminución de la cantidad de síntomas de estrés postraumático y por ende para generar el mejoramiento de la calidad de vida de la mujeres desplazadas; y el segundo, contribuir con el proceso de evaluación de la efectividad de la técnica de desensibilización por movimiento ocular, convirtiendo la investigación en un estudio más que afiance y avale el uso de esta técnica.

Objetivos

General

Determinar los efectos de la aplicación de un programa de intervención cognitivo - conductual basado en la desensibilización por movimiento ocular, sobre la cantidad de síntomas de estrés postraumático en mujeres desplazadas por el conflicto armado, con edades comprendidas entre los 20 y 40 años, procedentes del Putumayo, ubicadas en la ciudad de Pasto y vinculadas a Movimondo.

Específicos

Diseñar un programa de intervención cognitivo - conductual basado en la desensibilización por movimiento ocular, orientado al control del estrés postraumático en mujeres desplazadas por el conflicto armado.

Determinar la cantidad de síntomas de estrés postraumático definidos en el DSM IV, que presentan las mujeres desplazadas, antes de la aplicación del programa.

Determinar la cantidad de síntomas de estrés postraumático definidos en el DSM IV, que presentan las mujeres desplazadas, al terminar la aplicación del programa.

Establecer si existen cambios estadísticamente significativos entre los niveles de estrés postraumático antes y después de haber aplicado el programa.

Comprobar si el programa de intervención cognitivo – conductual, basado en la desensibilización por movimiento ocular, muestra efectividad clínica sobre la cantidad de síntomas de estrés postraumático definidos en el DSM IV, en mujeres desplazadas por el conflicto armado.

MARCO TEÓRICO

La Violencia en Colombia

Colombia, al igual que muchos otros países, ha estado expuesta a diversos conflictos que de alguna manera han generado precariedad en todos los ámbitos de la vida cotidiana; por sólo hacer referencia a algunos de dichos conflictos, se mencionan las “numerosas guerras civiles del siglo XIX y los momentos más letales del siglo XX, a saber los años de la guerra de los Mil días y la violencia en 1949” (Cubides, Olaya y Ortiz, 1998, p. 17), a los que hay que agregar la violencia en la que nos hallamos hoy, que ha sido catalogada como “violencia organizada política, ya que implica ataques destructivos desarrollados por grupos opositores en el seno de una comunidad política, contra sus autoridades y sus instituciones políticas” (Pizarro, 1996, p. 18).

La violencia actual fue precipitada y encrudecida paulatinamente cuando a finales de los años 50 tanto liberales como comunistas crean “grupos de autodefensas campesinas o guerrillas con carácter defensivo de resistencia y supervivencia, frente a la violencia oficial” (Pizarro, 1996, p. 21), buscando poder, autonomía, territorio y estatus político; la situación existente en ese entonces empeora cuando a finales de los 80`s, la guerrilla comienza a cometer actos terroristas que se manifiestan en: Atentados, robos, secuestros y cobro de “vacunas”; lo cual fomenta el surgimiento de un grupo denominado Convivir creado por el estado colombiano con el fin de proteger a la población civil, “en junio de 1987 siendo ministro de gobierno César Gaviria, sorprendió al país con el reconocimiento de la existencia de por lo menos 140 organizaciones que bajo el rótulo de autodefensas combatían de modo irregular contra las agrupaciones de izquierda legales o ilegales” (Cubides y cols., 1998, p. 201); este grupo toma más tarde el nombre de Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) siendo Carlos Castaño su principal

representante.

Los principales contendores de las autodefensas fueron los diferentes grupos guerrilleros contra los cuales lucharon en un principio sin involucrar a la población civil, sin embargo, al tener el aval del estado se excedieron tomándose muchas atribuciones atentando contra los civiles. Esto hizo que el gobierno colombiano los desapruere; aún así, según Cubides y cols. (1998) dichos grupos siguieron vigentes, respaldados y financiados por terratenientes, narcotraficantes y élites políticas locales.

Implicados, Víctimas y Efectos de la Violencia Colombiana

Si analizamos esta apretada síntesis de la historia de la violencia, se hace evidente que tal como afirman Cubides y cols. (1998), en medio del conflicto se encuentran como principales implicados: La guerrilla, los paramilitares y las fuerzas del estado, quienes tarde o temprano terminan siendo víctimas del conflicto al desatar una lucha interminable entre sí; durante dicha confrontación, estos autores armados crean redes de poder a las que deben articularse los pobladores si no quieren morir o desplazarse, terminando así, por convertirse en un implicado más y de esta forma en la principal víctima del conflicto armado.

Durante muchos años nuestro país ha venido enfrentando este proceso complejo del conflicto armado interno causado por diversos hechos de orden económico, político, social, psicológico y cultural que generan múltiples consecuencias de la misma índole, cuya magnitud afecta a toda la población colombiana desde un humilde campesino hasta un habitante de cualquier ciudad. Así, todos los colombianos se han visto implicados y afectados por la violencia aunque sea en forma indirecta, hecho que ha dado paso, entre otras cosas, a un vertiginoso incremento de la pobreza, la delincuencia, el desplazamiento, la pérdida de identidad cultural, los trastornos somáticos y psicológicos

y los desacuerdos políticos internos y externos.

Teniendo en cuenta que las anteriores consecuencias del conflicto armado abarcan diversas esferas de interacción del ser humano y necesitan una determinada intervención por parte de las diferentes disciplinas: Sociología, psicología, economía, ente otras, se puede afirmar que abordar el problema desde el campo de la psicología permitirá de alguna forma controlar parcialmente la violencia si tenemos en cuenta que según la Asociación Psicológica Americana (A.P.A., 1995) una persona que adquiere un determinado trastorno psicológico es muy vulnerable a disminuir o perder muchas de sus capacidades aptitudes y habilidades generándose, entre otras cosas, disminución del interés y pérdida de la capacidad para sentir placer, tomar decisiones y auto controlarse. Esto produce un cierto grado de apatía ante la vida empujando así al ser humano afectado a limitar sus acciones y aspiraciones adaptativas, es entonces cuando ante la necesidad de sobrevivir busca lo necesario por medios no lícitos, dando paso al surgimiento de diversas formas de violencia que tarde o temprano contribuyen a la proliferación de la violencia armada. Por tanto, se puede afirmar que la inferencia hecha anteriormente no está tan lejos de la realidad y que efectivamente abordar un problema producto del conflicto armado desde el campo de la psicología controlaría aunque en forma parcial la violencia; motivo por el cual se ha desarrollado esta investigación abordando dos aspectos involucrados en forma directa y específica con el conflicto armado y por ende con el factor psicológico, como lo son: El desplazamiento forzado y el estrés postraumático, problemas muy íntimamente relacionados, como se verá más adelante.

Desplazamiento Forzado y sus Efectos

El término desplazamiento es asumido como “la acción de sacar a alguien, a algún

grupo, o a algo, del puesto o cargo que ocupa o del papel que desempeña” (Cervellin y Uribe, 2000, p.11).

El desplazamiento como fenómeno social y político, compromete aspectos humanitarios, culturales, económicos, psicológicos y sociales en donde “su forma de realizarse ha ido evolucionando desde la modalidad de salidas individuales del lugar de residencia habitual, hasta convertirse en un éxodo de grupos, familias y veredas enteras” (Cervellin y Uribe, 2000, p. 11).

Para entender mejor el fenómeno del desplazamiento se hace necesario definir su concepto central, es decir, el concepto de desplazado; para tal fin se considerará la definición tomada del artículo primero de la ley 387 de 1997, la cual afirma que un determinado individuo es desplazado cuando:

Se ha visto forzado a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, por lo que su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones del derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público (pp. 9 - 10).

Como puede observarse, el desplazamiento no es un simple cambio de lugar sino una acción violenta que obliga a las personas afectadas a salir de sus casas y fincas dejando atrás su ambiente social - comunitario habitual, en el que se encontraban sus amigos, personas conocidas y su familia que en la mayoría de los casos se ve fragmentada porque no todos sus integrantes pueden salir hacia otros lugares. Bajo estas condiciones,

las personas que logran salir se ven en la necesidad de ubicarse en zonas lejanas y bajo condiciones precarias, por no decir, inhumanas: Sin alimento, techo, ni trabajo y con unas mínimas condiciones de higiene que terminan agravando la situación ya existente.

El desplazamiento, por tanto, es un evento traumático que compromete en gran medida el aspecto psicológico de las afectadas, causando diversas enfermedades psicosomáticas y diferentes consecuencias psicosociales.

Entre los efectos psicológicos más comunes están: Ansiedad, depresión, pérdida de autoestima, trastornos adaptativos, paranoia, estrés y abuso de sustancias, entre otros. (Cervellin y Uribe, 2000). A estos trastornos mentales se agrega uno de gran importancia, el TEP, que no es causado en forma directa por el desplazamiento sino por las condiciones estresantes y traumáticas de guerra, en la que cumple un papel protagónico y recibe además la influencia negativa del desplazamiento, el cual al desestabilizar las condiciones sociales, ambientales, económicas y emocionales hace que el impacto del trauma aumente su magnitud, generando así, más probabilidades de desarrollar un TEP o empeorar sus síntomas, si estos ya se han comenzado a manifestar.

Debido a la magnitud del problema del TEP “este trastorno ha sido el más estudiado por americanos y franceses quienes han venido desarrollando metodologías de aproximación diagnóstica e intervención terapéutica para poblaciones víctimas del conflicto armado” (Forero, comunicación personal, noviembre 11 del 2000), estudios que sirven de base, sustento y estímulo para llevar a cabo la investigación sobre estrés postraumático en desplazadas.

Dentro de esta investigación, se tomará el concepto científico de estrés postraumático en el cual se enmarca al TEP dentro de la subcategoría de los trastornos de ansiedad, motivo por el cual, se hará una breve alusión a estos para facilitar la comprensión del

tema.

Ansiedad y Trastorno por Estrés Postraumático

Se entiende por ansiedad el “estado de ánimo displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza, o bien, cuando dicha alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad del peligro” (Farre, Lasheras y Casas, 1995, p. 18).

La ansiedad, según D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue (1996) se manifiesta, generalmente, de tres maneras: cognitivamente (en los pensamientos de la persona), conductualmente (en sus acciones) y somáticamente (en las reacciones fisiológicas o biológicas); bajo este término se puede deducir que aquellas personas víctimas de un acontecimiento traumático - en este caso, personas desplazadas que fueron sometidas a condiciones de guerra - presentan síntomas cognitivos como: Aprensión, inquietud psíquica, hipervigilancia y otros relacionados con la alteración de la alerta, tales como distraibilidad, pérdida de la concentración e insomnio. De igual forma, se pueden presentar síntomas de índole somático, entre los cuales, cabe mencionar: temblor, hipertonia muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones, palpitaciones, manos y pies fríos, y resequedad en la boca; es factible también, que estén presentes algunos síntomas de carácter conductual (evitación).

Por ahora y para una mejor comprensión del tema, se hará una breve alusión a los trastornos que se encuentran bajo la clasificación psicopatológica de trastornos de ansiedad, ellos son según A.P.A. (1995) los siguientes:

Trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno

de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (p. 401).

El concepto de estrés se enunció por primera vez en 1934 y sólo hasta el año de 1980 se estableció el diagnóstico del TEP en el DSM III. Actualmente se ha definido al TEP como: “Un trastorno por ansiedad que se desarrolla en respuesta a un trauma psicológico o físico externo, acontecimientos que pueden implicar una amenaza a la vida propia o a la de un cónyuge o un miembro de la familia” (D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue, 1996, p. 181); de esto se deduce que el estrés postraumático se presenta principalmente ante situaciones estresantes y traumáticas tales como: Violación, accidentes traumáticos, desastres naturales, abuso infantil, secuestro, amenazas, experiencias en campos de batalla y en general ante todos los acontecimientos traumáticos, emanados en este caso del conflicto armado que enfrenta diariamente nuestra patria colombiana.

El trastorno por estrés postraumático genera una basta gama de consecuencias físicas y psicológicas, si se consideran las consecuencias físicas del TEP, no solamente puede hacer a una persona más susceptible a una enfermedad, sino que en realidad puede alterar el curso de ésta al afectar el sistema inmunológico, la función cardiaca, los niveles hormonales, el sistema nervioso y los índices metabólicos, con lo que aumenta la probabilidad de adquirir enfermedades como: Hipertensión, úlceras, dolor crónico, ataques cardíacos, cáncer y resfriado común, entre otras, que son peligrosas para determinados individuos ya que pueden afectar su salud de por vida o causar su muerte súbita (D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue, 1996).

Por otro lado, las consecuencias psicológicas pueden darse a corto, mediano y largo

plazo, este último se manifiesta generalmente y con mayor fuerza en la descendencia de los afectados, es el caso comúnmente ocurrido de las mujeres víctimas de un evento traumático producto de un conflicto armado que cuando asumen el papel de madres tienden a sobreproteger o abandonar física o psicológicamente a sus hijos.

Las consecuencias psicológicas a mediano y corto plazo son los síntomas del TEP que generalmente empiezan de inmediato o poco después del trauma y pueden persistir indefinidamente sin tratamiento o resurgir periódicamente y se manifiestan según A.P.A (1995) con la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático a través de formas tales como: Pesadillas o sueños terroríficos, recuerdos del acontecimiento, de carácter recurrente o intrusivo, que provocan malestar y en los que se incluye imágenes, pensamientos y percepciones, y con la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo nuevamente, ya sea por medio de ilusiones (deformaciones de una percepción real), alucinaciones (percepciones sin objeto o sin estímulo externo) o episodios disociativos de “flashback”, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse; además, el TEP suele manifestarse con malestar psicológico intenso y un cúmulo de respuestas fisiológicas desencadenadas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, entre las cuales pueden mencionarse: Temblor, palpitaciones, sudoración, resequedad de la boca, entre otras. Es de destacar que cada nueva reexperimentación del hecho traumático provoca una réplica de la reacción de estrés original frente al trauma, provocando una retraumatización, de esta forma, el trauma se autoperpetúa quedando el individuo fijado en el tiempo y reexpuesto al hecho traumático.

Por otra parte, las personas evitan persistentemente estímulos asociados al trauma y presentan embotamiento de la reactividad general, ausentes antes del trauma, con la

presencia de tres o más de los siguientes síntomas: Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático; esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma; incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas; sensación de desapego o enajenación frente a los demás; restricción de la vida afectiva (p. ej. Incapacidad para tener sentimientos de amor); sensación de un futuro desolador (p. ej. No espera tener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal). El individuo desarrolla estos síntomas de evitación en un aparente intento de resguardarse de las emociones intolerables evitando directamente los recuerdos del trauma o anestesiándose emocionalmente por medio de “mecanismos disociativos o síntomas de amnesia ya sea por medio de consumo de sustancias, trastornos alimenticios, adicción al trabajo, entre otros (Casabat, 2001).

Además, según A.P.A. (1995) el TEP genera otros síntomas, ausentes antes del trauma, relacionados con el aumento de la activación (arousal), éstos se presentan en un número de dos o más de los que a continuación se mencionan: Dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse o disminución de la atención, hipervigilancia o aumento anormal de la atención y respuestas exageradas de sobresalto. El paciente está siempre en guardia en otro intento de permanecer a salvo de la reexposición al hecho traumático.

No sobra mencionar que para el diagnóstico del TEP debe tenerse en cuenta que todas las anteriores alteraciones deben prolongarse más de un mes y provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y que muchos de los síntomas de el TEP “son a veces

confundidos con el trastorno depresivo, de somatización, simulación, déficit de atención, personalidad “borderline”, antisocial, e incluso ante cualquier tipo de trastorno psicótico” (Casabat, 2001, p. 2), por lo cual se hace necesario realizar un buen diagnóstico diferencial y tener en cuenta además que los síntomas pueden: Durar menos de tres meses, en cuyo caso debe especificarse el TEP como agudo, si los síntomas duran tres meses o más, se dirá que es un TEP crónico y si ha pasado como mínimo seis meses entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas, se especificará que se trata de un TEP de inicio demorado.

El TEP desde el Condicionamiento Clásico

Para abordar ahora el tema desde una perspectiva diferente a la ya tratada, se hace necesario empezar explicando que gran parte de las conductas son aprendidas, entendiéndose por aprendizaje “cualquier cambio relativamente permanente en el repertorio comportamental de un organismo que ocurre como resultado de la experiencia” (Witting, 1982, p. 2); es decir, que el aprendizaje es un proceso de adquisición de conocimientos y experimentación con los mismos para obtener otros nuevos; esta adquisición depende de los estímulos ambientales y de la estructura biológica del organismo que los adquiere, factores éstos que vienen a determinar la calidad del aprendizaje, es decir, que algunos estímulos y condiciones biológicas facilitan o dificultan el aprender una determinada conducta, ya sea esta, adaptativa o desadaptativa.

En general los trastornos psicológicos pueden considerarse como conductas desadaptativas producto del aprendizaje, el cual pudo darse por medio de tres procesos fundamentales: Condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social o modelamiento (Witting, 1982); por ende, tanto las conductas adaptadas o

normales como las desadaptativas (trastornos) son aprendidas por medio de alguno o de la combinación de estos tres procesos de aprendizaje; así se ha planteado que el TEP es originado por "un condicionamiento clásico" (D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue, 1996, p. 184), dado en el momento del acontecimiento traumático.

El condicionamiento clásico hace referencia a un tipo de proceso de aprendizaje planteado por el fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1849 - 1936) quien probó que el sistema nervioso coordinaba algunas respuestas digestivas y descubrió el mecanismo del condicionamiento clásico cuando casualmente encontró que si a un estímulo neutro (comida) se le asocia uno condicionado (campanilla) el perro acabará salivando al percibir el sonido aunque no haya comida. En 1924 John W. Watson dio un paso más en el conocimiento del comportamiento humano al comprobar en un niño llamado Albert el origen de ciertos temores y fobias (Farre y cols., 1995).

El condicionamiento clásico se da al aparear un Estímulo (E), que es originariamente neutral (no provoca la Respuesta (R) en investigación) con un E que si la provoca, con lo que después de uno o más apareamientos el E previamente neutral produce la R estudiada. Dentro de este proceso, cada uno de los componentes recibe un nombre particular; así, el E originariamente neutral que llega a ser provocador de la R, recibe el nombre de Estímulo Condicionado (EC); la R provocada por este E se denomina Respuesta Condicionada (RC) y de igual forma el E que provoca la R desde la primera presentación es el Estímulo Incondicionado (EI) y la respuesta dada ante este E se llama Respuesta Incondicionada (RI) (Witting, 1982).

Bajo estos términos y volviendo al tema del TEP se ilustrará el proceso de adquisición del trastorno, bajo condiciones de guerra o de conflicto armado, mediante el siguiente ejemplo: Cierta día en un determinado pueblo de Colombia, siendo las nueve

de la noche sus habitantes observan, de golpe, que se apagan las luces y después de un momento empiezan a escuchar disparos, gritos y explosiones, esta situación dura el tiempo suficiente como para que se desencadene en ellos una respuesta de ansiedad (temblores, palpitaciones, escalofríos, sensación de ahogo y miedo intenso); llegado el amanecer, ha retornado el silencio y la calma por lo que los pobladores del pueblo optan por salir a observar lo sucedido y se encuentran con un panorama desolador, lleno de escombros, letreros amenazantes e injuriosos y la noticia de que hay muchos heridos y muertos. Desde entonces cada vez que llega la noche, se escuchan gritos o sonidos estruendosos o se va la luz, la mayoría de los habitantes sentirán una sensación desagradable de ansiedad y volverán a reexperimentar lo vivido en aquella noche del acontecimiento traumático, sintiendo nuevamente: Temblor en su cuerpo, palpitaciones, escalofrío, náuseas, temor a la muerte etc. síntomas que tendrán la posibilidad de desencadenarse ante el solo hecho de recordar el acontecimiento, lo que hace que los habitantes eviten, en adelante, pensar y conversar acerca del mismo.

Este caso, ilustra lo que acontece en el proceso del condicionamiento clásico específico que desencadena el TEP, en donde los EI estarán dados por todos los estímulos presentes en el momento del trauma como: Los gritos y disparos; y las respuestas de miedo, ansiedad, llanto, temblor, sudación, entre otras, dadas ante estos estímulos, vendrán a ser las RI.

Los estímulos presentes en el momento del trauma o estímulos semejantes a estos, se convertirán, una vez dado el condicionamiento en la noche del evento, en EC ya que se ha generado un apareamiento de estímulos que originariamente no producían respuestas de ansiedad - como por ejemplo un apagón eléctrico - con estímulos que si la provocan, como los sonidos de un disparo; ante este apareamiento, los habitantes del pueblo en

mención reexperimentarán la ansiedad (RC) tan solo con observar el apagón eléctrico (EC).

En definitiva se puede decir que el trastorno, en términos del condicionamiento clásico, se da ante la generalización primaria de estímulos que aparece cuando " el sujeto no solo responde a los estímulos originales, sino a estímulos con propiedades físicas similares al EC original" (Witting, 1982, p. 31).

Para concluir el tema de la etiología, se hace importante mencionar que dicha etiología no ha sido hasta la actualidad totalmente comprobada, ya que no se ha podido determinar con exactitud qué proceso específico de aprendizaje influye en forma directa en la adquisición del TEP.

Población Vulnerable al Trastorno

Dentro de los lamentables acontecimientos del conflicto armado, no se sabe a ciencia cierta quiénes resultan más afectados, si los niños, los ancianos, las mujeres o los hombres; tampoco se sabe cuál aspecto problemático generado por el conflicto y por el desplazamiento (desempleo, pérdida de la identidad cultural enfermedades psicológicas y somáticas, entre otras) afecta en mayor grado a cada una de estas poblaciones. Al respecto, se cree que son los niños los más afectados, sin embargo, esta afirmación resulta apresurada, al menos, en el aspecto psicológico, para el caso del trastorno por estrés postraumático, ya que la experiencia de la vida cotidiana muestra que la población infantil, no vive tan de cerca el conflicto armado, es decir, esta menos expuesta a ser herida, amenazada o agredida física y psicológicamente, y que además existe una menor probabilidad de que observen matar, herir o amenazar a alguna persona allegada; sin embargo, esto es también muy relativo, ya que obviamente la posibilidad de que un niño esté involucrado directamente en un conflicto armado no es nula

(E.A.P.A., 2000).

Según A.P.A. (1995), en el TEP las únicas variables que influyen son el estado civil y el sexo, con respecto al estado civil es más frecuente su aparición en personas separadas, “en personas solteras, divorciadas, viudas, con problemas económicos, o aisladas socialmente, es más probable que el trastorno se presente. Se estima que existe de un 1 a un 3% de prevaecía en la población general de este trastorno. Puede aparecer en cualquier edad pero entre los jóvenes adultos es más prevalente” (Pfizer, 2001, p. 2).

De hecho parece ser que el TEP es más frecuente en mujeres adultas, “Breslau y sus colegas encontraron que las mujeres tenían una probabilidad mayor de sufrir TEP que los hombres, aún cuando estos últimos tuvieron una probabilidad mayor de estar expuestos a situaciones traumáticas” (D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue, 1996, p. 184).

De igual forma “el TEP es más frecuente en mujeres en una relación aproximadamente de dos a uno” (Pfizer, 2001). Este hecho tiene una explicación parcial si partimos de que a pensar de que son los hombres los que tienen más probabilidad de estar expuestos a situaciones traumáticas, en este caso, expuestos en forma directa a las crudas condiciones de guerra, son las mujeres las que tienen que recibir heridos o muertos a sus esposos, hijos o hermanos, hecho tal, que no necesariamente necesitan presenciarlo para entrar en un estado delicado de salud mental y física; y es que la guerra colombiana es de tanta magnitud que miles de mujeres y niños, han tenido que presenciar la sentencia de sus seres queridos, terminando en muchas ocasiones por convertirse en un muerto más, dentro de la incalculable población que ha tenido que desaparecer o desplazarse ante el conflicto armado, según la Radio Patria Libre de Colombia (1998):

En 1.995, un informe de la sección de la Movilidad Humana de la Conferencia Episcopal Colombiana calculaba que existían en promedio 586.261 desplazados, que

equivalían al 2% de la población censada en 1.993. Las mujeres representaban el 58.2% de esta cifra la mitad de ellas ahora vivían en inquilinatos y en tugurios y el 39% habían dejado atrás los cadáveres de sus esposos y de sus hijos (p. 3).

En síntesis, muchos hechos apuntan a que la población más vulnerable al TEP es la femenina, pues entre esta población el grado de vulnerabilidad, es decir la posibilidad de desarrollar un trastorno, puede variar en función de las siguientes variables: "intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático" (A.P.A, 1995, p. 437) y además la "manera en que el individuo ve el acontecimiento" (D. A. Sue, D. E. Sue S. T. Sue, 1996, p.183), es decir, en la forma como lo evalúa cognitivamente, lo cual esta en función de las características individuales, o sea, de los rasgos de personalidad, los antecedentes familiares, las experiencias durante la infancia, y los trastornos mentales preexistentes.

De igual manera la duración de los síntomas, en esta población, puede mostrar considerables variaciones ya que según la A.P.A. (1995) "la mitad de los casos suelen recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático" (p. 437), en cuyo caso se requiere de atención psicoterapéutica si se tiene en cuenta que cuanto más temprana la intervención más rápida es la solución. "Si la intervención se demora mucho tiempo el paciente estructurará su vida en torno de los síntomas, dañando las actividades sociales, interpersonales, laborales, etc. por lo que la recuperación es más lenta y dificultosa" (Cazabat, 2001 p. 3).

Dentro de la población femenina pueden también encontrarse casos excepcionales de mujeres que han sido expuestas a acontecimientos traumáticos y no desarrollan TEP, ya que "no todos los que están expuestos a un evento traumático desarrollan el trastorno por

estrés postraumático. Otros factores tales como las características individuales de la persona, su percepción del acontecimiento y la existencia de grupos de apoyo también tienen una influencia" (D. A. Sue, D. E. Sue S. T. Sue, 1996, p. 184),

Intervención Psicológica en el Trastorno por Estrés Postraumático

El tratamiento varía desde las terapias cognitivo - conductuales, para formas crónicas del TEP, hasta los enfoques de intervención en crisis para personas que sufren el impacto reciente de un evento traumático; según Pfizer (2002) varía además, de acuerdo al tipo de intervención y al número de sujetos tratados:

La psicoterapia efectiva para el tratamiento del TEP es la terapia individual o grupal conductual, motivo por el cual, el tratamiento con mayor frecuencia consta de psicoterapia individual y/o familiar, reuniones en grupo con otros enfermos de TEP y a veces de medicamentos. Los medicamentos usados para tratar los síntomas del TEP incluyen antidepresivos, litio, medicamentos de anti ansiedad, bloqueadores de beta clonidine y otros (p. 4).

Para el desarrollo de esta investigación se consideró que la estrategia más adecuada para enfrentarse al problema del estrés postraumático en desplazados es la terapia cognitivo conductual, por ser un medio factible para buscar cambios rápidos, modificar el comportamiento después de un suceso que ha afectado gravemente al sujeto y por que aplica principios del aprendizaje bien definidos para controlar el comportamiento inadecuado, tratando de reemplazar los pensamientos problemáticos y las formas de comportamiento desadaptativas, con cogniciones y conductas más adaptativas. Dentro de las terapias conductuales se ha encontrado que las técnicas más utilizadas para tratar el TEP son: “La relajación, la inoculación imaginaria, la desensibilización del movimiento ocular”(D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue, 1996) “la inundación , la

detención del pensamiento” (Gavino, Rodríguez, Álvarez, López y Berrocal, 1995,) y "la desensibilización sistemática" (E.A.P.A., 2000, p. 4). A continuación se hará una breve alusión a ésta última técnica que a sido elegida, dentro de éste programa de intervención, como técnica base para tratar los síntomas del TEP.

Desensibilización Sistemática.

El método de Desensibilización Sistemática (DS), fue desarrollado en 1958 por Joseph Wolpe y es una de las técnicas más antiguas y estudiadas dentro del gran conjunto de terapias de la modificación de la conducta. La DS se considera como “un método eficaz para superar las reacciones de ansiedad condicionadas a eventos específicos” (Rimm y Masters, 1996, pp. 70 - 71) y fue ideada como una forma de continuar con el principio de contracondicionamiento que significa el emplear procedimientos de aprendizaje para llegar a sustituir una respuesta por otra. El procedimiento de la desensibilización sistemática va dirigido a “la disminución primero, y a la eliminación después, de la ansiedad fisiológica condicionada, sin abordar directamente el componente conductual (motórico) de evitación” (Gavino y cols., 1995, p. 52).

Según Olivares y Méndez (1998), existen diferentes variaciones en la aplicación de la DS, variaciones que se agrupan de la siguiente forma: Las variantes técnicas, entre las cuales se incluyen la desensibilización automatizada, la desensibilización autodirigida y la desensibilización en grupo; las variantes de la respuesta inhibitoria de ansiedad, compuesta por la ira inducida, las imágenes emotivas, la desensibilización del movimiento ocular y otras respuestas antagónicas; las variantes de estímulos exteroceptivos, conformadas por la desensibilización en vivo y la desensibilización enriquecida, y por último, las variantes de afrontamiento cuyos procedimientos son la

desensibilización de autocontrol y la desensibilización con autocontroles.

Como se puede observar, existe un gran número de variaciones para aplicar el procedimiento de la desensibilización sistemática, no obstante, y para la realización y aplicación de éste programa de intervención se eligió la desensibilización mediante el movimiento ocular, debido a que se agrupa dentro de las variantes de la respuesta inhibitoria de ansiedad y por tanto constituye una herramienta básica a la hora de tratar el TEP.

Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares rápidos:

Esta técnica psicoterapéutica es conocida con el nombre de “desensibilización del movimiento ocular” (D.A.Sue, D.E. Sue y S.T. Sue, 1996, p. 185) o "Eye Movement Desensitization and Reprocessing” (DRMO) y fue desarrollada por Shapiro del Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto (EE.UU.) en el año de 1987 para el tratamiento de recuerdos traumáticos, como en el TEP, (Trejos, Betancur y Montoya, 1999). Esta variante de la desensibilización sistemática “combina la exposición en imaginación a los estímulos ansiógenos (por ejemplo, sucesos, escenas o memorias traumáticas) con la inducción de movimientos sacádicos (Olivares y Méndez, 1998, p. 100), y combina elementos de diversas terapias especialmente de la cognitiva - conductual con los procesos neurofisiológicos del procesamiento de información; para lo cual la DRMO, según Trejos y cols. (1999), parte del siguiente supuesto:

Después de un acontecimiento traumático el cerebro procesa la información hasta hacerla útil y no lesiva. No obstante, cuando el trauma es muy severo se bloquea este procesamiento, con lo cual la información adquirida queda en el cerebro en su estado original perturbador, y continúa produciendo síntomas ante una serie de estímulos (p.4).

El bloqueo del procesamiento de la información se da ante situaciones de estrés severo que generan una excesiva estimulación en los cuerpos amigdalinos encargados de integrar la información proveniente de los sentidos, darle un significado emocional y procesar los recuerdos mediante la fase del sueño de movimientos oculares rápidos; esta sobre estimulación excesiva interfiere con la función reguladora del hipocampo y de la corteza prefrontal izquierda, que son los encargados de regular la actividad de los cuerpos amigdalinos; este hecho genera por tanto: Inhibición de la corteza prefrontal izquierda, sobreactivación del hemisferio derecho, aumento de la norepinefrina e inhibición de las neuronas colinérgicas pedunculopontinas del tegmento que generan el sueño de los movimientos oculares rápidos, impidiendo así, que se procesen adecuadamente los recuerdos traumáticos (Trejos y cols., 1999).

Marquis (1991) sugirió al respecto que: “Los movimientos oculares pueden interferir con las áreas que conectan el lóbulo frontal con el hipotálamo y el hipocampo de tal forma que debilitan la conexión entre estímulos y respuesta emocional” (Olivares y Méndez, 1998, p. 100).

Como puede observarse, el objetivo de la DRMO es activar y desbloquear el sistema, provocando ciertos movimientos fásicos oculares que simulan los movimientos oculares rápidos del sueño, y reemplazando, en forma simultánea, las cogniciones ilógicas por otras más adecuadas y reales.

Fases de la desensibilización por movimiento ocular: La DRMO comprende ocho fases: a) historia clínica y plan de tratamiento, b) preparación, c) evaluación, d) desensibilización, e) instalación, f) escáner corporal, g) cierre y h) reevaluación (Trejos y cols., 1999).

En la fase de la historia clínica y plan de tratamiento se determina la capacidad de los

sujetos para manejar las emociones intensas que puedan presentarse durante diferentes sesiones al procesar la información y luego se realiza la historia clínica con el fin de fijar objetivos de tratamiento.

En la fase preparación se establece una alianza con el cliente, se explica el procedimiento y se enseña técnicas de relajación para que hagan más llevaderas las informaciones perturbadoras que puedan surgir en las sesiones.

En la fase de evaluación el sujeto identifica la imagen más traumática del acontecimiento y luego una cognición que persista en relación con dicha imagen (P. ej. Yo soy inútil/ incapaz /malo); luego se busca una cognición positiva que reemplazará a la primera; ambas cogniciones se someten a evaluación.

La fase de desensibilización es específica de la DRMO y su procedimiento empieza haciendo que el cliente se concentre en el segmento más aflictivo de un recuerdo traumático, mientras mueve sus ojos de un lado a otro en forma rápida (siguiendo los dedos del terapeuta a través de su campo visual durante 30 segundos aproximadamente), luego se pide al cliente que indique qué surge: "Si una imagen, cognición, emoción o sensación física "(Trejos y cols., 1999 p. 4). En el próximo grupo de movimientos se sugiere al cliente que se concentre en la emoción que esté sintiendo en ese momento, por ejemplo, si está sintiendo ira, deberá concentrarse en ella y repetir el procedimiento hasta que la aflicción desaparezca.

A continuación se da paso a la fase de instalación en la que se reemplaza la cognición positiva por la negativa, recién desensibilizada, el proceso es similar al de la fase anterior, pero ahora la atención se centrará en la cognición positiva. Luego en la fase escáner corporal se identifica y procesa el material disfuncional residual que se manifiesta como sensaciones corporales desagradables para volver al sujeto, en la fase

de cierre, a su estado de equilibrio reinstruyéndolo en el manejo de la relajación. Finalmente, y al comienzo de cada sesión, se realiza la fase de reevaluación con base en un registro hecho por el cliente sobre los síntomas que surgieron después de la sesión anterior.

Efectividad de la DRMO: Según el Gabinete de Psicología Integral (2001) desde su publicación en 1989, la efectividad de esta técnica ha sido discutida en los círculos académicos; sin embargo, en la actualidad existe un buen número de estudios controlados que definen con cierta seguridad este aspecto fundamental de la DRMO; según Trejos y cols. (1999):

En uno de ellos, 60 mujeres jóvenes traumatizadas fueron divididas aleatoriamente en 2 grupos: Un grupo recibió DRMO y el otro grupo (Control) sólo “Escucha Activa”. Se analizaron con ANOVA, los resultados dados por diferentes pruebas (Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Estado – Rasgo, Inventario de Penn para TEPT, Escala de Impacto de Eventos, Escala de Impacto de Tennessee) y se encontró una mejoría significativa en ambos grupos, pero esta recuperación fue significativamente mayor en el tratado con DRMO: 0.65 en el grupo control y 1.56 en el grupo experimental. Después del tratamiento las medias de todas las variables del grupo tratado con DRMO fueron comparables con las de no – enfermos u otros grupos tratados exitosamente.

En otro estudio, se repartieron aleatoriamente a 67 personas con TEPT en 2 grupos. Uno recibió tratamiento con DRMO y el otro cuidado estándar (control). Se utilizaron como técnicas para medir los resultados: Lista de Síntomas - 90, Inventario de Depresión de Beck, Escala de impacto de Eventos, Escala Modificada de TEPT, Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo de Spielberger y Unidades

Subjetivas de Perturbación; además, un evaluador externo utilizó los criterios del DMS III R, el grupo experimental mostró una mejoría significativamente mayor que el grupo control y con mucha rapidez en todas las medidas del TEPT, depresión, ansiedad y síntomas generales.

En una investigación con veteranos de guerra se dividieron al azar 35 de ellos en 3 grupos y se manejaron así: El primero, 12 sesiones de DRMO; el segundo, 12 sesiones de relajación biorretroalimentada y el tercero, cuidado clínico rutinario (control). Se realizaron varias pruebas de autoevaluación, psicométricas y entrevistas estandarizadas. Los efectos de la DRMO fueron significativamente mayores que los otros dos y tres meses después permanecían (p. 7).

Según Trejos y cols. (1999), a pesar de que no existe un número elevado de estudios controlados como en las demás técnicas la intervención para estrés postraumático y en los demás grupos étnicos, la DRMO ha sido eficaz para el manejo de recuerdos traumáticos, como en el caso del TEPT en adultos, y existen indicios de su eficacia también en niños, de tal forma que actualmente los terapeutas utilizan la DRMO incluso en pacientes de dos años de edad en adelante.

Técnica de Reestructuración Cognitiva de Beck.

Esta técnica fue desarrollada por Aarón T. Beck, en la Universidad de Pensilvania en el año de 1963 y su objetivo fundamental es: Identificar, someter a prueba de realidad y sustituir los pensamientos distorsionados, las creencias irracionales y los procesos subyacentes de dichas creencias (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Para desarrollar su teoría, Beck partió del supuesto de que ciertos modos de interpretar la realidad, tales como: Sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas en la experiencia, seleccionar sólo algunos detalles de la misma, concluir sobre

uno mismo y sus aptitudes en base a un solo incidente, y el magnificar o minimizar los acontecimientos, son errores cognitivos que aparecen de forma interrumpida en nuestra mente y se convierten en automáticos condicionando la experiencia del individuo. Ante este supuesto, Beck desarrolló la técnica de la reestructuración cognitiva compuesta por los siguientes elementos: a) Interpretación de las pautas vitales del paciente que han determinado la adquisición de esas formas de pensamiento; b) auto - observación de los pensamientos automáticos que ayuden al paciente a hacerse consciente de ellos y a reconocer sus efectos sobre el ánimo y el comportamiento; c) uso de técnicas de distanciamiento emocional y de separación afectiva de los pensamientos; d) aplicación de las reglas de evidencia y de lógica, y consideración de explicaciones alternativas, y e) pruebas de realidad: Obtención de feedback externo para aceptar la utilidad de la consideración nueva de los acontecimientos (Labrador y Mayor, 1984).

MÉTODO

Tipo de Investigación

La investigación es cuantitativa de tipo explicativo, ya que va más allá de la simple descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos y está dirigida a determinar si la variable independiente (programa de intervención) es verdaderamente la causal de la disminución de síntomas del TEP; es decir, trabaja en busca de establecer el efecto y relación entre la variable dependiente (síntomas del estrés postraumático) e independiente (programa de intervención).

Diseño

El diseño utilizado para realizar esta investigación fue de tipo cuasiexperimental intrasujeto ($n = 6$) con pretest y postest, con una sola medición, ya que se manipuló la variable independiente (programa de intervención) para ver su efecto y relación con la variable dependiente (síntomas del estrés postraumático) y, además, porque se evaluó la cantidad de síntomas presentes, en las mujeres sujeto de estudio antes y después de la intervención psicológica.

Instrumento de Medición

Se utilizó la Encuesta para Estrés Postraumático (EEP), elaborada con base en los criterios del DSM IV y conformada por 81 puntos (preguntas y afirmaciones),+ con el fin de evaluar la cantidad de síntomas del TEP presentes tanto al iniciar como al finalizar la aplicación del programa. Este instrumento fue sometido a validez de fachada por cuatro jueces, a quienes se les solicitó observar si el instrumento de evaluación estaba o no acorde con lo planteado en el DSM IV para lo cual, de existir concordancia, debían marcar una X en la casilla de la EEP correspondiente a SI o de lo contrario marcar la X en la casilla correspondiente a NO. De este procedimiento se obtuvo que el primer

jurado halló concordancia en el 87.6% de los puntos planteados en el instrumento, el segundo jurado en el 85.1%, el tercero en el 97.5% y el último en un 74.1%, obteniéndose así un 86% de validez. Por otra parte, los jueces en mención aportaron algunas recomendaciones encaminadas a modificar algunas afirmaciones de la encuesta; estas recomendaciones se hicieron efectivas a su debido tiempo quedando así la EEP conformada finalmente por 76 puntos (ver Anexo B).

Sujetos

Movimondo permitió el contacto con un grupo de madres cabeza de familia conformado por 11 mujeres, las cuales presentaron los síntomas mínimos para el diagnóstico de estrés postraumático; sin embargo, solamente 6 de ellas cumplieron los requisitos necesarios para conformar el grupo de investigación, es decir, ser desplazadas por el conflicto armado, proceder del departamento del Putumayo, estar ubicadas en la ciudad de Pasto y registradas en la Personería Municipal, tener entre 20 a 40 años y estar vinculadas a Movimondo.

Se aclara que el reducido número de mujeres sujeto de estudio no impide estadísticamente realizar la investigación ya que, como pudo observarse anteriormente, esta al ser explicativa e intrasujeto no pretende en ningún momento generalizar sus resultados.

Variables

La variable independiente fue el programa de intervención cognitivo - conductual, basado en la desensibilización por movimiento ocular, sobre la cantidad de síntomas del estrés postraumático en mujeres desplazadas por la violencia.

La variable dependiente correspondió a la cantidad de síntomas del estrés postraumático, entendiéndose por síntoma cualquier respuesta de carácter somático,

conductual, afectiva y cognitiva característica del TEP “desarrollada ante un trauma psicológico o físico externo, acontecimientos que pueden implicar una amenaza a la vida propia o a la de su cónyuge o un miembro de la familia” (D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue, 1996, p.181).

Las variables de control fueron: Sexo, ser desplazadas, edad, procedencia, ubicación, y vinculación; variables que se controlaron delimitando un grupo de mujeres desplazadas por el conflicto armado, con edades comprendidas entre los 20 y 40 años, procedentes del departamento de Putumayo, residentes en la ciudad de Pasto, registradas en la personería municipal de esta ciudad y vinculadas a Movimondo.

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

El programa de intervención cognitivo – conductual basado en la desensibilización por movimiento ocular, disminuye la cantidad de síntomas de estrés postraumático, presentes en mujeres víctimas de desplazamiento forzoso.

Hipótesis Nula.

El programa de intervención cognitivo - conductual basado en la desensibilización por movimiento ocular, no disminuye la cantidad de síntomas de estrés postraumático, presentes en mujeres víctimas de desplazamiento forzoso.

Hipótesis Estadística

La cantidad de síntomas de estrés postraumático, presentes en las mujeres sujeto de estudio después de la aplicación del programa, es significativamente menor que la cantidad de síntomas presentes antes de la aplicación del mismo en cada uno de los criterios (B, C, D y F) del DSM IV.

Hipótesis Nula.

La cantidad de síntomas de estrés postraumático, presentes en las mujeres sujeto de estudio después de la aplicación del programa, es igual o mayor que la cantidad de síntomas presentes antes de la aplicación del mismo en cada uno de los criterios (B, C, D y F) del DSM IV.

Procedimiento

Para estructurar el programa de intervención se elaboró el manual metodológico (ver anexo A), dentro del cual uno de los pasos fundamentales para dar inicio a la aplicación del programa fue aplicar el instrumento de medición denominado EEP, que es parte del programa al ser creado dentro de este, con base en los criterios del DSM IV (ver anexo B), con el fin de organizar un grupo de mujeres sujeto de estudio mediante la evaluación de la cantidad de síntomas de TEP presentes en ellas, al iniciar el programa; el procedimiento se inició en el orden descrito anteriormente, es decir, primero diseñando el programa y luego evaluando debido a que: a) El instrumento de medición hizo parte del diseño del programa, b) una de las condiciones de Movimundo para permitir la intervención fue presentar de antemano el programa a realizar ya diseñado

Una vez se estableció la muestra por medio del diagnóstico, se continuó con la aplicación del programa, en el curso del cual, cada mujer recibió un número de diez sesiones, en un lapso de tiempo de seis semanas, las cuales fueron distribuidas de la siguiente manera:

La primer semana constó de tres sesiones, en la sesión uno se realizó una inducción (informar a la muestra sobre el concepto, sintomatología y tratamiento del estrés postraumático) y se dio a conocer el objetivo o meta que se pretendía alcanzar con el programa de intervención (ver Tabla 1, Anexo A). La segunda sesión, de esta misma

semana, fue destinada a la aplicación del instrumento de evaluación y a la elaboración de las jerarquías de cinco ítems (ver Tabla 2, Anexo A). La sesión número tres se encaminó a determinar qué cogniciones persisten en relación con cada ítem y a buscar cogniciones adaptativas que reemplacen a las desadaptativas (ver Tabla 3, Anexo A).

En la segunda semana, se realizaron las sesiones cuarta y quinta y se empezó la desensibilización de los ítems de ansiedad, desensibilizando un ítem por sesión (si desea mayor información sobre los ítems por favor remítase a la tabla 1 correspondiente a resultados).

En el proceso de desensibilización se utilizaron los siguientes pasos:

- a. Presentación del primer ítem de la jerarquía
- b. Movimiento de ojos siguiendo los dedos del terapeuta a través de su campo visual, durante treinta segundos aproximadamente mientras se concentra en el segmento más aflictivo del recuerdo traumático.
- c. Concentración en la emoción, cognición o imagen que surja al imaginar el ítem.
- d. Movimiento de ojos mientras se concentra en la emoción, cognición o imagen y aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva sometiendo a evaluación las cogniciones desadaptativas por medio del siguiente procedimiento: Interpretación de las pautas vitales del paciente; auto - observación de los pensamientos automáticos; uso de técnicas de distanciamiento emocional y de separación afectiva de los pensamientos; aplicación de las reglas de evidencia y de lógica, consideración de explicaciones alternativas; y pruebas de realidad: Obtención de feedback externo para aceptar la utilidad de la consideración nueva de los acontecimientos.

Estos pasos, se repiten hasta que el ítem en desensibilización no cause más ansiedad.

- e. Instalación de la cognición positiva por medio de la técnica de reestructuración cognitiva.
- f. Movimiento de ojos mientras se concentra en la cognición positiva (ver Tablas 4 y 5, Anexo A).

A partir de la tercer semana, debido a que las mujeres sujeto de estudio por razones laborales no tenían disponibilidad de tiempo, se realizó solamente una sesión por semana, desensibilizando un ítem por sesión, así: El ítem tres en la sesión seis, el cuatro en la sesión siete y el cinco en la sesión ocho respectivamente (ver Tablas 6, 7 y 8, Anexo A).

Una vez desensibilizados todos los ítems e instaladas las cogniciones adaptativas se hizo uso del instrumento de medición, en la sesión nueve, con el fin de determinar la cantidad de síntomas presentes en las mujeres sujeto de estudio después de la intervención psicológica; finalmente, en la sesión número diez, se realizó una socialización con el propósito de obtener una evaluación de cada una de las integrantes del grupo sobre la intervención psicológica y además, para dar a conocer los resultados obtenidos y realizar así el cierre del proceso terapéutico (ver Tablas 9 y 10, Anexo A).

RESULTADOS

Con el diseño del programa de intervención (ver anexo A), se dio cumplimiento al primer objetivo específico planteado dentro de la investigación, referente al diseño del programa de intervención cognitivo - conductual basado en la desensibilización por movimiento ocular, orientado al control del estrés postraumático en mujeres desplazadas por el conflicto armado.

Antes de hacer referencia a los objetivos restantes, se hace necesario dar a conocer algunos datos generales encontrados en el proceso de la aplicación del programa; dentro de los cuales, no sobra mencionar que un primer criterio para el diagnóstico del TEP es que la persona haya estado sometida a un estresor significativo; dicho estresor, junto con el tiempo de experimentación del hecho traumático se muestran en la Tabla 1, en la cual puede observarse que el 66% de las mujeres sujeto de estudio presenciaron el acontecimiento traumático aproximadamente hace un año y el 34% restante, 4 meses antes de la aplicación del programa. En el desarrollo de este acontecimiento el 100% del grupo fue víctima de amenazas y vio a personas con heridas graves y solamente el 66% presenció muertes violentas; ante estos hechos, el 100% de las mujeres respondió con temor y horror intenso y que el 66% de ellas respondió con desesperanza.

Por otra parte, tal y como se describió en el procedimiento, se construyeron las jerarquías de ansiedad para cada una de las pacientes, sobre las cuales se realizaría el procedimiento de desensibilización por movimiento ocular (ver Tabla 1).

Tabla 1**Acontecimiento Desencadenante y Jerarquías de Ansiedad para cada Sujeto**

Sujeto	Acontecimiento Desencadenante del TEP.	Jerarquías de Ansiedad
01	Hace 1 año: Fue víctima de amenazas Vio a otras personas heridas	1. Gente desconocida. 2. Mirar a sus hijos 3. Hombres con gafas negras 4. Enterarse de situaciones similares 5. Escuchar conversaciones sobre guerrilla o paramilitares
02	Hace 4 meses: Presenció muertes violentas Vio personas heridas Fue víctima de amenazas	1. Mirar a la Policía o Ejército 2. Conocidos que traen razones (conflicto armado) 3. Ser mirada en la calle 4. Sombras y ruidos en casa 5. Ruidos fuertes
03	Hace 1 año: Presenció muertes violentas Fue víctima de amenazas Vio personas heridas	1. Gente desconocida llega a casa 2. Escuchar conversaciones sobre búsqueda de desplazados 3. Ir a reuniones (de desplazados) 4. Sentir pasos 5. Gente desconocida
04	Hace 4 meses: Fue víctima de amenazas	1. Cuando le hacen preguntas 2. Conversar con gente extraña 3. gente que parece seguirla 4. La oscuridad 5. Hombres encapuchados

Continuación Tabla 1**Acontecimiento Desencadenante y Jerarquías de Ansiedad para cada Sujeto**

05	Hace 1 año :	1.Salir sola en la noche
	Presenció muertes violentas	2.Hablar con desconocidos
	Fue víctima de amenazas	3.Ver encapuchados en motos
	Vio personas heridas	4.sonidos que recuerdan el acontecimiento
	Presenció el secuestro de su esposo	5.Personas uniformadas (ejército)
06	Hace 1 año :	1.Salir a la calle sola
	Presenció muertes violentas	2.Hablar con personas desconocidas
	Fue víctima de amenazas	3.Cuando los hijos salen a la calle
	Vio personas heridas	4.Enterarse de enfrentamientos (tomas armadas o guerrilleras)
		5.Mirar a los sobrinos

Por otro lado, una parte del procedimiento de la DRMO implica que cada mujer del grupo identifique las cogniciones desadaptativas que persistan en cada ítem, por lo que cada una de ellas fue progresivamente buscando las cogniciones que más se ajustaban a la realidad, para finalmente elegir las que se muestran en la Tabla 2; en su contenido puede observarse que las cogniciones desadaptativas más frecuentes son las relacionadas con el temor a que personas desconocidas las miren fijamente, les hablen, se acerquen, entre otros.

Tabla 2

Cogniciones Adaptativas y Desadaptativas para cada Sujeto

Sujeto	Cogniciones Desadaptativas	Cogniciones Adaptativas
01	<p>1. Toda la gente desconocida me va a hacer daño.</p> <p>2. Mis hijos sufren por mi culpa.</p> <p>3. Todas las personas en moto y con gafas negras son sospechosas.</p> <p>4. Lo que me pasó va a volver a pasarme donde quiera que me encuentre.</p> <p>5. Donde quiera que me encuentre la guerrilla me va a encontrar.</p>	<p>1. Hay personas desconocidas solidarias.</p> <p>2. Existen motivos ajenos a mí que generan malestar en mi familia.</p> <p>3. Algunas personas en moto utilizan gafas por protección.</p> <p>4. Hay sucesos en la vida que se pueden repetir pero tengo la experiencia para poder enfrentarlos.</p> <p>5. No he dado ningún motivo para que me busquen.</p>
02	<p>1. Todos los uniformados me van a hacer daño.</p> <p>2. Todos mis conocidos me traen malas noticias.</p> <p>3. Todo el que me mira fijamente en la calle me va a hacer daño.</p> <p>4. Las sombras o ruidos de mi casa provienen de personas que están ocultos para matarme.</p> <p>5. Siempre que salgo las personas que van tras de mí, me están persiguiendo.</p>	<p>1. Hay uniformados que protegen a la población civil.</p> <p>2. Algunas personas que conozco se acercan a mí para compartir experiencias.</p> <p>3. Cada persona tiene características que pueden despertar el interés de los demás.</p> <p>4. Las sombras o ruidos en casa no siempre provienen de personas mal intencionadas.</p> <p>5. Hay personas que comparten por coincidencia el mismo camino por donde me dirijo.</p>

Continuación Tabla 2**Cogniciones Adaptativas y Desadaptativas para cada Sujeto**

03	<p>1. Todos los desconocidos que llegan a mi casa me van a hacer daño.</p> <p>2. Están buscando a todos los desplazados para matarlos.</p> <p>3. En todas las reuniones de desplazado, existe personas sospechosas averiguando mis datos para luego hacerme daño.</p> <p>4. Los pasos de varias personas en la calle, provienen de grupos armados que van a enfrentarse.</p> <p>5. Todos los ruidos fuertes provienen de enfrentamientos.</p>	<p>1. Hay algunas personas desconocidas que acuden a mí en busca de ayuda.</p> <p>2. No hay razón para que me hagan daño.</p> <p>3. En las reuniones existe control para prevenir que esto me suceda.</p> <p>4. Algunas personas caminan en grupo por necesidad o coincidencia.</p> <p>5. Algunos ruidos fuertes provienen de actividades inofensivas.</p>
04	<p>1. Toda la gente que me hace preguntas, me está indagando para luego hacerme daño.</p> <p>2. La gente extraña que se acerca a hablar conmigo lo hace con mala intención.</p> <p>3. Las personas que van tras de mi me están persiguiendo.</p> <p>4 En todos los lugares y noches oscuras, me van a hacer daño.</p> <p>5. Todas las personas encapuchadas son guerrilleros y me van a matar.</p>	<p>1. Mucha gente suele preguntar algunos datos personales por curiosidad o pasatiempo.</p> <p>2. Algunas personas se acercan a hablar con el fin de entablar relaciones de amistad.</p> <p>3. Algunas personas comparten por coincidencia la misma ruta por donde me dirijo.</p> <p>4 En algunos lugares y noches oscuras se puede pasar momentos agradables.</p> <p>5. Hay personas que por necesidad deben usar capuchas.</p>

Continuación Tabla 2**Cogniciones Adaptativas y Desadaptativas para cada Sujeto**

05	<p>1. Siempre que salgo sola en la noche me va a pasar algo malo que me impedirá volver a casa.</p> <p>2. Las personas desconocidas que se acercan a hablar conmigo, son paramilitares vestidos de civil.</p> <p>3. Todas las personas encapuchadas son paramilitares.</p> <p>4. Todos los ruidos fuertes provienen de enfrentamientos.</p> <p>5. Todas las personas uniformadas me van a hacer daño.</p>	<p>1. En ocasiones debo salir sola en la noche, pero si soy prudente nada malo me va a suceder.</p> <p>2. Algunas personas desconocidas se acercan a hablar conmigo con un buen propósito.</p> <p>3. Algunas personas deben ponerse capucha por necesidad.</p> <p>4. Algunos ruidos fuertes provienen de actividades inofensivas.</p> <p>5. Hay uniformados que protegen a la población civil.</p>
06	<p>1. Siempre que salgo sola a la calle me va a pasar algo malo.</p> <p>2. Todos los desconocidos que se acercan a hablar conmigo, están averiguando algo para luego hacerme daño.</p> <p>3. Si mi hijos salen a la calle y no regresan pronto es por que la guerrilla los recluyó.</p> <p>4. Si me entero de enfrentamientos en otro lugar, siento que va a suceder algo similar en ese momento.</p>	<p>1. Al salir a la calle tengo la posibilidad de encontrar nuevas oportunidades.</p> <p>2. Algunos extraños se acercan a hablar conmigo con el fin de entablar relaciones de amistad.</p> <p>3. Si mis hijos salen a la calle y se demoran puede ser que se les presentó algún imprevisto.</p> <p>4. Existe muy poca posibilidad de que cuando me entere de enfrentamientos en otro lugar coincidentalmente en este momento y</p>

Continuación Tabla 2**Cogniciones Adaptativas y Desadaptativas para cada Sujeto**

5. Mi sobrino pequeño se parece a mi hermano y por eso lo van a matar.	lugar suceda lo mismo. 5. El parecido de mi sobrino con su padre no es motivo para que lo maten.
--	---

Una vez dado a conocer los datos anteriores se pasa ahora a describir los resultados encontrados en la pre y posprueba dando así cumplimiento a segundo y tercer objetivo específico respectivamente, para lo cual se inicia describiendo los resultados encontrados en cada uno de los síntomas de los criterios B, C, D y F.

Síntomas de Reexperimentación

Corresponden al criterio B del DSM IV y se ilustran en la figura 1 la cual muestra que en la preprueba, 4 mujeres cumplieron el 100% de los síntomas establecidos, y las otras 2 presentaron el 83% de ellos. En la posprueba, 3 mujeres redujeron los síntomas de un 100 a un 40 %, una mujer disminuyó de un 100 a un 20%, otra bajó de un 83 un 40% y la última modificó su sintomatología de un 83 a un 0%, lo cual demuestra una reducción general de síntomas en cada paciente.

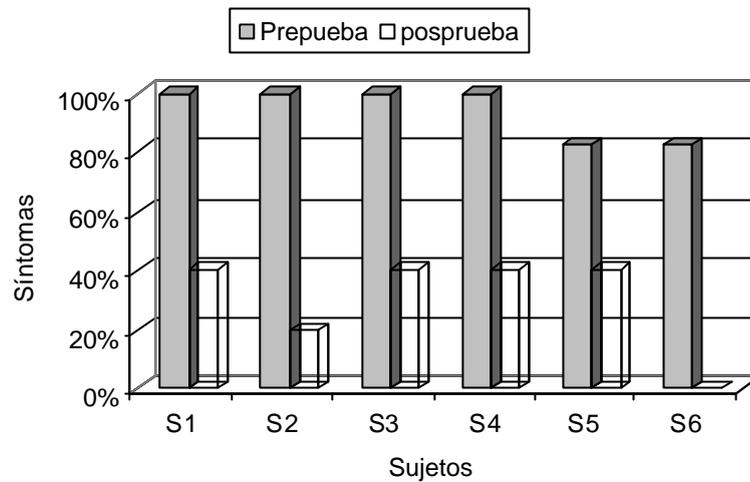


Figura 1. Comparación de síntomas de reexperimentación presentados por cada mujer antes y después del tratamiento

En la Tabla 3 se muestra un análisis de cada tipo de síntomas referentes a la reexperimentación, encontrándose que en la preprueba los síntomas referentes a los recuerdos, las sensaciones de que el acontecimiento está ocurriendo nuevamente, el malestar psicológico y las respuestas fisiológicas se presentaron en todas las mujeres del estudio (100%), a diferencia del síntoma de los sueños recurrentes, el cual estuvo presente solamente en un 66% del grupo. Además se muestra que de un 100% de las mujeres que presentaron el síntoma referente a los recuerdos traumáticos en la preprueba, solamente un 16% de ellas lo mantienen en la posprueba y que los sueños recurrentes, que en un principio se presentaban el en un 66% de las mujeres, se redujo en su totalidad; por otro lado los síntomas alusivos a la sensación de que el acontecimiento está ocurriendo nuevamente y al malestar psicológico que al inicio de la aplicación del programa se presentaron en un 100% de las mujeres, solamente se mantiene en un 33%

en la posprueba y las respuestas fisiológicas presentes inicialmente en un 100% del grupo se mantienen en un 83% de los casos.

Tabla 3

Cantidad de Síntomas de Reexperimentación en la Pre y Posprueba

Síntoma	Preprueba		Posprueba		Porcentaje disminución
	N. de sujetos	Porcentaje	N. de sujetos	Porcentaje	
Recuerdos	6	100%	1	16%	84%
Sueños	4	66%	0	0%	66%
Sensación acontecimiento ocurre nuevamente	6	100%	2	33%	67%
Malestar psicológico	6	100%	2	33%	67%
Rtas. fisiológicas	6	100%	5	83%	17%

Síntomas de Evitación y Embotamiento

Corresponden al criterio C del DSM IV y están representados en la Figura 2, en ella se puede observar una disminución de síntomas de este criterio entre un 100% y un 43%, así, mientras en la preprueba los valores oscilaban entre un 100% y un 57%, en la posprueba están entre el 57% y un 0%, en lo que se evidencia una reducción generalizada de la cantidad de síntomas, presentes en el grupo, al inicio de la aplicación de programa.

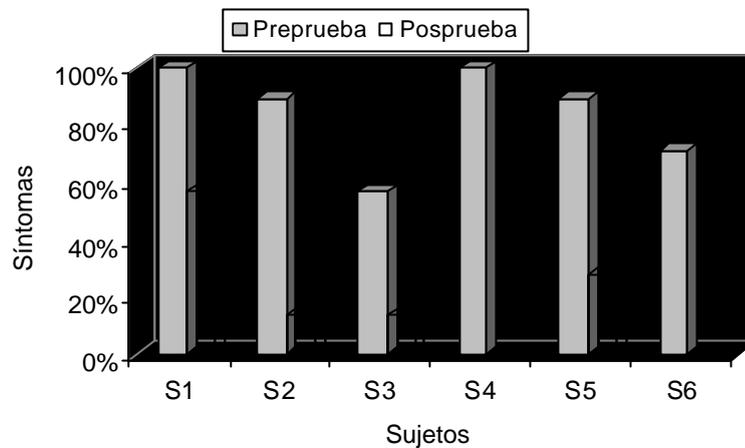


Figura 2. Comparación de síntomas de evitación y embotamiento presentados por cada mujer antes y después del tratamiento

La Tabla 4 contiene información específica y detallada sobre la sintomatología de evitación y embotamiento, tanto de la pre como de la posprueba. En la preprueba se encontró que el síntoma de evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones se presentó en la totalidad del grupo y que este mismo síntoma en la posprueba se redujo a un 66%, mientras que el síntoma de evitación de actividades lugares y personas se mantuvo en un 100% tanto en la pre como en la posprueba. No obstante, la incapacidad para recordar aspectos del trauma pasó del 66% en la preprueba a su reducción total en la posprueba; también, se halló que el 83% de las mujeres presentaron reducción del interés antes de iniciar el programa y que este valor se modificó a un 66% al terminar la aplicación del mismo; la sensación de desapego estuvo presente en la totalidad de las mujeres sujeto de estudio, descendiendo luego a un 83%, la restricción de la vida afectiva pasó de un 50% en preprueba a un 0% en la posprueba y por último, la sensación de un futuro desolador descendió de un 100% a un 0% (ver Tabla 4).

Tabla 4**Cantidad de Síntomas de Evitación y Embotamiento en la Pre y Posprueba**

Síntoma	Preprueba		Posprueba		
	N. sujetos	Porcentaje	N. sujetos	Porcentaje	Porcentaje de cambio
Evitación pensamientos, sentimientos o conversaciones	6	100%	4	66%	34%
Evitación de actividades, lugares o personas	6	100%	6	100%	0%
Amnesia	4	66%	4	66%	0%
Reducción del interés	5	83%	4	66%	17%
Sensación de desapego	6	100%	5	83%	17%
Restricción de la vida afectiva	3	50%	0	0%	50%
Sensación futuro desolador	6	100%	0	0%	100%

Síntomas de Activación Emocional

Hacen referencia al criterio D del DSM IV y se ilustran en la Figura 3 en la que se puede observar que en la preprueba 5 mujeres presentaron el 100% de los síntomas de activación a diferencia de una sola paciente que obtuvo el 80% de la sintomatología en mención, la figura muestra además que en la posprueba las mujeres redujeron su sintomatología entre un 20 y un 80%.

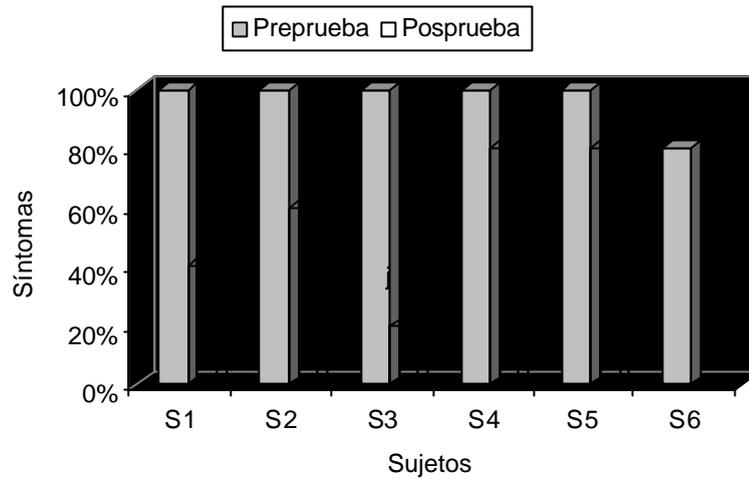


Figura 3. Comparación de síntomas de activación presentados por cada mujer antes y después del tratamiento

La Tabla 5 indica que en la preprueba el síntoma de la dificultad para mantener el sueño se presentó en el 100% del grupo y que este mismo síntoma se redujo a un 66% en la posprueba, mientras que la irritabilidad pasó de un 83 a un 66% y la dificultad para concentrarse que previamente se hallaba presente en un 100% de las mujeres, descendió a un 83% en la posprueba; por otro lado, la hipervigilancia que en un principio se presentó en un 100% de las mujeres declinó posteriormente a un 50% y finalmente, el síntoma de las respuestas exageradas de sobresalto pasó de un 100 a un 66% en la preprueba.

Tabla 5

Cantidad de Síntomas de Activación Emocional en la Pre y Posprueba

Síntoma	Preprueba		Posprueba		Porcentaje disminución
	N. de sujetos	Porcentaje	N. de sujetos	Porcentaje	
S1	6	100	6	100	0
S2	6	100	4	66	33
S3	6	100	6	100	0
S4	6	100	5	83	17
S5	6	100	3	50	50
S6	6	100	4	66	33

Continuación Tabla 5**Cantidad de Síntomas de Activación Emocional en la Pre y Posprueba**

Insomnio	6	100%	4	66%	34%
Irritabilidad	5	83%	4	66%	17%
Dificultad concentrarse	6	100%	5	83%	17%
Hipervigilancia	6	100%	3	50%	50%
Sobresalto	6	100%	4	66%	34%

Curso del Trastorno

Corresponde al criterio E del DSM IV y hace referencia al curso de síntomas de los criterios B, C y D. Una vez aplicado el instrumento de medición se obtuvo que la totalidad de la muestra cumplió los síntomas requeridos para diagnosticar el TEP de la siguiente forma: Dos mujeres presentaron los síntomas 3 meses antes de la aplicación del programa, otra desarrolló los síntomas necesarios 4 meses antes de la aplicación del tratamiento y que las 3 restantes manifestaron la totalidad de los síntomas doce meses antes de la intervención psicológica.

Malestar Clínico y Deterioro de Áreas Importantes

Hace referencia al criterio F del DSM IV y está representado en la figura 4, la cual ilustra que en la preprueba el 100% de las mujeres sujeto de estudio presentaron malestar clínico o deterioro de áreas importantes y que en la posprueba solamente la paciente identificada con el código 05 mantuvo el diagnóstico dentro de este criterio,

mientras que el resto redujo el síntoma en mención a un 0%, con lo que se evidencia una reducción generalizada del síntoma.

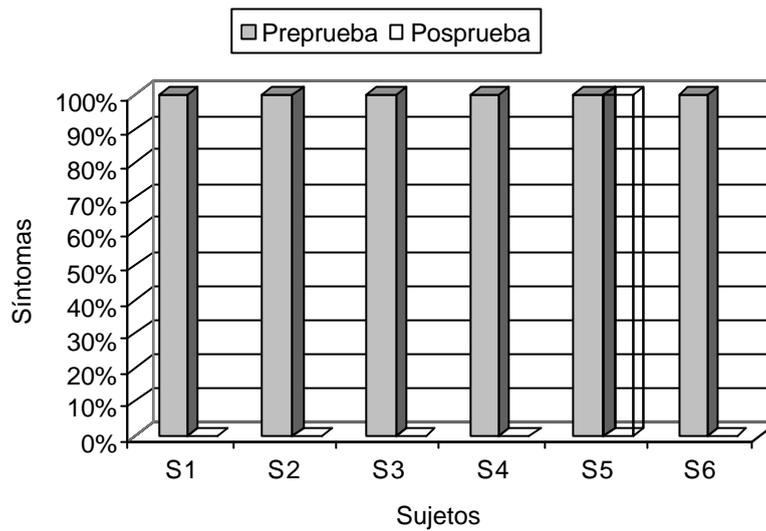


Figura 4. Comparación de malestar clínico y deterioro de áreas importantes del individuo, presentados por cada mujer antes y después del tratamiento

Tipos de diagnóstico encontrados

Según el DSM IV se debe especificar el tipo de trastorno clasificándolo en agudo, crónico y de inicio demorado, con base en esto se encontró que la totalidad del grupo se clasificó dentro del tipo de TEP crónico y una de ellas presentó un tipo de TEP crónico de inicio demorado (ver Tabla 6).

Tabla 6**Especificación del Tipo de Diagnóstico**

Sujeto	Presentación del	Curso del TEP	Tipo de diagnóstico del TEP
01	Hace 1 año	3 Meses	Crónico de inicio demorado
02	Hace 4 meses	4 Meses	Crónico
03	Hace 1 año	12 Meses	Crónico
04	Hace 4 meses	3 Meses	Crónico
05	Hace 1 año	12 Meses	Crónico
06	Hace 1 año	12 Meses	Crónico

Efectividad del Programa

En pro de dar cumplimiento al cuarto objetivo específico planteado dentro de la investigación, referente a determinar si existe diferencia significativa entre la cantidad de síntomas presentes tanto al inicio como al final de la aplicación del programa de intervención, y que hace énfasis en determinar si la reducción de la cantidad de síntomas es estadísticamente significativa, se hizo uso de la prueba de diferencia de proporciones o prueba Z (Hernandez, Sampieri y Bastidas, 1999) la cual se aplicó a cada grupo de síntomas de los criterios B, C, D y F del TEP y a la sumatoria de todos los síntomas de dichos criterios; en virtud de esta prueba se pudo rechazar la hipótesis nula de investigación, con una probabilidad de error (P) menor a 0.0001 (ver Tabla 7), lo cual implica que si hubo una disminución estadísticamente significativa en la cantidad de

síntomas - definidos según el DSM IV, que presentaban las pacientes del estudio - luego de la aplicación del programa de intervención basado en la DRMO.

Tabla 7

Total de Síntomas en Pre y Posprueba y Resultados en Diferencia de Proporciones

Criterio	N.síntomas Por criterio	Total de síntomas por grupo	Total síntomas preprueba	Total síntomas posprueba	Z	P
B	5	30	28	9	6.65	P< 0.0001
C	7	42	35	8	7.65	P< 0.0001
D	5	30	29	14	5.17	P< 0.0001
F	1	6	6	1	5.17	P< 0.0001
?	18	108	98	32	11.75	P< 0.0001

síntomas

Con el fin de dar cumplimiento al quinto objetivo específico referente a determinar si el tratamiento ayudó significativamente a remitir los criterios del diagnóstico; es decir, a determinar la efectividad clínica del tratamiento, se utilizó la prueba de signos (Sidney, 1982) que fue aplicada a los criterios B, C, D y F.

Antes de observar la Tabla 8 se debe tener en cuenta que el valor de Z al 5% (P = 0.05) equivale a 1.64 y que el valor máximo, o en otras palabras, el valor óptimo o ideal en la prueba de signos para un número de seis casos es de 2.45.

En la investigación, se obtuvo un valor de 2.45 para los criterios B, C y D, debido a que las seis mujeres sujeto de estudio, después de la intervención, no cumplieron los síntomas mínimos requeridos para el diagnóstico de los criterios en mención; en el criterio F (malestar clínico o deterioro de áreas importantes), el valor obtenido es de 2.25

debido a que un solo caso mantuvo este síntoma. A partir de los datos encontrados, se pudo rechazar la hipótesis nula de la investigación con una probabilidad de error del 0.05.

Tabla 8

Cantidad de Casos con Disminución de Síntomas y Resultados en Prueba de Signos

Criterio	Cantidad de casos con disminución de síntomas	Resultado prueba de signos	Z	P
B	6	2.45	1.64	0.05
C	6	2.45	1.64	0.05
D	6	2.45	1.64	0.05
F	5	2.25	1.64	0.05

Con lo anterior se puede aceptar la hipótesis de trabajo al comprobar que el programa de intervención si generó resultados clínicamente significativos, al permitir la remisión de los criterios para el establecimiento del diagnóstico del TEP, en las mujeres sujeto de estudio.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos se logró aprobar la hipótesis de trabajo, la cual plantea que el programa de intervención cognitivo - conductual disminuye la cantidad de síntomas de estrés postraumático; de igual forma, se logró ratificar en la práctica los siguientes aspectos planteados dentro del marco teórico:

Partiendo de que el TEP es un trastorno aprendido compuesto por conductas desadaptativas muy difíciles de extinguir y partiendo además de que este trastorno abarca una amplia sintomatología, que fue verificada en el transcurso de la investigación a partir de la aplicación de la EEP y que va según D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue (1996), desde lo cognitivo y lo conductual hasta lo somático, se eligió como técnica psicoterapéutica de trabajo la desensibilización por movimiento ocular comprobándose que esta, tal y como lo muestran Trejos y cols. (1999), resulta ser muy efectiva a la hora de tratar este trastorno debido a que generó una disminución significativa de síntomas, efectividad que puede ser provocada por su exclusiva combinación de elementos de diversas terapias (cognitivo – conductuales) con los procesos neurofisiológicos del procesamiento de información.

Si se compara el efecto de esta técnica en los criterios B, C, D y F se hace evidente la considerable disminución de la cantidad de síntomas en cada uno de ellos; sin embargo, parece ser más efectiva en la reducción de síntomas del criterio F referente al malestar clínico o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo, en el cual pudo verificarse que la mayoría del grupo disminuyó dicha sintomatología en su totalidad; cambio que puede haberse generado como producto de la disminución de síntomas B, C y D por estar directamente relacionados con este factor; es decir, que al reducirse los síntomas de reexperimentación, evitación y embotamiento y los de

activación del arousal, obviamente se reducirá el malestar clínico o el deterioro de áreas importantes del grupo de mujeres sujeto de estudio.

El criterio sobre el cual esta técnica causó un menor efecto fue el alusivo a los síntomas de activación (D), ante dicho efecto se infiere que estos síntomas se mantienen en forma parcial debido a que la totalidad del grupo fue víctima de amenazas razón suficiente, por ser un estímulo real, para que no se sientan seguras en ninguna parte y estén siempre en guardia tratando permanentemente de proteger su vida y la de los suyos.

Por otra parte, si se tiene en cuenta la efectividad de la DRMO en cuanto a la sintomatología general del trastorno, se observa que el síntoma referente a la sensación de un futuro desolador se presentó en la totalidad de las mujeres y terminó finalmente por extinguirse, cambio que puede haberse generado en respuesta a que dicho síntoma tiene un componente cognitivo que es abordado en forma directa por la DRMO y que fue además, reforzado dentro del programa de intervención por la reestructuración cognitiva, con cuyos elementos se reemplazó las cogniciones desadaptativas caracterizadas, como plantean Labrador y Mayor (1984), por ser errores cognitivos que limitan la visión hacia el futuro. Con la remisión total de este síntoma, se observó que el grupo empezó a percibir su futuro de forma más adaptativa, al manifestar convencimiento en la idea de que es posible volver a comenzar, de forma paulatina, a mejorar su estado actual y por ende a conseguir en un futuro una mejor calidad de vida.

El síntoma sobre el cual la técnica no causó ningún efecto fue el de la evitación de actividades, lugares y personas, hecho que puede explicarse si se parte de que estos son estímulos que estuvieron y están aún en directa relación con el acontecimiento traumático y en consecuencia reviven, según el grupo, dicho acontecimiento; por tanto

es obvio que sean los más reacios de modificar; otra posible explicación radica en que no se evaluó la capacidad de imaginación vívida de los ítems, antes de comenzar la intervención psicológica.

Además, si se analiza la efectividad de esta técnica sobre la totalidad del grupo se observa que la mujer identificada con el código 06 mostró una total disminución de síntomas del criterios B, C, D y F, cuestión que puede deberse a que dicha paciente mostró en la preprueba un porcentaje mínimo de síntomas en comparación con el resto del grupo, lo cual hace que muestre ventaja en la reducción de la sintomatología; además esta significativa reducción de síntomas puede ser producto, entre otras cosas, de la influencia de factores como: Poseer una buena capacidad imaginativa y de concentración y tener, a diferencia del grupo, un soporte familiar que contribuye con la estabilidad emocional y económica. Por otra parte, la técnica no mostró efectos considerables en la paciente identificada con el código 05, siendo esta paciente la única que aún cuando redujo su sintomatología mantuvo el diagnóstico del TEP, cuestión que puede explicarse si se parte de que esta paciente estuvo expuesta a un mayor número de acontecimientos traumáticos entre los que se encuentra el secuestro de su esposo de quien no se ha tenido noticias hasta el momento.

El comprobar que la DRMO es muy efectiva en la reducción de los síntomas del estrés postraumático, convierte a la investigación en un estudio más que afianza y avala la técnica cuya validez se encuentra aún en proceso.

Los resultados ratifican además, lo planteado por Cubiles y cols. (1998), al encontrar que evidentemente dentro del conflicto armado existen tres principales implicados: La guerrilla, los paramilitares y las fuerzas del estado, grupos que han terminado siendo víctimas de su propio conflicto, transformando de forma simultánea a la población civil

en una de las principales víctimas de la violencia. Estas personas se ven sometidas al desplazamiento forzoso, cuestión que se hace evidente cuando se entra en contacto directo con ellos al descubrir que la realidad es más cruda de lo que el común de la gente cree, porque indiscutiblemente a la luz de la teoría de la ley 387 de 1997, la población en situación de desplazamiento se ve forzada a abandonar su localidad de residencia, hecho que no se queda estático sino que genera, entre otras cosas: Pobreza manifestada, según el grupo de mujeres sujeto de estudio, como la falta extrema de alimento, vestido, vivienda, trabajo y en general falta de dinero y de oportunidades para mejorar su condición económica actual, cuestión que se mantiene muy probablemente por la indiferencia de aquellos que desde afuera, son de alguna forma, ajenos a esta realidad tan palpable.

Retomando lo referente a las consecuencias del desplazamiento, se observa que además de la pobreza se genera también pérdida de la identidad cultural, la cual se hizo evidente en el proceso de la investigación debido a que el grupo proviene de zonas rurales del departamento del Putumayo y por ende poseen, entre otras cosas, creencias, valores, costumbres y formas de producción que aún siendo un poco similares a las existentes en la ciudad de Pasto, difieren o chocan con estas por obvias razones, provocando que las personas en situación de desplazamiento no se puedan adaptar con facilidad al nuevo ambiente en el que se encuentran, debido a que este choque genera, según el grupo de trabajo, sentimientos soledad o en su defecto aislamiento social, el cual se mantiene muy probablemente debido al constante temor generado por las experiencias previas del conflicto armado.

La desintegración familiar, es otra de las consecuencias que causa el desplazamiento y es, según las mujeres sujeto de estudio, uno de los acontecimientos más dolorosos

debido a que esta desintegración no solamente se da ante la separación voluntaria, sino que se genera ante hechos como el secuestro, asesinato o reclutamiento de sus seres queridos, situación que favorece el surgimiento de diversos trastornos psicológicos que se manifiestan con todo el vigor y que pueden llegar a convertirse en crónicos de no ser tratados a tiempo. Como si esto fuera poco, los trastornos somáticos se suman complicando la situación ya existente y empiezan a manifestarse desde el momento en que tienen que desplazarse, ya sea por el cambio de clima, por falta de alimentos, por el cansancio o por efecto de la ansiedad generada por el acontecimiento traumático.

Aparte de lo ya mencionado, se encuentran problemas aún más complejos como lo son las consecuencias psicológicas del conflicto armado dentro de los cuales se pudo encontrar, como lo explica Cervellin y Uribe (2000): Paranoia, sentimientos de desesperanza, pérdida de la autoestima y ansiedad, a los cuales se suma el TEP que aún cuando no es generado de forma directa por el desplazamiento sus consecuencias, ya mencionadas anteriormente, pueden contribuir en la cronificación o mantenimiento de dicho trastorno si este no recibe un tratamiento adecuado y oportuno.

El TEP se caracteriza, según los resultados encontrados, por ser el trastorno más frecuente y discapacitante y por desarrollarse, tal como lo explican D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue (1996), en respuesta a un trauma psicológico o físico externo que implique amenaza a la vida propia o la de los demás. Traumas como este son vivenciados por miles de colombianos en situación de desplazamiento, dentro de los cuales se encuentra el grupo de mujeres sujeto de estudio que tuvieron que enfrentarse a eventos tales como: Amenazas, extorsiones, maltrato psicológico, asesinatos y/o secuestros de sus seres queridos, situaciones estas tan traumáticas que lograron que el TEP se empiece a desarrollar tan rápidamente como fue posible, generando un amplio número de

consecuencias físicas y psicológicas que se hicieron evidentes al aplicar el instrumento de medición.

Si se considera lo planteado por D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue (1996) en cuanto a lo somático se puede verificar que efectivamente las personas con diagnóstico de TEP y que son víctima del desplazamiento se vuelven más susceptibles a las enfermedades y/o a alterar el curso de las que ya padecen; es así como dentro de la investigación se encontró, por contacto interdisciplinario, que la mayoría de las mujeres sujeto de estudio presentaban algún tipo de enfermedad ya sea hipertensión, úlcera, dolor abdominal y/o cefaleas. Por otra parte, si se tiene en cuenta las consecuencias psicológicas del TEP, resulta que todo lo planteado por el DSM IV (1995), en cuanto a la sintomatología, de este trastorno se cumple de forma precisa y clara; encontrándose, dentro de la investigación que la mayoría de la muestra estuvo expuesta a tres clases de acontecimientos traumáticos: Presenciar muertes violentas, ser víctima de amenazas y ver heridos graves, los cuales generaron indudablemente el desarrollo de los cuatro síntomas de TEP, que se sintetizan como reexperimentación, evitación y embotamiento, activación de arousal y malestar clínico o deterioro de áreas importantes. Al respecto es importante dar a conocer una información, que puede ser interpretada como algo característico de la población desplazada y que consiste en que el síntoma de reexperimentación fue vivenciado por el grupo ante: El escuchar ruidos similares a los generados por el acontecimiento traumático como sonidos de cohetes, explosiones, pasos de multitudes, entre otros y también al observar personas uniformadas o civiles que simbolizan o recuerdan el acontecimiento desencadenante. Ante dichos acontecimientos, el grupo vivencia el síntoma de evitación tratando en lo máximo de no

salir a la calle ni acercarse a lugares o personas, ante todo extrañas, que le recuerdan lo sucedido.

Por otra parte el grupo mujeres sujeto de estudio desarrolla, dentro de lo que se maneja como activación, hechos que pueden ser interpretados como paranoia, desencadenados ante personas extrañas que parecen perseguirlas o mirarlas fijamente para hacerles daño; experiencia que termina por hacer que no se sientan a salvo en ningún lugar y por limitar altamente sus capacidades para desenvolverse en las diferentes áreas de su vida debido a que, según el grupo de mujeres sujeto de estudio, estos síntomas impiden de cierta forma que vuelvan a rehacer su vida, es decir a: Entablar nuevas relaciones de amistad o sentimentales, buscar empleo o mantener el que difícilmente consiguen, organizar un nuevo plan de vida, entre otros.

Los resultados encontrados dentro de la investigación, hacen evidente a la luz de la teoría de Witting (1982) que existe una generalización primaria de estímulos debido a que la muestra no solamente responde a los estímulos presentes en el momento del trauma sino también a estímulos similares a estos; en consecuencia se puede afirmar que el TEP presente en el grupo se desencadenó como efecto de un condicionamiento clásico, tal y como lo mencionan D. A. Sue, D. E. Sue y S. T. Sue (1996), en donde los EI son todos los estímulos presentes en el momento del trauma y las RI son las respuestas dadas ante estos estímulos; además, los estímulos presentes en el momento del trauma y semejantes a estos son los EC y las respuestas generadas ante dichos estímulos vienen a ser los RC.

Con lo anteriormente mencionado se culmina la discusión entre teoría planteada en el marco teórico y resultados obtenidos en la investigación, para pasar ahora a realizar

algunos comentarios y sugerencias pertinentes en cuanto a la técnica utilizada; así es indispensable dar a conocer, que por medio de la investigación, se descubrió una limitante de la DRMO en cuanto al abordaje terapéutico del TEP generado ante el conflicto armado, al dificultar su aplicación en grupo debido a que no todos los sujetos desencadenan el trastorno ante un mismo evento, sino que pueden hacerlo, como en el caso de las mujeres sujeto de estudio, ante uno o más desencadenantes según sea el caso particular y en consecuencia no poseerán los mismos ítems de ansiedad, y si los poseen estos diferirán en el orden de las jerarquías, lo cual impide de antemano conformar el grupo.

Por otro lado, se sugiere que para efectos de intervención puramente clínica se lleve el procedimiento normal de la DRMO, en el cual se incluye la utilización de la técnica de la relajación. Igualmente, y debido a que en el proceso de investigación el procedimiento de la DRMO normalmente compuesto, según Trejos y cols., por ocho fases: Historia clínica y plan de tratamiento, preparación, evaluación, desensibilización, instalación, escáner corporal, cierre y reevaluación se modificó al utilizar solamente tres de ellas - evaluación, desensibilización e instalación - y algunos elementos de las restantes y que además, en la fase de instalación se implementó la utilización de elementos básicos de la reestructuración cognitiva, se sugiere que para estudios posteriores se evalúe si la efectividad clínica de la DRMO cambia ante tal modificación.

Finalmente, se sugiere además, que el contenido teórico práctico de la técnica de la desensibilización del movimiento ocular sea dado a conocer dentro de las materias referentes a la terapia cognitivo - conductual debido a que dicha técnica mostró ser muy efectiva en la disminución de síntomas del estrés postraumático y por tanto se convierte en una herramienta fundamental para el trabajo clínico.

REFERENCIAS

- A.P.A. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV.
Barcelona: Masson.
- Beck, A. ,Rush, A. Shaw, B. & Emery, G. (Eds.) (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Dasalée de Brouwer.
- Cazabat., E.(2001). Trastorno por estrés postraumático. Una enfermedad real. Buenos Aires: Internet. www.comportamental.com/articulos/htm
- Cervellin, S. & Uribe F. (Eds.) (2000). Desplazados. Aproximación psicosocial y abordaje terapéutico. Santa Fe de Bogotá: Kimpres.
- Cubides, F., Olaya, A. C. & Ortiz C: M: (Eds.) (1998). La violencia y el municipio Colombiano. (1ª. Ed.) Santa Fe de Bogotá: Centro de Estudios Sociales CES.
- E.A.P.A. (2000). Terapias para estrés postraumático. Bogotá: Internet. <http://www.Planet.com/desafios/a./732>.
- Farre, J., Laceras, M. & Casas, J. (Eds.) (1995). Enciclopedia de la psicología.
Barcelona: Océano.
- Gabinete de Psicología Integral. (2001). Terapia EMDR. Desensibilización y reprocesamiento por el movimiento ocular. Santa Cruz de Tenerife: Internet. <http://www.geocitres.com/psinte/emdr/htm/>.
- Gavino, A. Rodríguez, C., López, A., Cobos, P. & Berrocal, C. (Eds.) (1996). Técnicas de la terapia de la conducta. Barcelona: Martínez Roca.
- Giraldo, C. A., Colorado, J. A & Pérez, D. (Eds.) (1997). Relatos e imágenes. El desplazamiento en Colombia. Santafé de Bogotá: Cinep.
- Hernandez, R., Sampieri., P & Bastidas, L. (Eds.) (1999). Metodología de la investigación. (2ª Ed). México: Esfuerzo S.A.

- Labrador, F. J & Mayor J. (Eds.) (1984). Manual de modificación de conducta. (1ª Ed.) Madrid: Alambra.
- Olivares, J. & Méndez, F. (1998). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pfizer. (2001). Descripción de trastorno de estrés postraumático. New York: Internet. [http:// www.Psicoplanet.com](http://www.Psicoplanet.com)
- Presidencia de la República. (1999). Ley 387 del 18 de julio de 1997. Santafé de Bogotá: ACNUR y Red de Solidaridad Social.
- Radio Patria Libre de Colombia. (1998). Desplazados. Bogotá: Internet. <http://www.nadir.org/nadir/ininativ/rpl/span/act 1-5. htm>.
- Rimm, D. & Masters, J. (Eds.) (1996). Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. (2ª Ed.). México: Trillas.
- Sydney, S. (1982). Estadística no paramétrica. México: Trillas.
- Slaikeu, K. (1998). Intervención en crisis. Manual para la práctica y la investigación (2ª Ed.). México. Santafé de Bogotá: Manual moderno.
- Sue, Da. Sue, De. & St. Sue. (Eds) (1996). Comportamiento anormal (4ª Ed.). Mexico: Mc Graw – Hill.
- Trejos, J., Betancur, A. & Montoya, L. (Eds.). Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares: terapia efectiva para el trastorno por estrés postraumático. Pereira: Internet. <http://www.Uam.Es/centros/psicología/página/eapa/congreso/symposia. htm>.
- Witting, A. (1982). Teoría y problemas del aprendizaje. (2ª Ed.). México. Mc Graw – Hill.
- Wolpe, J. (1985). Práctica de la terapia de la conducta. (5ª . Ed.). México: Trillas.

ANEXOS

Anexo A

Manual Metodológico.

El siguiente programa de intervención tiene como finalidad fundamental reducir la cantidad de síntomas del TEP, presentes en las mujeres desplazadas al iniciar la aplicación del programa; para conseguir este objetivo se eligió la técnica de la desensibilización por movimiento ocular, cuyas fases pueden resumirse en las siguientes fases: a) Presentación del ítem correspondiente de la jerarquía; b) movimiento de ojos mientras se concentra en el segmento más aflictivo del recuerdo traumático; c) concentración en la emoción, cognición o imagen que surja al imaginar ítem; d) movimiento de ojos, mientras se concentra en la emoción, cognición o imagen que surja al imaginar el ítem y aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva (los anteriores pasos se realizarán hasta que el ítem a desensibilizar no cause más ansiedad); e) instalación de la cognición positiva por medio de la técnica de reestructuración cognitiva y f) movimiento de ojos mientras se concentra en la cognición positiva.

Una vez aplicado el programa, se evalúan los resultados obtenidos haciendo uso del instrumento de medición, para establecer si el procedimiento utilizado fue efectivo.

Desarrollo de Sesiones.

Las tablas que se presentan a continuación resumen el procedimiento que se empleó para llevar a cabo la intervención psicológica, cada una de ellas está organizada por número de sesión y contiene información sobre: Los objetivos, actividades realizadas, y recursos utilizados para su ejecución.

Tabla A-1

Sesión Número Uno.

Objetivos	Actividades	Recursos
1. Realizar la inducción a la población de mujeres desplazadas.	1. Saludo y dinámica de presentación.	Físicos: Salón
2. Presentar el programa de intervención.	2. Inducción (información sobre el concepto, la sintomatología y el tratamiento del estrés postraumático).	Sillas Lápices Papel Bond Tablero
	3. Dar a conocer el objetivo o meta que se persigue al aplicar el programa	Marcadores Humanos: Psicólogas
	4. Cierre de la sesión	practicantes Mujeres sujeto de estudio

Nota. Esta sesión fue grupal, correspondió a la semana número uno y su tiempo de ejecución fue de una hora.

Tabla A-2

Sesión Número Dos.

Objetivos	Actividades	Recursos
Aplicar el instrumento de medición y elaborar las jerarquías de ítems.	1. Saludo. 2. Aplicar el instrumento de medición. 3. Elaborar las jerarquías. 4. Cierre de sesión.	Físicos: Salón Hojas block Lápices Sillas Marcadores Tablero Fotocopias de la encuesta Humanos: Psicólogas practicantes. Mujeres sujeto de estudio

Nota. Semana uno, sesión grupal, tiempo de ejecución una hora.

Tabla A-3

Sesión Número Tres.

Objetivos	Actividades	Recursos
Reunir a las mujeres sujeto de estudio y continuar preparando los elementos necesarios para comenzar la desensibilización de ítems en la próxima sesión.	1. Saludo 2. Determinar las cogniciones que persisten en relación con cada ítem. 3. Buscar cogniciones positivas que reemplacen a las desadaptativas. 4. Cierre de la sesión	Físicos: Salón Sillas Lápices Hojas block Marcadores Tablero Humanos: Psicólogas practicantes Mujeres sujeto de estudio

Nota. Semana uno, sesión grupal, tiempo de ejecución una hora.

Tabla A-4

Sesión Número Cuatro.

Objetivos	Actividades	Recursos
Desensibilizar el ítem No. 1.	1. Saludo 2. Desensibilización del ítem No. 1. a. Presentación del ítem de la jerarquía b. Movimiento de ojos mientras se concentración en el segmento más aflictivo. c. Concentración en la emoción	Físicos: Salón Sillas Marcador Humanos: Psicólogas practicantes. Mujeres sujeto de estudio.

-
- cognición o imagen que surge al imaginar el ítem.
- d. Movimiento de ojos, mientras se concentración en la emoción cognición o imagen que surge al imaginar el ítem y aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva.
- e. Instalación de la cognición positiva por medio de la técnica de reestructuración cognitiva.
- f. Movimiento de ojos, mientras se concentra en la cognición positiva.
3. Cierre de la sesión

Nota. Semana dos, sesión individual, tiempo de ejecución una hora.

Tabla A- 5

Sesión Número Cinco.

Objetivos	Actividades	Recursos
Desensibilizar el ítem No. 2.	1. Saludo. 2. Desensibilización del ítem número dos, comenzando por presentar el ítem uno siguiendo el procedimiento utilizado para la desensibilización del mismo. 3. Cierre de la sesión.	Físicos: Sillas Salón Marcador Humanos: Psicólogas practicantes. Mujeres sujeto de estudio.

Nota. Semana dos, sesión individual, tiempo de ejecución una hora.

Tabla A-6

Sesión Número Seis.

Objetivos	Actividades	Recursos
------------------	--------------------	-----------------

Desensibilizar el ítem No. 3.	1. Saludo 2. Desensibilización del ítem número tres, siguiendo el procedimiento utilizado en la desensibilización de los ítems anteriores, comenzando por presentar el ítem trabajado en la sesión anterior 3. Cierre de la sesión	Físicos: Sillas Salón Marcador Humanos: Psicólogas practicantes. Mujeres sujeto de estudio.
----------------------------------	--	---

Nota. Semana tres, sesión individual, tiempo de ejecución una hora.

Tabla A-7

Sesión Número Siete.

Objetivos	Actividades	Recursos
Desensibilizar el ítem No. 4.	1. Saludo 2. Desensibilización del ítem número cuatro, siguiendo el procedimiento utilizado en la desensibilización de los ítems anteriores, comenzando por presentar el ítem trabajado en la sesión anterior 3. Cierre de la sesión	Físicos: Sillas Salón Marcador Humanos: Psicólogas practicantes. Mujeres sujeto de estudio.

Nota. Semana cuatro, sesión individual, tiempo de ejecución una hora.

Tabla A- 8

Sesión Número Ocho.

Objetivos	Actividades	Recursos
Desensibilizar el ítem No. 5.	1. Saludo 2. Desensibilización del ítem	Físicos: Sillas

No. 5.	número cinco, siguiendo el procedimiento utilizado en la desensibilización de los ítems anteriores, comenzando por presentar el ítem trabajado en la sesión anterior	Salón Marcador Humanos: Psicólogas practicantes. Mujeres sujeto de estudio.
	3. Cierre de la sesión	

Nota. Semana cinco, sesión individual, tiempo de ejecución una hora.

Tabla A-9

Sesión Número Nueve.

Objetivos	Actividades	Recursos
Aplicar el instrumento de medición para observar los resultados y determinar si el programa fue efectivo	1. Saludo. 2. Aplicación del instrumento de medición 3. Cierre de la sesión	Físicos: Salón Sillas Fotocopias de la encuesta Lapiceros Humanos: Psicólogas practicantes Muestra de mujeres sujeto de estudio

Nota. Esta sesión fue grupal correspondió a la semana seis y su tiempo de ejecución fue de una hora.

Tabla A-10

Sesión Número Diez.

Objetivos	Actividades	Recursos
-----------	-------------	----------

Informar a las	1. Saludo.	Físicos:
mujeres sujeto de	2. Información a cerca de los	Salón
estudio, los	resultados obtenidos con la	Sillas
resultados obtenidos,	aplicación del programa.	Mercado
entregar un incentivo	3. Evaluación del programa.	Humanos:
por su participación	4. Entrega del mercado.	Psicólogas practicantes
en el programa	5. Despedida y cierre del proceso.	Muestra de mujeres
(mercado) y realizar		sujeto de estudio
cierre del proceso		
terapéutico.		

Anexo B

Instrumento de Medición

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENCUESTA PARA ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

EEP

Código: _____ Edad: ____ Institución de vinculación: _____

Fecha: _____

Esta encuesta está diseñada con el fin de conocer algunas reacciones que las personas desplazadas normalmente tienen, por lo cual le pedimos el favor lea detenidamente cada uno de los siguientes puntos y conteste con la mayor sinceridad posible, pues de la veracidad de sus respuestas dependerá la efectividad de esta evaluación.

NOTA: La información que Usted suministre a través de esta encuesta, por motivos de confidencialidad, no será dada a conocer a terceros.

A continuación Usted encontrará una serie de puntos, marque con una **X** las respuestas que crea conveniente.

A.

1. Durante el conflicto armado, Usted:	SI	NO
a) Presenció muertes violentas		
b) Ha recibido amenazas contra su vida o la de los demás		
c) Sufrió o vio a otras personas con heridas graves		

2. Hace cuánto tiempo presencié este o estos acontecimientos ? _____

3. Ante este acontecimiento Usted sintió:	SI	NO
---	-----------	-----------

a) Temor (miedo)		
b) Desesperanza (pérdida de la esperanza)		
c) Horror intenso (espanto)		

4. Hace cuánto tiempo sintió esto? _____

B.

1. Aunque no desee, Usted recuerda constantemente el acontecimiento	SI	NO

2. Hace cuánto tiempo la asalta constantemente el recuerdo? _____

3. Tiene o ha tenido pesadillas relacionadas con el acontecimiento	SI	NO

4. Hace cuánto tiempo tiene esas pesadillas? _____

5. En algunas ocasiones Usted:	SI	NO
a) Ha sentido (o siente) que el acontecimiento está ocurriendo “nuevamente”		
b) Observa que las cosas se deforman o ha tenido “visiones”		
c) Mira cosas que aparecen de la nada		

6. Hace cuánto tiempo le ocurren estas situaciones? _____

7. Cuando ve, escucha, imagina o le cuentan situaciones o cosas que le recuerdan el acontecimiento Ud. se siente incómoda (siente tristeza, rabia o angustia)	SI	NO

8. Hace cuánto tiempo siente esto? _____

9. Cuando está ante aquellas situaciones o cosas que le recuerdan el acontecimiento, Usted:	SI	NO
a) Tiembla		
b) Siente que su corazón palpita con fuerza		
c) Sus manos y pies se tornan frías y húmedas		
d) Su boca se reseca		
e) Tiene sensaciones de ahogo		
f) Presenta náuseas		
g) Presenta molestias abdominales (dolor, ardor, entre otros)		
h) sufre mareos		
I) Se sofoca (siente mucho calor en su cuerpo)		
j) Presenta escalofríos		
k) Suda		
i) Se desmaya		

10. Hace cuánto tiempo se viene sintiendo así? _____

C.

1. Después del acontecimiento Usted:	SI	NO
a) Evita pensamientos relacionados con el acontecimiento		
b) Evita conversaciones sobre temas relacionados con el acontecimiento		
c) Evita expresar rabia		
d) Evita expresar tristeza		
e) Evita expresar miedo		

2. Hace cuánto tiempo Usted evita los pensamientos, conversaciones o sentimientos relacionados con el acontecimiento? _____

3. Después del acontecimiento Usted se esfuerza por:	SI	NO
a) Evitar actividades que le recuerden el acontecimiento		
b) Evitar lugares que le recuerden el acontecimiento		
c) Evitar personas que le recuerden el acontecimiento		

4. Hace cuánto tiempo evita actividades, lugares y personas que le recuerdan el acontecimiento? _____

5. Ha olvidado o no puede recordar algún aspecto o detalle del acontecimiento	SI	NO

6. Hace cuánto tiempo le sucede esto? _____

7. Siente que ha perdido el interés por algunas cosas o por participar en algunas actividades que antes del acontecimiento eran de su agrado, como por ejemplo: Jugar, bailar, leer, entre otros	SI	NO

8. Hace cuánto tiempo le sucede esto? _____

9. Después del acontecimiento se le dificulta:	SI	NO
a) Relacionarse con personas desconocidas		
b) Hacer nuevos amigos		
c) Mantener la amistad con los que ya tenía		
d) Relacionarse con sus vecinos		

10. Hace cuánto tiempo le suceden estas dificultades? _____

11. Después del acontecimiento se le dificulta:	SI	NO
a) Expresar sentimientos de amor a su pareja		
b) Expresar sentimientos de amor a su hijo(a)		
c) Expresar sentimientos de amor a su mascota (perro, gato, etc.)		
d) Sentir amor por su pareja		
e) Sentir amor por su hijo (a)		
f) Sentir amor por su mascota (perro, gato, etc.)		

12. Hace cuánto tiempo se le dificulta sentir o expresar amor? _____

13. Siente que nada volverá a ser igual y que le espera un futuro incierto, triste y desolador, (lejos de su casa, sin trabajo, sin afecto, sola y enferma)	SI	NO

14. Hace cuánto tiempo siente esto? _____

D.

1. Después del acontecimiento:	SI	NO
a) Se le dificulta comenzar a dormir		
b) Se despierta varias veces en la noche		
c) Se despierta muy temprano en la madrugada (3, 4 o 5 de la mañana) y no puede volver a dormir		

2. Hace cuánto tiempo ha venido presentando las anteriores alteraciones del sueño?

3. Después del acontecimiento:	SI	NO
a) Siente mal genio o se enoja con facilidad (todo le molesta o no permite que le hagan bromas)		
b) Tiene ataques de ira		

4. Hace cuánto tiempo le sucede esto? _____

5. Se le dificulta permanecer atenta en alguna en una actividad (al charlar, mirar TV, entre otros)	SI	NO

6. Hace cuánto tiempo tiene dificultad para concentrarse? _____

7. Siempre está observando todo lo que sucede alrededor o cuidando de que no le suceda nada malo a Usted o a los suyos	SI	NO

8. Hace cuánto tiempo actúa así? _____

9. Cualquier cosa o sonido, que le recuerdan el acontecimiento, lo asusta o hace que Usted se ponga nerviosa	SI	NO

10. Hace cuánto tiempo le sucede esto ? _____

E.

1. "TODAS" las anteriores alteraciones que está presentando, han provocado cambios en:	SI	NO
a) Su vida social (se aleje de sus amigos(as), haya suspendido algunas actividades recreativas que antes realizaba con frecuencia, entre otros)		
b) Su trabajo u oficio (renunciar, no asistir, entre otros)		
c) Su salud (adquirir alguna enfermedad, alterar las que ya padecía)		
d) Sus relaciones familiares		

!!! GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!

