

**“Comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo
Mayor en personas en condición de desplazamiento por la violencia”**

Ps. PhD Silvia Botelho De Oliveira

**Lilibeth Mejía Jaimes
Yury Maciel Torres Salazar**



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA

2016

**“Comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo
Mayor en personas en condición de desplazamiento”**

DIRECTORA
Ps. PhD Silvia Botelho De Oliveira
Investigadora Principal

Lilibeth Mejía Jaimes
Yury Maciel Torres Salazar

Proyecto de grado para optar al título de psicólogas



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
FLORIDABLANCA

2016

NOTA DE ACEPTACIÓN

Nota de Aceptación

Firma Presidente del Jurado

Firma Primer Jurado

Firma Segundo Jurado

Fecha

Agradecimientos Generales

A la Universidad Pontificia Bolivariana y a la Facultad de Psicología por permitirnos llevar a cabo nuestro proceso de formación académica y profesional.

A la Dr. Silvia Botelho de Oliveira nuestra querida y especial guía y compañera quien con su sabiduría nos orientó en esta parte importante de nuestra carrera y por quien en gran parte hacemos posible este logro.

Al Dr. Carlos Arturo Conde por los grandes aportes en este estudio y por enriquecer con su gran conocimiento nuestra formación tanto a nivel profesional como personal.

Al grupo de Neurociencias UIS-UPB por su contribución y acompañamiento.

Al Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV) por brindarnos el espacio, apoyo y colaboración para el desarrollo de esta investigación.

Agradecimientos

“Todas las frases en el libro de la vida, si son leídas hasta el final, van a terminar en una interrogación”. Fernando Pessoa

Al universo, quien me sorprende todos los días con su cúmulo de misterios.

A mi familia, especialmente (Padres, Hermanos y Tías) y, a todos aquellos que de una u otra forma estuvieron presentes en mi proceso de aprendizaje.

A mí querida saltamontes y compañera de tesis Lilly Mejía con quien he compartido la confianza y el gran valor de una bella amistad.

Maciel Torres Salazar

Agradecimientos

A Dios por ser mi maestro y guía espiritual, por cada bendición recibida y permitirme hacer realidad cada uno de mis propósitos en esta etapa de mi vida.

A mi amada madre, Diosa Jaime Riobo, por ser mi motor de vida y por enseñarme a ser una guerrera para enfrentar las vicisitudes de la vida.

A mi amore, Jeiner Mejía Jaime, por ser un excelente hermano y creer en mí en cada momento.

A mi querida “Watson” Maciel Torres, por ser mi compañera en este largo proceso y ser mi amiga incondicional al compartir conmigo mis tristezas y alegrías.

A todas aquellas personas significativas, quienes estuvieron acompañándome en este proceso y que con su esfuerzo hicieron posible este logro.

Lilibeth Mejía Jaimes

Índice de contenido

	Pág.
1. Resumen	11
2. Abstract	12
3. Introducción	13
4. Justificación	16
5. Planteamiento del problema	18
6. Hipótesis	25
7. Objetivos	26
8. Referente Conceptual	27
8.1. Desplazamiento	27
8.2. Duelo	29
8.3. Trastorno por Estrés Postraumático	32
8.4. Trastorno de Depresión Mayor	36
8.5. Comorbilidad TEPT-TDM	38
9. Método	41
9.1. Diseño	41
9.2. Participantes	41
9.3. Consideraciones Éticas	43
9.4. Instrumentos	43
9.5. Procedimiento	45

10. Resultados	48
11. Discusión	57
12. Conclusiones	68
13. Recomendaciones	69
14. Referencias	70
15. Apéndices	

Índice de Tablas y Figuras

	Pág.
Tabla 1. Lugar de expedición de las cédulas de los participantes del estudio	43
Tabla 2. Prevalencia de TEPT, TDM y comorbilidad por género	45
Tabla 3. Factores sociodemográficos y factores de exposición e intento suicida en la comorbilidad TEPT-TDM	47
Tabla 4. Factores de exposición e intento suicida en TEPT, TDM y comorbilidad	49
Tabla 5. Parámetros estadísticos obtenidos del <i>Check-list</i> para TEPT a partir del punto de corte 66	50
Tabla 6. Comparación de parámetros estadísticos obtenidos del <i>Check-list</i> para TEPT utilizando dos puntos de corte diferentes	51
Figura 1. Curva ROC (Receiver Operator Characteristics) a partir del análisis de sensibilidad y Especificidad de la lista de síntomas (<i>Check-list</i>).	51

Índice de Apéndices

Apéndice A. Formato de Consentimiento Informado

Apéndice B. Formato Ficha de Ingreso

Apéndice C. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del EJE I para el TEPT del DSM-IV

Apéndice D. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del EJE I para el TDM del DSM-IV

Apéndice E. Lista de síntomas *Check-list*

Apéndice F: Lugar de expedición de las cédulas de los participantes

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN PERSONAS EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO POR LA VIOLENCIA

AUTOR(ES): Lilibeth Mejía Jaimes
Yury Maciel Torres Salazar

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Sílvia Botelho de Oliveira

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar la comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor en personas en condición de desplazamiento por la violencia que asisten al Centro de Atención Integral a Víctimas de Bucaramanga. Esta investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo-analítico. La muestra estuvo conformada por 120 participantes entre hombres (47,5%) y mujeres (52,5%) en condición de desplazamiento, cuyas edades están comprendidas entre 18 a 57 años, con una media de 42.33. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la medición se empleó una Ficha Sociodemográfica; el Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I) basada en los criterios diagnósticos del DSM IV y la Lista de síntomas (Check-list). Como resultados se identificó una prevalencia de 48% del Trastorno por Estrés Postraumático, una prevalencia de 32% del Trastorno Depresivo mayor y una comorbilidad de 21% entre estas dos psicopatologías; por otro lado, se encontró que la violación sexual, la escolaridad (primaria) son factores de riesgo para presentar TEPT y comorbilidad, mientras que el ser hombre y el estrato 1 resultaron ser factores protectores de la comorbilidad.

PALABRAS CLAVES:

Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno Depresivo Mayor, Comorbilidad, Factores Riesgo.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: COMORBIDITY BETWEEN POSTTRAUMATIC STRESS DISSORDER (PTSD) AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (MDD) IN DISPLACED BY VIOLENCE SUBJECTS.

AUTHOR(S): Lilibeth Mejía Jaimes
Yury Maciel Torres Salazar

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Silvia Botelho de Oliveira

ABSTRACT

The main objective of this research was to identify the comorbidity between posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder in displaced by violence subjects who attend to the Victims Integral Attention Center of Bucaramanga. This investigation has a cross-sectional, non-experimental, quantitative approach, and a descriptive-analytic scope. The sample was composed by 120 participants between male (47, 5%) and female (52,5%) in displacement condition which ages were ranged between 18 and 57 years old and a sample mean of 42.33. participants were selected through a convenient, non-probabilistic sample. For the assessment socio-demographic file was used, the Structural Clinical Interview for DSM disorders which is based on the diagnosis criteria of the DSM-IV and the Checklist. As a result, the prevalence of 48% of the PTSD it is identified, also a prevalence of 32% on MDD and a comorbidity of 21% between this two pathologies. Furthermore, sexual rate and primary education appear as a risk factor mainly on women to have PTSD and comorbidity PSD-MDD, while the fact of being a man and the socioeconomic status 1 are protective factors to comorbidity.

KEYWORDS:

Posttraumatic Stress Disorder, Major Depressive Disorder, Comorbidity, Risk Factors.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

Según datos estadísticos ofrecidos por el alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR, 2001-2016), Colombia se encuentra entre los países con mayor cantidad de desplazados en el mundo; respecto a las cifras, el Gobierno de Colombia registró hasta mayo de 2011 más de 3,7 millones de desplazados internos (ACNUR, 2001-2016); CODHES, 2012), fenómeno que ha ido aumentando significativamente, puesto que diariamente se presentan más casos de violencia, los cuales afectan diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas como el ámbito social y la salud pública, repercutiendo también en el factor educativo debido al incremento de las tasas de analfabetismo en la población en condición de desplazamiento. Por lo tanto, además de considerar los factores sociodemográficos que afectan a la población desplazada se debe considerar el incremento del analfabetismo, puesto que por medio de esto se podría comprender la vulnerabilidad de esta población (Garay, 2009) que, en definitiva, está expuesta igualmente a un aumento en las tasas de homicidios, a la falta de vivienda, de generación de ingresos y alimentación (CODHES, 2012; Garay, 2009).

Consecuente a ello, la población en condición de desplazamiento, generalmente es expuesta a diferentes eventos traumáticos puesto que vivencian situaciones de horror y pérdidas significativas como el abandono de sus tierras o la muerte de sus seres queridos, conllevando a un proceso de duelo que involucra inestabilidad emocional, social y psicológica, deterioro en la capacidad para expresar sentimientos y evitación de todo aquello que tenga relación con el pasado, siendo esto un obstáculo que impide a la persona proyectarse en el futuro (Moya & Figuerola, 2011). Todos estos factores podrían llegar a

desencadenar síntomas asociados al Trastorno por Estrés Postraumático, el cual Según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™ de la Asociación Psiquiátrica Americana, está asociado, principalmente, por condiciones como: exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza” (p.162). Así mismo, debido a la exposición a situaciones adversas y/o a estresores que ocurre durante un largo período de tiempo, es posible que se presente en esta población otros trastornos como el Episodio Depresivo Mayor que según el DSM-5™ (2014), la persona expresa o siente irritabilidad, tristeza, llanto, angustia; características básicas de un estado deprimido en el cual la persona además de perder el interés por las actividades que antes realizaba, también manifiesta pérdida de peso y apetito, ideas de muerte e intentos o planes suicidas, cambios en patrón del sueño, desesperanza y minusvaloración.

Con base a ello, según algunas investigaciones, es común que en esta población coexistan diferentes trastornos. En particular, se ha evidenciado la comorbilidad entre el TEPT y TDM (Elhai et al., 2015; Ducrocq & Jehel, 2014), los cuales presentan un factor etiológico común como lo es la exposición al estrés (Kashdan, Elhai & Frueh, 2007), comparten sintomatología similar como la dificultad de disfrutar de experiencias placenteras, el consumo de sustancias psicoactivas y la dependencia alcohólica (Cambra & Camarillo, 2015).

En este sentido, el presente estudio pretendió identificar si existe comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor en una muestra de personas en condición de desplazamiento por la violencia. Para llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación se aplicó el Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I) basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV para TEPT y TDM

en la población abordada como Gold Estándar para facilitar un diagnóstico clínico (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999). Así mismo, se aplicó la Lista de síntomas (*Check-list*) que evalúa la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), siendo un instrumento abreviado y validado en el contexto colombiano, con el fin de evaluar sintomatología TEPT (Pineda, Guerrero, Pinilla & Estupiñán, 2002).

3. JUSTIFICACIÓN

Colombia se encuentra entre los países con mayor cantidad de desplazados en el mundo (ACNUR, 2002-2015; CODHES, 2012). El estado colombiano en el transcurso de los años ha estado en un proceso constante en cuanto al registro de la población en condición de desplazamiento forzado. Para llevar a cabo la recolección de estos datos se creó en un primer momento el Registro Único de Población Desplazada (RUPD) gracias a la expedición del Decreto 2569 del año 2000 por el cual se reglamenta su creación. Con base a esto, se crea la ley 1448 de 2011 en la que se establece la unidad para la reparación de las víctimas, logrando en la actualidad, la creación del Registro Único de Víctimas (RUV), base de datos que permite conocer las diferentes causas y afectaciones que ha experimentado la víctima con relación al conflicto armado. El RUV es un registro, creado por el Gobierno Nacional, que concentra la información relacionada con las víctimas, herramienta que da a conocer el tipo de afectación a la cual fueron sometidas, con el propósito de generar medidas de atención y reparación. Cabe destacar que el RUV incluye un registro histórico a partir de 1985 (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2013).

Según los últimos reportes estadísticos presentados por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (2016) las personas registradas en el RUV desde 1985 hasta la fecha, suman un total 7.902.807 a nivel nacional, reportándose 218. 478 en Santander, de los cuales 54. 391 víctimas fueron registradas históricamente en Bucaramanga. En el año 2015, se reportaron en Colombia un total de 93.349 víctimas de desplazamiento, correspondiéndole a Santander 577 víctimas, de las cuales se registraron en Bucaramanga 42 personas.

Las personas en condición de desplazamiento por la violencia son altamente susceptibles a presentar diferentes tipos de trastornos, tanto físicos como mentales dadas las condiciones a los que son sometidos como consecuencia de ser despojados de sus tierras y, en muchos casos, de la pérdida de sus seres queridos (Moya & Figuerola, 2011). La respuesta emocional a grandes pérdidas significativas en su vida puede evolucionar y causar síntomas relacionados a un Trastorno Depresivo Mayor, presentándose de esta forma: tristeza, apatía, trastorno del sueño, del apetito, desesperanza y pérdida del interés por las actividades que comúnmente realizaba (DSM-5TM, 2014). Adicionalmente, la exposición a eventos traumáticos puede generar sensaciones de temor y entumecimiento emocional y síntomas asociados comúnmente al Trastorno por Estrés Postraumático (CIE 10, 2000). De esta manera, las personas en condición de desplazamiento por la violencia al encontrarse en una condición de vulnerabilidad podrían llegar a desarrollar y/o mantener uno o más trastornos a la vez. En este orden de ideas el presente estudio tiene como fin favorecer la comprensión de la posible relación entre el Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor; por ello, se pretende aportar a los profesionales de la salud, entidades de ayuda humanitaria como las ONGs, la generación de información útil que permita optimizar la evaluación de aquellas enfermedades que presentan un cuadro sintomatológico comórbido, y a su vez ofrecer bases objetivas que permitan alimentar no solo la comprensión de los trastornos aquí estudiados, sino también a la creación de programas de intervención en el Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV) como también en el campo de la salud pública en Colombia. Finalmente, la realización del presente estudio podrá fortalecer la línea de investigación del grupo de Neurociencias y Comportamiento UIS-UPB.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia del desplazamiento forzado en Colombia se relaciona principalmente, con el conflicto armado interno que se ha presentado en el país y que está asociado a la existencia de grupos ilegales al margen de la ley. Diferentes entidades humanitarias, ONGs y organizaciones internacionales se han interesado en investigar y estudiar a fondo el desplazamiento forzado en Colombia en materia de derechos humanos (Martínez & Pérez, 2013).

Según la ley 1448 “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”, en el artículo 1, se establecen los derechos de las víctimas dentro de un marco de justicia que posibilite la reparación a víctimas con garantías que reconozcan su condición; así mismo en el artículo 3:

Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1 de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. También son víctimas el conyugue, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa cuando a este se le hubiera dado muerte o estuviese desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente (2011).

Es así como el gobierno colombiano respecto a las medidas de atención, asistencia y reparación a las víctimas del conflicto armado interno, busca aumentar las capacidades que les permitan a las víctimas del conflicto medidas integrales de asistencia y reparación, llevando a cabo cambios sustanciales con relación a las víctimas de distintos hechos de violencia. A partir de ello, surge la Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas, siendo ésta una entidad del estado ubicada en todas las ciudades del territorio colombiano (Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas, 2013). Así mismo, hacen parte de esta red de apoyo y protección el Registro Único de Víctimas (RUV) encargado de reconocer anualmente las víctimas del desplazamiento en Colombia, reportando para el año 2015 un total de 93.349 víctimas de desplazamiento de las cuales le corresponden a Santander 577 víctimas y al área de Bucaramanga 42 personas (RUV, 2016).

En este contexto, la Corte Constitucional de la República de Colombia Sentencia T-239/13, le ha otorgado especial protección y garantía a la población en condición de desplazamiento, con el fin de hacer respetar sus derechos al encontrarse en condición de debilidad (2013). A partir de ello, es pertinente mencionar que una persona cuando es obligada a abandonar sus tierras y parte de la construcción de toda su vida, de una u otra forma es sometida a diferentes circunstancias que podrían ser catalogadas como estresantes, puesto que, generalmente, son víctimas de múltiples pérdidas de diferente naturaleza como la pérdida de personas queridas, la ruptura de una relación de pareja, pérdidas materiales o situaciones que representen un gran valor y que, en determinado momento, tiene un fin (Moya & Figuerola, 2011). Estos autores también dan a conocer que el dolor generado por una pérdida, puede ser una reacción natural y en algunos casos

puede producir una inestabilidad emocional, social y psicológica evidenciada en la falta de capacidad para expresar sentimientos y evitación de todo aquello que se relacione con el pasado, tornándose un obstáculo que impide al individuo proyectarse en el futuro. Adicionalmente, estas sensaciones de temor y abandono en su entorno social consecuentes a la exposición a eventos traumáticos, pueden generar cambios relevantes en su comportamiento, ocasionando diferentes alteraciones psicológicas (Alejo, Rueda, Ortega & Orozco, 2007), así como distintas clases de duelo: el duelo patológico y el duelo traumático (Girault & Fossati, 2008).

Consecuente a esto, el proceso de duelo puede evolucionar y ocasionar síntomas o trastornos asociados a un episodio Depresivo Mayor, el cual se caracteriza por la presencia de síntomas como irritabilidad, tristeza, llanto, angustia, pérdida del interés por las actividades que antes realizaba, ideas de muerte e intentos o planes suicidas (DSM-IV-TR, 2004). Por otra parte, la herencia, las condiciones históricas y sociales y las situaciones personales o experiencias dolorosas del individuo hacen parte de los factores que pueden favorecer el desarrollo de la depresión (García, 2012).

Con relación a esto, se presentan distintas clases de duelo las cuales pueden originar distintos trastornos, en este sentido, es relevante mencionar el duelo traumático, el cual determina los duelos patológicos que no son posibles de especificar presentándose en este caso el trastorno depresivo y de ansiedad, originado por un trauma en particular denominado “trauma de la separación”, que también es determinante en la aparición del Trastorno por Estrés postraumático, el cual según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM de la Asociación Psiquiátrica Americana es “secundario a exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza” (p.162).

De esta forma es posible identificar el duelo traumático por dos clases de síntomas: aquellos en los cuales se evidencia la dificultad de separación y aquellos que pertenecen al impacto traumático de la muerte (Girault & Fossati, 2008).

En este contexto, la primera reacción que presentan las personas en condición de desplazamiento son sentimientos de temor y miedo generados por los eventos traumáticos como las múltiples experiencias de hechos violentos, las múltiples pérdidas significativas y el mismo desplazamiento, lo cual determinan politrauma y diversas sintomatologías que en conjunto son conocidas como Trastorno por Estrés Postraumático (Alejo, 2005). Esta población también puede desarrollar y/o mantener uno o más trastornos a la vez, teniendo en cuenta la condición de vulnerabilidad en la cual se encuentra; con relación a lo anterior, estudios realizados muestran que hasta el año 2007 Colombia ha presentado más de 630.000 casos de personas en condición de desplazamiento por la violencia con sintomatología postrauma (Alejo et al., 2007).

De esta manera, las personas que han sido expuestas a una situación traumática, desarrollan la evitación experiencial como una estrategia adaptativa dirigidas a evitar pensamientos, conductas y recuerdos asociados al evento traumático. Por ello, la posibilidad de experimentar eventos privados no deseados y el aumento de la sensibilidad del sistema de inhibición conductual contribuyen a la gravedad del TEPT (Pickett, Bardeen & Orcutt, 2011).

En estudios realizados con personas en condición de desplazamiento por la violencia, se ha encontrado una prevalencia del TEPT de 100% en la localidad del Cairo, Valle del Cauca, lo cual revela que el 30% de los casos muestran una gravedad extrema a diario, a partir de sentimientos de culpa, desamparo, ansiedad y depresión constante; el

25% de los participantes presentan una gravedad marcada con una frecuencia de síntomas de 4 a 6 veces por semana, factor influyente en el desempeño psicosocial, afectivo y sexual; el 40% de las personas muestran una gravedad moderada que genera inconformidad, sin embargo puede llegar a ser controlada y el 5% de los casos presentan una gravedad leve, lo que les permite adaptarse a su comunidad sin problemas mayores (Andrade, 2008).

En la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, se encontró una prevalencia de 97,27% del TEPT en una muestra de 110 personas, observándose que la presentación del cuadro clínico se da tanto en hombres como en mujeres (Sinisterra, Figueroa, Moreno, Robayo & Sanguino, 2010). En Bucaramanga, Santander, se evidenció una prevalencia del TEPT de 21%, además se identificó que los factores como el estado civil, específicamente el ser casado o vivir en unión libre, la edad, la escolaridad y la frecuencia de consumo de alcohol se asociaban a dicho trastorno (Alejo, Rueda, Ortega, & Orozco, 2007). Así mismo, en Sincelejo, Sucre se observó una prevalencia del 45,2% en una muestra de 202 participantes, identificándose que los sucesos violentos que causaron el desplazamiento fueron los mismos que desencadenaron el TEPT (Echenique, Medina, Medina, Ramírez, 2008). En Ibagué y áreas rurales se dio a conocer una prevalencia de 8,4% en niños y adultos, observándose que los diagnósticos clasificados como severo, fue mayor en las áreas rurales que en la ciudad (Sánchez, Casas, Grais, Hustache & Moro, 2009). Por otro lado, se registró en Boyacá una prevalencia del TEPT del 50,5% y los eventos traumáticos más reportados fueron las amenazas, seguidas de los sucesos causados por el conflicto armado; adicionalmente el 57% de las personas refirieron haber presenciado un homicidio (Juárez & Guerra, 2011). En Medellín, Antioquia, la

prevalencia del TEPT fue de 88% en una muestra de 109 adultos, siendo el sexo femenino un alto predictor de este trastorno (Richards, Ospina, Barrera, Escobar, Ardila, Metzler & Mamar, 2011). En relación al Trastorno Depresivo Mayor se ha encontrado una prevalencia de 18,2% en Ibagué y áreas rurales (Sánchez, Casas, Grais, Hustache & Moro, 2009). En la localidad del Cairo, Valle del Cauca se encontró una prevalencia de 30%, dándose a conocer que, por cada mujer, dos hombres presentan el TDM, debido a las habilidades de compensación y resiliencia que posee las mujeres (Andrade, 2008). En Armenia, Quindío, la prevalencia del TDM es de 13% (Andrade, Parra & Torres, 2011). Por último, en Medellín, Antioquia, se evidenció una prevalencia de 41%, siendo el sexo femenino, la educación superior, y el ser casados predictores de los síntomas de depresión (Richards, Ospina, Barrera, Escobar, Ardila, Metzler & Mamar, 2011).

En este orden de ideas, uno de los factores de riesgo que presenta una gran preocupación para la Organización Mundial de la Salud en términos de salud pública (OMS, 2012) es el intento suicida, siendo este, un síntoma en común con el TEPT y el TDM el cual está vinculado a la percepción que se tiene respecto a la derrota y el atrapamiento junto con otros factores como la tristeza y la desesperanza, siendo esto un indicador importante de riesgo en personas con un nivel alto de vulnerabilidad (Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013). Por otro lado, la anhedonia es un síntoma que también está presente en estos dos trastornos psicológicos, siendo esto una preocupación a nivel clínico y social, principalmente porque se ha demostrado una relación estrecha entre el síntoma anhedónico y la ideación suicida (Xie et al., 2014), lo cual representa un motivo mayor para estudiar la comorbilidad entre estos dos trastornos.

A favor de lo anterior, el TEPT y el TDM parecen ser precipitados por un factor etiológico común que es la exposición al estrés, indicando en este sentido la presencia de comorbilidad de estos dos trastornos (Elhai et al., 2015; Ducrocq & Jehel, 2014). Así mismo, se ha identificado que la respuesta de la depresión es la más frecuente y la que está más asociada con los síntomas del trauma en la población en condición de desplazamiento por la violencia identificando la presencia de trastornos afectivos y a su vez la presencia de síntomas relevantes en el TEPT (Alejo et al., 2007).

Consecuente a esto, al evidenciarse que el TEPT y el TDM pueden ser causados por un factor etiológico común y que la depresión y los trastornos de ansiedad como el TEPT se desarrollan a velocidades que exceden otras enfermedades médicas comunes (Hirschfeld, 2001), resulta relevante estudiar estas psicopatologías en el ámbito del desplazamiento, puesto que la comorbilidad de los trastornos psicopatológicos en las personas desplazadas es elevada, debido a que la presencia de un trastorno aumenta significativamente la probabilidad de que el otro trastorno también pueda estar presente (Hirschfeld, 2001). Además, se genera una escasa percepción del riesgo en relación a los efectos psicológicos que trae consigo el estrés acumulado como consecuencia del conflicto, lo cual conlleva a que estas personas no soliciten una ayuda psicológica y psiquiátrica, sino que se limitan a pedir una colaboración relacionados a las necesidades básicas y subsidio de vivienda (Andrade, 2008).

Consecuente a esto, hay evidencias en la literatura que muestran claramente que la condición de desplazamiento por la violencia es un escenario que expone a las víctimas a situaciones estresantes que pueden ser precipitantes de trastornos psicopatológicos, entre ellos, el TDM y TEPT o ambos (comorbilidad). De esta manera, dichos trastornos,

en particular el TEPT, pueden conllevar a que las víctimas utilicen estrategias comportamentales que, si bien pueden ser adaptivas en el sentido estricto de la palabra, puesto que prioriza la activación o sensibilización del sistema de inhibición comportamental evidenciándose conductas de evitación como estrategia de supervivencia, dicha conducta puede ser generadora de grandes problemáticas personales y sociales como pobreza, delincuencia, adicciones, entre otras, que además son poco percibidas como situaciones de riesgo. Adicionalmente, considerando que la presencia de un trastorno puede ser un factor de riesgo para la aparición del otro, es importante estudiar la comorbilidad entre ambos.

Por lo tanto, conocer la proporción de personas en condición de desplazamiento por la violencia que acuden al CAIV que poseen el TEPT, TDM o ambos (comorbilidad), podría favorecer la identificación de personas que más que necesitar ayuda económica, necesitan también apoyo psicológico o psiquiátrico. Por consecuencia, el conocimiento aquí generado podría orientar los programas dirigidos a brindar atención integral a las víctimas del desplazamiento en Colombia, en la elaboración de programas de intervención orientados en la elaboración de las pérdidas de los seres queridos, lo que parece ser el factor etiológico primordial en la aparición de uno u otro trastorno, así como evitar uno de los factores de riesgo asociados a la sintomatología depresiva que es la ideación o conducta suicida. A partir de esto, la presente investigación se planteó el siguiente cuestionamiento:

¿Existe comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno de Depresión Mayor en personas en condición de desplazamiento por la violencia que asisten al Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV) de la alcaldía de Bucaramanga?

5. HIPÓTESIS

Diferentes estudios de la literatura demuestran claramente que la condición de desplazamiento por la violencia es un escenario que expone a las víctimas a situaciones estresantes que pueden ser precipitantes de trastornos psicopatológicos, entre ellos, el TEPT y TDM. Adicionalmente, considerando que la presencia de un trastorno puede ser un factor de riesgo para la aparición del otro, es probable que exista, en esta población, la presencia de comorbilidad entre ambos. Con base en lo anterior, en el presente estudio se planteó las siguientes hipótesis de investigación:

- La prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático es mayor que la del Trastorno Depresivo Mayor en las personas en condición de desplazamiento por la violencia que asisten al programa CAIV.
- El Trastorno Depresivo Mayor está asociado al Trastorno por Estrés Postraumático en las personas en condición de desplazamiento por la violencia que asisten al programa CAIV.
- Experiencias traumáticas como violencia sexual, presenciar homicidios, intento suicida y algunos factores sociodemográficos como: sexo, escolaridad y estrato socio-económico, se constituyen en factores de riesgo para presentar TEPT, TDM y la comorbilidad de estas condiciones clínicas.

6. OBJETIVOS

General

Identificar si existe comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor en una muestra de personas en condición de desplazamiento por la violencia que asisten al Centro de Atención Integral a Víctimas.

Específicos

- Estimar la proporción de Trastorno por Estrés Postraumático y de Trastorno Depresivo Mayor en una muestra de personas en condición de desplazamiento por la violencia que asisten al Centro de Atención Integral a Víctimas.
- Estimar la prevalencia de comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático y de Trastorno Depresivo Mayor en una muestra de personas en condición de desplazamiento por la violencia que asisten al Centro de Atención Integral a Víctimas.
- Identificar los factores de riesgo y los factores protectores asociados al Trastorno por Estrés Postraumático y al Trastorno Depresivo Mayor y su comorbilidad.

7. REFERENTE CONCEPTUAL

8.1.Desplazamiento

Históricamente el desplazamiento es un fenómeno que hace parte importante del contexto histórico tanto a nivel mundial como colombiano. Esta circunstancia en Colombia se ha relacionado principalmente con el conflicto armado interno asociado a los grupos ilegales al margen de la ley. Con relación a esto, son muchas las organizaciones en materia de derechos humanos que se han encargado de investigar este fenómeno, en su mayoría organizaciones internacionales u ONGs, estando entre ellas principalmente: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), y (ACNUR) la Agencia de la ONU para los Refugiados (Martínez & Pérez, 2013).

Las personas en condición de desplazamiento por la violencia también son denominadas desplazados internos los cuales la Agencia de la ONU para los refugiados los define como “Individuos o grupos de personas que han sido forzados a huir de sus hogares para escapar del conflicto armado, la violencia generalizada, los abusos de los derechos humanos o los desastres naturales o provocados por el ser humano”(2016); de esta forma, los desplazados internos abandonan sus hogares y por diferentes razones continúan en su propio país, el número de desplazados internos actualmente se encuentra en un nivel muy alto, siendo estimado por ello a finales de 2014 según los datos del Observatorio sobre el Desplazamiento Interno del Consejo Noruego para Refugiados (IDMC-NRC) 38 millones de desplazados internos en todo el mundo. En este sentido los desplazados internos se encuentran entre las personas más vulnerables en el mundo, los

cuales son obligados a huir de sus tierras por la violencia generalizada, el conflicto armado interno y violaciones en materia de derechos humanos (ACNUR, 2016).

En Colombia son muchas las causas del desplazamiento interno, observándose por ello afectadas las redes de apoyo como: familiar, social y comunitaria, las cuales debido a estas circunstancias se encuentran fraccionadas o divididas. Gran parte de esta situación de violencia ha hecho que las personas en condición de desplazamiento por la violencia migren a las áreas urbanas donde a falta de trabajo las personas se dedican en su mayoría al trabajo informal presentándose de esta forma condiciones de vida precaria a causa de la sobrepoblación y desempleo; así mismo, el hecho que las personas en condición de desplazamiento lleguen a la ciudad no significa que la situación de vida sea mejor para ellos (PBI-Colombia, 2010).

Las masacres, los homicidios y todo aquello relacionado con la muerte y pérdida de seres queridos ocupan un papel relevante en las historias narradas por quienes han pasado por el fenómeno del desplazamiento, siendo esto un factor importante que muestra la gran vulnerabilidad y falta de protección a las cuales han sido sometidas cantidad de familias desplazadas quienes han perdido familiares, amigos, mostrando por ello un temor inminente a la muerte después del trauma del desplazamiento (Villa, 2006).

Por otro lado, según la Comisión de Seguimiento de la Sociedad Civil encontró que la diferencia de género en los desplazados es relevante, indicando que las mujeres se ven más afectadas en cuanto al fenómeno del desplazamiento, siendo una de las principales causas de afectación: la violencia sexual. Teniendo en cuenta las personas víctimas del desplazamiento en general, las comunidades indígenas y comunidades

negras también se ven altamente afectadas, quienes según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas la mayoría de estas personas no se registran por falta de información respecto a los programas de apoyo o porque se encuentran muy retirados del lugar del registro. Consecuente a esto, en el año 1997 fue aprobada la ley 387 por el congreso colombiano la cual hace referencia al desplazamiento interno en materia de prevención, apoyo y protección a la población víctima de la violencia (PBI-Colombia, 2010).

8.2. Duelo

La muerte de un miembro de la familia, generalmente, produce un gran impacto e irrumpe negativamente en esta, generando una destructuración del sistema familiar y su funcionalidad debido al rol que ejercía el fallecido en el sistema familiar, lo que se esperaba de esta persona a futuro, el significado que representaba para los demás miembros de la familia y las expectativas como el ciclo vital (Garciandia, 2014). En este sentido, se ha demostrado que la muerte de un hijo engrandece la sensación de los padres de perder parte de sí mismos; por otro lado, cuando se muere un pariente o un amigo suele surgir una sensación de muerte de una parte del pasado, mientras que la muerte de un bebe representa la pérdida de una parte de su futuro (García, 2003).

Con frecuencia, las pérdidas de un ser querido o algo de extremo valor emocional causan un estado emocional denominado duelo, el cual es referido como una reacción normal en el individuo (doliente) caracterizada por tristeza, melancolía, culpabilidad entre otros síntomas durante un período menor a seis meses después del acontecimiento. En este caso, por lo tanto, no es clasificado como trastorno; no obstante, cuando las reacciones de duelo normales (respecto a la forma y contenido) persisten durante un período mayor de seis meses, deben considerarse como un criterio de reacción depresiva prolongada (CIE 10, 2000).

En este orden de ideas, el duelo es una respuesta emocional que puede afectar a cualquier ser humano en determinado momento. Según Girault y Fossati (2008), existen diferentes clases de duelo, algunos de ellos son: duelo normal, duelo patológico, duelo complicado y duelo traumático. En el duelo normal la persona pasa por una fase de impacto, en la cual la persona presenta descarga emocional y no aceptación; luego por una fase de estado, en la que se experimenta depresión asociada a intenso dolor y culpabilidad como también la presencia de anhedonia (dada por un estado de apatía por los gustos y placeres cotidianos, afectando diferentes ámbitos de su vida); finalmente, la fase de recuperación en la que la persona acepta la pérdida y continúa normalmente con sus actividades y nuevos proyectos.

En cuanto al duelo no complicado, este es descrito por la Asociación Americana de Psiquiatría como un suceso en el que se exteriorizan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor como la tristeza y otras sintomatologías como la pérdida de apetito, insomnio y ánimo deprimido, siendo en este caso, considerado como un episodio normal al duelo en el cual el individuo puede buscar apoyo profesional que alivie y tranquilice estos síntomas (DSM-5™, 2014). Sin embargo, se pueden presentar síntomas depresivos, que pueden ser consecuencia de diversos procesos y eventos vitales desfavorables como la ruptura de una relación, la pérdida de un ser querido y las pérdidas sociales, relacionándose estas a un mayor sufrimiento emocional, deseo de ayuda social y llanto (Keller, Neale & Kendler, 2008).

Con relación a estos hallazgos en el contexto familiar, el duelo anticipatorio es mencionado por otros estudios como aquel que se presenta ante la pérdida de un ser querido por una enfermedad terminal lo cual genera en la familia tristeza y miedo ante la muerte. Este

tipo de duelo es silencioso para el familiar que lo está viviendo o experimentando, centrándose en el dolor que le espera (Muñoz, 2011). Debido a estas situaciones las personas que pasan por este proceso de duelo, presentan sintomatología depresiva, la cual es posible que se relacione con otros trastornos psicológicos como los trastorno de angustia en el cual se muestra una molestia subjetiva en la persona, alteraciones emocionales que afectan sus actividades sociales; estos síntomas asociados están generalmente asociados a un acontecimiento estresante en el cual el decaimiento de la persona tiene un papel importante como trastorno adaptativo exteriorizándose, de esta manera, sentimientos de preocupación y ansiedad, humor depresivo, falta de estrategias de afrontamiento y proyección hacia el futuro; observándose también un bajo desempeño en sus actividades de rutina, en la cual es posible la expresión de estos síntomas a una reacción depresiva leve o prolongada (CIE 10, 2000).

Por otro lado, el duelo traumático es el que determina los duelos patológicos que no son posibles de especificar como el trastorno depresivo y de ansiedad, originado por un trauma particular denominado “trauma de la separación”, que es determinante en la aparición tanto del duelo patológico como del Trastorno por Estrés postraumático, siendo este “secundario a exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza” (Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM de la Asociación Psiquiátrica Americana, p.162). De esta manera, el duelo traumático se identifica por dos clases de síntomas: 1) aquellos que muestran la dificultad de separación y 2) aquellos que conciernen al impacto traumático de la muerte (Girault & Fossati, 2008).

8.3.Trastorno por Estrés postraumático, TEPT:

El trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno de angustia, el cual de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10, 2000).

Está asociado a episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de recuerdos molestos (reviviscencias o “flashbacks”), sueños o pesadillas, que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, anhedonia y de evitación de actividades o situaciones evocadoras del trauma (CIE 10, 2000, p. 121).

Según estudios realizados, las principales áreas del cerebro implicadas en la neurobiología del Trastorno por Estrés Postraumático, están relacionadas con la memoria y el procesamiento del miedo. Respecto a lo anterior, la amígdala ubicada en el lóbulo temporal está relacionado con el desarrollo de las respuestas de miedo, la cual obtiene información de estímulos externos y tiene una implicación importante en cuanto al significado de estos, generando alteraciones en las hormonas del estrés y catecolaminas, lo que conlleva a desencadenar respuestas emocionales (huida, lucha y congelación) relacionadas con otras áreas del cerebro como el hipocampo y la corteza prefrontal media (encargadas de disminuir las respuestas que desencadena la amígdala). Cabe resaltar que las lesiones ocasionadas en la amígdala reducen la respuesta del miedo. El eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) tiene un papel relevante en el mantenimiento de la homeostasis del cuerpo en situaciones de miedo. Así mismo muchos mecanismos están implicados en el TEPT como el neurotransmisor inhibitorio ácido aminobutírico (GABA), la serotonina y el neurotransmisor excitatorio glutamato (Bisson, 2009).

Según Ducrocq y Jehel (2014) cuando una persona vivencia un suceso de forma repentina e imprevista y en gran medida amenazante, desarrollará una serie de manifestaciones conocidas bajo el término de reacción de estrés. Teniendo en cuenta que la respuesta al estrés se puede precisar como un conjunto estructurado de reacciones psicobiológicas ante un estresor el cual le da la capacidad al organismo de restaurar la estabilidad de los procesos inevitables para la supervivencia, (Ortega & Rueda, 2011;

Gonzales & Escobar, 2002), son importantes las conexiones de la amígdala la cual dirige el inicio de los procesos vinculados con el estrés y el hipocampo y la corteza prefrontal, las cuales son las estructuras que controlan su culminación. En estudios realizados en laboratorios con roedores, se ha encontrado que los procesos neuroquímicos implicados en la reactividad al estrés en situaciones normales proporciona un modelo para el estudio de los circuitos cerebrales, procesos neurohormonales y sistemas de neurotransmisores, los cuales están relacionados con las respuestas que surgen ante la presencia de un estresor, siendo un gran aporte en la investigación de correlatos neuroquímicos de circunstancias patológicas en humanos como el TEPT (Ortega & Rueda, 2011).

Estudios realizados con animales, principalmente con roedores, han ofrecido un desarrollo amplio en la explicación de los circuitos cerebrales, neuroquímicos y hormonales relacionados con la reactividad al estrés y que, por ende, podrían estar implicados en una función irregular relacionada con el TEPT; al respecto, se ha demostrado que algunos núcleos hipotalámicos y del tallo cerebral están asociados con el control central de la reactividad al estrés, así como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), responsable por liberación periférica de las hormonas del estrés, epinefrina y norepinefrina (Ortega & Rueda, 2011). De igual forma, otros estudios plantean que “la respuesta al estrés permite la adaptación a los cambios del entorno mediante la activación del HPA, además de promover ajustes metabólicos y conductuales tendientes a conservar la homeostasia (Cárdenas, López, Martínez, Franco, Díaz, Aguilera & Valdez, 2010, p. 130). También se ha investigado con humanos de una forma concisa los circuitos neuronales relacionados con la regulación del eje HPA, siendo esta una información pertinente que podría determinar objetivos significativos en cuanto al desarrollo de tratamiento de enfermedades concerniente al estrés,

así como esclarecer los mecanismos neuronales que regulan dicha respuesta (Putnam, Pizzagalli, Gooding, Kalin & Davidson, 2008).

Las causas más frecuentes de TEPT en hombres están asociadas a las experiencias de combate o a la presencia de muertes o de graves lesiones; mientras que, en las mujeres, las causas más frecuentes son las violaciones y los ataques sexuales (Kessler, 1995). En el DSM IV, el Trastorno por Estrés Postraumático es caracterizado por tres grupos de síntomas: reexperimentación, evitación/embotamiento e hiperactivación, los cuales pueden conllevar al abuso del consumo de alcohol y dependencia de sustancias, puesto que puede aparecer en algunos pacientes como una autoterapia para controlar los síntomas ansiosos, los trastornos del sueño y la hipervigilancia (Carvajal, 2002; Pieschacón, 2006).

Pickett, Bardeen y Orcutt (2011) señalan que las personas que han sido expuestas a un evento traumático, desarrollan una evitación experiencial como una estrategia adaptativa encaminadas a evitar aquellos pensamientos, conductas y recuerdos asociados al evento traumático. De esta manera, la falta de voluntad de experimentar eventos privados no deseados en conjunción con aumento de la sensibilidad del sistema de inhibición conductual contribuye a la gravedad del TEPT. De igual forma, Bardeen, Tull, Stevens y Gratz (2015) refieren que la exposición a un evento traumático, puede desarrollar una respuesta de miedo a las sensaciones relacionadas con los síntomas de ansiedad, al existir la creencia de que estos tienden a traer consecuencias negativas, lo que conlleva a evitar la exposición funcional a dicha excitación ansiosa; por tanto si se combina la respuesta de miedo con la tendencia a evitar las emociones negativas, esto contribuirá en mayor medida al desarrollo y mantenimiento del Trastorno por Estrés Postraumático.

Nolen-Hoeksema y Morrow (1991) definen como “Rumiación” a aquellos pensamientos negativos intrusivos y repetitivos de experiencias pasadas y / o emociones que son relativamente estables en el tiempo, por lo cual resulta ser un potente predictor de la persistencia y desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) hasta seis meses después del evento traumático. Según dichos autores, la rumiación no solo es utilizada como una estrategia de evitación cognitiva ante la presencia de recuerdos intrusivos, sino que también trae a colación este tipo de memorias. Las personas con TEPT tienden a tener pensamientos sobre las posibles consecuencias futuras del trauma (pensamientos anticipatorios), lo cual puede generar dificultades para procesar los eventos reales del trauma (Claycomb, Wang, Sharp, Ractliffe & Elhai, 2015). De esta manera, aunque los pensamientos rumitativos pueden ofrecer una distracción temporal de la mayoría de los momentos emocionales del trauma, su contenido sigue siendo negativo, lo cual puede desencadenar un estado anímico depresivo (Michael, Halligan, Clark & Ehlers, 2015).

La dificultad para conciliar el sueño resulta ser otro de los síntomas presentes en el TEPT. Van Liempt, Arends, Pierre, Herman, Kahn y Vermetten (2012) muestran como la calidad del sueño y el despertar subjetivo en el Trastorno por Estrés Postraumático está relacionado con el aumento de la actividad simpática en personas con TEPT. En este sentido el sueño de dichas personas es fragmentado por un aumento del despertar, indicando de esta forma que el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) presenta relación con dicha fragmentación. Sin embargo, el estudio menciona la importancia de explorar más a fondo la posible concordancia causal en cuanto a los problemas del sueño, la actividad simpática y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en el TEPT; esto, con el fin de encontrar e identificar objetivos que sean de utilidad para la intervención en el ámbito terapéutico, respecto al

trastorno del sueño en personas que presentan TEPT, ya que la reparación del sueño puede llegar a estimular la plasticidad sináptica lo cual puede intervenir en la memoria de extinción, el miedo y la recuperación.

Ducrocq y Jehel (2014) señalan que algunos de los factores de riesgos para el desarrollo del Trastorno por Estrés postraumático son ser del género femenino con antecedentes de traumas en la infancia o en la edad adulta, exponer a un nivel elevado y prolongado de estrés intenso como consecuencia del evento traumático, disociación en el momento del acontecimiento, violencia durante el suceso, gravedad de las lesiones psíquicas para la persona y/o sus allegados y el escaso apoyo social. Es por ello que resulta de vital relevancia la identificación de dichos factores de riesgo después de que la persona haya estado expuesta recientemente a un suceso traumático.

8.4.Trastorno Depresivo Mayor, TDM:

El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por la presencia de síntomas como irritabilidad, tristeza, llanto, angustia, pérdida del interés por las actividades que antes realizaba, así como pérdida de peso y apetito, ideas de muerte e intentos o planes suicidas, cambios en su estado de sueño, desesperanza y minusvaloración. Esta sintomatología, es seguida de un malestar clínico significativo en áreas relevantes de la vida del individuo, presentándose por los menos por un período mínimo de dos semanas (DSM-IV-TR, 2004). Por otra parte, la herencia, las condiciones históricas y sociales y las situaciones personales o experiencias dolorosas del individuo hacen parte de los factores que pueden favorecer el desarrollo de la depresión; adicionalmente, es posible que los síntomas se presenten en algunos casos de forma psicósomática (García, 2012).

La sintomatología depresiva puede presentarse en otros trastornos psicológicos como el trastorno de angustia en el cual se muestra una molestia subjetiva en la persona, alteraciones emocionales que afectan sus actividades sociales; estos síntomas están asociados a un acontecimiento estresante en el cual el decaimiento de la persona tiene un papel importante en el trastorno adaptativo, exteriorizándose sentimientos de preocupación y ansiedad, humor depresivo, falta de estrategias de afrontamiento y proyección hacia el futuro; a su vez, se observa un bajo desempeño en sus actividades de rutina, síntomas que son comunes tanto con una reacción depresiva leve como prolongada (CIE 10, 2000).

Por otro lado, estudios sugieren que las personas que presentan un trastorno de depresión mayor, tienden a tener dificultades en la toma de decisiones, puesto que presentan un déficit en la función ejecutiva como rigidez cognitiva (relacionado con alteraciones en la serotonina), desesperanza y visión negativa, lo cual podría ser un factor importante en el intento o ideación suicida (Tsou, 2013).

Se ha documentado cómo anomalías en el eje HPA, del sistema noradrenérgico y serotoninérgico y los factores genéticos son de gran importancia en la comprensión del comportamiento suicida y la depresión mayor, puesto que estos sistemas también son altamente sensibles a la respuesta de los genes encargados del estrés; asimismo las experiencias que se presentan a temprana edad pueden moldear las respuestas a nivel cerebral, lo cual podría llegar a ser un gran predictor del riesgo suicida en personas que presentan el Trastorno Depresivo Mayor (Mann & Currier, 2010).

8.5.Comorbilidad TEPT-TDM

El TEPT y el TDM parecen ser precipitados por un factor etiológico común que es la exposición al estrés, al mismo tiempo que comparten un síntoma común relacionado con la disminución de la capacidad de disfrutar experiencias placenteras (Kashdan, Elhai & Frueh, 2007). Según algunos autores, el TEPT presenta comorbilidad con el trastorno de depresión mayor (Elhai et al., 2015; Ducrocq & Jehel, 2014), y ambos presentan, a su vez, comorbilidad con dependencia alcohólica, consumo de sustancias psicoactivas y trastorno límite de personalidad (Cambra & Camarillo (2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) define la comorbilidad como la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos en el mismo individuo. Estudios empíricos han demostrado que existe alta tasa de comorbilidad entre TEPT y TDM con una prevalencia del 25% de sexo femenino (Oquendo, Brent & Birmaher, 2005) 48% en una muestra ambos sexos (kessler, 1995) y 68% en una muestra de hombres (Serrano, Ortiz & Bohórquez, 2009). Por otro lado, varios autores han sugerido que la comorbilidad entre el TEPT y el TDM podría ser entendida a partir de la coexistencia del estado de ánimo depresivo (disforia), que en el caso del TEPT se asocia al síntoma de angustia no especificada, evidenciándose éste como un posible indicador de comorbilidad sintomatológica (Contractor, Durham, Brennan, Armour, Wutrick, Frueh & Elhai, 2014). El factor de disforia podría ser responsable de la alta tasa de comorbilidad entre TEPT y TDM puesto que este factor se relaciona significativamente con los síntomas somáticos de la depresión como la fatiga y la inquietud y con síntomas afectivos como el estado de ánimo deprimido y sentimientos de inutilidad (Elhai et al., 2015) y en el TEPT se asocia a las secuelas psicológicas del trauma (Milanak & Berenbaum, 2009).

Una gran preocupación relacionada con la comorbilidad entre los TEPT y TDM consiste en que la coexistencia entre ambos aumenta el riesgo de comportamiento suicida (Oquendo, et al., 2002; Oquendo, Brent & Birmaher, 2005); además, la comorbilidad con los trastorno de personalidad del grupo B del DSM IV (T.P antisocial, T. P histriónico, T.P limite y T.P narcisista) parece ser un factor relevante que contribuye a un mayor riesgo de actos suicidas en pacientes con antecedentes de un episodio Depresivo Mayor y Trastorno por Estrés Postraumático, en comparación con aquellos que solo han tenido un episodio depresivo (Oquendo, Brent & Birmaher, 2005).

Rojas, Bujarski, Babson, Duttona y Feldner (2014) examinaron la forma comórbida del TEPT-Trastorno Depresivo Mayor y TEPT-dependencia al alcohol, relacionada tanto con la ideación suicida como con intentos de suicidio, en un esfuerzo por aclarar aún más los vínculos entre el TEPT y los comportamientos suicidas. A partir de ello, fue revelado que la dependencia al alcohol aumenta el riesgo de un intento de suicidio entre las personas con Trastorno por estrés postraumático. Por otro lado, Panagioti, Gooding, Taylor y Tarrier (2013) indican que se debe tener en cuenta la percepción que las personas tienen sobre la derrota y el atrapamiento junto con otros factores como la depresión y la desesperanza, puesto que estos pueden indicar un mayor riesgo de suicidio en personas con TEPT. De esta manera, las personas pueden elevar sus niveles de desesperanza, la depresión, los síntomas más graves de TEPT y la ideación suicida y tener una pobre calidad de vida cuando las personas presentan una disociación patológica (Ozdemir, Boysan, Ozdemir & Yilmaz, 2015)

Guerra, Calhoun y Mid (2011) en un estudio realizado con los veteranos de guerra diagnosticados positivamente para el TEPT encontraron comorbilidad con el Trastorno Depresivo Mayor, particularmente relacionada con estados de ánimo deprimido, excesiva

culpabilidad, evitación y entumecimiento emocional. Según dichos autores, dichos síntomas parecen ser un predictor mayor de riesgo suicida; de esta manera, cobra mayor importancia e interés para los profesionales de la salud el hecho de evaluar de forma periódica la ideación suicida en los pacientes con TEPT ya sea que se presente en comorbilidad con otros trastornos o solo se presente en el TEPT.

Por otro lado, las personas con TEPT y TDM requieren un aumento en los costos de servicios de atención a la salud mental, es decir un 20% de costos adicionales, los cuales equivalen a un mayor uso de los servicios para el cuidado de la salud mental y antidepresivos, en contraste a las personas que no presentan TEPT (Chan, Cheadle, Reiber, Unutzer & Chaney, 2009).

La depresión y el TEPT comparten un síntoma relacionado con la disminución de experiencias placenteras (Kashdan, Elhai & Frueh, 2007), lo que según el DSM III (1980) se denomina anhedonia. La anhedonia es definida como la incapacidad de sentir placer y es utilizado comúnmente como criterio diagnóstico en la depresión (Fresà & Berlanga, 2013). Con relación a lo anterior, el estado de ánimo triste se encuentra relacionado con el síntoma anhedónico el cual fue formalmente establecido como un criterio diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor en el DSM-III-R y catalogado por el DSM-IV como un subtipo melancólico de depresión mayor siendo identificado este subtipo como anhedonia, caracterizado como un período depresivo en el cual no se encuentra mejoría ni siquiera en situaciones placenteras o acontecimientos agradables (Luby, Mrakotsky, Heffelfinger, Brown, & Spitznagel, 2005).

9. MÉTODO

9.1. Diseño

Esta investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo-analítico puesto que se pretende describir la prevalencia del TEPT y el TDM y analizar las características y aspectos de dichas variables (Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

9.2. Participantes

La muestra estuvo conformada por 120 participantes en condición de desplazamiento por la violencia que asisten al Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV) de la alcaldía municipal de Bucaramanga, de los cuales el 52,5% fueron mujeres con una media de edad de 42,69 y una desviación estándar de 8,94 y el 47,5% hombres con una media de edad de 41,92 y una desviación estándar de 11,26. Las edades de los participantes están comprendidas entre 18 a 57 años, con una media de 42,33 y una desviación estándar de 10,08. Los participantes pertenecían a los estratos socioeconómicos uno, dos y tres con una escolaridad mínima de primaria y máxima de Bachiller, siendo que una de ellas, únicamente, poseía estudios profesionales. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, dadas las características de la población y el tiempo limitado para la evaluación que fue de un mes.

Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV)

El Centro de Atención Integral a Víctimas C.A.I.V. es un espacio creado por la ley 1448 de 2011 que busca apoyar la reconstrucción del entorno familiar y social, el crecimiento personal de las víctimas en condición de desplazamiento, mediante la reparación integral y la atención en salud, el acceso a la educación, recreación, reafirmando sus derechos como seres humanos. Cabe resaltar, que el CAIV se rige por los mandatos estipulados en la ley 1448 de 2011 para llevar a cabo las medidas de atención, asistencia y reparación a las personas en condición de desplazamiento.

Para determinar cuando una persona es considerada en condición de desplazamiento, el CAIV recurre a la Ley 387 de 1997, reglamentada parcialmente por los decretos nacionales 951, 2562 y 2569 de 2001 (artículo 1º), la cual estipula que toda persona es desplazada cuando:

La persona se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas en cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno; disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar drásticamente el orden público.

Criterios de inclusión:

-Personas (hombres y mujeres) en condición de desplazamiento por la violencia según la selección hecha por el Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV) con un rango de edad entre 18 a 57 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Problemas visuales y auditivos no corregidos
- Reporte de Enfermedades neurológicas como la epilepsia, entre otras.
- Reporte de tratamiento farmacológico (psiquiátrico o neurológico).
- Reporte de consumo de psicofármacos de abuso en el momento de la evaluación.

9.3.Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó de acuerdo a los principios éticos de experimentación con humanos y es considerado de riesgo mínimo según el artículo 11 del apartado B de la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, Republica de Colombia, 1993).

Consentimiento Informado

Este documento estuvo dirigido a cada uno de los participantes, como lo establece el Ministerio de la protección social en la resolución 1090 de 2006. Fue utilizado con el objetivo establecer la participación voluntaria de cada una de las personas, los cuales fueron informadas sobre el proceso de evaluación y las implicaciones del estudio, la confidencialidad de los resultados, los cuales serán utilizados únicamente para fines de la investigación, como también para dar a conocer la posibilidad de abandonar el estudio, si así lo deseaban (Apéndice A).

9.4.Instrumentos

Ficha de ingreso: Por medio de esta, se exploró información asociada con datos sociodemográficos como la edad, el género y el nivel de escolaridad. Adicionalmente, se exploró datos importantes sobre la salud física y psicológica de los participantes, con el fin de identificar el cumplimiento o no de los criterios de inclusión requeridos por el proceso de investigación (Apéndice B).

-Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I) basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV para TEPT (Apéndice C). Este cuestionario es la prueba principal del estudio, el cual está compuesto por 24 ítems que corresponden a la sección F39 a la F64 del (SCID-I), en el cual se responde SI o NO de acuerdo a la interpretación del entrevistado. Este instrumento fue elaborado con el objetivo de facilitar una manera eficiente y de fácil manejo, posibilitando así que la entrevista estructurada pueda ser aplicada en el ambiente clínico. Respecto a la puntuación se muestra en la tabla de calificaciones los criterios A, B, C, D, E, y F en la cual si se puntúa positivamente para todos estos criterios se presenta el diagnóstico TEPT (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999). Para llevar a cabo esta evaluación es importante que la persona haya estado expuesta mínimo a un acontecimiento traumático y que haya presentado síntomas como: temor, dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto durante un período mínimo de dos semanas (DSM-IV, 2004).

-Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I) basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV para TDM (Apéndice D). Este cuestionario está compuesto por 15 ítems que corresponden a la sección A1 a la A15 del (SCID-I), en el cual se responde SI o NO de acuerdo a la interpretación del entrevistado. Respecto a la puntuación

se presentan en la tabla de calificaciones los criterios A, C, D, y E, en la cual si se puntúa para todos estos criterios positivamente se presenta el TDM y si no se puntúa para estos criterios no se presenta diagnóstico positivo para el TDM (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999). Dentro de los síntomas que se evalúan para el TDM son: estado de ánimo depresivo, disminución del interés, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad, dificultad para concentrarse.

-Lista de síntomas (*Check-list*) para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). La Lista de síntomas (*Check-list*) es una escala corta la cual está constituida por 24 síntomas relacionados al TEPT, los cuales son los mismos evaluados por la entrevista estructurada del DSM-IV. En la escala se recogen los datos correspondientes a quien realiza el cuestionario respondiendo a los ítems 1: total desacuerdo, 2: parcial desacuerdo, 3: de acuerdo parcialmente y 4: totalmente de acuerdo, con una puntuación mínima de 24 y máximo de 96. Este instrumento fue abreviado y validado en el contexto colombiano para el diagnóstico del TEPT. El análisis de consistencia interna de la escala a través del cálculo promedio de correlaciones intraclases arrojó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,97 para un intervalo de fiabilidad del 95% entre 0,96 a 0,97, lo que indica que la escala proporciona un uso fiable tanto en estudios clínicos como demográficos. Para investigaciones de prevalencia, la lista de síntomas (*Check-list*) de 24 ítems puede indicar un punto de corte de 46, la cual tiene la sensibilidad más alta de (81,6%), con un valor predictivo positivo (VPP) de 68,9% y un valor predictivo negativo (VPN) de 87,5%; y para el diseño de programas de intervención psiquiátrica y psicológica se recomienda el punto de corte de 51, el cual tiene la especificidad más alta de 84,4% con un VPP de 74,4 y un VPN de 85,7% (Pineda, Guerrero, Pinilla & Estupiñán, 2002) (Apéndice E).

Cabe resaltar que la Lista de síntomas (*Check-list*) fue utilizada en este estudio con el fin de evaluar la sintomatología de TEPT además del trastorno propiamente dicho evaluado según un *Gold Standard*, la entrevista estructurada del DSM-IV. Lo anterior con el fin de poseer resultados que podrían ser utilizados para un análisis del mejor punto de corte que representaría el mejor balance entre sensibilidad y especificidad en esta muestra de personas en condición de desplazamiento por la violencia. Por otro lado, se pretendía verificar si esta herramienta es útil como criterio diagnóstico frente al TEPT en esta población, lo que podría ser de gran utilidad para otros estudios similares.

9.5. Procedimiento

Para realizar la correspondiente investigación se llevó a cabo los siguientes pasos:

1. Capacitación: Se realizó la respectiva capacitación de la Entrevista Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV en la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, la cual fue dirigida por la Psiquiatra Martha Dallos, quien realizó una breve y concisa explicación del instrumento.

Respecto a lo anterior, se aplicaron diez pruebas piloto de las dos pruebas que se aplicaron en la investigación: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV y la Lista de Síntomas (*Check-list*). Esta actividad se realizó con el fin de obtener una capacitación que permitiera fortalecer y conocer con más detalle cada prueba antes de realizar la aplicación a las respectivas personas del estudio y, de igual forma, poder estipular el tiempo que se requería para la aplicación de las pruebas.

2. Contacto con la entidad: El contacto inicial con el Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV) de la alcaldía municipal de Bucaramanga, se realizó por medio de una carta dirigida al respectivo coordinador, con el fin de solicitar un espacio para dar a conocer el estudio en cuestión. A partir de ello, se estableció un acuerdo y se llevó a cabo una reunión con las respectivas personas encargadas del programa de apoyo a las personas en condición de desplazamiento por la violencia, en el que se informó y explicó en qué consistía la investigación y sus propósitos.

3. Horario de aplicación: El proceso de evaluación se realizó en un período de cuatro semanas en el horario de 8 am a 3pm, evaluándose, en promedio, de 6 a 7 personas por día en un tiempo estipulado de una hora y media a dos horas por cada sesión.

4. Convocatoria: las personas que asisten al programa del Centro Integral de Atención a Víctimas (CAIV) de la alcaldía municipal de Bucaramanga fueron invitadas de manera informal a participar en el proceso de evaluación, puesto que el CAIV atiende de lunes a viernes un promedio de 200 a 300 personas en condición de desplazamiento por la violencia, las cuales esperan ser atendidas en un espacio de 3 a 4 horas.

5. Proceso de Evaluación: en un primer momento, se aplicó una ficha de ingreso, con la cual se pretendía conocer si la persona cumplía con todos los criterios de inclusión en el estudio. Seguidamente, se dio paso a la respectiva lectura del consentimiento informado en el que cada participante después de informado sobre los detalles del estudio, autorizaba su participación voluntaria. Finalmente, se efectuó la respectiva aplicación de los instrumentos de evaluación: a) Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada

(SCID-I) basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TEPT y TDM. b) Lista de síntomas (*Check-list*) para el TEPT. Cabe resaltar que dichos instrumentos fueron aplicados en una secuencia aleatoria para evitar sesgos de aplicación, en el siguiente orden: AB (1), BA (2); para ello, la secuencia fue establecida a partir del programa Microsoft Excel, el cuál asignaba un orden aleatorio de aplicación a cada sujeto a evaluar.

6. Informe: Finalmente se discutieron los resultados obtenidos a partir del análisis, los cuales fueron contrastados con el referente conceptual y estado del arte y, de esta manera, se elaboraron las respectivas conclusiones a partir de los objetivos establecidos para el estudio.

Análisis de los datos

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel®, que contenía los datos sociodemográficos de cada participante, las variables registradas en la ficha de ingreso y cada uno de los ítems de cada prueba y sus respectivas puntuaciones. A partir de esto, se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos por medio del mismo programa y se elaboraron las respectivas tablas y figuras. Adicionalmente, se llevó a cabo un análisis de proporción a partir de una tabla de 2x2 con el fin de calcular, en la muestra evaluada, la proporción del Trastorno por Estrés postraumático, del Trastorno Depresivo Mayor y de comorbilidad entre ambos; asimismo, se calculó el riesgo relativo (RR) independiente para cada uno de las variables tenidas en cuenta en la ficha de ingreso (Pita, Vila & Carpena, 2002) con el fin de determinar los factores de riesgos y los factores protectores asociados a los trastornos por estrés postraumático y depresivo mayor o ambos. Para todos los casos, cuando el riesgo

relativo es inferior a 1 es considerado como factor protector; mientras si el riesgo relativo es mayor a 1 es considerado como un factor de riesgo.

Por otro lado, para analizar la significancia de la asociación entre la probabilidad de poseer TEPT, TDM o ambos trastornos como también para analizar su asociación con cada uno de los factores de riesgo y los factores protectores, se calculó el intervalo de confianza (CI 95%) mediante la identificación del límite inferior y el límite superior indicando la dispersión de los datos. De esta forma, si el intervalo de confianza no incluye el valor 1 se considera estadísticamente significativo $p < 0.05$ (Pita et al., 2002).

En cuanto a los factores de riesgo, si el RR y el intervalo de confianza (CI 95%) es mayor a 1, existe una asociación estadísticamente significativa; mientras que si el RR es mayor a 1 pero el límite inferior está por debajo de 1 y el límite superior está por encima de 1, es decir el intervalo de confianza incluye 1, entonces no existe una asociación de riesgo significativa. En relación a los factores protectores, si el RR y el intervalo de confianza (CI 95%) es menor a 1, entonces, existe una asociación estadísticamente significativa; no obstante si el RR es menor a 1 pero el intervalo de confianza incluye el 1, no existe una relación protectora significativa (Pita et al., 2002)..

RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos teniendo en cuenta los objetivos principales del estudio. De esta forma, en un primer momento se da a conocer los resultados en relación a la prevalencia del TEPT y TDM, para luego dar paso a los resultados relacionados con la comorbilidad entre los dos trastornos y las variables analizadas como posibles factores protectores o de riesgo asociados a dicha coexistencia. Para finalizar, se presenta el análisis de sensibilidad y especificidad de la Lista de síntomas (*Check-list*) para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Tabla 1.

Lugar de expedición de las cédulas de los participantes del estudio.

Departamento	Total Cédulas Expedidas
Santander	76
Antioquia	5
Cundinamarca	3
Magdalena	1
Arauca	1
Guaviare	2
Cesár	14
Norte de Santander	10
Bolívar	3
Nariño	1
Boyacá	2
Atlántico	1
Valle del Cauca	1
Total	120

Según la Tabla 1, las cédulas de los participantes del estudio estaban registradas en 13 departamentos de Colombia, entre ellos, la mayoría registradas en el departamento de

Santander (n =76), seguido por el departamento del Cesar (n=14) y el Norte de Santander (n=10). Lo anterior indica que el Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV) de Bucaramanga brinda atención y reparación a víctimas de diferentes lugares de Colombia, primordialmente a aquellos oriundos del departamento Santander.

En cuanto a la estimación de la prevalencia del TEPT y TDM, se identificó que el Trastorno por Estrés Postraumático presenta una prevalencia de 48% (IC95% 47.91 a 48.09) en la muestra total, sin embargo, teniendo en cuenta el sexo, la prevalencia de este trastorno fue de 57% en mujeres y 39% en hombres. Por otro lado, el Trastorno Depresivo Mayor presentó una prevalencia de 32% (IC95% 31.91 a 32.09) siendo que la prevalencia de este trastorno fue de 37% en mujeres y 26% en hombres. En términos de comorbilidad entre TEPT y TDM se observó que la presencia de ambos trastornos fue de 21% (IC95% 20.92 a 21.08) en las personas en condición de desplazamiento por la violencia (Tabla 2).

A partir de la prevalencia, se llevó a cabo la estimación del Riesgo Relativo (RR) como indicador para establecer la probabilidad de riesgo que tiene una persona que al presentar Trastorno Depresivo Mayor pueda presentar Trastorno por Estrés Postraumático. De esta manera, en la Tabla 2, se observa que las mujeres con TDM tienen 1,1 veces más probabilidad de presentar comorbilidad con el TEPT en comparación con las mujeres que no presentan TDM, sin embargo, a partir de la estimación del intervalo de confianza (IC95% 0.56 a 2.16) no se identificó una asociación que aumente el riesgo. Así mismo, los hombres que presentan Trastorno Depresivo Mayor tienen 2,8 veces más probabilidad de presentar comorbilidad con el Trastorno por Estrés Postraumático que aquellos que no presentan TDM puesto que este trastorno aumenta el riesgo significativamente (IC95% 1.01 a 7.70). Por otro lado, se identificó que el 32% de todas las personas que presentaron TDM, tienen 1,6 veces

más probabilidad de presentar TEPT que aquellos que no presentaban dicho trastorno (IC95% 0,93 a 2,87).

Tabla 2.

Prevalencia de TEPT, TDM y comorbilidad por género

Trastorno por Estrés Postraumático										
Dx	Mujeres			Hombres			Todos			
	SI	NO	Total	SI	NO	Total	SI	NO	Total	
TDM	SI	14	9	23	11	4	15	25	13	38
	NO	22	18	40	11	31	42	33	49	82
	Total	36	27	63	22	35	57	58	62	120

Prevalencia			
	Mujeres	Hombres	Todos
TEPT	0,57	0,39	0,48
TDM	0,37	0,26	0,32
Comorbilidad	0,22	0,19	0,21

TDM	Mujeres			Hombres			Todos		
	RR	EE	IC 95%	RR	EE	IC 95%	RR	EE	IC 95%
	1,1	0,5	[0.56, 2.16]	2,8	0,5	[1.01, 7.70]	1,6	0,3	[0.93, 2.87]

Nota: TEPT = Trastorno por Estrés Postraumático; TDM = Trastorno Depresivo Mayor; RR = riesgo relativo; EE = error estándar del RR; IC = intervalos de confianza.

Finalmente, para evaluar la asociación de la comorbilidad del TEPT – TDM con otras variables, se tomó del Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I) basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TEPT y TDM, los relatos de los eventos traumáticos que vivenciaron los participantes como violación sexual, presenciar un homicidio y actos que atentaron contra su vida como un intento de suicidio; también se evaluaron variables sociodemográficas como el sexo, escolaridad y estrato, con el fin de identificar si estas variables podían ser consideradas como factores de riesgo o factores protectores para presentar comorbilidad de TEPT y TDM (Tabla 3).

Consecuente a esto, al estimar el riesgo relativo (RR) de las variables sociodemográficas, los participantes que habían cursado estudios hasta primaria, tienen 1,4 veces más riesgo (IC 95% 1.16 a 1.60) de presentar comorbilidad TEPT-TDM que aquellos que habían cursado estudios hasta bachiller. Adicionalmente, se encontró que referente al estrato, se evidenció que el estrato socioeconómico 1, resultó ser un factor protector (RR=0,8; IC95% 0.68 a 0.93) en comparación al estrato socioeconómico 2, siendo esto una asociación significativa, por ello pertenecer al estrato 2 representa mayor riesgo de comorbilidad. Respecto al sexo, el ser hombre (RR=0,9; IC95% 0.53 a 1.42) resulta ser un factor protector para dicha comorbilidad que si se es mujer, no obstante, dicho hallazgo no es significativo (tabla 4). En cuanto a los relatos de exposición a eventos traumáticos se observó que los participantes que fueron víctimas de una violación sexual tienen 2,6 veces más riesgo (IC95% 0.55 a 12.07) de presentar comorbilidad TEPT y TDM que aquellos que no han sido expuestos a esta situación, no obstante, las mujeres presentan 5,2 veces más riesgo (IC95% 1.15 a 23.23) que los hombres, siendo esto un hallazgo estadísticamente significativo. Así mismo, ante el hecho de haber presenciado un homicidio, se encontró que las personas expuestas a esta situación tienen 1,1 veces más riesgo (IC95% 0.68 a 1.89) que aquellas que no presenciaron un homicidio, existiendo un 1,7 veces más probabilidad de riesgo en hombres (IC95% 0.96 a 3.13) que en mujeres (RR=0,8; IC95% 0.38 a 1.68) sin embargo no se evidencia una asociación significativa. Además, los participantes con intentos suicidas, tienen 1,2 veces más riesgo (IC95% 0.26 a 5,67) en comparación con aquellos que nunca habían tenido un intento suicida, sin embargo, los hombres presentan 1,4 veces más riesgo (IC95% 0.18 a 10.36) que las mujeres (RR=1,1; IC95% 0.05 a 22.75).

Tabla 3

Factores sociodemográficos y factores de exposición traumática e intento suicida en la comorbilidad TEPT-TDM

Variables		Mujeres			Hombres			Comorbilidad TEPT-TDM		
		Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Estrato	1	13	92	105	10	94	104	81	24	105
	2	1	10	11	1	11	12	10	1	11
	Total	14	102	116	11	105	116	91	25	116
Escolaridad	Primaria	10	64	74	7	67	74	17	57	74
	Bachiller	3	39	42	4	38	42	7	35	42
	Total	13	103	116	11	105	116	24	92	116
Violación Sexual	SI	3	3	6	0	6	6	3	3	6
	NO	11	103	114	11	103	114	22	92	114
	Total	14	106	120	11	109	120	25	95	120
Presenciar Homicidio	SI	5	44	49	6	43	49	11	38	49
	NO	9	62	71	5	66	71	14	57	71
	Total	14	106	120	11	109	120	25	95	120
Intento suicida	SI	1	7	8	1	7	8	2	6	8
	NO	13	99	112	10	102	112	23	89	112
	Total	14	106	120	11	109	120	25	95	120

Variable	Mujeres			Hombres			Comorbilidad TEPT-TDM		
	RR	EE	IC 95%	RR	EE	IC 95%	RR	EE	IC 95%
Estrato	1,4	0,08	[1.16, 1.60]	1,2	0,10	[0.94, 1.41]	0,8	0,05	[0.68, 0.93]
Escolaridad	1,9	0,17	[1.35, 2.64]	1,0	0,24	[0.62, 1.59]	1,4	0,36	[0.33, 5.87]
Violación Sexual	5,2	0,77	[1.15, 23.23]	0,0	–	–	2,6	0,78	[0.55, 12.07]
Presenciar Homicidio	0,8	0,38	[0.38, 1.68]	1,7	0,30	[0.96, 3.13]	1,1	0,26	[0.68, 1.89]
Intento suicida	1,1	1,03	[0.05, 22.75]	1,4	1,02	[0.18, 10.36]	1,2	0,78	[0.26, 5.67]

Nota: RR = riesgo relativo; EE = error estándar; IC = intervalos de confianza

Con relación a las variables de exposición al evento traumático e intento suicida, se realizó un análisis de riesgo relativo en cuanto a los participantes que solo presentaron TEPT, y los participantes que solo presentaron TDM con el fin de contrastarlo con los análisis obtenidos de la comorbilidad.

De esta manera, respecto a la variable de violación sexual, los participantes que fueron víctimas de una violación tienen 2,2 veces más riesgo (IC95% 1.07 a 4.48) de presentar TEPT (siendo esto una asociación significativa) y 1,6 veces más riesgo de presentar TDM que aquellos que no han sido expuestos a esta situación; Sin embargo, se evidencia que la violación sexual presenta mayor riesgo (RR=2,6; IC95% 0.55 a 12.07) para los participantes que presentaron comorbilidad que aquellos que solo presentaron TEPT o TDM. Referente a la variable de presenciar un homicidio se encontró que los participantes que estuvieron expuestos a dicha situación presentan 1,4 (IC95% 0.87 a 2.10) y 1,2 veces más probabilidad (IC95% 0.75 a 1.83) de presentar TEPT y TDM, respectivamente, que aquellos que no estuvieron expuestos; no obstante se identificó que presenciar un homicidio presenta mayor riesgo (RR=1,4; IC95% 0.87 a 2.10) para los participantes con TEPT que aquellos que presentaron Comorbilidad (RR=1,1; IC95% 0.68 a 1.89) con TDM. Asimismo, los participantes que tuvieron uno o más intentos suicidas tienen 1,3 (IC95% 0.33 a 5.28) y 1,2 (IC95% 0.30 a 4.76) veces más probabilidad de presentar TEPT y TDM, respectivamente que aquellos que no han intentado suicidarse. Cabe resaltar que la variable intento suicida presenta mayor riesgo en TEPT (RR=1,3) que en TDM (RR=1,2) y comorbilidad (R=1,2).

En relación al duelo se observó que las personas que están pasando por un proceso de duelo, tienen 2,2 veces más riesgo (IC95% 0.53 a 9.13) de presentar TEPT que aquellas personas que no están llevando a cabo algún tipo de duelo.

Tabla 4

Factores de exposición e intento suicida en TEPT, TDM y comorbilidad

Variables		Trastorno por Estrés Postraumático			Trastorno Depresivo Mayor			Comorbilidad		
		Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Violación Sexual	Si	6	0	6	3	3	6	3	3	6
	No	52	62	114	35	79	114	22	92	114
	Total	58	62	120	38	82	120	25	95	120
Presenciar Homicidio	Si	28	21	49	13	36	49	11	38	49
	No	30	41	71	25	46	71	14	57	71
	Total	58	62	120	38	82	120	25	95	120
Intento suicida	Si	6	2	8	4	4	8	2	6	8
	No	52	60	112	34	78	112	23	89	112
	Total	58	62	120	38	82	120	25	95	120

Variable	Trastorno por Estrés Postraumático			Trastorno Depresivo Mayor			Comorbilidad TEPT-TDM		
	RR	EE	IC 95%	RR	EE	IC 95%	RR	EE	IC 95%
Sexo	0,7	0,20	[0.45, 1.00]	0,7	0,23	[0.47, 1.17]	0,9	0,25	[0.53, 1.42]
Violación Sexual	2,2	0,37	[1.07, 4.48]	1,6	0,79	[0.34, 7.70]	2,6	0,78	[0.55, 12.07]
Presenciar Homicidio	1,4	0,22	[0.87, 2.10]	1,2	0,23	[0.75, 1.83]	1,1	0,26	[0.68, 1.89]
Intento suicida	1,3	0,71	[0.33, 5.28]	1,2	0,70	[0.30, 4.76]	1,2	0,78	[0.26, 5.67]
Duelo	2,2	0,72	[0.53, 9.13]	–	–	–	–	–	–

Nota: RR = riesgo relativo; EE = error estándar; IC = intervalos de confianza

Adicionalmente, con base en la entrevista estructurada como “Gold Standard”, se evaluó, la lista de síntomas de estrés post-traumático (*Check-list*) utilizada por Pineda et al. (2002). Para ello se implementó un análisis ROC (*Receiver Operator Characteristics*) encontrando que el puntaje obtenido por los participantes con dicha lista mostró un índice ROC: 0,857 con el mejor punto de corte en 66. Lo anterior indica que dicha herramienta diagnóstica tiene una buena capacidad de discriminación diagnóstica, obteniendo además un 80.83% de participantes bien clasificados (ver tabla 5 y figura 1). En la tabla 4, se comparan los resultados de sensibilidad, especificidad y valores predictivos obtenidos cuando se utiliza el punto de corte de 46, que fue el encontrado por Pineda et al. (2002) y cuando se utiliza como punto de corte el 66, encontrado por el análisis ROC en la muestra del presente estudio.

Tabla 5.

Parámetros estadísticos obtenidos del Check-list para TEPT a partir del punto de corte 66.

Diagnóstico	Variable			
TEPT	Total Check-list			
ROC	0,857063404			
Valores de corte con mejor N° de clasificados	S	E	VPP	VPN
66	0,897	0,726	0,754	0,882
Máx % bien clasificados	80,83			
Total de casos examinados	120			
Prevalencia	0,483333333			

Nota: ROC = Receiver Operator Characteristics; S = sensibilidad; E = especificidad; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo.

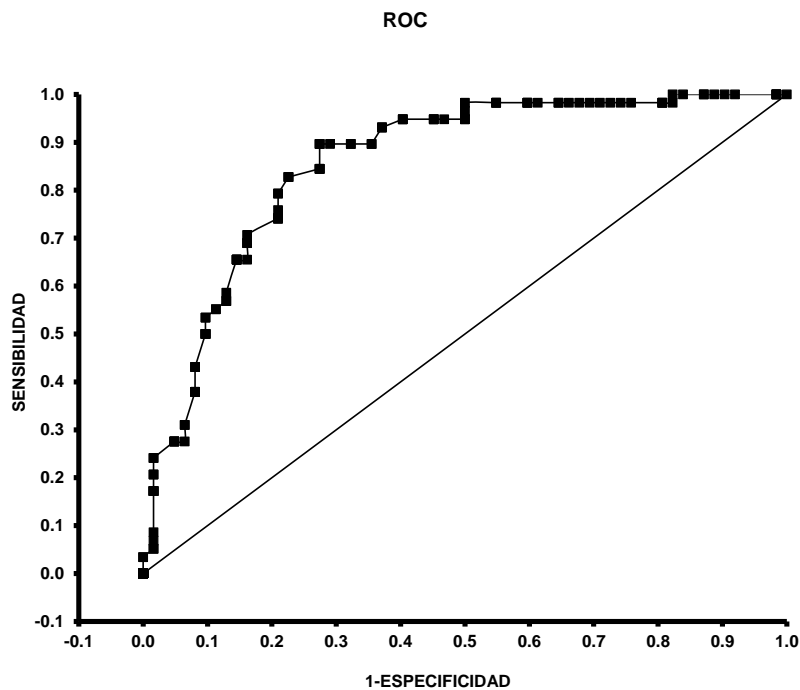


Fig. 1. Curva ROC (Receiver Operator Characteristics) a partir del análisis de sensibilidad y 1-Especificidad según los diferentes puntos de corte de la lista de síntomas (*Check-list*). El área bajo la curva ROC fue de 0.857 indicando que el *Check-list* permite estimar en una alta proporción la variable de Trastorno por Estrés Postraumático a partir del punto de corte ≥ 66 .

Tabla 6.

Comparación de parámetros estadísticos obtenidos del Check-list para TEPT utilizando dos puntos de corte diferentes.

Nota: S = sensibilidad; E = especificidad; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo.

Punto de Corte	Parametros	Mujeres	Hombres	Todos	% de Bien Clasificados
Check-List (≥ 46)	S	0,97	1,00	0,98	63.33
	E	0,15	0,43	0,31	
	VPP	0,60	0,52	0,57	
	VPN	0,80	1,00	0,95	
Check-List (≥ 66)	S	0,86	0,95	0,90	80.83
	E	0,56	0,86	0,73	
	VPP	0,72	0,81	0,75	
	VPN	0,75	0,97	0,88	

Dentro de los análisis más destacados, se encontró según la tabla 4, que el punto de corte de la Lista de síntomas (*Check-list*) en 46 como puntaje, no permite un buen balance entre sensibilidad y especificidad asociado al Trastorno por Estrés Postraumático, puesto que ofrece una alta sensibilidad (98,28%) pero una muy baja especificidad (30,65%). Adicionalmente el porcentaje de participantes bien clasificados es apenas del 63.33%. Por otro lado, el punto de corte de 66 como puntaje, ofrece una alta sensibilidad (89,66%) como también una alta especificidad (72,58%) lo cual da a conocer que este punto de corte permite un buen balance entre sensibilidad y especificidad (integral bajo la curva ROC = 0,857) y un porcentaje alto de participantes bien clasificados (80.83%) (Figura1).

10. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal, contribuir al estudio de la comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno Depresivo Mayor (TDM) mediante la identificación de la prevalencia de cada uno de los trastornos en personas en condición de desplazamiento por la violencia. Con base a esto, se empezará por discutir la prevalencia del TEPT y TDM evidenciada en los participantes evaluados. Consecuente a ello, se discutirá la coexistencia entre estos dos trastornos, seguido de los factores de riesgo y los factores protectores asociados al TEPT y/o TDM. Se finalizará discutiendo el análisis

de sensibilidad y especificidad de la Lista de síntomas (*Check-list*) para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Los hallazgos obtenidos presentan gran concordancia con investigaciones realizadas en materia de las afectaciones psicológicas. De esta manera, las personas en condición de desplazamiento por la violencia que han sido expuestas en algún momento de su vida a diferentes eventos traumáticos, tienden a tener sentimientos de desesperanza y miedo; también presentan comportamientos de evitación tanto de recuerdos como de las situaciones, lugares y personas que les evocan el trauma y reexperimentan sucesos altamente traumáticos como violación sexual, presenciar la muerte violenta de un ser queridos o haber sido víctima de un intento de homicidio, los cuales tienden a ser un determinante para la vulnerabilidad de esta población en cuanto a presentar otros trastornos psicopatológicos (Alejo, Rueda, Ortega & Orozco, 2007). Dichos autores evaluaron la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático en 851 adultos en 15 asentamientos distribuidos en cuatro municipios del área metropolitana de Bucaramanga, donde se evidenció una prevalencia del 21% del TEPT, que aunque resulta ser menor a la encontrada en este estudio, se puede considerar como significativa, puesto que la cantidad de personas estudiadas es cuatro veces mayor a la de esta investigación, además dicho estudio permitió detectar que en Colombia se estiman más de 630.000 personas con postrauma que viven en asentamientos humanos. Por otro lado, dicha vulnerabilidad repercute de modo general en la desestabilidad en las familias y su entorno social (PIB-Colombia, 2010). Así mismo, se ha demostrado que el ser desplazado por la violencia afecta a la persona en los diferentes ámbitos de su vida presentando

desequilibrio emocional, sentimientos de miedo e inseguridad, tornándose esto una situación constante en sus vidas (ACNUR, 2001-2016).

Consecuente a ello, se analizó la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático y el Trastorno Depresivo Mayor y de acuerdo a una de las hipótesis que se planteó en el estudio efectivamente se encontró que el TEPT posee mayor prevalencia en comparación con el TDM. Este resultado era de esperarse debido a que las personas en condición de desplazamiento están expuestas a un sin número de eventos estresores que les resultan adversos y que les generan gran impacto convirtiéndose estos en eventos traumáticos. Este hallazgo también se identificó en el estudio de Andrade (2008) quien evidenció una prevalencia del TEPT de 40% y TDM de 30%; mientras que el estudio realizado por Sánchez, Casas, Grais, Hustache y Moro (2009) difiere con estos resultados, puesto que encontraron una mayor prevalencia del TDM (18,2%) en comparación con el TEPT (8,4%). El estudio de dichos autores presentaba características muy diferentes, puesto que su muestra estuvo conformada por niños y adultos de Ibagué pertenecientes a áreas rurales y de la ciudad que habían presenciado eventos traumáticos. Asimismo, este estudio era de corte longitudinal, por lo que durante tres años, la población que evaluaron estuvo recibiendo una atención psicológica por medio de psicoterapia; y las personas que presentaron TDM, específicamente, los pacientes que presentaban dificultades para llevar a cabo las actividades básicas diarias, la experiencia de las ideas suicidas y alteraciones significativas de la conciencia, recibieron medicación psicotrópica, observándose que unos no mostraron ningún cambio, mientras que otros presentaron mejoras en su comportamiento. Empero, a pesar de las diferentes características y resultados de estos estudios, dichos hallazgos coinciden

claramente con las evidencias de la literatura que demuestran la importancia de los eventos traumáticos en el desarrollo del TEPT.

En este orden de ideas, la prevalencia del Trastorno por Estrés postraumático y la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor hallada en esta investigación, es relativamente alta, si se contrasta con otras investigaciones como la de Richards et al. (2011), quienes encontraron una mayor prevalencia respecto al TEPT (88%) y TDM (41%) en una muestra de participantes similar al número de evaluados en este estudio. Esta prevalencia puede deberse al hecho de que estos autores se enfocaron en un estudio mixto en el que se evaluaron por un lado los relatos de los participantes por medio de un auto-informe, llevándose a cabo una evaluación más subjetiva de los datos y, por otro, la sintomatología fue evaluada con la Lista de síntomas *Check-List* utilizando un punto de corte de 51, además de ello, la mayoría de los participantes eran mujeres quienes suelen ser más emocionales en comparación a los hombres al momento de narrar un evento traumático. Por otro lado, en un estudio se evidenció que 48 personas (87,5%) que presentaron TEPT, también fueron clasificados con sintomatología del TDM y Trastorno de Ansiedad mostrando por ello una posible comorbilidad. Esto puede explicarse por el hecho de que la exposición a la violencia física ocasionada por diferentes motivos, muestran un nivel alto de prevalencia en trastornos como el TEPT, TDM y la Ansiedad, conllevando a que las personas sometidas a estos actos de violencia extrema presenten un riesgo muy alto para desarrollar TEPT (Johansen, Eilertsen, Nordanger, & Weisaeth, 2012).

En relación a la co-existencia de ambos trastornos, se identificó una prevalencia del 21% de personas en condición de desplazamiento que presentaban comorbilidad entre TEPT

y TDM, lo cual apoya la hipótesis de que efectivamente existiría un co-ocurrencia entre los trastornos estudiados, debido a que en la literatura se da a conocer que la coexistencia del TEPT y el TDM posee una prevalencia muy alta en personas con este tipo de condición, por tanto, este hallazgo se puede contrastar con otros estudios que han identificado una mayor comorbilidad del TEPT con el TDM encontrando una prevalencia del 25% en mujeres, 68% en hombres y 48% en ambos sexos (kessler, 1995; Oquendo, Brent & Birmaher, 2005; Serrano, Ortiz & Bohórquez, 2009).

A partir de la estimación de la prevalencia y la comorbilidad de estos trastornos patológicos, se tuvo en cuenta los factores sociodemográficos y los factores de experiencias traumáticas como presenciar el asesinato de un ser querido o muerte violenta a otras personas, siendo un factor de riesgo el hecho de haber presenciado un homicidio; sin embargo, este riesgo resulta ser más alto para las personas que presentaron solo TEPT en comparación con las personas que presentaron la comorbilidad o solo el Trastorno Depresivo Mayor. Además de ello, los hombres que presentan TEPT tienden a presentar un mayor riesgo que las mujeres con TEPT al ser expuestos a este tipo de eventos. Con relación a lo anterior, se pudo observar según las narraciones de los participantes que hicieron parte de esta investigación, que los hombres evaluados no solo presenciaron asesinatos sino también muchos de ellos sobrevivieron a un intento de homicidio; con base a esto, Rheingold, Byczkiewicz, Saunders y Kilpatrick (2011) encontraron en un estudio que aquellas personas que fueron sobrevivientes de un intento de homicidio resultaban ser más propensos a presentar TEPT que las personas víctimas de otro tipo de violencia.

Por otro lado en cuanto al género, se evidenció que ser mujer representa un factor de riesgo, indicando que las mujeres tienden a ser más vulnerables tanto a presentar uno de los dos trastornos como también a presentar comorbilidad TEPT-TDM; quizás esto pueda explicarse al tener en cuenta que el 24% de las mujeres desplazadas a nivel nacional son mujeres cabeza de familia que fueron en algún momento abandonadas por su pareja en el momento que vivenciaban esta situación (PBI- Colombia, 2010), siendo esto un motivo para presentar mayor fragilidad en cuanto a sexo; a razón de esto, el ser hombre resulta ser un factor protector, sin descartar que estos también son susceptibles de presentar dichos trastornos. Además de ello, los resultados dan a conocer que las mujeres también son más vulnerables de presentar TEPT que los hombre, dado que las mujeres tienden a ser más vulnerables que los hombres, que de igual forma, son expuestos a estos mismos eventos estresores; no obstante, esto difiere con el estudio realizado por Echenique et al. (2008) en el cual no se encontraron diferencias con relación al sexo para presentar TEPT; esto podría deberse al hecho de que la muestra de este estudio no era una muestra homogénea, puesto que de 202 participantes, 154 eran hombres y 48 eran mujeres; mientras que en el presente estudio la muestra era relativamente homogénea (57 hombres y 63 mujeres); así mismo en el estudio de Alejo et al (2007) quienes también evaluaron una muestra no homogénea (534 mujeres y 317 hombres), no se encontraron diferencias en relación al sexo. Por otro lado, estudios muestran que los hombres que presentaron TEPT son más vulnerables a presentar comorbilidad con el TDM en comparación con las mujeres que presentaron TEPT, esto se puede contrastar con el hecho de que las mujeres presentan mayores habilidades de compensación y resiliencia en comparación con los hombres (Andrade, 2008).

Otro factor de riesgo altamente evidenciado en esta investigación fue la violencia sexual, existiendo mayor riesgo de presentar comorbilidad en el caso de las mujeres a diferencia de los hombres; a favor de esto, resultados confirmados por otras investigaciones muestran que las mujeres que pasaron por relaciones sexuales violentas registraron un nivel altamente significativo ante la eventualidad de presentar Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno por Estrés Postraumático, cuando fueron comparadas con aquellas mujeres que presentaron otras formas de abuso (Wiesel & Markus, 2013).

Con base a esto, es necesario mencionar que la exposición a eventos traumáticos representa un factor de riesgo muy alto, puesto que esto favorece la prevalencia del TEPT en las personas que han tenido que vivenciar este tipo de situaciones, especialmente si han sido víctimas de un secuestro y de tortura, como lo señala Alejo (2007). Asimismo, la falta de voluntad de experimentar eventos privados no deseados vinculado con el aumento de la sensibilidad del sistema de inhibición conductual contribuye a la gravedad del TEPT (Pickett et al., 2011).

Adicionalmente, factores como el nivel económico y la cohesión social son contextos que afectan en gran medida a la población en situación de desplazamiento, quienes al estar expuestas a situaciones altamente estresantes corren un gran riesgo de presentar sintomatología depresiva, además de ser altamente vulnerables a presentar el Trastorno Depresivo Mayor por el hecho de no considerarse parte de un grupo o una sociedad ante la cual se sienten desprotegidos (Le, Tracy, Norris & Galea, 2013). Estas sensaciones podrían estar enmarcadas al hecho del aislamiento que representa el haber sido despojado de sus

bienes y una cantidad de pérdidas significativas que antes ocupaban un espacio importante y que de una u otra manera, le daban un valor a su vida.

En cuanto a la escolaridad, haber cursado tan solo estudios de primaria resultó ser un factor de riesgo para presentar comorbilidad, lo cual podría indicar que esta situación afecta a la población por el hecho de que la mayoría de las personas tenían escasos estudios, destacando que las mujeres con estudios primarios son más vulnerables que los hombres con el mismo nivel de educación; este hallazgo es similar al estudio de Alejo, et al (2007), quien además de encontrar que la escolaridad representa un factor de riesgo, también identificó que otros factores como el estado civil, específicamente, el ser casado o vivir en unión libre, la edad y la frecuencia de consumo de alcohol se asociaban a dicho trastorno.

De este modo, los bajos niveles de escolaridad y analfabetismo en las personas en condición de desplazamiento por la violencia se encuentran en un estado precario, esta circunstancia implica que los conocimientos y las habilidades agrícolas tienen poca relevancia en las áreas urbanas repercutiendo esto para los jefes cabeza de hogar una gran limitación en cuanto a las oportunidades en el mercado laboral, acudiendo por ello al trabajo informal el cual, generalmente, siempre es mal remunerado siendo esto un factor de vulnerabilidad que reduce las oportunidades de salir de la pobreza (Ibáñez & Moya, 2007). En contraste a ello, en un estudio realizado por Richards, et al (2011) en Medellín y Antioquia, se evidenció que la educación superior era un gran predictor de los síntomas de depresión.

Por otro lado, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo (1), resulta ser un factor de protección, esto podría explicarse por el hecho de que las personas que están acostumbradas a vivir en condiciones sociales menos favorables no sufren tanto el impacto del desplazamiento debido a que sus pérdidas materiales no son tan significativas en comparación con las personas que pertenecían a un estrato socioeconómico alto, las cuales han sido desplazadas y despojadas de sus propiedades, que de cierto modo, fueron adquiridas mediante una vida de trabajo y dedicación, por lo que les resulta muy doloroso ver que de la noche a la mañana tienen que volver a empezar desde cero.

Otro dato relevante en los análisis que se hicieron en el presente estudio es el intento suicida el cual se encontró ser un factor de riesgo para presentar comorbilidad TEPT-TDM, encontrando mayor riesgo en los hombres. Así mismo, el hecho de haber presentado un intento suicida mostró mayor riesgo en personas que solo presentaron TEPT, seguido del TDM y de las personas que presentaron comorbilidad. Consecuente a esto, es importante resaltar que el intento suicida ha sido un factor fuertemente evaluado en el ámbito de la salud pública en los diferentes contextos sociales y psicológicos debido a que el suicidio es un síntoma en común tanto en el TEPT y como en el TDM, el cual está vinculado a la percepción que se tiene respecto a la derrota y el atrapamiento junto con otros factores como la tristeza y la desesperanza, siendo esto un indicador importante de riesgo en personas con un nivel alto de vulnerabilidad (Panagioti et al., 2013).

Respecto a ello, los estudios que evidenciaron comorbilidad entre el Trastorno por Estrés Postraumático y el Trastorno Depresivo Mayor, hacen énfasis en el hecho que ambos

trastornos tienen un síntoma en común siendo este la incapacidad para tener experiencias placenteras (Anhedonia), indicio que está estrechamente asociado a la ideación suicida (Xie et al., 2014). Por tal motivo, es posible evidenciar por medio de las narraciones que reportaron los participantes en la Entrevista Clínica Estructurada que quizás esta situación podría estar relacionada al hecho que las personas en condición de desplazamiento tienen una percepción limitada del futuro debido al temor causado por las situaciones impactantes a las cuales han sido expuestas, causando por ello baja motivación ante actividades que realizaban comúnmente antes de experimentar la situación traumática.

Finalmente, es importante mencionar que la lista de síntomas *Check-list*, resultó ser muy útil para el diagnóstico del Trastorno por Estrés postraumático (ROC=0,86) en las personas en condición de desplazamiento por la violencia, siempre y cuando se utilizó el punto de corte 66 para la muestra evaluada en el presente estudio, ya que el punto de corte encontrado por Pineda en el 2002, (46), no permitió obtener un porcentaje muy alto de bien clasificados en la muestra evaluada en el presente estudio. De esta manera, a menos que se pretenda replicar dicho estudio, con las mismas características de la población estudiada por estos autores, se debería usar el punto de corte 46. Adicionalmente, es importante llamar la atención para la importancia de la validez de criterio de una prueba, por los riesgos que se corren cuando se utilizan puntos de cortes que representaron un buen balance entre sensibilidad y especificidad en un determinado estudio con una muestra distinta de la utilizada en otro. En este sentido, la utilización de baremos debe ser cuestionada, dado que, en general, la muestra estudiada en un determinado estudio, muy difícilmente será la misma utilizada en otro.

11. CONCLUSIONES

De manera general se encontró que el Trastorno por Estrés Postraumático tiene una prevalencia de 48% y el Trastorno Depresivo Mayor una prevalencia de 32% en las personas en condición de desplazamiento por la violencia, quienes fueron víctimas de diferentes eventos traumáticos; asimismo, se halló una prevalencia de 21% en cuanto a la comorbilidad del TEPT-TDM.

Por otro lado, se evidenció que la exposición a eventos traumáticos como la violación sexual, y los factores como la baja escolaridad, son factores de riesgo que aumenta la probabilidad de que las personas en condición de desplazamiento puedan presentar TEPT y comorbilidad; mientras que el ser hombre y pertenecer al estrato socioeconómico 1, son factores protectores que disminuyen la probabilidad de presentar comorbilidad entre TEPT y TDM en esta misma población.

El mejor punto de corte de la lista de síntomas *Check-list*, para este estudio es de 66, puesto que este permite un buen balance entre sensibilidad y especificidad y un porcentaje alto de 80.83% de participantes bien clasificados.

RECOMENDACIONES

A partir de los aportes que se obtuvieron en el presente estudio se propone para próximas investigaciones en personas en condición de desplazamiento por la violencia indagar más respecto a los datos sociodemográficos, teniendo en cuenta la relevancia de estos para llevar a cabo un estudio más detallado. En este sentido y teniendo en cuenta que la población desplazada es altamente vulnerable ante cualquier situación después de haber vivenciado un trauma, se recomienda registrar datos en cuanto a la estructura familiar, indagando si las familias son nucleares, monoparentales o extensas, así como también la situación laboral que tiene la persona en el momento actual; esto con el fin de tener la posibilidad de evaluar la mayor cantidad posible de factores protectores y riesgo.

Por otro lado, se recomienda al momento de la evaluación de los participantes preguntar el lugar de donde fueron desplazados, el año de desplazamiento y el número de veces que se presentó en caso que haya sido más de una vez. Esto con el fin de tener un acercamiento más a fondo en cuanto a las características de la sintomatología que presentan los participantes.

Finalmente, es importante considerar la variable edad como un factor relevante para próximos estudios puesto que la edad puede llegar a aumentar o disminuir el riesgo de tener uno u otro trastorno. Asimismo, es relevante que la muestra sea una muestra homogénea, de manera que haya la misma cantidad de hombres y mujeres.

12. REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- IV-TR*. Barcelona (España). MASSON, S.A.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V-TM. Arlington, VA

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados- ACNUR. (2001-2016). *El ACNUR y la protección de los desplazados internos*. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/a-quien-ayuda/desplazados-internos/>

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados- ACNUR. (2001-2016). Preguntas y respuestas sobre desplazados internos. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/a-quien-ayuda/desplazados-internos/preguntas-y-respuestas-sobre-desplazados-internos/>

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados- ACNUR. (2001-2016). Situación Colombia. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/donde-trabaja/america/colombia/>

Alejo, E. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. *MedUnab*, 8 (1). 23-28

Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M., & Orozco, L. (2007). Estudio epidemiológico del Trastorno por Estrés Postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*, 6(3), 623-635.

American Psychiatry Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatry Association

Andrade, J. (2008). Efectos psicopatológicos del conflicto armado colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Orbis.Revista Científica Ciencias Humanas*, 7(20). 111-114.

Andrade, J., Parra M., & Torres, L. (2011). Tendencias psicopatológicas en personas desplazadas y re-asedadas en personas desplazadas en el departamento del Quindío entre 2005 y 2011. *Agora USB* 11(2). 279-296.

Bardeen, J., Tull, M., Stevens, E., & Gratz, K. (2015). Further investigation of the association between anxiety sensitivity and posttraumatic stress disorder: Examining the influence of emotional avoidance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (3), 163-169. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.05.002

Bisson, J. (2009). The neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Epidemiology, Theoretical Basis and Management*. 288-289.

Boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES. (2012). *Desplazamiento creciente y crisis humanitaria invisibilizada*. 79, 1-51.

Recuperado

de

http://www.acnur.org/t3/uploads/media/CODHES_Informa_79_Desplazamiento_crioliente_y_crisis_humanitaria_invisibilizada_Marzo_2012.pdf?view=1

Cárdenas, A., López, A., Martínez, A., Franco, K., Díaz, F., Aguilera, V., & Valdez, E. (2010). Consumo de alimento, crecimiento y ansiedad, tras estrés por hacinamiento o aislamiento de ratas. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, 36(2), 129-142.

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro - psiquiatría*, 40 (2). 20-34. doi:10.4067/S0717-92272002000600003

Cambra, J., & Camarillo, L. (2015). Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11 (84). 4999-5007. doi: 10.1016/j.med.2015.07.009

Contractor, A., Durham, T., Brennan, J., Armour, C., Wutrick, H., Frueh, C., & Elhai, J. (2014). DSM-5 PTSD's symptom dimensions and relations with major depression's symptom dimensions in a primary care sample. *Psychiatry Research*, 215(1). 146-153. doi: 10.1016/j.psychres.2013.10.015

Chan, D., Cheadle, A., Reiber, G., Unutzer, J & Chaney, E. (2009). Health care utilization and its costs for depressed with and without comorbid PTSD symptoms. *Psychiatric Services*, 60 (12). 1612-1617

Claycomb, M., Wang, L., Sharp, C., Ractliffe, K., & Elhai, J. (2015) Assessing Relations between PTSD's Dysphoria and Reexperiencing Factors and Dimensions of Rumination. *PLOS ONE* 10 (3). 1-13. doi10.1371/journal.pone.0118435

Decreto 2569. (2014). *Mediante el cual se reglamentan los artículos 182 de la Ley 1450 de 2011, 62, 64, 65, 66, 67 y 68 de la Ley 1448 de 2011, se modifican los artículos 81 y 83 del Decreto número 4800 de 2011, se deroga el inciso 2 del artículo 112 del Decreto número 4800 de 2011.* 49363, 2014, 12 de diciembre. República de Colombia-Gobierno Nacional. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60300>

Ducrocq, F & Jehel, L. (2014). Trastornos psicotraumáticos. *Tratado de medicina, 18* (3). 1-7. doi:10.1016/S1636-5410(14)68151-4

Echenique, C., Medina, L., Medina, A., & Ramírez, A. (2008). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de restablecimiento en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 21*, 122-135.

Elhai, J.D. Contractor, A.A., Tamburrino, M., Fine, T.H., Cohen, G., Shirley, E., & Galea, S. (2015) Structural relations between DSM-5 PTSD and major depression symptoms in military soldiers. *Journal Affect Disord, 175*, 373-378 .doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.034

First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1999). Guía del usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. MASSON, S.A.

Fresà A., & Berlanga, C. (2013). Traducción al español y validación de la Escala de Placer Snaith-Hamilton para Anhedonia (SHAPS). *Actas Españolas de psiquiatría, 41*(4), 227-231.

García, H. (2012). La depresión etiológica y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), 183-197.

Garciandía, J. (2014). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana De psiquiatría*, 43, 71-79. doi: 10.1016/j.rcp.2013.11.009

Garay, L. (2009). Tragedia humanitaria del desplazamiento forzado en Colombia. *Estudios Políticos*. 35, 153-177.

Girault, N., & Fossati. (2008). Duelo normal y patológico. *Traité de Médecine Akos*.7 (0315), 1-7. doi: 10.1016/S1636-5410(08)52697-3

García, R. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México*, 24(5), 304-311.

González, B & Escobar, A. (2002). Neuroanatomía del estrés. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 3(5), 273-282

Guerra, V., Calhoun, P., & Mid-Atlantic Mental Illness Research, Education and Clinical Center Workgroup. (2011). Examining the relation between posttraumatic stress disorder and suicidal ideation in an OEF/OIF veteran sample. *Journal of Anxiety Disorders* 25(1), 12-18. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.025.

Guía de bolsillo de la clasificación CIE- 10. (2000). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid-España.

Hirschfeld, R. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*, 3(6), 244-254.

Ibáñez, A & Moya, A. (2007). La población desplazada en Colombia: Examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. *Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD)*. Bogotá D.C, Colombia. Recuperado de file:///C:/Users/Carlos/Downloads/6682%20(1).pdf

Johansen, A., Eilertsen, D., Nordanger, D., & Weisaeth, L. (2012). Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and depression symptoms after exposure to physical assault: An 8-year prospective longitudinal study. *NORD J PSYCHIATRY*, 67(1), 69-80. doi: 10.3109/08039488.2012.732112

Juárez, F & Guerra, A. (2011) Características socioeconómicas y salud en personas pobres y desplazadas. *Psicología: Teoría e Pesquisa* 27(4). 511-519.

Kashdan, T., Elhai, J., & Frueh, C. (2007). Anhedonia, emotional numbing, and symptom overreporting in male veterans with PTSD. *Personality and Individual Differences*. 43, 725-735. doi: 10.1016/j.paid.2007.01.013

Kessler, R. (1995). Post-traumatic stress disorder in the nacional comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Keller, M., Neale, M., & Kendler, K. (2008). Asociación de diversos acontecimientos vitales adversos con diferentes patrones de síntomas depresivos. *American Journal Of Psychiatry -Edición Española*, 11(1), 37-45.

Ley de víctimas y restitución de tierras y decretos reglamentarios. Ley No 1448. (2011). *Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia, y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. 48.096, 2011, 10 de junio. República de Colombia- Gobierno Nacional. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43043>

Ley 387. (1997). *Nivel Nacional la cual es Reglamentada Parcialmente por los Decretos Nacionales 951,2562 y 2569 de 2001 por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia*. 43.091, 1997, 18 de julio. República de Colombia-Gobierno Nacional. Recuperado de <http://www.registraduria.gov.co/LEY-387-DE-1997.html>

Le, F., Tracy, M., Norris, F., & Galea, S. (2013). Displacement, county social cohesion, and depression after a large-scale traumatic event. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 1729–1741. doi:10.1007/s00127-013-0698-7

Luby, J., Mrakotsky, C., Heffelfinger, A., Brown, K., & Spitznagel, E. (2005). Características de los preescolares con depresión y con anhedonia o sin ella: pruebas de un subtipo de depresión melancólica en niños pequeños. *American Journal of Psychiatry-Edición Española*, 8(2), 104-110.

Martínez, C., & Pérez, A. (2013). La Restitución de Tierras: ¿Un Mecanismo Efectivo De Reparación, Para las Víctimas del Conflicto Armado en Colombia?. *Saber, Ciencia y Libertad*. 8(2). 29-43.

Mann, J., & Currier, D. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *European Psychiatry*, 25, 268-271. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.01.009

Ministerio de la Protección Social. Ley 1090. (2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 2006, 6 de septiembre. República de Colombia-Gobierno Nacional. Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Milanak, M., & Berenbaum, H. (2009). The Relationship Between PTSD Symptom Factors and Emotion. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2). 139-145. doi: 10.1002/jts.20401

Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D., & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24 (5), 307-317. doi 10.1002/da. v24:5

Moya, M., & Figuerola, M. (2011). El duelo, más allá del dolor. *Desde el Jardín de Freud*, (11), 133-148.

Muñoz, M. (2011). La relación entre el equipo de salud y la familia del niño muriente. *Acta Bioética*, 17(2), 247-256.

Nolen, S & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). Suicidio. Nota descriptiva 398. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Oquendo, M., Friend, J., Halberstam, B., Brodsky, B., Burke, A., Grunebaum, M., Malone, K., & Mann, J. (2002). Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, *160*. 580-582 18.

Oquendo, M., Brent, D., & Birmaher, B. (2005). Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression: Factors Mediating the Association With Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *560-566*.

Ortega, L., & Rueda, C. (2011). Mecanismos Psicobiológicos y del desarrollo de la reactividad al estrés en roedores y humanos. *Suma Psicológica*, *18*(1), 83-96.

Ozdemir, O., Boysan, M., Ozdemir, P., & Yilmaz, E. (2015). Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Research*, *228* (3), 598-605. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.045

Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P., & Tarrier, N. (2013). A model of suicidal behavior in posttraumatic stress disorder (PTSD): The mediating role of defeat and entrapment. *Psychiatry Research*, *209* (1), 55-59. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.018

Peace Brigades International Colombia (2010). *Desplazamiento Forzado en Colombia: crimen y tragedia humanitaria*. Boletín N° 14. Recuperado de <http://www.pbi->

colombia.org/fileadmin/user_files/projects/colombia/files/colomPBIA/100107_boletin
_PBI_desplazamiento_2010_WEB.pdf

Pineda, D., Guerrero, O., Pinilla, M., & Estupiñán, M. (2002). Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población colombiana. *Revista de Neurología*, 34(10), 911-916.

Pieschacón, M. (2006). Estado del arte del trastorno de estrés postraumático. *Suma Psicológica*, 13(1), 67-84.

Pickett, S., Bardeen, J., & Orcutt, H. (2011). Experiential avoidance as a moderator of the relationship between behavioral inhibition system sensitivity and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (8), 1038–1045. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.06.013

Pita, S., Vila, MT., & Carpena, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística*, 4, 75-78.

Putnam, K., Pizzagalli, D., Gooding, D., Kalin, N., & Davidson, R. (2008). Neural activity and diurnal variation of cortisol: Evidence from brain electrical tomography analysis and relevance to anhedonia. *Psychophysiology*, 45(6), 886-895.

Registro Único de Víctimas (RUV). Red Nacional de Información. (2016). Recuperado de <http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>

Resolución 008430. (1993). *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Ministerio de Salud. República de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf

Richards, A., Ospina, J., Barrera, M., Escobar, J., Ardila, M., Metzler, T., & Mamar, C. (2011). Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally displaced by armed conflict: A mixed method evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 384-393. doi: 10.1037/a0022257

Rojas, S., Bujarski, S., Babson, K., Duttona, C., & Feldner, M. (2014). Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Anxiety Disorders*, 28 (3), 318-325. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.02

Rheingold, A., Byczkiewicz, M., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2011). Examining Posttraumatic Stress Symptoms in a National Sample of Homicide Survivors: Prevalence and Comparison to Other Violence Victims. *Journal of Traumatic Stress*, (24)6, 743–746. doi:10.1002/jts.20692

Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.C: McGRAW - HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V

Sánchez, E., Casas, G., Grais, R., Hustache, S., & Moro, R. (2009). The Colombian conflict: a description of mental health program in the Department of Tolima. *Conflict Health* 3(13). 1-6. doi:10.1186/1752-1505-3-13

Serrano, A., Ortiz, D., & Bohórquez, A. (2009). Frecuencia de las comorbilidades psiquiátricas del eje I en los pacientes con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. *Revista Med*, 17 (1). 20-25.

Sentencia T-239. (2013). Acción de tutela para la protección de los derechos fundamentales de la población desplazada-Procedencia. Corte constitucional de la Republica de Colombia. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-239-13.htm>

Tsou, J. (2013). Depression and suicide are natural kinds: Implications for physician-assisted suicide. *International Journal of Law and Psychiatry*. 36. 461-470. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.06.013

Sinisterra, M., Figueroa, F., Moreno, V., Robayo, M., & Sanguino, J. (2010). Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4 (2). 83-97.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2013-2016). *INFORME NACIONAL DE DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA 1985 A 2012*. Recuperado de <http://www.cjyiracastro.org.co/attachments/article/500/Informe%20de%20Desplazamiento%201985-2012%20092013.pdf>

Van Liempt, S., Arends, J., Cluitmans, P., Westenberg, H., Kahn, R., & Vermetten, E. (2013). Sympathetic activity and hypothalamo-pituitary-adrenal axis activity during sleep in

post-traumatic stress disorder: A study assessing polysomnography with simultaneous blood sampling. *Psychoneuroendocrinology*, 38 (1), 155-165. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.05.01

Villa, M. (2006). El miedo: un eje transversal del éxodo y de la lucha por la ciudadanía. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*, 187, 13-45.

Wiesel, R & Markus, L. (2013). Perception vs. Circumstances of the Child Sexual Abuse Event in Relation to Depression and Post-traumatic Stress Symptomatology. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22, 519-533. doi: 10.1080/10538712.2013.800932

World Health Organization (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS: Ginebra

Xie,W, Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N. et al. (2014). Anhedonia and Pain Avoidance in the Suicidal Mind: Behavioral Evidence for Motivational Manifestations of Suicidal Ideation in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 681-692.

Apéndice A: Formato de Consentimiento Informado

Relación entre tono hedónico y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en una muestra de personas en condición de desplazamiento por la violencia

La Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) y el Laboratorio de Neurociencia y Comportamiento está realizando un estudio, el cual tendrá como objetivo evaluar si existe relación entre tono hedónico asociado a un dominio específico de la experiencia hedónica y TEPT en una muestra de personas en condición de desplazamiento por la violencia.

A continuación se explican algunas características generales del estudio. Para el desarrollo de esta investigación, pedimos su colaboración de forma voluntaria y gratuita. Si está de acuerdo en participar, le solicitamos firmar este documento después de haberlo leído. El procedimiento se llevará a cabo en el Centro de Atención Integral a Víctimas (CAIV) de la alcaldía de Bucaramanga, donde usted en un primer momento será informado en que consiste el estudio y seguido de ello se dará paso a realizar las entrevistas individuales las cuales se realizaran según la agenda de citación previamente realizada.

Inicialmente usted responderá a unas preguntas para que yo pueda diligenciar su ficha de ingreso con la cual se pretende conocer algunas informaciones importantes sobre usted. Esto se hace con el fin de obtener la información necesaria para la investigación. Una vez firmado el formato de consentimiento informado, se llevará a cabo el protocolo de evaluación el cual tendrá una duración aproximada de una hora, donde se aplicará a cada participante, de manera aleatoria, los instrumentos de evaluación Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada del eje I del DSM-IV para el TEPT y TDM (SCID-I); Lista de síntomas (*Check-list*) para el TEPT.

Es importante que tenga en cuenta que su participación en el estudio es voluntaria y si en cualquier momento desea retirarse del estudio está en la libertad de hacerlo; así mismo, la Universidad Pontificia Bolivariana y el Laboratorio de Neurociencias le ofrecen confidencialidad en la investigación, de esta forma su nombre y los datos que hayan sido proporcionados para la investigación serán totalmente confidenciales y en ningún momento

serán revelados. Este proyecto se rige por las normas Éticas Colombianas para la Investigación (Resolución 8430/1993) donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación con seres humanos; de esta manera, se cataloga como un estudio con riesgos mínimos.

Yo _____ identificado (a) con el documento de identidad _____ de _____ en plenas condiciones mentales he sido informado del proyecto que se llevará a cabo con sus respectivos procedimientos a realizar y del mismo modo he sido informado del apoyo de la UPB y el Laboratorio de Neurociencias.

Si por alguna circunstancia usted solicita los resultados obtenidos en el estudio, estos le serán entregados por los investigadores que hacen parte del proyecto de investigación. Esta información la puede adquirir a través del correo sbotelho@upbbga.edu.co, o al teléfono 6796220 Ext. 506 (Laboratorio de Neurociencias UPB) edificio A cuarto piso- oficina 403.

Atentamente,

Participante del proyecto

Apéndice B: Formato Ficha de Ingreso

Ficha de Ingreso

Nombre y apellidos _____

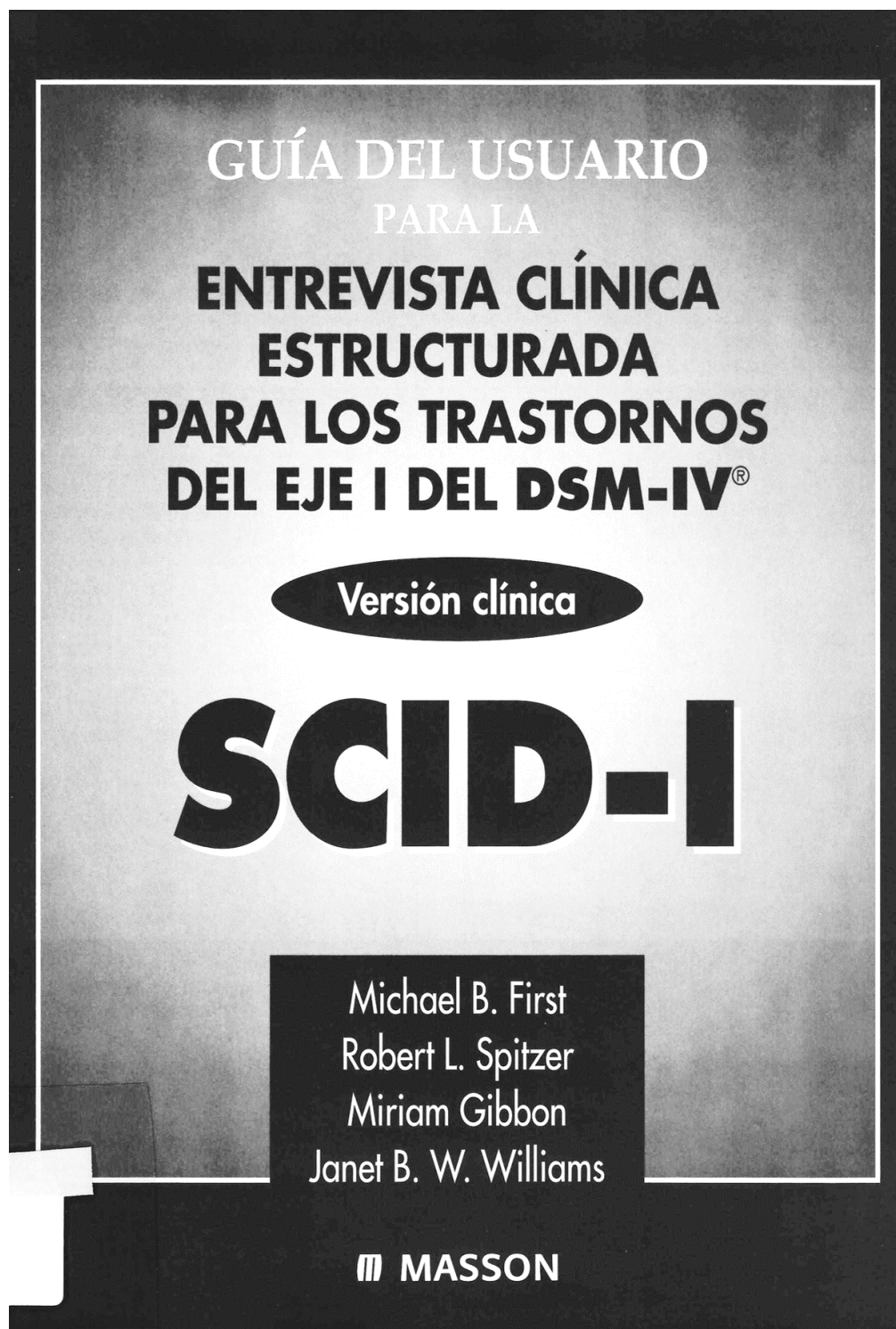
Sexo _____ Años _____ Escolaridad _____

Número de Teléfono _____ Estrato _____

1. Sabe usted leer y escribir	SI	NO
2. Presenta usted alguna dificultad para ver	SI	NO
3. Utiliza lentes	SI	NO
4. Presenta alguna dificultad para oír bien	SI	NO
5. Utiliza algún dispositivo para escuchar mejor	SI	NO
6. Ha presentado o presenta alguna enfermedad Neurológica	SI	NO
-Epilepsia	SI	NO
-Enfermedad de Parkinson	SI	NO
Enfermedad de Alzheimer	SI	NO
-Tumores	SI	NO
-Otros	SI	NO
¿Cuál? _____		

7. Ha presentado o presenta algún trastorno psicológico:	SI	NO
-Depresión	SI	NO
-Esquizofrenia	SI	NO
-Trastorno Bipolar	SI	NO
-Sintomatología Psicótica	SI	NO
-Ansiedad	SI	NO
- Otros ¿Cuál? _____	SI	NO
8. ¿Consume algún medicamento especial o está en algún tratamiento médico?	SI	NO
¿Cuál? _____		
9. ¿En este momento se encuentra usted bajo el consumo de alguna sustancia psicoactiva?	SI	NO
¿Cuál? _____		
10. ¿Consume algún tipo de bebida energizante?	SI	NO
¿Cuál fue la última vez _____		
11. ¿En este momento se encuentra bajo el efecto de alguna bebida embriagante?	SI	NO

**Apéndice C: Entrevista Clínica Estructurada para los
Trastornos del EJE I para el TEPT del DSM-IV**



CRITERIOS PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

F39

LISTA DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS		
Breve descripción	Fecha (mes/año)	Edad
_____	—/—	_____
_____	—/—	_____
_____	—/—	_____
_____	—/—	_____
_____	—/—	_____
_____	—/—	_____
_____	—/—	_____
_____	—/—	_____

F39

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):														
F40	(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás <i>Notas:</i>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">?</td> <td style="padding: 0 10px;">-</td> <td style="padding: 0 10px;">+</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">F65</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">pág. 56</td> </tr> </table>	?	-	+				F65			pág. 56		
?	-	+												
F65														
pág. 56														
F41	(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos <i>Notas:</i>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">?</td> <td style="padding: 0 10px;">-</td> <td style="padding: 0 10px;">+</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">F65</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">pág. 56</td> </tr> </table>	?	-	+				F65			pág. 56		
?	-	+												
F65														
pág. 56														
B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:														
F42	(1) recuerdos del acontecimiento que provocan malestar <i>Notas:</i>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">?</td> <td style="padding: 0 10px;">-</td> <td style="padding: 0 10px;">+</td> </tr> </table>	?	-	+									
?	-	+												
F43	(2) sueños sobre el acontecimiento <i>Notas:</i>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">?</td> <td style="padding: 0 10px;">-</td> <td style="padding: 0 10px;">+</td> </tr> </table>	?	-	+									
?	-	+												
F44	(3) actuar o tener la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo <i>Notas:</i>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">?</td> <td style="padding: 0 10px;">-</td> <td style="padding: 0 10px;">+</td> </tr> </table>	?	-	+									
?	-	+												

F45	(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos <i>Notas:</i>	? - +	F45
F46	(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos <i>Notas:</i>	? - +	F46
F47	COMO MÍNIMO UN SÍNTOMA «B» ES CODIFICADO «+»	? - + F65 pág. 56	F47
C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general tal y como indican tres de los siguientes síntomas:			
F48	(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones <i>Notas:</i>	? - +	F48
F49	(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma <i>Notas:</i>	? - +	F49
F50	(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma <i>Notas:</i>	? - +	F50

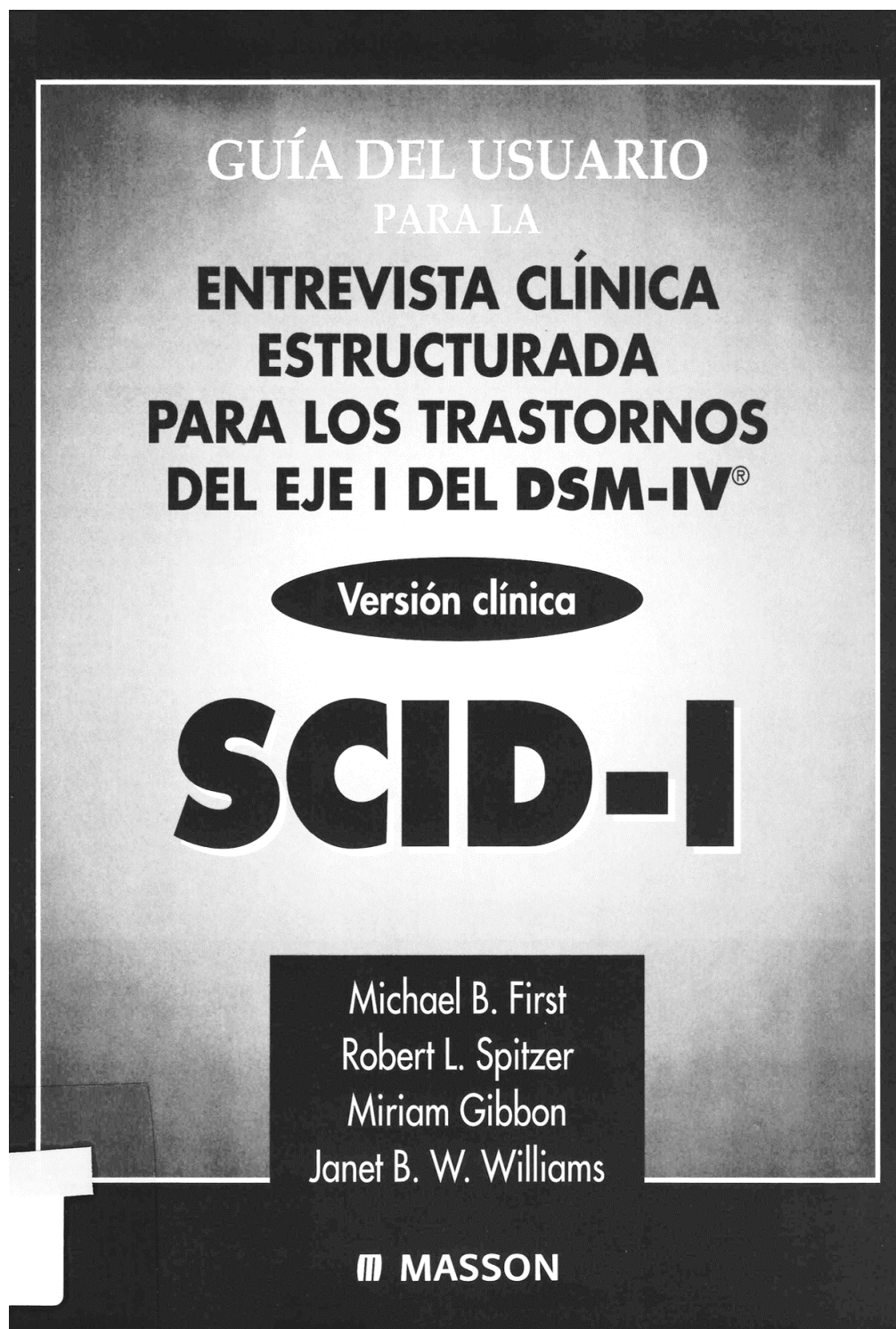
Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

F51	(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas <i>Notas:</i>	? - +	F51
F52	(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás <i>Notas:</i>	? - +	F52
F53	(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) <i>Notas:</i>	? - +	F53
F54	(7) sensación de un futuro limitado <i>Notas:</i>	? - +	F54
F55	COMO MÍNIMO TRES SÍNTOMAS «C» SON CODIFICADOS «+»	? - + F65 pág. 56	F55
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:			
F56	(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño	? - +	F56
F57	(2) irritabilidad o ataques de ira	? - +	F57
F58	(3) dificultades para concentrarse	? - +	F58
F59	(4) hipervigilancia	? - +	F59
F60	(5) respuestas exageradas de sobresalto	? - +	F60
F61	COMO MÍNIMO DOS SÍNTOMAS «D» SON CODIFICADOS «+»	? - + F65 pág. 56	F61

Puntuaciones: ? = Información inadecuada; - = Ausente (o subumbral); + = Presente

F62	E. Las alteraciones se prolongan más de 1 mes	? - + F65 (más abajo)	F62
F63	F. Malestar o deterioro clínicamente significativos	? - + F65 (más abajo)	F63
F64	LOS CRITERIOS A, B, C, D, E Y F DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SON CODIFICADOS «+» Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el último mes	+ ↓ F43.1 Trastorno por estrés postraumático	F64

**Apéndice D: Entrevista Clínica Estructurada para los
Trastornos del EJE I para el TDM del DSM-IV**



A. EPISODIOS AFECTIVOS

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

		Inicio del episodio: _____ Comprobar si es: actual _____ anterior _____ si es anterior, compensación: ____	
A. Cinco (o más) ... durante un período de 2 semanas... uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer			
A1	(1) estado de ánimo depresivo <i>Notas:</i>	? - +	A1
A2	(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer <i>Notas:</i>	? - + <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> A16 pág. 15 </div>	A2
A3	(3) pérdida/aumento de peso; apetito reducido/aumentado <i>Notas:</i>	? - +	A3
A4	(4) insomnio o hipersomnia <i>Notas:</i>	? - +	A4
A5	(5) agitación o enlentecimiento psicomotores <i>Notas:</i>	? - +	A5

A6	(6) fatiga o pérdida de energía <i>Notas:</i>	? - +	A6
A7	(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados <i>Notas:</i>	? - +	A7
A8	(8) disminución de la capacidad de pensar o concentrarse <i>Notas:</i>	? - +	A8
A9	(9) pensamientos de muerte; ideación, intento o plan suicidas <i>Notas:</i>	? - +	A9
A10	COMO MÍNIMO CINCO DE A(1) A A(9) SON CODIFICADOS «+» Y COMO MÍNIMO UNO DE ELLOS ES A(1) O A(2)	? - + A16 pág. 15	A10
A11	C. Deterioro o malestar clínicamente significativos <i>Notas:</i>	? - + A16 pág. 15	A11
A12	D. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica (v. pág. 24) <i>ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación negativa</i> <i>Notas:</i>	? - + A16 pág. 15	A12

A13	<p>E. No se explica mejor por un duelo <i>ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación negativa</i></p>	<p>? - + A16 pág. 15</p>	A13
A14	<p>LOS CRITERIOS A, C, D Y E SON CODIFICADOS «+» Marcar aquí _____ si los criterios se han cumplido durante el último mes</p>	<p>+ ↓ Episodio depresivo mayor</p>	A14
A15	<p>Número total de episodios depresivos mayores</p>	<p>— —</p>	A15

Apéndice E: Lista de síntomas (*Check-List*)

**LISTA DE SÍNTOMAS (*CHECK LIST*) PARA VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL
TEPT. Dr. DAVID PINEDA / Dra. OLGA LUCIA GUERRERO S.**

Le agradecemos su participación en la siguiente entrevista en la cual usted responderá individualmente. Esta información será confidencial y los datos obtenidos serán únicos y exclusivamente para el estudio. Si presenta alguna duda sobre las preguntas, puede aclararlas con la persona encargada de la aplicación de la entrevista.

NOMBRE:

-A partir de las preguntas que usted contestó quisiera que marcara ahora cuál es su nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.

-Elija sólo una de las cuatro posibilidades para cada frase según lo que usted considere.

-No se trata de establecer valores buenos o malos, sólo de elegir la respuesta que usted más crea en relación a lo que siente.

POR FAVOR SEÑALE CON UNA X EN EL CUADRO SEGÚN CORRESPONDA

- 1. TOTAL DESACUERDO**
- 2. PARCIAL DESACUERDO**
- 3. DE ACUERDO PARCIALMENTE**
- 4. TOTAL ACUERDO**

	1	2	3	4
ÍTEM				
1.Últimamente he vivido una situación relacionada con muertes o amenazas contra mi vida o la de otras personas relacionadas conmigo.				
2. Por esta situación he experimentado mucha angustia o temor excesivo.				
17. Me es muy difícil concentrarme en mis actividades, después de lo sucedido.				
14. A partir de lo que sucedió siento que mi futuro es triste y desolador.				
10. Olvidé muchas cosas de la situación desagradable.				
20b.He disminuido casi todas mis actividades sociales después de lo que me pasó.				
3. Constantemente tengo pensamientos que me recuerdan la situación desagradable y me provocan mucha angustia.				
16. Después de la situación que viví siento que frecuentemente estoy de mal genio.				
9. La mayoría de las veces evito cosas y sitios que me recuerdan la situación.				
13. Después del evento desagradable tengo muchas dificultades para querer como lo hacía antes.				
4. Sueño mucho con lo que pasó.				
8. Siempre evito pensar o hablar de lo que pasó.				

20 ^a .Después de esa situación, la mayor parte del tiempo me siento mal en todo sentido.				
11 ^a .A partir de lo que pasó, siento que nada me importa.				
11b. Después de la situación tengo muchas dificultades para hacer las actividades que hacía antes.				
20d. Después de lo que me pasó, he disminuido en gran medida mi ritmo de trabajo.				
5. La mayoría del tiempo creo estar viviendo lo sucedido.				
15. Después del evento desagradable, me es muy difícil conciliar el sueño.				
19. Desde lo que me pasó, cualquier cosa me pone en alerta y me asusta.				
7. Cuando algo me recuerda un aspecto de la situación mi cuerpo se altera.				
12. A partir de lo que me pasó, las personas que me rodean ya no son importantes para mí.				
20c. Después de lo sucedido, tengo muchas dificultades en mis relaciones con los demás.				
6. Cuando me recuerda la situación, me siento muy mal.				
18. Desde que tuve esa situación horrible, siempre estoy observando con sospecha todo lo que ocurre a mí alrededor.				

Gracias por su colaboración

Apéndice F: Lugar de expedición de las cédulas de los participantes

Departamento	Ciudad/ Pueblo	Cédulas	
		Expedidas	Total
Santander	Piedecuesta	1	76
	Málaga	1	
	Lebrija	3	
	Girón	5	
	Barrancabermeja	3	
	Bucaramanga	41	
	Floridablanca	1	
	Playón	2	
	Rionegro	8	
	Sabana de Torres	2	
	San Alberto	3	
	San Vicente	3	
	Puerto Wilches	2	
Suaita	1		
Antioquia	Puerto Berrío	2	5
	Casabe	1	
	Medellín	1	
	San Luis	1	
Cundinamarca	Bogotá	2	3
	Girardot	1	
Magdalena	Fundación	1	1
Arauca	Saravena	1	
Guaviare	Guaviare	2	2
Cesar	Valledupar	1	14
	Chimichagua	1	
	Aguachica	4	
	Astrea	1	
	Curumaní	1	
	González	1	
	Manaure	1	
	Pailitas	4	

	Tibú	1	
	Ocaña	1	
Norte de Santander	Ábrego	1	10
	Cáchira	1	
	Cúcuta	4	
	Carmen	2	
Bolívar	Simití	1	
	Magangué	1	3
	San Pablo	1	
Nariño	Barbacoas	1	1
Boyacá	Paz de Río	1	2
	Duitama	1	
Atlántico	Barranquilla	1	1
Valle del Cauca	Cali	1	1
Total muestra:			120