

**CARACTERIZACIÓN DE LOS SINTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
POBLACION ACTIVA EN COMBATE DE LA BRIGADA MÓVIL 8 DEL
DEPARTAMENTO DEL HUILA**

**ADRIANA MARIA PUENTES FLOREZ
OSCAR EDUARDO RAMIREZ PERDOMO
MAGDA LORENA TORRES GOMEZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA
2010**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS SINTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
POBLACION ACTIVA EN COMBATE DE LA BRIGADA MÓVIL 8 DEL
DEPARTAMENTO DEL HUILA**

**ADRIANA MARIA PUENTES FLOREZ
OSCAR EDUARDO RAMIREZ PERDOMO
MAGDA LORENA TORRES GOMEZ**

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

**Asesor:
DIEGO FELIPE LAMILLA GRANADOS
Psicólogo especialista**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA
2010**

Nota de aceptación

Firma del Presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Mayo 26 de 2010

DEDICATORIA

*Las metas dejan de ser sueños cuando gracias a la tenacidad
Y perseverancia las hacemos posibles.
Eterna gratitud a Dios por llenarme de sabiduría.
A mis padres por enseñarme a luchar por lo que se quiere
A mi hijo Santiago por convertirse en la luz de mi vida
Y en el motor que me impulso a seguir adelante.
A mi hermana por su apoyo y comprensión.
A mi familia y amigos que confiaron en mí y de una u otra
Forma estuvieron presentes en este proceso.
Magda Lorena*

*Doy infinitas gracias a Dios por el camino recorrido
A mis padres por su herencia: mi educación
A mi hijo yeinner Alexis por su fuerza y templanza
A mis hermanas y hermano por su amor y apoyo
A todos aquellos familiares y amigos por sus
Fieles y sinceros consejos
Adriana María*

*A Dios por esta oportunidad tan grande y ser mi guía.
A mis padres por su compañía y consejos
A mi hijo Jerónimo por ser esa luz en el camino
A mi esposa Zulma por estar allí siempre que la necesité.
A todas las personas que me acompañaron en este
Caminar que culmina satisfactoriamente.
Oscar Eduardo*

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Dios, mi señor, mi guía mi proveedor, mi fin último, sabes lo esencial que has sido en nuestra posición, firme de alcanzar esta meta, esta alegría, que si pudiéramos hacerla material, la hiciéramos para entregártela, pero a través de esta meta, podremos siempre de tu mano alcanzar otras que esperamos sean para tu Gloria.

A nuestros padres, nuestros hermanos por darnos la estabilidad emocional, económica, sentimental, para poder llegar hasta este logro que definitivamente nos hubiésemos podido hacer Realidad sin ustedes, GRACIAS por darnos la posibilidad de que de nuestra boca salga esta palabra FAMILIA. Padres serán siempre nuestra inspiración para alcanzar todas nuestras metas, por enseñarnos que todo se aprende y que todo su esfuerzo es al final recompensa. Sus esfuerzos se convirtieron en tu triunfo y el nuestros. LOS AMAMOS

A nuestras porciones del cielo que bajaron hasta acá para hacernos más feliz y realizados del mundo, gracias porque nunca pensamos que de tan pequeño cuerpecito emanara tanta fuerza y entusiasmo para sacar adelante a alguien, los adoramos hijos.

A la mujer que dispuso su cuerpo para entregarme este angelito a los nueve meses, también este triunfo es tuyo, gracias, TE AMO

A nuestro asesor Diego Felipe Lamilla Granados, fuiste un pilar en los ánimos y desarrollo de esto, gracias a ti por ser el último escalón para poder alcanzar este sueño que ahora es una realidad.

A todos aquellos que han quedado en los recintos de nuestra memoria, pero que fueron participes en cincelarnos. GRACIAS

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GENERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
3 ANTECEDENTES	13
4 JUSTIFICACIÓN	16
5 MARCO TEÓRICO	18
5.1 DEFINICIÓN	18
5.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT	19
5.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TEPT	21
6 METODOLOGÍA	23
6.1 TIPO DE ENFOQUE	23
6.2 TIPO DE DISEÑO	23
6.3. POBLACION	23
6.4 MUESTRA	23
6.5 CRITERIOS DE INCLUSION	24
6.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS	24
6.7 ANALISIS DE LA INFORMACION	25
6.8 ASPECTOS ÉTICOS	25

7 RESULTADOS	27
8 DISCUSION	34
9 CONCLUSIONES	36
10 RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFIA	38

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Hace cuanto tiempo sucedió el evento traumático	29
Tabla 2 desde hace cuanto tiempo ha experimentado los Problemas que reporto	32
Tabla 3 Cuanto tiempo después del evento traumático Empezaron estos problemas	32

LISTADO DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 Eventos	27
Cuadro 2 Eventos que más le preocupan	28
Cuadro 3 Eventos	29
Cuadro 4 Síntomas	30
Cuadro 5 Actividad	32

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Carta aprobación comité de Bioética	40
Anexo B Carta aprobación Ejercito Nacional	41
Anexo C Escala Diagnostica Edna Foa	42
Anexo D Consentimiento informado	46
Anexo E Carta al comité de Bioética	47

RESUMEN

Esta investigación se llevó a cabo con la población de la Móvil 8 del departamento del Huila con el objetivo de describir los síntomas de TEPT que presenta dicha población.

Los datos se recolectaron a través del instrumento “Escala Diagnóstica de Edna Foa”. En los resultados obtenidos a través de éste, en el aspecto Sociodemográfico, se evidenció que la población cuenta con una serie de características, tales como que en su mayoría no sobrepasan los 33 años, aducido al régimen especial que manejan las fuerzas militares para el tiempo de prestación del servicio de sus militares; dentro de este grupo también se encontró que el 57,1% han terminado sus estudios secundarios y tan solo un 2.8% y 1.4% cuentan con educación técnica y universitaria respectivamente, la cual fue culminada antes de iniciar el servicio en esta unidad, pues el tiempo de dedicación a esta no les permite continuar avanzando en este aspecto.

Como punto relevante, se encontró, que al comparar estudios con la población de las fuerzas militares, no se habla específicamente de sujetos expuestos a los síntomas de TEPT, es necesario clasificar los grupos que pertenecen a ésta para determinar si su actividad indica que se encuentren expuestos a eventos traumáticos que desencadenen en síntomas de dicha patología, como sucede con la Móvil 8.

De acuerdo con los datos recolectados, en la Móvil 8, dentro de los síntomas referidos se encuentran, los cognitivos del TEPT, siendo los que presentan mayor frecuencia, como la dificultad para concentrarse, no pensar, ni hablar, ni tener pensamientos sobre el evento traumático y al momento de recordar el evento traumático se presentan emociones desagradables, de igual manera estos síntomas desencadenan síntomas biológicos del estrés postraumático como dificultades para conciliar y mantener el sueño.

Palabras claves: El conflicto armado interno, las guerras políticas, trastorno por estrés postraumático Móvil 8, Combates, Eventos traumáticos, Flagelo, Flashbacks, DSM IV, Grupos al margen de la ley, Salud mental, Institución militar

SUMMARY

This research was done or carried out with the people of Mobile 8 of the Huila Department, in order to describe the symptoms of PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) that presents such a population.

Data were collected through the instrument "Edna Foa Diagnostic Scale." In the results obtained through it, in the socio-demographic aspect, it was evident that the population has a number of characteristics, such as that most of them do not exceed the age of 33 years, alleged to the special regimen handle by the military for the time of service of its soldiers; in this group also it was found that 57.1% have completed their secondary education and only 2.8% and 1.4% have technical and university education respectively, which was culminated before starting service in this unit, because of the time that they committed themselves to this, wont allowed them to continue progressing in this aspect

As a relevant point, we found out that at the time of comparing studies with the military population, specifically is not mentioned of subjects exposed to the symptoms of PTSD, it is necessary to classify the groups that belong to it, to determine whether the activity indicates that they are exposed to traumatic events that trigger in symptoms of this disease, as with the Mobile 8.

According to data collected, in the Mobile 8, within the symptoms reported we can find the cognitive of PTSD, being those the ones with a greater frequency, such as difficulty in concentrating, thinking, talking, or having thoughts about the traumatic event and at the time in remembering those traumatic events, unpleasant emotions come, the same way, these symptoms trigger biological symptoms of post-traumatic stress such as difficulty in falling to sleep and maintaining it.

keywords:

Internal armed conflict, Political wars, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Mobile 8, Fighting, Traumatic events, Scourge, Flashbacks, DSM IV. Groups outside the law, Mental health, Military institution, EDNA FOA.

INTRODUCCIÓN

En Colombia se ha desarrollado un conflicto interno armado a través de los años, dado, en su época, por las diferentes batallas de independencia y por las guerras políticas hacia 1903; llegando a estos días donde se pueden identificar dos grandes bandos los cuales son: los grupos al margen de la ley, bien sean de tendencia de izquierda o guerrilla (FARC y ELN principalmente), o los movimientos de extrema derecha o Autodefensas que hace más de una década se unificaron bajo el nombre de Autodefensas Unidas de Colombia; y la fuerza pública, como los son las Fuerzas Militares de Colombia, que se encargan de garantizar el cumplimiento de la Constitución Política De Colombia.

Desde 1982 en cada periodo de gobierno se ha buscado promover que individuos y grupos protagonistas del conflicto (autodefensas y guerrilla), abandonen las armas y busquen el camino hacia la reintegración social. Actualmente, bajo la Ley 975 del 2005¹ (Justicia y Paz), más de 30.000 combatientes guerrilleros y paramilitares han abandonado los grupos armados y han recurrido al gobierno para retornar a la vida social; el participar de este conflicto expone a los sujetos a vivencias acontecimientos desagradables y experiencias, donde experimentan sentimientos de temor, desamparo y horror, generando alteraciones en la percepción de la realidad manifestadas en la forma de desempeño de la vida diaria, predisponiéndolos a desarrollar estrés postraumático.

En los últimos años, se ha estudiado mucho sobre los trastornos emocionales graves y duraderos que pueden darse después de una variedad de sucesos traumáticos a repetición. Si bien es posible que el acontecimiento de este tipo, más impresionante sea la guerra, que en Colombia se denomina conflicto interno armado², para el cual, los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT), resulta ser la alteración a la cual se encuentra más propensa el personal que participa en dicho conflicto.

De acuerdo al DSM-IV³, el TETP se caracteriza por un suceso fijador como lo es la exposición a un acontecimiento traumático durante el cual se experimentan sensaciones de temor, horror, o desamparo. Posteriormente las víctimas vuelven a experimentar el acontecimiento a través de recuerdos y pesadillas; en el caso de los funcionarios activos de la Móvil 8, los combates recurrentes con los otros grupos armados, autores del conflicto, pueden ser considerados como eventos

¹ http://www.cnrr.org.co/interior_otros/pdf/ley_975_05.pdf, consultado el 15 de febrero de 2010

² Jaime Contreras, Miguel Humberto, El Conflicto Armado En Colombia, http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/derecho/19/7_El%20conflicto%20armado%20en%20Colombia.pdf, consultado el 15 de febrero de 2010

³ Criterios internacionales de diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático, acorde al DSM-IV TR

traumáticos, debido al estrés extremo al cual se ven expuestos los combatientes en el momento de batalla, al poner en riesgo sus vidas o al presenciar las muertes de sus compañeros de guerra, y demás víctimas del conflicto; estos tipos de trastornos emocionales surgen en respuesta a factores de riesgo y agentes estresores a los cuales se ven expuestos este grupo de personas, donde las reacciones psicológicas que se manifiestan pueden desencadenar en el fenómeno conocido como Shell shock⁴ o neurosis de guerra.

Con el ánimo de definir tal estado de agotamiento y tensión a causa de situaciones traumáticas de pérdida, persecución, duelo o dolor que resultan de la mayor parte de las acciones de la guerra, producto del uso de las armas, el delito y la coacción, en muchas de sus variedades. El presente trabajo de investigación surge para indagar sobre el grado de repercusión que han tenido estos eventos traumáticos en la vida personal de los funcionarios de la Móvil 8 de la ciudad de Neiva, quienes se han visto expuestos por motivos laborales al manejo permanente de repertorios emocionales para lograr una adaptación al medio.

El presente trabajo de investigación es realizado por estudiantes de las Universidad Surcolombiana para optar al título de psicólogo.

⁴el Shell shock y los horrores de la I Guerra Mundial, <http://www.historiadelahumanidad.com/2008/06/shell-shock-y-los-horrores-de-la-guerra.html>, consultado el 16 de febrero de 2010

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Colombia es un país que ha experimentado todo el rigor de la violencia a través del conflicto interno armado, produciendo una gran variedad de cambios trascendentales en los afectados directos o indirectos por el flagelo de la guerra, entre ellos, los combatientes militares, guerrilleros, paramilitares, desplazados, campesinos y demás miembros de la población gravemente afectada, en los que se evidencia la presencia de características propias del trastorno de estrés postraumático, debido a las múltiples exposiciones a eventos impactantes, en los que han experimentado sucesos de muerte o amenazas a su integridad física, como atentados, masacres, donde la respuesta emitida ha sido de evitación, defensa y sometimiento de tal forma que estos acontecimientos traumáticos son re experimentados persistentemente, a través de recuerdos de los sucesos impactantes, provocando malestar, donde se incluyen flashbacks, (imágenes, pensamientos o percepciones, pesadillas, alucinaciones) ocasionando malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que evoquen el evento traumático induciendo al organismo a respuestas fisiológicas propias del estrés⁵.

Entre tanto en el sujeto se produce la evitación persistente de estímulos asociados al trauma y el embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del evento traumático), tal y como indica el DSM IV ⁶ a lo que se suman síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma) como dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse, respuestas exageradas de sobresalto.

Estas alteraciones pueden durar más de 1 mes, e incluso el resto de su vida y provocar un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.⁷

La fuerza pública se ve expuesta continuamente a situaciones que pueden generar uno o varios de estos síntomas, especialmente los grupos que se encuentran designados para el sometimiento de los grupos al margen de la ley.

En el departamento del Huila existe un grupo de militares de denominado Brigada Móvil 8, conformada por los Batallones de Contraguerrillas No, 66, 67, 68 y 69 encargados de la estrategia y plan de choque emitido por la presidencia de la

⁵ Rey, Germán / Barbera, Jesús Martín, EL PENSAMIENTO QUE REGRESA http://res.uniandes.edu.co/pdf/descargar.php?f=./data/Revista_No_07/01_Portada.pdf, consultado el 16 de febrero de 2010

⁶ Criterios internacionales de diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático, acorde al DSM-IV TR

⁷ Criterios internacionales de diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático, acorde al DSM-IV TR

República para el desarrollo de operaciones militares de contraguerrilla en los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Huila y su sede actual es el cantón de la Novena Brigada en la Ciudad de Neiva.

En su actividad laboral diaria, estos militares se ven expuestos a combates de guerra que implican decesos, heridas mutilaciones y situaciones donde arriesgan su vida; viéndose expuestos a altos niveles de ansiedad y re significación del sentido de la muerte⁸. Surgiendo aquí la necesidad de medir y controlar dicha situación que afecta la salud mental de los uniformados.

Actualmente existe una escala de medición de niveles de estrés postraumático adaptada a las fuerzas militares, que permite identificar la presencia de síntomas de trastornos de ansiedad, especialmente por estrés postraumático en dicha población; con ésta se buscará dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la caracterización de los síntomas del estrés postraumático en la población activa en combate de la Brigada Móvil 8 del departamento del Huila?

⁸ Significado de la muerte en soldados del batallón de contraguerrillas No 9 "los Panches" del departamento del Huila, 2009

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los síntomas del estrés postraumático de la población activa en combate de la Brigada Móvil 8 del departamento del Huila.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los eventos traumáticos a los cuales se encuentran expuestos los soldados de la Brigada Móvil 8 del departamento del Huila.
- Describir la intensidad de los síntomas que estén presentes en los soldados de la Brigada Móvil 8 del departamento del Huila.
- Determinar los componentes del evento traumático a los que están expuestos los soldados de la Brigada Móvil 8 del departamento del Huila.
- Reconocer los problemas que interfieren en las actividades diarias de los soldados de la Brigada Móvil 8 del departamento del Huila.

3. ANTECEDENTES

En el ámbito internacional, se encuentra un estudio que tuvo lugar en la república de Croacia, en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Osijek, el cual fue denominado como **“El trastorno por estrés post-traumático relacionado con el combate entre los veteranos croatas”** donde se tuvo en cuenta los modelos causales para grupos (clúster) de síntomas. Entre los objetivos de este estudio se encontró el papel etiológico de los factores de riesgo pre-militares, las condiciones de entrada en el ejército, las experiencias en zona de guerra, y el recibimiento de regreso al hogar. La investigación concluye que todos los síntomas de TEPT no tienen la misma etiología; los resultados indican el desarrollo de modelos causales con satisfactorios ajuste y dimensiones, existe un diferente efecto etiológico de las variables estudiadas sobre los Clúster de síntomas TEPT. El autor de este estudio es el doctor Željka Vukšić-Mihaljević (PhD), y se llevo a cabo en el 2004⁹.

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

En Bogotá, la residente del Programa de Psiquiatría, Universidad Militar de Nueva Granada, Paula A. Corzo P y la docente Asistente Pontificia Universidad Javeriana, Adriana P. Bohórquez P., desarrollaron el trabajo denominado **“Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate”** tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la reacción a estrés agudo y del trastorno por estrés postraumático en los soldados heridos en combate que ingresan al Hospital Militar. Para ello se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se aplicó el *Clinical Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale* (CAPS) a una muestra de pacientes hospitalizados por heridas en combate en el Hospital Militar Central de Bogotá. Se midió la prevalencia y la frecuencia, haciendo un análisis bivariado de los datos obtenidos. Se obtuvo una prevalencia del 16,66% para trastorno por estrés postraumático y ningún caso de trastorno por estrés agudo, lo

⁹ <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1089255> European journal of psychiatry, ISSN 0213-6163, Vol. 18, Nº 4, 2004 , pags. 197-209

que proporciona una clara evidencia de que las lesiones provocadas durante un combate percibido como traumático, son un factor de riesgo mayor para el desarrollo de trastorno por estrés postraumático.

En la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, las estudiantes Kelly Johana Urazan Cedeño y Margarita Borrero Vidal, en el año 2009 desarrollaron un trabajo de grado titulado **“Relación de los trastornos de estrés postraumático, depresión y ansiedad en la población en situación de desplazamiento de la ciudad de Neiva”**, el cual tuvo un diseño metodológico descriptivo correlacional en un muestreo al azar en una población 35.439 personas adultas en situación de desplazamiento de la ciudad de Neiva, allí se valoro la presencia del TEPT con DTS y la depresión y de la ansiedad con los BDI y BAI respectivamente. Dentro de los resultados más significativos se encontró que el 29% presenta una frecuencia significativa del TEPT y el 32% manifiesta una gravedad significativa de los mismos. Para la depresión se encontró que el 79% presenta rasgos de acuerdo a la escala aplicada. Igualmente para la ansiedad se encontró que el 33% presenta síntomas de ansiedad. A pesar de la frecuencia y gravedad de estos síntomas no se encuentra correlación significativa en las tres variables estudiadas en esta población.

En la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, los estudiantes de psicología Rafael Ricardo Amaya, Carlos Mauricio Capera y Johana Guio Urueña, en el año 2009; desarrollaron un trabajo de grado denominado **“Caracterización del estrés postraumático en los grupos GAULA y A.F.E.U.R adscritos a la novena brigada del departamento del Huila”**. En el marco de ese estudio, se encontró que en los grupos GAULA Y A.F.E.U.R adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila se encontró que la prevalencia de punto del estrés postraumático estimada fue de 4% en el total de la muestra, igualmente para cada grupo.

Al referir las características de los síntomas específicos del estrés postraumático que presentaron los militares; según los autores, la descripción realizada de estas características se hace al total de la muestra y no a cada uno de los grupos, a raíz de que los dos grupos no presentan diferencias significativas en cada uno de los ítem de acuerdo al estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney y se concluye que ningún sujeto ha presentado algunos de los síntomas específicos del estrés postraumático.

Al momento de calcular la existencia de las relaciones entre las variables sociodemográficas y el puntaje total de frecuencia, gravedad y total del instrumento para el diagnostico del estrés postraumático, se aplicó el estadístico PEARSON y se observó que hay una relación significativa entre el total de frecuencia de estrés postraumático y el puntaje total de la prueba, como también se encontró una significancia entre la frecuencia de estrés y gravedad del estrés, lo que indica la consistencia de la prueba entre los sub resultados y el resultado

total de la prueba, otra relación encontrada está dada entre las variables tiempo de servicio y número de combates, aunque es significativa estadísticamente, no se puede considerar una relación fuerte.

En mismo año (2009) en la Universidad Surcolombiana las estudiantes Constanza Cortes Olaya, Paola Andrea Camacho Sánchez y Margarita rosa Sánchez, desarrollaron el trabajo de grado denominado “**significado de la muerte en soldados del batallón de contraguerrillas #9 (Los Panches) del departamento del Huila**”, la cual tuvo un diseño cualitativo fenomenológico donde por medio de la entrevista a profundidad tuvo como hallazgo que el significado de la muerte para esta población gira en torno a las creencias religiosas judeocristianas, al trabajo, a familia y a las vivencias cercanas de este fenómeno.

4. JUSTIFICACIÓN

Desde hace años, Colombia viene siendo golpeada por la violencia, cuyas consecuencias se evidencian en el número creciente de víctimas del conflicto armado, ya sean de la fuerza pública, los grupos al margen de la ley o de la población civil, quienes sin tener participación directa, se han visto afectados; a pesar de los continuos esfuerzos de las fuerzas militares de Colombia por garantizar sus derechos y preservar su vida.

En la ciudad de Neiva el número de soldados activos asciende a 4100, siendo en la unidad móvil ocho 1100 soldados quienes se ven directamente expuestos a posibles afecciones determinadas por el estrés permanente, ya que estos individuos por motivos laborales han dedicado parte de su vida a la guerra del país, estando expuestos a la vivencia de experiencias traumáticas.

Actualmente es posible determinar el nivel de estrés postraumático de dichos sujetos a partir de la aplicación de un instrumento validado, que eventualmente pretende conocer el nivel que estas personas hayan desarrollado tras experiencias plenamente displacenteras, de dolor o angustiantes, durante sus vivencias directas como participantes del conflicto armado colombiano, siendo un precedente para posteriores estudios en este campo tan interesante y necesitado de atención en el plano de la psicología y la salud pública del país.

Según datos del Comando General de las Fuerzas Militares¹⁰, “entre 1999 y 2002, se registró un crecimiento del 19%, en el número de casos de estrés postraumático en uniformados y mientras que la cifra sigue en ascenso en el 2001 se presentaron 38 casos, de los cuales 19 terminaron en otorgamiento de pensión de invalidez, actualmente reciben atención psiquiátrica en el Batallón de Sanidad, ubicado en Bogotá, 140 hombres entre soldados, oficiales y suboficiales. De ellos, el 95% presentan dicha patología”.

Debido a esta problemática el Ejército Nacional emprendió diversas estrategias para contrarrestar el fenómeno, entre ellas, incorporar psicólogos militares para que convivan con los soldados y otros programas de prevención. Recientemente se diseñó un Plan Maestro de Salud Mental para el período 2007 - 2010 que busca evitar la aparición del trastorno entre los soldados que van al frente de batalla.

También se apreció en el trabajo investigativo sobre **“Caracterización del estrés postraumático en los grupos GAULA y A.F.E.U.R adscritos a la novena**

¹⁰ [www.codeliberar.org/EI combate contra la memoria de la guerra. del sábado 29 de septiembre de 2007, febrero 20 de 2010](http://www.codeliberar.org/EI_combate_contra_la_memoria_de_la_guerra._del_sábado_29_de_septiembre_de_2007,_febrero_20_de_2010)

brigada del departamento del Huila”, en el cual se encontró que en los grupos GAULA Y A.F.E.U.R adscritos a la Novena Brigada del departamento del Huila se encontró que la prevalencia de punto del estrés postraumático estimada fue de 4% en el total de la muestra, igualmente para cada grupo.

Teniendo en cuenta las situaciones mencionadas anteriormente el objetivo general de este trabajo de investigación es realizar una **caracterización del estrés postraumático de la población activa en combate de la Brigada Móvil 8** del departamento del Huila ya que esta población es vulnerable a padecer trastornos que surgen de acontecimientos generados en los permanentes enfrentamientos a los que se ven expuestos los sujetos de estudio, son testigos de la muerte violenta o mutilaciones de compañeros, civiles, guerrilleros y paramilitares.

Finalmente, teniendo en cuenta que en el Plan Maestro de Salud Mental de las Fuerzas Militares se está contemplado el realizar investigaciones con la población que hace parte de la institución, se considera que este estudio aportará información que lo convertirá en un documento base para implementar nuevos planes y estrategias, que permitirán mejorar las condiciones de los militares de la Móvil ocho con estrés postraumático. En el interés por colaborar con el mejoramiento de dichas problemáticas sociales la Universidad Surcolombiana desde la psicología desarrollo esta investigación ya que la idea como entidad pública es apoyar a la Institución Militar cumpliendo así con uno de los objetivos del alma matter que es “Establecer procesos de diálogo entre la Universidad y entidades, comunidades, asociaciones, organismos, estamentos del orden local, regional, e internacional, a partir del intercambio de saberes, prácticas y conocimientos científicos, tecnologías y humanísticos”¹¹.

¹¹ <http://paginas.usco.edu.co/proyeccion/objp.php> , consultado el 24 de febrero de 2010

5. MARCO TEORICO

5.1 DEFINICIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se define como un desorden de ansiedad que ocurre después de experimentar o ser testigo de eventos que amenacen la vida tales como combates militares, desastres naturales, incidentes terroristas, accidentes serios, o asaltos personales violentos tales como la violación. Suele estar acompañada por otros desórdenes psicológicos; este síndrome conocido como PTSD por sus siglas en inglés (Post Traumatic Stress Disorder) es una condición compleja que se puede asociar con morbilidad, invalidez, e impedimento en la funcionalidad en la vida.¹²

Según Jones¹³: “*el primer concepto relacionado con el PTSD fue el de neurosis traumática y data del siglo XIX.*” En 1889 Charcot, citado por Jones, lo replanteó como neurosis traumática y por más de 100 años ha sido clasificado bajo diferentes etiquetas: neurosis de compensación, shock nervioso, traumatofobia, neurosis de guerra, histeria.

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

El TEPT finalmente apareció como entidad clínica, como una categoría diagnóstica específica en el DSM-III en 1980, y citado por Serrano dice: "como

Desorden de Estrés Postraumático, categorizado como una forma de desorden de ansiedad, y no como una neurosis".¹⁴

Davidson; Resick y Calhoun plantean que el TEPT: “es un desorden psiquiátrico con un significativo grado de morbilidad. Frecuentemente sigue un curso crónico y puede estar asociado con recuerdos recurrentes a la exposición de múltiples traumas. Adicionalmente, suele aparecer en comorbilidad con otro tipo de trastornos como desórdenes de ansiedad, depresión o abuso de sustancias, entre otros”.¹⁵

¹² KEANE T, et al. Diagnosis and Assessment. Foa E y Cols (Eds) Effective Treatments for PTSD. London: The Guilford Press.

¹³ JONES, F. Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Textbook of Military Medicine. War Psychiatry. USA: Office of the Sargeant General.

¹⁴SERRANO, C. Estrés Postraumático de Combate. Cuadernos de Clínica. Bogotá: Cargraphics.1998.

¹⁵RESICK P, CALHOUN y DAVIDSON. Posttraumatic stress disorder. In: DH Barlow, ed. Clinical Handbook of Psychological Disorders, Third Edition. New York: Guilford Press; 2000.

Según el DSM-IV¹⁶ el TEPT se encuentra dentro de los desórdenes de ansiedad en el eje I. *"En esta publicación se eliminan los elementos del DSM-III, referentes a un acontecimiento psicológicamente traumático y que por lo general se encuentra por fuera del marco habitual de la experiencia humana"*.¹⁷ Estos elementos fueron retirados, ya que se consideró pertinente "hacer énfasis en la vivencia particular del individuo más que en el tipo de evento experimentado"¹⁸.

Lo anterior es de gran importancia al tener en cuenta que no todos los sujetos expuestos al mismo trauma desarrollan TEPT y no siempre el mismo evento es percibido como traumático por diferentes sujetos. Para el desarrollo del TEPT son importantes tanto los factores relacionados al trauma como los factores relacionados al sujeto.

5.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT

Después de los cambios y transformaciones del concepto de TEPT, el DSM-IV, lo ubica en el eje I, el cual hace referencia a desórdenes de ansiedad; los criterios diagnósticos para este trastorno son los siguientes:

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

- La persona experimentó, fue testigo o fue confrontada con un evento o eventos que involucraban amenaza de muerte, o daño serio, o amenaza a la integridad física ya sea de sí mismo o de otros.
- La respuesta de la persona incluyó un miedo intenso, desesperanza u horror.

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

- Recuerdos intrusiones desagradables acerca del acontecimiento, que incluyen imágenes, pensamientos y percepciones.
- Sueños desagradables, recurrentes acerca del evento.
- Actuaciones o sentimientos como si el evento traumático estuviese volviendo a ocurrir (incluye revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos retrospectivos, también aquellos que ocurren al despertarse o al estar intoxicado).

¹⁶ DSM IV, Manual Diagnostico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales, Edit. MASSON 1995, pág. 434.

¹⁷SERRANO, C. op.cit., p.20.

¹⁸ Ibíd., p.20.

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

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

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

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

- Esfuerzo por evitar actividades, lugares o personas que activen el recuerdo del trauma.

- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

- Disminución marcada del interés en participar de actividades significativas.

- Sentimientos de separación o alejamiento frente a los demás.

- Restricción en el rango de los afectos (ej. Incapacidad para tener sentimientos amorosos)

- Sensación de acortamiento del futuro (ej. No tiene expectativas frente a una carrera, un matrimonio hijos o una vida cotidiana normal).

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

- Dificultad para mantener o conciliar el sueño.

- Irritabilidad y explosiones de ira.

- Dificultad para concentrarse.

- Hipervigilancia.

- Respuesta de alarma exagerada.

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

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

El TEPT se puede clasificar a su vez de acuerdo con su duración; según los criterios del DSM-IV la duración del disturbio debe ser por más de un mes, en esta

etapa se habla de estrés agudo, si supera los tres meses se hace referencia a estrés crónico.

De acuerdo con el DSM IV las especificaciones para determinar el inicio y la duración de los síntomas de TEPT son:

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

Así mismo, la APA ¹⁹ hace una distinción frente al carácter del agente estresante. Si es de carácter interpersonal (abuso sexual, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o torturas), pueden aparecer los siguientes síntomas:

- afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo;
- síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de la personalidad previas.

5.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TEPT

Por otra parte, pacientes con TEPT tienen altas probabilidades de presentar síntomas de somatización tales como miedo asociado al incremento de la presión arterial, problemas gastrointestinales, dermatológicos y desordenes musculoesqueléticos. Similarmente, también reportan disturbios del sueño. En un estudio con 1.832 sujetos con TEPT de la población urbana general de Estados Unidos se encontró que los trastornos del sueño afectaron a cerca del 70% de las personas, manifestadas en parálisis del sueño, sonambulismo, así como alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas. Otro estudio con pacientes que sufrieron TEPT demostró que el síndrome de estado de ánimo irritable apareció en el 36% de los 50 pacientes diagnosticados con el trastorno. Posteriormente, en otro estudio que buscaba determinar la relación entre una historia de TEPT y síntomas de somatización, demostró una alta correlación entre éstos, siendo bastante probable

¹⁹ www.trastornosdeansiedad.es/conocimiento/conocimiento001.htm, consultado el 07 marzo de 2010.

que personas con TEPT desarrollen signos somáticos, en comparación con otro tipo de desordenes psiquiátricos.²⁰

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

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ENFOQUE

El presente estudio se ubica en el enfoque cuantitativo. Éste enfoque deriva de las concepciones positivistas y empíricas de investigación social, buscando explicar a partir del descubrimiento de causas objetivas una realidad.²¹

Este enfoque tiene como ventaja la posibilidad de interpretar los datos, generando así mayor validez y confiabilidad en los resultados; también supone la recolección, organización sistemática de información y análisis mediante procedimientos estadísticos, donde se resalta el papel del razonamiento deductivo y los atributos cuantificables de la experiencia humana.²²

6.2 TIPO DE DISEÑO

La presente investigación, cuenta con un diseño de tipo descriptivo, y tiene como propósito describir las características de los síntomas de estrés postraumático en la población compuesta por miembros activos de la fuerzas militares de la móvil ocho del Ejército Nacional.²³

6.3 POBLACIÓN

La Unidad Móvil ocho es una unidad Operativa Menor del ejército que tiene como jurisdicción los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Huila. La sede actual es el cantón de la Novena Brigada en la Ciudad de Neiva Huila²⁴, y está conformada por 1100 hombres.

6.4 MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta que no existen estudios previos en la región que permitan tener en cuenta una probabilidad de ocurrencia del evento (estrés postraumático), por tanto se tomara el valor de 0,5 como probabilidad de que se dé el evento; con respecto al nivel de confianza se tomará el 90% y un error relativo de 10% de acuerdo al presupuesto y al tiempo

²¹ Polit, D. y Hungler, B. Investigación científica en Ciencias de la Salud México. 2000.

²² *Ibíd.*

²³ SAMPIERI, Hernandez; cols. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Mexico. Mcgraw hill

²⁴ <http://www.quintadivision.mil.co/?idcategoria=216216>, consultado el 20 de marzo de 2010

programado de aplicación; lo anterior indica se tomará una muestra de 212 sujetos que pertenezcan a la móvil²⁵(ver anexo A), logrando representatividad de la población objeto de estudio y por tanto extrapolación de los resultados a los integrantes de la Móvil.

Se utilizó un muestreo al azar como estrategia para selección, donde todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser escogidos; no fue posible obtener el listado de los participantes debido a motivos de protocolos de seguridad de la institución.

La población de la móvil 8 del ejército son adultos jóvenes que se encuentran entre los 18 a los 25 años de edad (55,2%), cuentan con un nivel académico de educación básica secundaria completa (57.1%), siendo baja la educación técnica y universitaria con un 2.8% y 1.4% respectivamente.

El 78.3% de los sujetos se encuentran en los estratos sociales 1 y 2 respectivamente. Por otra parte los soldados de la Móvil 8 muestran una baja frecuencia de consolidación de familia nuclear propia, encontrándose el 57.5% de los soldados en estado de soltería, seguido de las uniones de hecho con el 30.2% de soldados que se encuentran en unión libre.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estar activos en combate
- Estar adscritos a la Brigada Móvil No. 8
- Tener disposición de participar
- No diagnosticados con TEPT
- Haber presenciado o ser testigos de un acto violento.

6.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo el presente estudio de las características del TEPT en las personas que en su vida tuvieron contacto directo con situaciones de extrema tensión y dolor en medio de la guerra, se utilizó la escala de Edna Foa (ver anexo B), la cual constituye uno de los instrumentos más idóneos para la caracterización, teniendo en cuenta que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) presenta una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos por ansiedad (fobia simple, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico), trastornos afectivos (depresión mayor, distimia y manía) y con el abuso de sustancias (alcohol y drogas), según los datos reportados por los estudios epidemiológicos

²⁵ COLIMON, kahl-martin. Fundamentos de epidemiología, editorial corporación para investigaciones biológicas. 2010

del National Comorbidity Survey, el Epidemiological Catchment Area Survey y el estudio de Breslau²⁶. Por tal razón, realizar un correcto diagnóstico, implica brindar una instrucción adecuada para el mejor y más sincero registro de los datos por parte de la población a estudiar.

6.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se aplicaron distribuciones de frecuencias, estadísticos descriptivos, específicamente las medidas de tendencia central, para establecer las características con mayor frecuencia del TEPT en la población estudiada, de igual manera las variables tiempo de permanencia en combate, el tiempo que llevan activos en la brigada, así como su lugar de procedencia.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar este estudio se tendrán en cuenta las "normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud" regidos por la RESOLUCIÓN No. 008430 del 4 DE OCTUBRE DE 1993 del ministerio de salud; y teniendo en cuenta los ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS (art. 5-16) donde "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar".

Por otra parte la presente investigación será un estudio sin riesgo ya que no emplean técnicas invasivas, sino métodos de investigación retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Se ha decidido que es necesario contar con el consentimiento informado por parte de cada uno de los sujetos que participe en el estudio y que firmará si está informado de (ver anexo C):

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan obtenerse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda

- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio
- La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Finalmente, la información que consigne es de absoluta confidencialidad durante y después del proceso, tal como está contemplado en la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. En el título II, donde se consigna lo referente al principio de confidencialidad, responsabilidad, competencia, estándares legales y morales, bienestar del usuario y el título VII Del Código Deontológico Y Bioética Para el ejercicio de la profesión de Psicología. Se tendrá en cuenta los: Capítulo IV: De los deberes con los colegas y otros profesionales correspondiente al Art 42. También el Capítulo V: Del uso de material psicotécnico correspondiente al Art 47. Además el Capítulo VII normatiza la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones proporcionados en los artículos 49, 50, y 56. Además contaré permanentemente y durante el desarrollo del estudio con la opción de retirar mi consentimiento informado en cualquier momento de la investigación.

Los resultados de la presente investigación serán entregados a las directivas de la Brigada Móvil 8, ente encargado de la salud mental de la población objeto de estudio.

7. RESULTADOS

Cuadro 1. Escala diagnostica Edna Foa, parte 1.

Eventos		Recuento	% del N de la columna
1. Accidente grave, incendio o explosión distintos al área de combate (por ejemplo un accidente industrial, en una finca, avión barco, etc.)	Si	36	16,98
	No	176	83,02
2. Desastre natural (por ejemplo avalancha, vendaval, huracán, inundación o terremoto).	Si	19	8,96
	No	193	91,04
3. Agresión no sexual por parte de un miembro de la familia o una persona conocida (por ejemplo un robo, ataque físico, herida con puñal, cuchillo, chuzo, arma o retención bajo amenaza de arma de fuego).	Si	15	7,08
	No	197	92,92
4. Agresión no sexual por parte de una persona desconocida (por ejemplo un robo, ataque físico, herida con puñal, cuchillo, chuzo, arma o retención bajo amenaza de arma de fuego).	Si	32	15,09
	No	180	84,91
5. Abuso sexual realizado por un miembro de la familia o una persona conocida (por ejemplo violación o intento de violación).	Si	2	0,94
	No	210	99,06
6. Abuso sexual realizado por una persona desconocida (por ejemplo violación o intento de violación).	Si	0	0,00
	No	212	100,00
7. Haber presenciado un combate militar o haber estado en zona de guerra.	Si	195	91,98
	No	17	8,02
8. Reclusión (por ejemplo estar preso, ser prisionero de guerra, secuestrado o rehén).	Si	5	2,36
	No	207	97,64
9. Tortura.	Si	1	0,47
	No	211	99,53
10. Enfermedad que amenace la vida.	Si	4	1,89

	No	208	98,11
11. Otro evento traumático.	Si	10	4,72
	No	202	95,28

De acuerdo al cuadro, se observa que la frecuencia más alta se presenta en el evento *Haber presenciado un combate militar o haber estado en zona de guerra* (91,98%), por otra parte el 16,98% de la muestra refiere haber participado en un Accidente grave, incendio o explosión distintos al área de combate; el 15,9% refirieron haber presentado Agresión no sexual por parte de una persona desconocida. Dentro de los eventos propuestos por el instrumento ninguno de los participantes en el estudio refieren haber tenido algún evento relacionados con Abuso sexual realizado por una persona desconocida.

Cuadro 2. Escala diagnostica Edna Foa, parte 2.

Evento que más le preocupa		Recuento	% del N de la columna
Accidente	Si	40	18,8
	No	172	81,1
Desastre	Si	20	9,43
	No	192	90,5
Que una persona conocida la haya agredido no sexualmente	Si	12	5,66
	No	200	94,3
Que una persona extraña la haya agredido no sexualmente	Si	22	10,3
	No	190	89,6
Que una persona conocida haya abusado sexualmente de usted	Si	2	0,94
	No	210	99,0
Que una persona extraña haya abusado sexualmente de usted	Si	0	0
	No	214	100
Combate	Si	190	89,6
	No	22	10,3
Reclusión/Secuestro	Si	7	3,30
	No	205	96,6
Tortura	Si	0	0
	No	212	100
Enfermedad que amenace la vida	Si	4	1,88
	No	208	98,1
Otros	Si	7	3,30
	No	205	96,6

Dentro de los eventos que más le preocupa según refieren la muestra se encuentra el evento de estar en combate (89,62%); seguido del evento de accidente (18,87%).

Tabla 1. Hace cuanto tiempo sucedió el evento traumático?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	De uno a tres meses	9	4,2	4,2
	De cuatro a seis meses	20	9,4	13,7
	De siete meses a tres años	146	68,9	82,5
	Más de cinco años	37	17,5	100,0
	Total	212	100,0	

Con respecto al tiempo transcurrido desde el evento traumático, se observa que la frecuencia más alta la presenta de siete meses a tres años (68,9%), seguido de más de cinco años con una proporción de 17,5%, en los últimos tres meses el 4,2% han presentado eventos traumáticos.

Cuadro 3. Escala diagnostica Edna Foa, parte 3.b.

Eventos		% del N de la columna
15. ¿Fue herida físicamente?	Si	22,6%
	No	77,4%
16 ¿Otra persona fue herida físicamente?	Si	59,4%
	No	40,6%
17. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	Si	69,8%
	No	30,2%
18. ¿Pensó que la vida de otra persona estaba en peligro?	Si	67,5%
	No	32,5%
19. ¿Se sintió sola o desamparada?	Si	21,2%
	No	78,8%
20. ¿Se sintió atemorizada, aterrorizada o con miedo?	Si	43,4%
	No	56,6%

En el momento del evento traumático, el 69,8% la muestra refiere que pensó que su vida estaba en peligro, de igual forma el 67,5% pensó que la vida de otra persona estaba en peligro, mientras que el 21,2% se sintió sola ó desamparada.

Cuadro 4. Escala diagnostica Edna Foa, parte 3.

Síntomas	Nunca ó solamente una vez	Una vez a la semana ó de vez en cuando	De dos a cuatro veces a la semana ó la mitad del tiempo	Cinco ó más veces a la semana ó casi siempre
Tener pensamientos o imágenes perturbadoras o molestas a cerca del evento traumático, que llegan a su mente cuando no lo desea	67,92%	15,57%	12,26%	4,25%
Tener sueños incómodos o pesadillas acerca del evento traumático	58,96%	29,25%	9,43%	2,36%
Revivir el evento traumático, actuando o sintiendo como si este estuviera sucediendo de nuevo	69,34%	23,11%	5,66%	1,89%
Cuando usted recuerda el evento traumático siente emociones desagradables (por ejemplo miedo, ira, tristeza, culpa, etc.)	56,60%	32,08%	8,49%	2,83%
Experimentar reacciones físicas cuando le recuerdan el evento traumático (por ejemplo sudoración, corazón latiendo rápido, etc.)	59,43%	29,25%	7,08%	4,25%
Tratar de no pensar, ni hablar, ni tener pensamientos sobre el evento traumático	54,72%	33,96%	6,13%	5,19%
Tratar de evitar actividades, personas o lugares que le recuerden el evento traumático	59,91%	27,36%	8,96%	3,77%
Dificultad para recordar una parte importante del evento traumático	64,62%	25,47%	7,08%	2,83%
Tener mucho menos interés por participar o participar mucho menos en actividades importantes	65,09%	20,28%	6,60%	8,02%
Sentirse distante o aislada de las personas de su alrededor	61,32%	25,47%	9,43%	3,77%
Dificultad para sentir emociones (por ejemplo ser incapaz de llorar o de tener sentimientos amorosos)	63,68%	20,28%	8,49%	7,55%

Sentir como si sus planes futuros o esperanzas no se fueran a hacer realidad (por ejemplo, pensar que no va a tener una carrera, no se va a casar, no va a tener hijos, no va a tener una larga vida).	57,55%	25,94%	11,79%	4,72%
Tener problemas para conciliar el sueño o para mantenerse dormida	56,13%	26,42%	10,85%	6,60%
Sentirse irritable o tener explosiones de ira	58,96%	28,30%	9,43%	3,30%
Tener dificultad para concentrarse (por ejemplo perder el hilo de la conversación o de un programa de televisión, u olvidarse de lo que leyó)	49,53%	35,38%	8,96%	6,13%
Sentirse muy alerta (por ejemplo chequear o revisar quien está a su alrededor, sentirse incomoda cuando esta de espalda a una puerta)	34,43%	33,02%	17,92%	14,62%
Sentirse nerviosa, asustadiza o sobresaltarse fácilmente (por ejemplo cuando alguien camina detrás).	39,62%	33,02%	22,17%	5,19%

Dentro de los síntomas que se presentan en la muestra se observa que el 14,62% refieren sentirse muy alerta cinco ó más veces a la semana; de igual forma el 8,02% refieren Tener mucho menos interés por participar o participar mucho menos en actividades importantes casi siempre. Con respecto a los síntomas que se presentan de dos a cuatro veces a la semana se observa que el 22,17% refieren Sentirse nerviosa, asustadiza o sobresaltarse fácilmente; el 17,92% refieren Sentirse muy alerta; el 12,26% Tienen pensamientos o imágenes perturbadoras y finalmente dentro de los síntomas con mayor proporción se encuentra Tener problemas para conciliar el sueño o para mantenerse dormida (10,85%).

Dentro de los síntomas que se presentan Una vez a la semana ó de vez en cuando, se observan que el 35,38% Tienen dificultad para concentrarse, el 33,96% Tratan de no pensar, ni hablar, ni tener pensamientos sobre el evento traumático, de igual manera el 33,02% Se sienten muy alerta y Sentirse nerviosa, asustadiza o sobresaltarse fácilmente; y el 32,08% de la muestra refieren que al momento de recordar el evento traumático siente emociones desagradables.

Con respecto a los síntomas que Nunca ó solamente una vez se presentan se encuentra que el 67,92% Tienen pensamientos o imágenes perturbadoras o molestas a cerca del evento traumático.

Finalmente en promedio el 5,13% presentan síntomas Cinco ó mas veces a la semana ó casi siempre, el 10,04% presentan síntomas De dos a cuatro veces a la semana ó la mitad del tiempo y el 27,3% Una vez a la semana ó de vez en cuando.

Tabla 2. Desde hace cuanto tiempo ha experimentado los problemas que reportó anteriormente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de un mes	23	10,8	10,8	10,8
	De uno a tres meses	32	15,1	15,1	25,9
	Más de tres meses	157	74,1	74,1	100,0
	Total	212	100,0	100,0	

De acuerdo al tiempo que ha experimentado los síntomas se observa que el 74% refiere más de tres meses, el 15,1% de uno a tres meses y el 10,8% menos de un mes.

Tabla 3. Cuánto tiempo después del evento traumático empezaron estos problemas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de seis meses	77	36,3	36,3	36,3
	Seis meses o más	135	63,7	63,7	100,0
	Total	212	100,0	100,0	

Después del evento traumático el 63,7% refiere que seis meses después iniciaron los síntomas y el restante 36,3% en menos de seis meses.

Cuadro 5. Escala diagnostica Edna Foa, parte 4.

Actividad		Recuento	% del N de la columna
Trabajo	Si	47	22,16
	No	165	77,83
Deberes y tareas en el hogar	Si	40	18,86
	No	172	81,13
Relación con amigos	Si	30	14,15
	No	182	85,84

Actividades de diversión o recreación	Si	34	16,03
	No	178	83,96
Estudio	Si	29	13,67
	No	183	86,32
Relaciones con su familia	Si	45	21,22
	No	167	78,77
Vida sexual	Si	28	13,20
	No	184	86,79
Satisfacción general con la vida	Si	46	21,69
	No	166	78,30
Nivel general de funcionamiento en todas las áreas de su vida	Si	43	20,28
	No	169	79,71

Con respecto a las actividades que han interferido el 22,17% refieren que es el trabajo la actividad que más han interferido los síntomas, seguido por satisfacción general por la vida (21,7%) y relaciones con su familia (21,23%).

8. DISCUSIÓN

La unidad móvil ocho es una unidad Operativa Menor del ejército que tiene como jurisdicción los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Huila. La sede actual es el cantón de la Novena Brigada en la Ciudad de Neiva Huila, y está conformada por 1100 hombres, de la cual se tomó una muestra de 212 sujetos teniendo en cuenta que no existían estudios en la región que permitieran determinar una probabilidad de ocurrencia de los síntomas del trastorno por estrés postraumático, por tanto se tomó el valor de 0,5 como probabilidad de que se diera el evento; con respecto al nivel de confianza se tomó el 90% y un error relativo de 10% de acuerdo al presupuesto y al tiempo programado de aplicación logrando representatividad de la población objeto de estudio y por tanto extrapolación de los resultados a los integrantes de la móvil.

Dentro de los resultados obtenidos, por medio del instrumento aplicado, se encontró en el aspecto Socio demográfico, que la población cuenta con una serie de características, tales como que en su mayoría no sobrepasan los 33 años, aducido al régimen especial que manejan las fuerzas militares para el tiempo de prestación del servicio de sus militares; dentro de este grupo también se encontró que el 57,1% han terminado sus estudios secundarios y tan solo un 2.8% y 1.4% cuentan con educación técnica y universitaria respectivamente. La cual fue culminada antes de iniciar el servicio en esta unidad, pues el tiempo de dedicación a esta no les permite continuar avanzando en este aspecto.

En el ítem de la cantidad de personas que tienen a cargo, se contrasta con la cantidad de hijos que tienen los sujetos; observándose que el 32.1 % manifiesta no tener personas bajo su responsabilidad, seguido del 23.6% que registra tener 2 personas a cargo, pero el 43.9%, de los sujetos manifiestan tener de 1 a 3 hijos indicando que es importante investigar más en este aspecto, ya que en varios sujetos a pesar de tener hijos, para ellos, éstos no cuentan como personas a su cargo, lo cual invita a indagar frente al significado que tiene esta población en lo que respecta tener a una persona a cargo.

Otro de los datos que se destaca es que los estratos socioeconómicos a los que pertenecen el 89.6% corresponde al 1 y 2 contrastado con el ítem que indaga el nivel educativo de estos sujetos donde el mayor porcentaje es el de bachiller - como se indicó anteriormente-, indicando que para estos estratos, unirse a las fuerzas militares es un opción laboral estable, por todas sus prebendas, pero no facilita el avance en los ciclos educativos formales. Además de que la exigencia laboral por la cantidad de tiempo que exige no les permite construir fácilmente una familia nuclear propia tradicional, evidenciada en el 57,5% de soltero que se encuentra en esta población y el 30 % que se encuentran en unión libre.

A pesar de que la escala EDNA FOA no logra diagnosticar de manera dicotómica el estrés postraumático, hace una adecuada caracterización de los síntomas y el tiempo de aparición de los mismos. Debido a las características laborales de La muestra estudiada, refieren haber presenciado un combate militar o haber estado en zona de guerra, otro evento traumático es la participación en un Accidente grave ó explosión distintos al área de combate; el 15,9% refirieron haber presentado una Agresión no sexual por parte de un miembro de la familia o una persona conocida; de igual forma dentro de los eventos traumáticos que consideran más importantes se encuentra estar en el combate y haber estado en accidentes.

Con respecto al tiempo, los eventos traumáticos se han presentado entre siete meses a tres años (68,9%), mientras que la frecuencia de eventos que se han presentado en los últimos tres meses es baja (4,2%).

En el momento del evento traumático, los soldados piensan que su vida estaba en peligro, al igual que la vida de otra persona también estaba en peligro y se sienten solos ó desamparados.

En relación a los síntomas relacionados al estrés postraumático en la población activa de la Unidad Móvil 8, se observan muy alerta cinco ó más veces a la semana; Tienen mucho menos interés por participar en actividades importantes. En menor frecuencia se presentan síntomas como sentirse nervioso, asustadizo o sobresaltarse fácilmente; sentimiento de alerta; pensamientos o imágenes perturbadoras y problemas para conciliar el sueño o para mantenerse dormido.

Finalmente el grupo de los síntomas que menos frecuencia presenta son de orden cognitivo como presentar dificultad para concentrarse, no pensar, ni hablar, ni tener pensamientos sobre el evento traumático y al momento de recordar el evento traumático se presentan emociones desagradables. Los pensamientos o imágenes perturbadoras o molestas a cerca del evento traumático, es un síntoma menos frecuente en los soldados expuestos al combate.

Es importante tener en cuenta que los síntomas mencionados anteriormente en promedio aparecen después de los seis meses después del evento traumático. Los síntomas han interferido en actividades como en el trabajo, la satisfacción general por la vida, relaciones con su familia y en general el nivel de funcionamiento en todas las áreas de la vida.

9. CONCLUSIONES

- Al estudiar la población de las fuerzas militares, no se habla específicamente de sujetos expuestos a los síntomas de TEPT, es necesario clasificar los grupos que pertenecen a ésta para determinar si su actividad indica que se encuentren expuestos a eventos traumáticos que desencadenen en síntomas de dicha patología.
- Al atender esta población de la Móvil 8 al igual que los antecedentes encontrados, se evidencia la importancia de que la unidad de sanidad del ejército nacional atienda la sintomatología del TEPT, con el fin de prevenir la aparición en dicha población la neurosis de guerra o “Shell shock” como sucedía en los ejércitos de otros países.
- Los militares expuestos a combates y accidentes dentro del combate presentan síntomas que interfieren en las actividades laborales, las cuales se puede decir que disminuyen el desempeño y efectividad de las mismas. Por otra parte se observa que los síntomas interfieren en las actividades familiares, donde existe la posibilidad de convertirse en un factor de riesgo para el adecuado desarrollo familiar y social.
- En general los militares expuestos a combates tienen dificultades en los niveles afectivos, cognitivos, laboral, familiar, educativo, siendo de vital importancia para el adecuado desarrollo personal, profesional y social de cada uno de los integrantes de la Móvil 8 del ejército nacional; sin embargo el estar expuesto a los eventos traumáticos no es suficiente para optar por el cambio de actividad laboral.
- Dentro de los síntomas referidos por los militares, los síntomas cognitivos del TEPT son los que presentan mayor frecuencia, como la dificultad para concentrarse, no pensar, ni hablar, ni tener pensamientos sobre el evento traumático y al momento de recordar el evento traumático se presentan emociones desagradables, de igual manera estos síntomas desencadenan síntomas biológicos del estrés postraumático dificultades para conciliar y mantener el sueño.

10.RECOMENDACIONES

- Es importante avanzar con la elaboración de estudios de tipo experimental donde se observe el efecto de la implementación de programas de intervención ó tratamiento para la reducción de los síntomas de TEPT en los soldados de la móvil 8 del ejército Nacional de Colombia.
- Crear mecanismos de seguimiento para la continua evaluación de la aparición de los síntomas de TEPT y salud mental en general en la población del ejército Nacional.
- Se recomienda incluir en los programas de atención a esta población un eje que contemple la atención de estos síntomas presentados en estos soldados.
- Tener en cuenta el tamaño de la muestra para próximos estudios donde se evalué a una muestra de mayor representatividad para obtener un error mucho menor.
- Es necesario identificar un instrumento que clasifique los sujetos de manera dicotómica (si/ no estrés postraumático).

BIBLIOGRAFÍA

1. COLIMON, kahl-martin. Fundamentos de epidemiología, editorial corporación para investigaciones biológicas. 2010
2. Criterios internacionales de diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático, acorde al DSM-IV TR
3. DAVIDSON, J.R.T. The Epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc, 1993
4. DSM IV, Manual Diagnostico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales, Edit. MASSON 1995, pág. 434.
5. KEANE T, et al. Diagnosis and Assessment. Foa E y Cols (Eds) Effective Treatments for PTSD. London: The Guilford Press.
6. JONES, F. Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Textbook of Military Medicine. War Psychiatry. USA: Office of the Sargeant General.
7. Polit, D. y Hungler, B. Investigación científica en Ciencias de la Salud México. 2000.
8. SAMPIERI, Hernandez; cols. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Mexico. Mcgraw hill.
9. SERRANO, C. Estrés Postraumático de Combate. Cuadernos de Clínica. Bogotá: Cargraphics.1998.
10. Significado de la muerte en soldados del batallón de contraguerrillas No 9 “los Panches” del departamento del Huila.2009
11. RESICK P, CALHOUN y DAVIDSON. Posttraumatic stress disorder. In: DH Barlow, ed. Clinical Handbook of Psychological Disorders, Third Edition. New York: Guilford Press; 2000.
12. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1089255> European journal of psychiatry, ISSN 0213-6163, Vol. 18, N° 4, 2004 , pags. 197-209
13. http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/derecho/19/7_El%20conflicto%20armado%20en%20Colombia.pdf

14. <http://www.historiadelahumanidad.com/2008/06/shell-shock-y-los-horrores-de-la-guerra.html>
15. http://res.uniandes.edu.co/pdf/descargar.php?f=./data/Revista_No_07/01_Portada.pdf
16. www.codeliberar.org/El combate contra la memoria de la guerra. Del sábado 29 de septiembre de 2007.
- 17 <http://paginas.usco.edu.co/proyeccion/objp.php>
18. www.trastornosdeansiedad.es/conocimiento/conocimiento001.htm, consultado el 07 marzo de 2010.
19. <http://www.quintadivision.mil.co/?idcategoria=216216>.
20. www.grupoisis.com/articulo/evaluacion%20estres%20DTS.doc. La evaluación del estrés postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma de Davidson. Consultado el 23 de enero de 2010.

Neiva, 10 de diciembre de 2009

SEÑORES
COMITÉ DE BIÓETICA
Universidad Surcolombiana
Facultad de ciencias de la salud

Cordial saludo:

Nos dirigimos muy respetuosamente a ustedes, con el propósito solicitar la revisión y aprobación del proyecto de tesis que tiene por nombre “**caracterización de los síntomas de estrés postraumático en población activa en combate de la brigada móvil 8 del departamento del Huila**”; Dicha revisión es de vital importancia para continuar con el debido proceso de la etapa de aplicación de los instrumentos propuestos.

Agradecemos su colaboración y esperamos su pronta respuesta.

Atentamente:

ADRIANA MARÍA PUENTES FLÓREZ

MAGDA LORENA TORRES GÓMEZ

OSCAR EDUARDO RAMÍREZ PERDOMO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____, identificado con c.c. _____, expedida en _____, manifiesto que he sido informado (a) sobre los objetivos y los procedimientos a utilizar en el proceso de investigación; el cual se llevará a cabo como parte del desarrollo profesional en psicología de los estudiantes Adriana María Puentes Flórez identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.312.422 de Neiva, Magda Lorena Torres Gómez identificada con la cedula de ciudadanía No. 55.069.358 de Garzón, Oscar Eduardo Ramírez Perdomo identificado con la cedula de ciudadanía No. 7.727.822 de Neiva, de La Universidad Surcolombiana.

Se ha solicitado mi participación en este proyecto y mediante el actual documento autorizo a los representantes de esta investigación denominada caracterización de los síntomas de estrés postraumático en población activa en combate de la brigada móvil 8 del departamento del Huila, para consignar especialmente la información registrada por mí en el instrumento Escala de Edna Foa.

FIRMA
C.C