

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA MUESTRA DE PERSONAL RETIRADO DEL EJÉRCITO DE COLOMBIA: SITUACIÓN Y CARACTERIZACIÓN PRIMER TRIMESTRE DEL 2016

YENNY CAROLINA AVELLA RIOS

Bac_carolina@yahoo.es

CEL. 3133877054

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTA DE ECONOMÍA

LÍNEA DE PROFUNDIZACIÓN EN VIOLENCIA SALUD Y PAZ

DOCENTE ASESOR DE TRABAJO DE GRADO
DOCTOR SAÚL FRANCO A.

BOGOTÁ, AGOSTO DE 2017

AGRADECIMIENTOS

“A Dios, por su presencia cada día en mi vida y por cada Bendición que me da...

A mis hijos Juan Manuel y David Alejandro, por su amor, su paciencia y por el tiempo que les robe...

A mis padres Edgar y Lidia por ser mi ejemplo y mi apoyo incondicional..

A Jaime por enseñarme que nunca un problema ha vencido a la esperanza....

A cada uno de mis profesores, compañeros de estudio y en especial al Dr Saul por compartir su experiencia y sus conocimientos...

A mis amigos y compañeros de trabajo por su comprensión y constante apoyo”.

Yenny Carolina Avella Rios

RESUMEN

Las guerras siempre han dejado grandes consecuencias una de ellas corresponde a las enfermedades Psicológicas. El TEPT constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia, por la incapacidad que genera y por los altos costos que implica su tratamiento.

Algunos autores consideran que el tratamiento dentro del contexto militar demuestra mayor eficacia cuando se proporciona de inmediato y cercano al evento (1) De esta manera al evidenciarse el TEPT en personal retirado militar, se pueden plantear políticas de intervención cercanas a los hechos que puedan generar estrés.

El estudio se enmarca en una línea de profundización sobre violencia, salud y paz a través de una investigación no experimental de tipo transversal con enfoque cuantitativo y alcances descriptivos y exploratorios. La información se recopiló utilizando una encuesta de variables sociodemográficas y laborales.

La muestra estuvo conformada por una población de 293 retirados de tipo no probabilística, de sexo masculino, la mayoría en un rango de edad de 31 a 40 años, casado y con hijos, de estrato socioeconómico predominante 1 y 2.

Se evidenció presencia de sintomatología de TEPT en un 17,7% de los participantes, de los cuales, el 63,5% presentó puntajes que estaban por encima del punto de corte de cada una de las escalas específicas. Entre los factores de riesgo se observó una mayor fuerza de asociación con aquellos individuos de la muestra que habían sido heridos en combate. Por otro lado la percepción del trato bueno recibido por parte de sus compañeros y el sostenimiento de situación emocional estable pueden ser considerados como factores de protección.

Se concluyó que es importante realizar una intervención adecuada al personal de militares activos, en el momento justo después de estar expuestos a situaciones de riesgo. De igual manera es fundamental un diagnóstico oportuno porque se evidenció sintomatología de TEPT en una cantidad significativa de personal retirado, sin diagnosticar, ni estando bajo ningún tratamiento. Lo que conlleva a un deterioro notorio en la calidad de vida.

A pesar de que la nación se encuentra desarrollando un proceso de Paz, que asegura la posible disminución de exposición a trauma, aún existe riesgo constante para los integrantes del Ejército. Además, existe gran cantidad de personal activo y retirado, que lleva sobre sí, los recuerdos y los traumas recibidos. Lo anterior quedó evidenciado en la realización de este estudio. Por lo que es importante la realización de nuevas investigaciones, en especial sobre alternativas de intervención que puedan disminuir la prevalencia de la aparición de TEPT, y de cada una de sus comorbilidades.

Palabras claves: TEPT, Trauma, violencia, militar, resiliencia, psicología.

CONTENIDO

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	8
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
2.1. Descripción del problema	9
2.2. Pregunta de investigación	13
2.3. Hipótesis de investigación	13
3. OBJETIVOS	14
3.1. GENERAL	14
3.2. ESPECÍFICOS	14
4. JUSTIFICACIÓN	15
5. MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE	17
5.1. ESTADO DEL ARTE	17
5.2. MARCO TEÓRICO	22
5.2.1. Salud Mental	22
5.2.2. TRASTORNOS MENTALES	24
5.2.3. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL	24
5.2.4. VIOLENCIA	25
5.2.5. VIOLENCIA Y SALUD MENTAL	28
5.2.6. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	29
1.2.6.1. Factores Que Influyen en la Aparición del TEPT	33
1.2.6.2. Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático	34
1.2.6.3. TEPT y Resiliencia	34
1.2.6.4. Controversias de la conceptualización de TEPT ()	35
5.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:	36
6. DISEÑO METODOLÓGICO	38
6.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	38
6.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
6.3. ESTRUCTURA METODOLÓGICA	38
6.4. FUENTES DE INFORMACIÓN	39
6.5. TÉCNICAS PARA LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS	40
6.6. VARIABLES	41

7. ASPECTOS ÉTICOS.....	43
8. RESULTADOS	45
8.1. COMENTARIOS ASOCIADOS A LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (ENTREVISTAS)	45
8.2. RESULTADOS DESDE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS	46
8.3. Resultados desde las perspectiva de la problemática (Síntomas de estrés postraumático).....	48
8.4. Resultados de la investigación relacionados con los datos descriptivos de los pacientes con sintomatología de TEPT.	51
8.5. Resultados desde el análisis multi-variable	51
9. DISCUSIÓN.....	53
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FUTURAS.....	56
11. BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS	0

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Conformación de la muestra de personal retirado según grado militar comparada con la estructura actual del Ejército en Colombia.	47
Figura 2 Ocupación del personal militar luego de su retiro.....	48
Figura 3 presencia de sintomatología de TEPT, en una muestra de personal retirado del Ejército Nacional de Colombia.....	49
Figura 4 puntajes totales obtenidos en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático, en el personal con TEPT, en una muestra de personal retirado del Ejército.	49
Figura 5 Prevalencia de sintomatología de TEPT, en la muestra de personal retirado del Ejército, estratificado por edad y grado militar	50
Figura 6 Percepción de las relaciones interpersonales, del personal con sintomatología de TEPT.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Exposición a Evento Traumático Por Grupo Etario En Colombia	9
Tabla 2. Prevalencia TEPT.....	16
Tabla 3 Los criterios diagnósticos del TEPT DSM 4	29
Tabla 4. Factores de vulnerabilidad personal ante un suceso traumático	33
Tabla 5: Eficacia Diagnostica de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT	40
Tabla 6. Estratos socioeconómicos de los participantes en el estudio	47
Tabla 7. Datos descriptivos de los participantes de la muestra, comparando presencia o no de sintomatología de TEPT	51
Tabla 8. Resultados del análisis multi-variables	52

1. INTRODUCCIÓN

Luego de más de 50 años de conflicto en Colombia, son numerosas las cicatrices que han quedado en cada uno de los actores de la misma. Son muchos los soldados, que han ofrecido sus vidas, y otros los que han sufrido diversas heridas y traumas en el cumplimiento del deber. Todos los días se escuchan historias, sobre cruentos combates, campos minados, secuestros, matanzas, heridos. Que han marcado por generaciones la vida de la población.

Entre todas estas cicatrices una de las más frecuentes dentro de la fuerza son las de origen psicológico, y es el trastorno de estrés postraumático, uno de los que más presenta comorbilidades y graves consecuencias que afectan la calidad de vida de los combatientes. Haciéndolo un problema de salud pública no solo dentro de la fuerza sino en la comunidad en general.

Los estudios sobre el tema en el personal que hace parte de las Fuerzas Militares Colombianas son muy pocos, y la mayoría se concentra en muestras pequeñas: pacientes ya diagnosticados o heridos en combate. Por tal motivo, es importante realizar estudios a mayor escala para verificar la prevalencia de los problemas de origen Psicológico, tanto en personal retirado como activo, sus comorbilidades y características. Basados en estos resultados se busca crear políticas de intervención, para prevenir y tratar de manera eficaz los afectados por traumas vividos durante el devenir del conflicto armado

En este estudio se realizaron encuestas a personal retirado del Ejército de Colombia (2), luego se aplicó la Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático, con el propósito de describir la frecuencia, principales características y posibles factores asociados a la sintomatología, para presentar a la institución los resultados y propiciar mayor interés y adecuado manejo del problema.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. Descripción del problema

La violencia prolongada durante más de 50 años y su progresiva degradación han generado daños e impactos devastadores tanto para los combatientes, las víctimas, familiares, comunidades, culturas, medio ambiente, organizaciones e instituciones, como para los diversos nichos sociales que habitan el territorio colombiano. Los impactos son complejos, de diverso orden, magnitud y naturaleza: un ejemplo de ello es que se ha provocado aproximadamente 220.000 muertos. De estas muertes el 81,5% corresponde a civiles y el 18,5% a combatientes; es decir que aproximadamente ocho de cada diez muertos han sido civiles. De acuerdo con la investigación del Grupo de Memoria Histórica (3), entre 1958 y 2012, murieron 40.787 combatientes.

Mencionado conflicto se caracteriza a su vez, por la generación de graves secuelas a corto, mediano y largo plazo, no solo en la salud física sino también en la salud mental, en la identidad, estabilidad y en la autoestima de los colombianos; incrementando los riesgos de Trauma Psicológico y de Estrés Postraumático. Según la encuesta Nacional de Salud Mental correspondiente al año 2015(4), realizada por el Ministerio de la Protección Social, el índice de prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en la población colombiana de 18 a 45 años es de 3.29% (2,57-4,21) y la exposición a eventos traumáticos se resume:

Tabla 1 Exposición a Evento Traumático Por Grupo Etario En Colombia

INFANTES	11,70%
ADOLESCENTES	29,30%
ADULTOS ENTRE 18 Y 44 AÑOS	12,50%
ADULTOS DE 45 AÑOS O MAS	11,50%

Nota: elaboración propia de la investigadora

Fuente: Información recuperada de Encuesta Nacional de Salud Mental (4).

Ahora, si se está o estuvo directamente involucrado en el conflicto armado, (este hecho se constituye como un factor de alto riesgo de sufrir de TEPT) El número de personas que han estado implicadas en guerras y padecen TEPT puede oscilar entre 15% y 30%, pero en casos de soldados de primera fila puede llegar hasta un 36% (1). En varias guerras el número de bajas debido a causas psiquiátricas oscila entre el 12% y el 50%

El afrontamiento del estrés y la resiliencia son conceptos que poseen un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones desencadenantes y la salud.

Las experiencias traumáticas permanecen vívidas a pesar del paso de los años, y las víctimas pueden revivir sus emociones de pánico y desamparo ante cualquier estímulo externo (imagen, olor o sonido) que evoque las situaciones experimentadas. Algunas de las huellas e impactos psicológicos causados por la violencia son: el encierro, el aislamiento, ataques violentos, el silencio, falta de sueño, las pesadillas recurrentes y repetitivas, el desinterés por cosas que antes disfrutaban, la pérdida frecuente de

trabajos, el desapego a la familia o seres queridos, la pérdida del deseo sexual, el descuido físico personal, el deterioro de la autoestima, la manifestación de enfermedades diversas, el deterioro físico, sentimientos depresivos y la frecuente aparición involuntaria e incontrolable de los recuerdos de lo vivido que invaden la memoria, descritas como imágenes y pensamientos intrusivos.

El TEPT se asocia con frecuencia a otras co-morbididades psiquiátricas. Estudios en poblaciones clínicas y en general reportan que entre 50 y 90% de pacientes con TEPT crónico presentan asociaciones a trastorno depresivo mayor, abuso de alcohol, violencia intrafamiliar, trastorno de angustia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos asociados al uso de sustancias, etc. Estas últimas hacen que el tratamiento sea más costoso y su recuperación más larga y difícil (5) a diferencia de otras reacciones psicológicas a un evento adverso, el TEPT no mejora con el tiempo, si bien los síntomas inmediatos tienden a disminuir, las afectaciones más graves, pueden mantenerse inalterables (1).

Por otro lado, dentro de la sociedad civil en Colombia se encuentra numerosos pacientes afectados con TEPT, es mucho más notorio dentro de las personas directamente involucradas en el conflicto y la violencia, por una parte, los militares y policías, y por otra, los colombianos pertenecientes a los grupos armados ilegales (guerrilleros o paramilitares). La serie de situaciones complejas y difíciles que tienen que vivir diariamente los combatientes colombianos (minas antipersonales, ataques por sorpresa, enfrentamientos directos, muerte de personas etc,) en las que se pone en riesgo su vida o la de algunos de sus compañeros, hace que muchos de ellos experimenten situaciones de altos niveles de estrés y desarrollen traumas, sufriendo graves lesiones físicas y psicológicas.

En el diario transcurrir de las instituciones de salud que atienden al personal retirado de las fuerzas militares, es muy usual encontrar personal que ha cumplido con su tiempo de servicio, que acuden al servicio de medicina y psicología, con sintomatología que puede ser fácilmente evidencia de “estrés postraumático”, y teniendo en cuenta que son personas que han vivido situaciones estresantes, es de vital importancia un diagnóstico adecuado y una intervención oportuna, para de esta manera disminuir la morbilidad mental en el personal retirado de las fuerzas militares. Por consiguiente es necesario preguntarnos:

Ahora bien, el TEPT, como un fenómeno de sintomatología inexplorada no solo produce impactos a nivel institucional, ya que como se puede demostrar en cifras cuantificables la preponderancia de sus efectos puede ser notable en la esfera pública y en la función social ad hoc. El ejército posee actualmente una cifra aproximada de 247.000 hombres disponibles (activos) para el despliegue de operaciones militares. No obstante, de la cifra mencionada, un 0.8% hace parte de la población afectada por TEPT. De ese porcentaje, un 32% ha sido identificado como personal inhóspito, tendiente a la violencia y a la solución de conflictos a través de medios o formas no esperadas. Como ejemplo de lo anterior, se pueden exponer los casos de violencia intrafamiliar que diariamente son reportados ante el comando de personal de las diferentes unidades de la institución militar castrense.

Un caso representativo, corresponde al asesinato, por parte de un suboficial del ejército, de dos menores de edad y de una mujer de 34 años. El sub oficial, conocido como Darlyn Rentería era paciente del Batallón de Sanidad del área de psiquiatría. Cabe aclarar, que las víctimas del suboficial fueron sus propios hijos y su esposa. De esta forma, se puede analizar la manera en la que los problemas mentales, provocados

en su mayoría por fuertes vivencias en un área de conflicto, traspasan el interés institucional y se convierten en un problema de afección e impactos públicos.

Así mismo, es de recalcar que durante los últimos diez años la aparición de múltiples casos de desequilibrio mental se ha hecho más notoria, ya que el fragor del conflicto ha desdeñado un sinfín de características, antes reprimida, en el personal activo de las unidades de primera línea. La siguiente gráfica demuestra el crecimiento, no solo de casos por TEPT, sino también de suicidios presuntamente relacionados con el mismo.

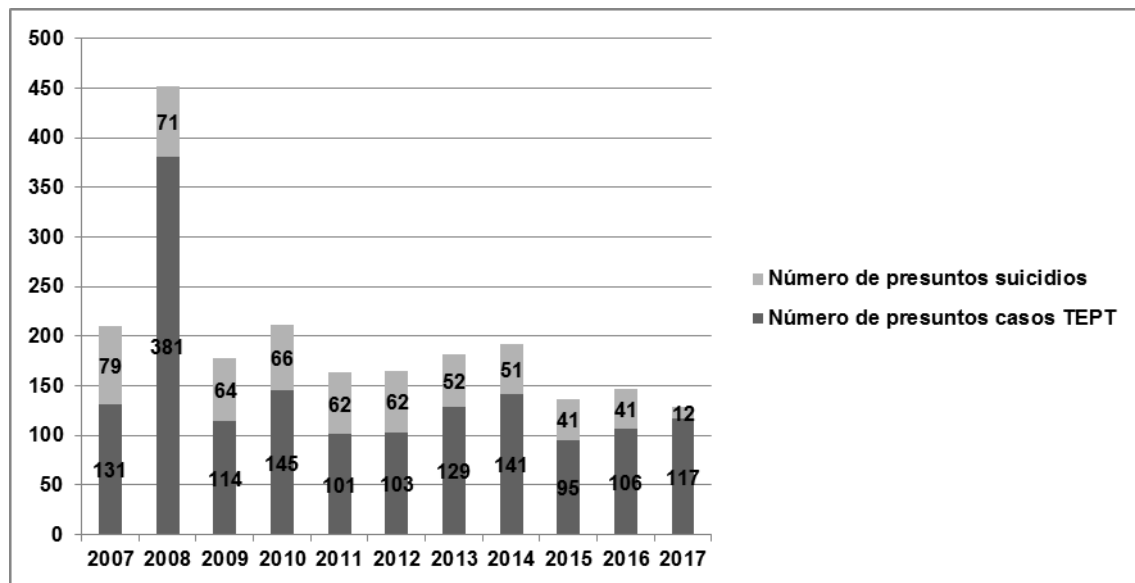


Ilustración 1. Crecimiento evolutivo TEPT y Suicidios

Fuente: Dirección General de Sanidad Mental(6)

En observancia a la anterior gráfica se puede distinguir entonces un fenómeno alterno al TEPT. El suicidio como resultado final de un acto violento, al parecer, producto de una conducta inesperada provocada por desórdenes psiquiátricos. La conducta irregular, originada en la matriz del TEPT, imposibilita que los excombatientes (pacientes TEPT) puedan entender el contexto y el entorno de una forma circunstancial. De esta forma, se podría argumentar que el TEPT posee un elemento o característica epidemiológica, pues todos aquellos que afrontan las variabilidades sintomáticas de mencionado fenómeno poseen el mismo comportamiento, las mismas actitudes y el mismo patrón de reacciones inesperadas.

En palabras de Pérez, Vicente, & Zlotnick (7):

El TEPT es una facción inestable del pensamiento y comportamiento humano. En los países latinoamericanos la insuficiencia de estudios y de análisis para entender su estructura ha generado la multiplicación de casos en los últimos 15 años. Así pues, el TEPT no es epidemiológico solo por las causales de su origen sino también por sus restricciones y delimitaciones investigativas”

Por otro lado y desde una perspectiva disciplinar, Smith, Ryan, & Wingard (8) argumentan que;

“(…) el TEPT es epidemiológico por sus síntomas y por sus contextos. De esta manera no se podría hablar de TEPT causado por impactos provenientes del

combate a TEPT originado en los matices del abuso sexual durante la niñez” (p. 114).

Entonces, en los aportes de Smith, Ryan, & Wingard(8) se identifica una nueva variable distintiva entra las constantes funcionales y explicativas del TEPT. Esta, corresponde a la importancia del contexto en el que ocurrieron los hechos, que posteriormente, se convertirían en las causales del transtorno. Así pues, los aportes teóricos de los autores coadyuvan a que la investigación en desarrollo se pueda delimitar al estudio del TEPT y de sus factores predisponentes en el entorno de fuertes e inesperadas vivencias y experiencias en el área de operaciones (centro de gravedad del conflicto). Por otro lado y aunque es de aclarar que la salud pública si ve afectada debido a los resultados incognitos del comportamiento de pacientes militares con TEPT, es deber de la investigadora describir la problemática desde un espectro, no disciplinar sino más bien general.

En virtud a lo anterior Summerfield (9), describe que:

“(…) el TEPT es una enfermedad de dimensiones sociales, ya que sus efectos son característicos de un desorden individual de repercusiones colectivas, haciendo énfasis a las consecuencias que sufren los integrantes del núcleo social primario del paciente, la familia” (p. 95)

De tal modo, se puede argumentar que el TEPT no solo es inherente al contexto militar – unidad principal de estudio en esta investigación- sino que también repercute en personas ajenas al entorno operacional. En ese sentido las cifras que se reflejan a continuación son claras y a la vez descriptibles.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental(2015) (4) cuatro de cada diez adultos ha atravesado una situación de índoles traumáticas (accidentes de tránsito, violencia común y violencia intrafamiliar) las cuales dejan a los mismos en situación propensa a sufrir los síntomas iniciales de TEPT. (Tres a cuatro de cada 100 sujetos).

Así mismo, hay que tener cuenta que el 12.5 % de los adultos reporta la exposición a más de un evento traumático durante el devenir de su existencia. Igualmente es de aclarar que el 28.3 % de las mujeres, en general, presentan un número de síntomas superior a tres, mientras que solo el 20.2 % de los hombres representaron la misma cifra.

En conclusión, la descripción del problema radica sobre los siguientes factores:

- TEPT debido a la vivencia y experiencia de situaciones traumáticas.
- TEPT causal de desavenencias y tragedias que traspasan los límites del núcleo problemático institucional al impacto público y social.
- TEPT como una enfermedad de elementos epidemiológicos y generador de impactos negativos sobre el esquema funcional de la salud pública.
- TEPT como un problema común en la vivencia diaria de excombatientes.
- TEPT como una problemática específica en la institución militar que carece de constructo investigativo y de estructura praxeológica ad hoc.

2.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales características, posibles factores asociados y frecuencia de sintomatología de TEPT presentada en una muestra no probabilista de excombatientes del Ejército Nacional de Colombia?

2.3. Hipótesis de investigación

Las vivencias experimentadas por el personal de excombatientes del Ejército Nacional de Colombia, tarde o temprano terminan generando sintomatología TEPT. De igual forma, se puede plantear que los orígenes de mencionado trastorno provienen del impacto traumático de diversos eventos durante el desarrollo de operaciones militares que, de una u otra forma, fueron no tratados oportunamente. Así mismo, en correlación con estudios de carácter internacional acerca de los factores asociados se podría, aparentemente, afirmar que los elementos de protección y las constantes coadyuvantes son similares.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Establecer la frecuencia, principales características y posibles factores asociados a la sintomatología de estrés postraumático, en una muestra de personal retirado del Ejército Nacional en el primer trimestre del 2016

3.2. ESPECÍFICOS

- Describir las principales características socio demográficas del grupo de estudio conformado por personal retirado del Ejército Nacional.
- Reconocer los principales síntomas del Estrés Postraumático presentes en la muestra de personal retirado de las FM.
- Describir la frecuencia de sintomatología de Estrés Postraumático en el personal a estudio.
- Identificar los factores asociados a la sintomatología de Estrés Postraumático en la población de estudio.

4. JUSTIFICACIÓN

El TEPT se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad. Este diagnóstico constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia: el indicador positivo de riesgo de TEPT en Colombia es del 3,3 % para las personas de 18 a 44 años y de 3,1 % para las de 45 años en adelante (4); por afectar de preferencia a población activa dentro de las fuerzas militares, por presentarse tanto en población general como en combatientes y excombatientes, por la incapacidad que genera y por los altos costos de salud que implica. Es un cuadro que en general ha sido subdiagnosticado y por ende subtratado.

Epidemiología

Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14 %, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p. ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58% (10).

Una de las principales causas de morbilidad dentro de las Fuerzas Militares son los problemas de origen Psicológico, son miles de casos los que se presentan anualmente y representan no solo un problema de carácter médico y económico para la fuerza, ya que sus tratamientos además de ser largos y rigurosos, muchas veces representan altísimos gastos en consultas con especialistas, terapias y medicamentos. Además de los problemas sociales que ellos conllevan, desestabilización en el trabajo, inasistencias, comorbilidades, actos violentos, problemas familiares, etc.

Varios estudios han demostrado que la mayoría de los militares no buscan ayuda después de un trauma, y los pocos que lo hacen solo asisten en una sola oportunidad lo que indica que no llevaron a cabo un proceso terapéutico continuo o permanente, quedando de esta manera sin el apoyo y el tratamiento necesario en su debido momento y solo acuden por ayuda cuando los síntomas presentan una mayor severidad, lo cual implica un aumento exponencial en la morbilidad por TEPT.

Tabla 2. Prevalencia TEPT

Grupo de Población	Autor	Año	Lugar	Prevalencia (%)
Veteranos de Guerra	Kulka y cols.	1990	EE.UU.	52
	Bleich y cols	1997	Israel	100
Prisioneros de Guerra	Engdhl y cols	1997	EE.UU.	53
Bomberos	Mc. Farlane	1989	Australia	30
	Wagner y cols	1998	Alemania	24,5
Victimas de Accidente de trafico	Koren y cols	1999	Israel	32
	Ursano y cols	1999	EE.UU.	34,4
Supervivientes de un tiroteo	North y cols	1994	EE.UU.	20 varones
				36 Mujeres

Nota: Elaboración propia con información recuperada de Diaconu (11).

Algunos autores consideran que el tratamiento dentro del contexto militar para este trastorno demuestra mayor eficacia cuando se proporciona de inmediato y cercano al evento, ya que permite disminuir el malestar y las complicaciones del mismo(12). Así, consideran que la representación previa evita la agudización de los síntomas ya que cuando la persona anticipa la ocurrencia del evento, el impacto sobre la psique es menor (13).

Del mismo modo, plantean que un factor muy relevante es la psicoeducación, ya que le permite al sujeto anticiparse a los síntomas(10). De esta manera al evidenciarse TEPT en personal retirado militar, se pueden plantear políticas de intervención cercanas a cada uno de los hechos que puedan generar estrés en el personal (emboscadas, enfrentamientos, heridos, minas antipersonales, etc.) y así disminuir notablemente los casos de TEPT, disminuyendo a su vez los gastos (personal especializado, hospitalizaciones, medicamentos, etc.) que generan la atención de este personal.

Al determinar los factores de estrés que afectan de manera directa al personal del ejército nacional y su manera de afrontarlos, servirá como base de una política de salud, donde se realicen intervenciones tempranas (lo más inmediato a la presentación de los hechos) para disminuir de esta manera la morbilidad en el personal que hace disfrute de su periodo de retiro.

Al lograr que el personal sea intervenido luego de las situaciones de estrés disminuimos la afectación en su salud emocional, conductual, fisiológica y cognitiva, mejorando a su desempeño y afectando directamente la calidad de vida. Viéndose comprometido de igual manera el sistema de salud de ejército por la disminución en las atenciones de urgencias psicológicas, disminuyendo los casos graves, favoreciendo la reincorporación a la vida civil, disminuyendo las prácticas inseguras y aumentando de manera directa los logros de este personal, asegurando una buena integración con sus familiares y amigos y disminuyendo las co-morbilidades que se pueden presentar después de su retiro

5. MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

5.1. ESTADO DEL ARTE

Al hablar de Trastorno de Estrés Postraumático es elemental iniciar con los aportes teóricos de Davison & Foa (1993) (14) quienes referencian tal fenómeno como una reacción posterior a un evento traumático dentro del marco temporal de 90 días. De igual forma, los autores argumentan que pasados este límite de tiempo el trastorno puede ser considerado como un factor de alteración comportamental crónico.

Contrario a las afirmaciones de Davison & Foa (1993), teóricos del tema como Keane & Barlow (2002) (15) describen, desde el espectro praxeológico, que no todas las personas expuestas al mismo trauma estarán en riesgo de desarrollar la misma patología sintomática. Esto quiere decir, que los autores analizan la problemática – TEPT- con un elemento de múltiples variables de acción, pues en palabras propias ambos académicos afirman que:

“(...) son necesarios factores alternos a la exposición de la situación traumática para que un individuo sienta y posteriormente desarrolle actitudes inherentes a la sintomatología TEPT” (p. 121).

No obstante y difiriendo rotundamente de las ponencias previas, Steketee & Rothbaum (1989) (16) – unos años antes- describen al temor interno como la causal de mayor influencia en el inicio de la sintomatología TEPT. Así pues, los autores dejan de lado la exposición teórica – no práctica- del concepto de una enfermedad adquirida a través de la vivencia de situaciones extremas ajenas a la cotidianidad del ser. Aunado a lo anterior, Chemtob & Roitblat (1988) (17) – un año antes- proponen que son las interpretaciones del individuo hacia la situación experimentada las que generan en el mismo sintomatología TEPT o cualquiera de sus variables alternas. De esta forma los autores, aunque difieren de los aportes teóricos de Davison & Foa (1993) (14) y de Keane & Barlow (2002) (15) pero estructuran un apoyo disciplinar que, de una u otra forma, puede describir, desde un espectro constructivista el concepto teórico de Steketee & Rothbaum (1989) (14).

Ahora bien, definido el concepto teórico, es fundamental traer a colación la descripción del TEPT desde su centro epistemológico. En pro de esto, Foa & Kozac (1986) (18) describen la situación traumática –factor necesario para el origen inicial de los síntomas- teniendo en cuenta la explorabilidad de tres constantes claves; Peligrosidad, incontrolabilidad e impredecibilidad. De esta forma los autores, argumentan que el entorno desconocido para la naturalidad reactiva del ser, la insuficiencia en el control de emociones y reacciones, más la susodicha producida por el desconocimiento al factor resolutorio de la situación, transforman el contexto existencial del individuo en un estado susceptible a cambios comportamentales abruptos.

Debatiendo la posición de Foa & Kozac (1986) (18), Williams & Yule (1995) (19) proponen que la situación traumática es interpretable de acuerdo a las siguientes variables; origen del estímulo; causales ad hoc, entorno del individuo y elementos predisponentes. En otras palabras, para los autores la expectativa, la peligrosidad y el descontrol emocional no corresponden al eje funcional del Trastorno de Estrés Postraumático per se, pues para los autores el contexto, la naturaleza del evento y las variable circundantes hacen parte del estudio del origen sintomatológico.

Algo semejante plantean Resick & Schnicke (1992) (20) al explorar el impacto producido por el TEPT desde constantes de estudio diferentes tales como; vergüenza, ira o tristeza. En vista de lo anterior, se podría afirmar entonces que el TEPT no solo interconecta el contexto, el entorno vivencial del individuo con las patologías ya descritas, sino que también es activable desde factores dependientes a la problemática pero externos a la sintomatología de la misma, en este caso las emociones. Aunado a esto el autor abre la puerta a dos nuevos paradigmas de estudio. El primero yace sobre la funcionalidad la interpretación situacional, hecho que compagina con las contribuciones conceptuales de Chemtob & Roitblat (1988) (17). El segundo da cabida a entender que las situaciones gozan de simpleza o complejidad de acuerdo a las codificaciones de la memoria sobre el acontecimiento.

Con respecto a esta última afirmación Hollon & Garber (1998) (21) exponen que:

La situación se interpreta normalmente en forma de esquemas cognitivos. La información nueva que es congruente con las creencias y se asimila rápidamente y sin esfuerzo ya que la información encaja con los esquemas y se necesita poca atención para incorporarla. Por otro lado, cuando sucede algo que discrepa con los esquemas, el sistema de creencias debe modificarse, distorsionando la realidad. (Hollon & Garber, 1998, p. 72) (21).

Para interpretar la exposición anterior se podría decir, parafraseando a Astin & Resick (1997) (22), que al no interpretar un acontecimiento desconocido y no procesar la información, ni categorizarla ni adaptarla, los recuerdos del mismo surgirían como un flashback, dándole vía libre a las repuestas emocionales y a la activación como elemento constitutivo del TEPT.

Por otra parte y dejando atrás el tema de la distinción de las constantes inherentes a la naturaleza del TEPT y a la justificación emocional y psicológica de su origen, es mi deber como investigadora contrastar las ponencias expuestas con los factores de riesgo, ajenos a la sintomatología interna del fenómeno, pero que podrían llegar a generar TEPT en una persona del común.

Desde el esquema de los factores de riesgo, constantes independientes a la problemática, Helzer, Robins & Evay (1987) (23) aseveran que la presencia de una psicopatología base potencia la posibilidad de desarrollar síntomas correlativos al TEPT. De esta forma, los autores estarían descartando la vivencia de una experiencia traumática como único factor detonante sobre la sintomatología de TEPT. Para los autores, el contexto, el entorno, las emociones y la interpretación de las situaciones son tan solo elementos circundantes a la problemática, ya que para ellos la existencia de un antecedente traumático o emocionalmente inestable es suficiente para desarrollos comportamientos paralelos a TEPT en la personalidad de un individuo.

Así mismo, parafraseando a Pieschacón (2006) (24), en pro de un contexto experimental, se pueden exponer como factores de riesgo los que se reflejan a continuación:

- Eventos traumáticos severos, prolongados e inesperados
- Amenazas de muerte que provienen de un individuo ajeno a la estructura conocida del ser.
- Edad de la víctima
- Género de la víctima.
- Personalidad del sujeto (vulnerabilidades)

- Capacidad de protección individual (resiliencia)

Todos estos parámetros y variables están relacionados con la sintomatología TEPT. Sin embargo la descripción construida hasta este acápite ha ido de tipo general. A continuación se introducen los conceptos teóricos de la afectación del TEPT en personal perteneciente a la institución militar.

Categorizando el TEPT en poblaciones con características diferentes, Pieschacón (2006) (24) reconoce que el personal militar (perteneciente a un subgrupo del nicho social) posee mayores posibilidades de adquirir TEPT debido a la naturalidad de sus funciones. En este sentido, la ponencia de Pieschacón (2006) (24) puede ser explicada desde los conceptos teóricos de Williams & Yule (1995) (19) , ya que tanto para la autora como para los investigadores, la exposición a un entorno hostil genera la interpretación de situaciones no cotidianas mientras que desde el enfoque psicológico produce en el individuo una dificultad de adaptación a los contextos vivenciales posteriores al evento sucedido.

Para finalizar, en relación a la premisa anterior, Benyacar (2005) (25) describe que los detonantes o factores de riesgo que se presentan durante el desarrollo del TEPT son más propensos para el personal militar pues variables como el miedo a perder la vida propia o ajena, el horror a la muerte del sujeto o de sus compañeros y el amor a la vida ponen en tela de juicio la reacción situacional del hombre de combate bajo condiciones extremas, inhóspitas, inesperadas y carentes de interpretación contextual.

De igual forma, diversas investigaciones a nivel nacional e internacional han demostrado que uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población ex combatiente militar es el trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, dentro del territorio colombiano se evidencia poco constructo teórico acerca de este trastorno mental en la población excombatiente colombiana. A continuación citaremos algunos de estos estudios:

Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate- (26). El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de la reacción a estrés agudo y del TEPT en los soldados heridos en combate que ingresan al Hospital Militar. Para ello, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se aplicó el Clinical Administered Postraumátic Stress Disorder Scale (CAPS) a una muestra de pacientes hospitalizados por heridas en combate en el Hospital Militar Central de Bogotá. Se midió la prevalencia y la frecuencia, haciendo un análisis bivariado de los datos obtenidos. Se obtuvo una prevalencia del 16,66% para trastorno por estrés postraumático y ningún caso de trastorno por estrés agudo, lo que proporciona una clara evidencia de que las lesiones provocadas durante un combate percibido como traumático, son un factor de riesgo mayor para el desarrollo de trastorno por estrés postraumático.

Cambios Sintomáticos en Policías con Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo (27) El artículo muestra los cambios sintomáticos que tuvieron Policías colombianos (7 hombres y una mujer con edades entre los 18 y 45) que presentaban estrés postraumático antes y después de un proceso de intervención psicoterapéutica grupal de orientación psicoanalítica. Los cambios sintomáticos fueron evaluados a través de “Escala administrada por el clínico” (Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney y Keane, 1995) (28) y de entrevistas clínicas individuales. Se encontró que en los policías algunos síntomas asociados a los

Criterios diagnósticos de la escala, se disminuyeron, otros se incrementaron, y en otros no hubo modificaciones

Factores protectores, sociodemográficos y propios de la formación militar asociados a la aparición del trastorno de estrés postraumático: (29) El objetivo del estudio fue identificar los factores protectores, sociodemográficos y propios de la formación militar, asociados a la aparición del Trastorno por estrés postraumático en militares Colombianos vinculados a situación de combate. Participaron 10 militares diagnosticados con TEP y 45 sin TEP. Se evaluó la resiliencia, el apoyo familiar y social así como factores sociodemográficos y característicos de la formación militar. El grupo de los militares no diagnosticados, quienes habían vivido situaciones de combate, informaron que contaban con una red óptima de apoyo social y familiar. De igual forma, en los diagnosticados con TEP, la resiliencia es significativamente más baja que en los primeros. Se obtuvieron resultados positivos en cuanto a la relación que tiene la resiliencia y el TEP. En cambio, el apoyo social y familiar no lo predicen significativamente.

Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático: propiedades psicométricas: (30) en este artículo se describen las propiedades psicométricas de la escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático, la muestra contó con 175 pacientes aquejados de este cuadro clínico según DSM-IV, y con una muestra de 463 sujetos normales, se analizaron en estas dos muestras la fiabilidad y la validez de la escala. El instrumento mostró una estabilidad temporal y una consistencia interna satisfactoria, así como una validez discriminante, convergente.

Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares (31) En este artículo se hace una revisión sobre el estrés postraumático, mostrándonos las diferentes definiciones que ha tenido a través del tiempo, y sus implicaciones en los militares en diferentes estudios realizados después de guerras como la de Vietnam, la de las Malvinas e Irak. Así mismo, se plantean las ventajas de la psicoterapia psicoanalítica de grupo, las diferentes maneras de realizarlas, su efectividad en cada uno de los síntomas presentados y su aplicación con esta población, donde se muestran varios ejemplos de diferentes terapias aplicadas al personal militar en las post guerras.

Trastorno por estrés postraumático en psiquiatría militar (32). En este artículo se plantea la hipótesis de que aunque el TEPT ha existido siempre, es la forma de describirlo y de interpretar su sintomatología la que ha ido cambiando, o tal vez, evolucionando en cada uno de los más importantes conflictos armados a nivel mundial. Muestra un breve resumen de como se ha descrito en cada una de las grandes guerras mundiales, y como a pesar de los múltiples diagnósticos dados a través del tiempo, todos los casos descritos presentan similar sintomatología.

Factores laborales asociados al riesgo de estrés postraumático en uniformados de un sector de Medellín (33) El objetivo del estudio era determinar los factores laborales asociados al riesgo del TEPT en un grupo de uniformados de un sector de Medellín, para el cual se tomó una muestra de 124 uniformados entre los 20 y 48 años. Se diligenció el instrumento que incluyó el Test de estrés postraumático para adultos, obteniendo una prevalencia de estrés postraumático del 52,2 %. El análisis multivariado indicó que las situaciones de mayor riesgo de estrés post-traumático fueron las relacionadas con el diagnóstico de salud mental (RP=7,67), tiempo de jornada laboral (RP=4,24), haber sido víctimas de algún evento violento (RP=3,59) y las relaciones con la comunidad (RP=2,73).

Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas (34) En la presente investigación se obtuvieron datos sobre la frecuencia de los síntomas del TEPT, género de las víctimas, edad, tipo de trauma sufrido y otros diagnósticos psicopatológicos asociados en una muestra de 274 sujetos (77 varones y 197 mujeres), que fueron víctimas de una situación traumática grave. Los resultados indicaron que el 28.8% de los sujetos evaluados cumplió los criterios del TEPT y las mujeres fueron diagnosticadas en una proporción mayor que los varones. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento de los criterios de diagnóstico del TEPT con relación al tipo de trauma sufrido y a la sintomatología en depresión y ansiedad

Síntomas de Estrés Postraumático entre los soldados de Naciones Unidas y el personal perteneciente al voluntariado (35) El artículo describe las reacciones postraumáticas entre dos grupos de individuos expuestos a la guerra, Una compuesta por 302 voluntarios que participaron en el servicio de ayuda en Yugoslavia durante el periodo que va desde el año 1992 al 1996, y por otro lado una muestra compuesta por los observadores militares noruegos, en ambos grupos se utilizaron los instrumentos :PTSS-10, Lista de chequeo de síntomas-90 (SCL 90). Escala de Impacto de Acontecimientos Se encontró que solamente del 2,8 al 7,8% de los participantes puntuaron por encima del límite en cuanto a la sintomatología relativa al Trastorno de Estrés Post-traumático (PTSS, evitación-IES, intrusión-IES), con una excepción que fue que en la escala de intrusión- IES, el 20,8% de los soldados de las Naciones Unidas se situaron por encima del límite. Entre el voluntariado, la violencia dirigida contra otros, se encontraba consistentemente asociada con la presencia de psicopatología, ambas generales y relacionadas con el trauma, mientras que la violencia dirigida contra uno mismo no se relacionaba con ningún tipo de psicopatología.

Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica (36) El objetivo del estudio era examinar y comparar dos muestras, una con antecedentes de enfermedad psiquiátrica y/o enfermedad psiquiátrica actual y otra sin ellos. se estudió la prevalencia en 177 pacientes en el servicio de psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Y se compararon con un grupo representativo control de 90 personas extraídas de población general sana.

Se obtuvo una prevalencia global del 8.47% de TEPT en la población psiquiátrica y un 2.22% en la población general. Ninguno de los casos había sido previamente diagnosticado ni constaba como diagnóstico de ingreso

Estrés postraumático asociado a la participación en los conflicto bélicos del ecuador en el siglo XX en los miembros de la asociación de comandos y/o paracaidistas en servicio activo y pasivo de las de las Fuerzas Armadas "Grad. Juan Francisco Donoso Game" (37) En este estudio se muestra fue de 185 militares de servicio activo y pasivo ex combatientes de las guerras de 1941,1981, 1995, a los cuales se les aplicó encuestas (Test del Trauma de Davidson y encuesta sociodemográfica) encontrando una prevalencia de trastorno de estrés post traumático de 73.5 %. No presentaron complicaciones físicas o psicológicas 87% miembros, mientras que 13% si presentaron. De acuerdo al entrecruzamiento de variables únicamente la edad (factor de riesgo), la religión presentaron resultados estadísticamente significativos, la jerarquía militar es un factor protector, haber estado en 2 conflictos bélicos corresponde a un factor de riesgo.

5.2. MARCO TEÓRICO

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

OMS, 1946

5.2.1. Salud Mental

"La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad."

OMS, 2013

No hay salud sin salud mental; la salud física y la mental son inseparables y tienen una influencia recíproca múltiple y compleja. Aunque es prioritario definir la salud mental, es igual de importante tener en cuenta las diferencias en los valores entre países, culturas, clases y géneros, lo que determina múltiples definiciones:

En Colombia se define la salud mental como

"un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad" (38).

En relación con esta definición es importante tener en cuenta que: La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.

La definición ofrecida por el National Institute of Mental Health (39), aporta una comprensión más clara de la naturaleza de la salud mental:

"La salud mental desde la infancia hasta la muerte es el trampolín de las destrezas de pensamiento y comunicación, aprendizaje, desarrollo emocional, resiliencia y autoestima" .

La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social, lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.

La salud mental constituye un problema grave de salud pública, por cuanto está asociada a las primeras causas de morbi-mortalidad, lo cual requiere una respuesta organizada, coherente y planificada que permita anticiparse al riesgo, crear condiciones de vida saludable y una atención integral a la problemática

El ser humano recuerda cierta información o percibe selectivamente estímulos que considera relevantes o significativos, e ignora los que considera no importantes o de poco valor: el enfoque cognitivo conductual explica el comportamiento como resultado de la conceptualización de las experiencias humanas, donde la percepción (de estímulos medioambientales) y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta. El ser humano procesa la información que recibe del medio ambiente y le da una organización conceptual abstracta con relación a sus valores, creencias y metas personales de forma consciente o no consciente (40)

5.2.1.1. Enfoques teóricos de la salud mental:

Para facilitar su comprensión, los diferentes conceptos y teorías revisados en torno a la salud mental se pueden agrupar, entre muchos otros, en cuatro enfoques básicos (12):

Anatomoclínico, se caracteriza por ser de manejo individual, vista como un fenómeno básicamente biológico, concebida a partir de la enfermedad.

Estratégico basado en la salud pública y la participación social, se fundamenta en tres grandes ejes a saber: El biológico, el psicoevolutivo y el ambiental. Trabaja con los saberes y conocimientos sociales y las acciones dirigidas a lograr el bienestar de los individuos y la colectividad, a través de las prácticas relacionadas con el saneamiento ambiental, la conservación de los bosques, acciones de inmunización, provisión de servicios públicos básicos, existencia de marcos políticos, jurídicos y técnicos.

Ecológico, en general tiene que ver con la relación hombre y medio ambiente; entiende la salud mental fuertemente asociada con la violencia y el contexto en el que se presenta, intenta comprender su naturaleza polifacética analizando los factores que influyen en el comportamiento, o, que potencializan el riesgo de cometer acciones violentas, clasificándolos en cuatro niveles: El nivel de los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento individual, e, incrementan las probabilidades de ser víctima o victimario. El segundo nivel tiene que ver con las relaciones intrafamiliares, de amistad, de afecto y de compañía en el estudio, trabajo u otra actividad de la vida; analiza cómo se afectan esas relaciones de manera que generen riesgo para el uso de la violencia. El tercer nivel asocia factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a explorar los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como en las instituciones educativas, los sitios de trabajo, el vecindario, caracterizando estos ámbitos de manera que se puedan identificar como factores de riesgo o de protección. El último nivel aborda los factores de carácter general, relativos a la estructura de la sociedad que coadyuvan a crear un ambiente en el que se alimenta o inhibe la violencia, como por ejemplo, el fácil acceso a las armas, y las normas sociales y culturales permisivas y demasiado laxas. Otros factores de los que da cuenta este nivel tienen que ver con las políticas sanitarias, educativas y sociales que contribuyen a mantener las inequidades económicas, políticas, jurídicas, sociales y culturales entre los diferentes grupos de la sociedad.

Alternativos, tienen que ver con otras prácticas y saberes relacionados con la condición de salud mental en un país multiétnico y pluricultural en donde conviven pueblos indígenas, población colombiana con ascendencia africana y el pueblo ROM; en los cuales existen sus propias formas de ver y manejar el proceso salud enfermedad. Tal es el caso de la etnomedicina, la cual entiende la enfermedad como un proceso que vive la persona y la comunidad causada por la fuerzas inanimadas, como los malos

espíritus, o, deidades enojadas por la omisión de normas sociales; la enfermedad se atribuye a agentes exógenos al paciente, o, en algunos casos se ve como la compensación a actos cometidos al margen de las reglas de convivencia.

5.2.2. TRASTORNOS MENTALES

Actualmente no existe una manera biológicamente sólida de hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos. Entre ellos se incluyen trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, incluido el autismo, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.

El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como (41):

1. Su duración.
2. Coexistencia (mezcla).
3. Intensidad.
4. Afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas).

En excombatientes, los problemas más sobresalientes se relacionan con la falta de confianza, el autocontrol y la culpa. Los cuales se relacionan directamente con las experiencias premilitares (abuso sexual, maltrato, etc.) y los eventos pos militares (experiencias de fracaso en el trabajo, y en la vida personal). Los mismos llevan al excombatiente a experimentar incomprensión, pérdida de autonomía y capacidad de acción, temor a sentirse desesperado, impulsos suicidas, desmoralización, culpa y crisis de ansiedad de las cual tratan de defenderse a través del abuso de alcohol y sustancias psicoactivas (2)

5.2.3. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

Los determinantes son aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o de una comunidad

Los determinantes de la salud mental (42) y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como

las políticas, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales del sufrimiento mental están relacionados con grandes problemas como la pobreza, la guerra, la desigualdad, las migraciones, el desplazamiento forzado, la discriminación y la inestabilidad económica, entre otros. La mayor evidencia de esto se observa claramente en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, donde existe una clara asociación entre niveles de pobreza y trastornos mentales. Los factores como la falta de seguridad, la desesperanza, el cambio social rápido, el riesgo de violencia y los problemas de salud física explican la vulnerabilidad de estas personas.

Para el análisis de los mismos se pueden tomar como categoría de análisis (43)

- ✓ Los valores y sustentos culturales sobre la locura y la salud mental, las tradiciones y estilos de vida, sus condiciones de vivienda, trabajo, educación y medio ambiente
- ✓ El papel del estado, el respeto y la protección de los derechos humanos, las políticas y el financiamiento de salud mental.
- ✓ Los modelos conceptuales que sostienen las prácticas y los servicios de la salud mental, la producción de información, conocimientos y evidencias.
- ✓ Las bases técnico administrativas que definen los servicios de salud mental
- ✓ Las múltiples articulaciones que producen entre estos campos de determinación, potenciándolos y haciéndolos más complejos.

5.2.4. VIOLENCIA

La violencia al igual que la salud mental tiene múltiples definiciones, ya que por la diversidad cultural y moral de cada país, lo que es permitido en una cultura para otra puede ser un acto de violencia, lo que hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles y delicadas de abordar.

La Organización Mundial de la Salud (44) define la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p.).

Para Franco (45):

“Se trata de la imposición de la fuerza, al servicio de determinado interés o conjunto de intereses, ejercida en condiciones de asimetría y con una dirección específica, con la consiguiente negación o limitación de uno o más de los derechos de sus víctimas. No es, como suele creerse, el producto de una determinación genética, del azar o de la carencia de lógica. Es una actividad humana consciente e inteligente, con una clara finalidad, que se origina en el desarrollo de las formas de relación entre humanos” (p.).

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. Por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales.

Ilustración 2 Modelo ecológico para comprender la violencia

Modelo ecológico para comprender la violencia



1. Factores biológicos y de la historia natural que influyen en el actuar del individuo.
2. Relaciones más cercanas: amigos, familia, compañeros, influencia sobre el individuo
3. los contextos comunitarios: las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, cuyas características aumentan el riesgo de actos violentos.
4. Estructura de la sociedad, clima de violencia, acceso a armas, factores culturales, desigualdades económicas, sociales. Etc

Desde la perspectiva macrosocial, la violencia puede tipificarse en cuatro grandes categorías (46), por un lado, se halla la violencia internacional, donde destacan las guerras y los conflictos, la globalización, los medios de comunicación, el terrorismo y el tráfico ilícito de drogas. En segunda instancia tenemos la violencia nacional, donde se ubican la pobreza, la corrupción, la delincuencia y el tráfico ilícito de drogas. En el tercer rubro se haya la violencia comunitaria, donde resaltan la violencia juvenil, los niños(as) de la calle, la violencia sexual, la prostitución, y la microcomercialización de drogas, para finalmente tener a la violencia doméstica o familiar, donde tenemos a la violencia familiar y en especial el maltrato infantil.

La clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva (47) las cuales a su vez se subdividen así:

- Violencia dirigida contra uno mismo: comportamiento suicida y autolesiones
- Violencia interpersonal: la ocurrida dentro de la familia o relación de pareja, y con la comunidad que rodea el individuo
- Violencia colectiva: social, política y económica

Para este estudio nos vamos a centrar en la violencia colectiva. Conflict CCoPD (48) ha identificado varios factores que ponen a los Estados en riesgo de conflictos violentos:

- La ausencia de procesos democráticos y el acceso desigual al poder.
- Las desigualdades sociales caracterizadas por grandes diferencias en la distribución y el acceso a los recursos
- El control de recursos naturales valiosos, por parte de un solo grupo.
- Los cambios demográficos rápidos que desbordan la capacidad del Estado para ofrecer servicios esenciales y oportunidades de trabajo.
- El acceso a las armas

Ninguno de estos factores, por sí solo, basta para desencadenar un conflicto, pero la combinación de varios de ellos puede crear las condiciones para que brote la violencia.

La Guerra (49) es el enfrentamiento organizado de grupos humanos armados, con el propósito de controlar recursos naturales, por razones religiosas o culturales, por mantener o cambiar las relaciones de poder, para dirimir disputas económicas o territoriales. La voz guerra viene del término germánico werra, con el significado de contienda; su equivalente latino es bellum, y de esa palabra han quedado en castellano o español las voces: bélico, beligerante, belicoso, belicista o belígero.

Se entiende por conflicto armado (50) todo enfrentamiento protagonizado por grupos armados regulares o irregulares con objetivos percibidos como incompatibles en el que el uso continuado y organizado de la violencia:

- a) provoca un mínimo de 100 víctimas mortales en un año y/o un grave impacto en el territorio (destrucción de infraestructuras o de la naturaleza) y la seguridad humana (ej. población herida o desplazada, violencia sexual, inseguridad alimentaria, impacto en la salud mental y en el tejido social o disrupción de los servicios básicos);
- b) pretende la consecución de objetivos diferenciados de los de la delincuencia común y normalmente vinculados a:
 - demandas de autodeterminación y autogobierno, o aspiraciones identitarias; la oposición al sistema político, económico, social o ideológico de un Estado
 - o a la política interna o internacional de un gobierno, lo que en ambos casos motiva la lucha para acceder o erosionar al poder;
 - o al control de los recursos o del territorio

En el caso del conflicto interno colombiano (51) que comienza desde las épocas de 1920 hasta ahora se pueden contar múltiples factores que no solo marcaron el comienzo sino la perduración de la misma:

- Conflictos ideológicos políticos, centrados al comienzo en las hostilidades interpartidistas
- Falta de acceso a la tierra para un número significativo de la población.
- Disputas entre comunidades por territorios
- Insatisfacción de necesidades como la alimentación, el trabajo, y la vivienda
- Vulnerabilidad a derechos como salud y educación
- Estado con una estructura de poder elitista.
- Precariedad y debilidad en la democracia
- Altos niveles de corrupción

- Monopolio de los medios de comunicación por parte de elites políticas y económicas
- Violación masiva y sistemáticas de los derechos humanos
- Desigualdades sociales
- Falta de desarrollo y oportunidades

El Doctor Saúl Franco (52) considera tres características fundamentales de la violencia colombiana:

La generalización se refiere al proceso mediante el cual las formas violentas, penetran la casi totalidad de los espacios, el tiempo y los escenarios de la vida individual y social.

La complejidad creciente. Tiene que ver con la diversidad de factores y actores implicados en el origen (diferentes hechos a través del tiempo), la dinámica (ritmos, direcciones y modalidades múltiples, cambiantes y, en ocasiones, relativamente imprevisibles), las manifestaciones y las consecuencias de la violencia en el país.

La progresiva degradación de la violencia colombiana. Es una dimensión eminentemente ética. Y tiene que ver, fundamentalmente, con las relaciones entre fines y medios; con la coherencia entre los principios defendidos y las acciones realizadas para implementarlos o defenderlos; con el difícil equilibrio entre el interés particular o grupal y los intereses colectivos; y en el límite, con el acatamiento o no a mínimos éticos y humanitarios relativamente universales.

5.2.5. VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

Las secuelas de los conflictos armados prolongados (53) son devastadoras y van desde el descalabro económico, pobreza generalizada, escases de alimentos y agua potable, destrucción ambiental y deterioro de las formas de vida locales, hasta la desintegración de las familias, el desarraigo y la emergencia de trastornos psíquicos de diferente índole.

La participación en acciones bélicas no solo se ha relacionado con la presencia de TEPT a largo plazo (54), sino también de otros trastornos psiquiátricos, de los que se han asociado más frecuentemente los trastornos de estado de ánimo, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad y las toxicomanías. Además los individuos que han sufrido TEPT tienen un riesgo aumentado de padecer otros trastornos psiquiátricos

Situados en nuestra realidad, estos términos describen un arduo panorama que vincula el maltrato cotidiano con la agresión delincuencia; al narcotráfico y a la lucha armada con los sentimientos de desamparo, desconfianza en las interacciones, terror y duelo los cuales han afectado la totalidad de las áreas que conforman nuestro país

Las modalidades y las prácticas de violencia sufridas por miles de personas en Colombia provocan daños e impactos que afectan la integridad de las víctimas. (3). Los impactos psicológicos deterioran las relaciones interpersonales y la salud física; las pérdidas económicas generan inestabilidad emocional; los impactos colectivos y el daño a las redes sociales y comunitarias afectan las capacidades y posibilidades individuales.

Es importante señalar que rara vez existe una relación causal sencilla entre un acto violento y su repercusión, sobre todo en el maltrato psíquico. Incluso en casos extremos puede darse toda una gama de reacciones y efectos, ya que los individuos responden a la adversidad de manera muy personal. La edad y el temperamento, así como el hecho de disponer o no de apoyo emocional, influyen en las consecuencias de los hechos violentos. Las personas que reaccionan activamente a la violencia tienden a resistir mejor que las que permanecen pasivas

Ser testigo de imágenes aterradoras, el miedo, la violencia la separación o muerte de algún familiar, la destrucción del hogar, el desplazamiento forzoso, la pérdida de seguridad y confianza en el estado, así como la destrucción o daño de una comunidad determinada pueden desencadenar graves problemas psicológicos y psiquiátricos que no solo han de presentarse durante el conflicto sino después de la terminación del mismo como en nuestro caso, con fenómenos por ejemplo de TEPT, depresión entre los más graves

La violencia es un grave problema de salud pública ya que es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad evitable, lo cual demanda altos costos en la atención integral de las víctimas, afecta no solo a la víctima, sino también a su entorno (familia, amigos, vecinos, etc), influye de manera negativa el desarrollo social y económico del país.

5.2.6. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El TEPT, se clasifica de dos grandes maneras:

La primera es el código internacional de enfermedades CIE 10 (55): se encuentran incluidos entre los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y se subclasifica en: reacciones de estrés graves y trastornos de adaptación: cie10. f43.1 trastorno de estrés post – traumático

La segunda en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) lo clasifica como: trauma y trastornos relacionados con el estrés y lo subclasifica: 309.81 (f43.10) trastorno de estrés post traumático.

En este trabajo se utilizaron los criterios del DSM-4, pero cabe aclarar que existen algunas diferencias en el enfoque de abordaje a los trastornos asociados al estrés entre el DSM-4 y el DSM-5:

En la quinta edición el TEPT se encuentra en cuatro grupos de síntomas (reexperimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones cognitivas/ cambios en el estado de ánimo) a diferencia de la cuarta que presenta únicamente tres grupos de síntomas. También se modifican los criterios para menores de 7 años.

La asociación americana de psiquiatría (56), deja como criterios diagnósticos para TEPT los siguientes:

Tabla 3 Los criterios diagnósticos del TEPT DSM 4

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

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. 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas: 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas: 1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) 7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño 2. Irritabilidad o ataques de ira 3. Dificultades para concentrarse 4. Hipervigilancia 5. Respuestas exageradas de sobresalto
E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Elaboración propia con información recuperada de American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed), APA, Washington DC (1994)

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas.

El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación (57) persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación. El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El TPEP tiene un efecto importante en las diferentes esferas del ser humano, que se demuestra por ejemplo en los grandes costos sociales y familiares. En general, los individuos con este trastorno tienen pocas oportunidades de acceder a un trabajo estable, ingresos menores, problemas económicos, altos índices de falla escolar y más problemas interpersonales, familiares, adicciones, poca tolerancia, entre otros; comparados con la población general.

Muchos pacientes con TEPT, (58) aumentan su asistencia a servicios de salud por diversas enfermedades, ya que se ha revelado en diversos estudios que afecta directamente el sistema inmunitario (disminución de la citotoxicidad celular de los linfocitos NK (natural-killer), y un descenso de los linfocitos CD4+ y CD8+), también se ha observado aumento en las enfermedades autoinmunes en las mujeres con TEPT; existe afectación del SNC desatándose problemas de memoria y de aprendizaje, cambios en las conductas alimentarias, alteraciones en el sueño, disminución de la conducta competitiva y disminución de la respuesta a la estimulación, episodios de agresividad, además existe una comorbilidad demostrada en varios estudios de asociación de TEPT con otras afectaciones psiquiátricas (50 al 90%): trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, fobia social, trastornos de ansiedad, trastorno por uso de sustancias psicoactivas, abuso de alcohol, trastornos de personalidad y trastornos disociativos.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, desplazamiento forzado, exposición a minas antipersonales, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras: normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder. En algunos casos, por otra parte muy poco frecuentes, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas, o incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara

en él. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático.

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él. En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento.

La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada “embotamiento psíquico” o “anestesia emocional”, (59) suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático. El individuo puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes, una sensación de alejamiento o enajenación de los demás o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad). El individuo puede describir una sensación de futuro desolador (p. ej., no creer en la posibilidad de obtener un trabajo, casarse, formar una familia o, en definitiva, de llevar a cabo una vida normal).

El estrés postraumático posee unas características muy particulares (60), sin embargo, es preciso tener en cuenta que existen otros trastornos con los que puede confundirse, si no son considerados a la hora de establecer el diagnóstico diferencial. A saber: 1) Trastorno adaptativo. 2) Otros trastornos mentales, asociados a síntomas de evitación y embotamiento afectivo. 3) Trastorno por estrés agudo. 4) Trastorno obsesivo compulsivo: donde se presentan recuerdos intrusivos no relacionados con el estresante

Los factores de riesgo frente al estrés postraumático se caracterizan por cuatro aspectos: (61) La historia de vida del sujeto, es decir, la existencia de factores que den cuenta de vulnerabilidad previa del sujeto al suceso, La exposición a un trauma. La capacidad de protección individual, es decir, los mecanismos de protección que posea el sujeto para reaccionar ante diferentes situaciones traumáticas, como es el caso de los recursos de adaptación, autoestima y soporte social. Y La ayuda médica y psicológica que pueda recibir. Dichos autores presentan el siguiente esquema:

$$\text{La incidencia de TEPT} = \frac{\text{Estrés} + \text{Vulnerabilidad personales}}{\text{Recursos de protección} + \text{Autoestima} + \text{Soporte Social.}}$$

El desarrollo del estrés postraumático en los militares ex combatientes depende de la interrelación de varios factores (31). A saber: la intensidad del trauma, las circunstancias en que se presentó, el entrenamiento recibido, la relación con sus compañeros, familiares y sociales, la ideología militar y religiosa, la edad del sujeto, la historia de agresiones previas que tenga, la estabilidad emocional previa al suceso, los recursos psicológicos propios, la autoestima, el apoyo social, familiar y las reacciones afectivas actuales.

Hay que realizarse también la diferenciación entre TEPT Y TEA (Trastorno de Estrés Agudo). El TEA solo puede ser diagnosticado si los síntomas aparecen muy cercanos al evento, y se manifiestan dentro de las cuatro primeras semanas luego de ocurrido el

evento potencialmente traumatizante, mientras que el TEPT los síntomas persisten después de la cuarta semana, o se presentan después de esta (62).

El curso de la enfermedad es con mayor frecuencia crónico: sólo 50% de los pacientes se recupera dentro de los dos primeros años después del incidente. Muchos de quienes no se recuperan aún tendrán síntomas 15 años después, lo que aumenta considerablemente los gastos en salud y demuestra el impacto negativo que se tiene sobre la calidad de vida no solo del paciente sino de su núcleo familiar y social

1.2.6.1. Factores Que Influyen en la Aparición del TEPT

Se deben considerar tres factores que influyen en la aparición del estrés postraumático y que están íntimamente ligados: factores previos al evento, el grado y proporción del trauma y las características de la persona que lo ha experimentado.

Con respecto a los factores previos al evento, se pueden mencionar los siguientes: inestabilidad familiar, abuso temprano de sustancias, abuso de bebidas alcohólicas, exposición previa a graves o adversos eventos de vida o traumas. Las características de la persona incluyen: la edad (ser joven en el momento del evento), el género (parece que la mujer tiene el doble de probabilidades de desarrollar el TEPT en algún momento de su vida), habilidades de afrontamiento inefectivas, ciertos rasgos de personalidad, depresión o ansiedad tempranas.

Tabla 4. Factores de vulnerabilidad personal ante un suceso traumático

biográficos	✓ historia de victimización en la infancia
	✓ antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado
psicobiologicos	✓ elevado grado de neuroticismo
	✓ baja resistencia al estrés
psicológicos	✓ escasos recursos de afrontamiento
	✓ mala adaptación al cambio
	✓ inestabilidad emocional previa
psicopatologicos	✓ trastornos psiquiátricos anteriores
	✓ rigidez cognitiva o personalidad obsesiva
sociofamiliares	✓ falta de apoyo familiar
	✓ falta de apoyo social

Nota: Elaboración propia con información recuperada de Echeburúa et al. (30).

Se ha encontrado que una persona puede afrontar mejor los eventos traumáticos si está motivada para hacerlo, si tiene una actitud optimista, posee una alta autoestima, si posee un estilo de afrontamiento activo, si ha recibido entrenamiento, si tiene una buena relación con sus congéneres, resiliencia y si ha resuelto exitosamente otras crisis.

1.2.6.2. Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático

Funciona a modo de encuesta estructurada, es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno del estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV. (30)

Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems de los cuales 5 hacen referencia a síntomas de reexperimentación, 7 a evitación y 5 a los de hiperactivación, el rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la escala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación.

La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (95.45%) si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4, en la subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente.

Las propiedades psicométricas de la escala son así mismo muy satisfactorias

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

	PUNTO DE CORTE PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	
Evitación (Rango 0-21)	6	
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	

1.2.6.3. TEPT y Resiliencia.

A través del tiempo siempre ha existido una curiosidad científica de cómo reaccionan los individuos ante el estrés, y a pesar de que el interés se ha centrado en algunas personas que al experimentar situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos (entre ellos el TEPT), en la mayoría de los casos esto no es así, y algunas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias

La Resiliencia es definida como (63)“resistencia de un cuerpo a ruptura por un golpe”, en psicología es lo opuesto a la vulnerabilidad, es la capacidad de superar los efectos adversos de una circunstancia adversa grave, y ser capaz de aprender y adaptarse al medio después de ella. La habilidad para afrontar exitosamente el estrés, se logra cuando el individuo a estado expuesto a diferentes elementos.

Según la American Psychological Association (63), la resiliencia se puede desarrollar, a través de comportamientos como:

- Anticipar el momento difícil que se vivirá, y darse tiempo para recuperarse, tener paciencia con los cambios emocionales experimentados, y desahogarse.
- El sujeto afectado debe buscar el apoyo de su grupo de apoyo más cercano a él, que pueden escucharlo y entenderlo. A los cuales se debe comunicar su experiencia en una forma en que se sienta cómodo.
- Participar de grupos de apoyo.
- Buscar ayuda profesional terapéutica
- Participar en conductas sanas para mejorar su capacidad de sobrellevar el estrés excesivo.
- Consumir comidas bien balanceadas y descansar mucho. Si se experimentan dificultades continuas para dormir, se puede hacer uso de técnicas de relajación, y evite el alcohol y las drogas.
- Iniciar o restablecer rutinas como comer comidas en horarios regulares y seguir un programa de ejercicios. Cuando la vida diaria se ven afectadas, se debe buscar realizar actividades de esparcimiento y recreativas saludables, alejarse de actividades de alta exigencia y estrés, dedicarse un tiempo al descanso.
- Ayudar a otras personas, lo que permite experimentar una sensación de control y hacer que se sienta mejor consigo mismo.
- Evitar el estrés de tomar decisiones importantes, como un cambio de vida, cambiar de carrera o empleo.
- Buscar ayuda profesional cuando los problemas graves persisten y continúan interfiriendo con la vida diaria, como tristeza persistente o desesperanza.

1.2.6.4. Controversias de la conceptualización de TEPT (64)

Existen varias controversias respecto de la conceptualización del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) abarcando desde quienes ponen en duda la razón de ser de este concepto a quienes sugieren cambios muy específicos de los criterios diagnósticos

TEPT y factores sociohistóricos: hace relación con los orígenes del concepto en los veteranos de guerra, la necesidad de un diagnóstico que permitiera hacer visible el efecto psicológico de la experiencia vivida y darle así reconocimiento y legitimidad al sufrimiento experimentado "victimización"; De hecho, el "shock de bombardeo" descrito durante la Primera Guerra Mundial fue considerado como enfermedad, según sus críticos, solamente para justificar el alto número de desertiones en los campos de batalla el TEPT sería "una realidad histórico-social, inventada para dar salida a una problemática de diversa índole (moral, política, económica) que por lo visto la sociedad prefiere tramitar en términos clínicos individuales". Ello no implican que las categorías diagnósticas sean inválidas. Es claro que las mismas corresponden a construcciones conceptuales, y, que están influidas por factores sociales. El TEPT no es, en ese sentido, muy diferente de las demás categorías diagnósticas, y lo que correspondería demostrar es que se trata de una invención injustificada, sin validez ni valor científico por tanto.

Concepto de evento traumático: hace referencia a que el concepto ha sufrido múltiples modificaciones a través del tiempo, por mostrar deficiencias de discriminación entre diagnósticos: el incluir el sólo haber recibido información de eventos traumáticos sin haberlos vivido, ha generado el riesgo de que el concepto pierda toda especificidad;

existe evidencia de que muchas personas no reaccionan con un malestar frente a un evento traumático, debilitando la conexión causa-efecto; se ha observado que personas con otros problemas psicológicos no expuestas a ningún evento estresor pueden reunir todos los criterios sintomáticos de TEPT. Todo lo anterior ha llevado a sugerir eliminar el criterio A1 o acotar el concepto de evento traumático lo cual está siendo estudiado para el DSM –V. El criterio A2 también está siendo evaluado por que no permite discriminar “la respuesta del estímulo”, dificulta estudiar el efecto de los estresores, limita la presencia de otras emociones que igualmente se presentan y tienen consecuencias y además estas emociones pueden cambiar con el tiempo. Pese a estas críticas, el criterio A2 ha mostrado tener una alta capacidad de diferenciar entre quienes presentarán TEPT y quienes no, la no existencia de una respuesta emocional intensa al evento predice la ausencia de TEPT a futuro

Características de la respuesta traumática: Se tiende a implicar que la respuesta psicopatológica al trauma sería exclusivamente el TEPT. Cuando un evento traumático pueden tener múltiples consecuencias psicológicas; por lo muchos autores proponen darle más valor diagnóstico a algunos de los criterios sobre otros, pero cada autor tiene sus razones y no existe un consenso entre ellas, es mas muchos autores proponen añadir a los mismos depresión y fobia.

Hay que añadir las críticas a la validez del concepto, lo significa que la enfermedad aparezca después de la exposición al factor causal propuesto. Las investigaciones prospectivas reflejan un aumento en TEPT comparados con otros diagnósticos que también aparecen en respuesta a un evento traumático (65).

Otra de las críticas se da sobre que los criterios diagnósticos no permiten distinguir entre quienes tienen una respuesta traumática “transitoria” y quienes pueden sufrir más perdurables e incapacitantes, corriendo el riesgo de “psicopatologización”

No parece posible que el TEPT, ni ningún otro diagnóstico, pueda recoger la totalidad de las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas. Las críticas que se le hacen al concepto pueden tener sentido desde el punto de vista de mejorar la validez discriminante de la categoría, pero es lo esperable. Lo mismo se puede decir respecto de la comorbilidad.

5.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

STRESS Respuesta adaptativa de carácter fisiológico y psicológico que se produce cuando un individuo debe enfrentar una situación o condición potencialmente amenazante o desafiante (estresor) (66).

TRAUMA Generalmente se denomina trauma psíquico o trauma psicológico tanto a un evento que amenaza profundamente el bienestar o la vida de un individuo, como a la consecuencia de ese evento en el aparato o estructura mental o vida emocional del mismo (25).

"exposición personal directa a un suceso que envuelve amenaza real o potencial de muerte o grave daño u otras amenazas a la integridad física personal, o ser testigo de un suceso que envuelve muerte, daño o amenaza a la integridad física de otra

persona, o enterarse de la muerte no esperada o violenta, daño serio, amenaza de muerte o daño experimentados por un miembro de la familia u otra relación cercana

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su edición del 2014, un hecho es considerado traumático para un individuo siempre y cuando cumpla con dos características apremiantes: en un primer momento, que la acción sea percibida altamente peligrosa para la víctima (ponga en peligro la integridad propia o la de los demás) y, en un segundo momento, que el componente emocional esté fuertemente ligado con la experiencia que genera un malestar clínico y deterioro social importante (67).

MILITAR proviene del latín *militarius*, de *miles* (genitivo *militis*) = 'soldado'. Usado como subjetivo usualmente se refiere a las Fuerzas Armadas de un país o a los oficiales que las dirigen. Hace referencia a los individuos (miembros), instituciones, instalaciones, equipamientos, vehículos y todo aquello que forme parte de forma directa e inseparable de las Fuerzas Armadas o ejército; creado y organizado con la misión fundamental, pero no exclusiva, de defender la integridad territorial y la soberanía del país al que pertenezca por medio del uso de la fuerza y las armas en caso de ser necesario.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Se enmarca el estudio en una línea de profundización sobre violencia, salud y paz a través de una investigación no experimental de tipo transversal con enfoque cuantitativo y alcances exploratorio- descriptivos.

6.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación no experimental de tipo transversal, con enfoque cualitativo y de alcances exploratorio- descriptivos

El estudio fue diseñado para medir la frecuencia de los síntomas de TEPT luego de la exposición a diferentes eventos traumáticos durante su actividad como militares dentro del área de combate, además de observar potenciales factores de riesgo y posibles factores protectores.

Se consideró realizar este tipo de estudio, ya que es importante no solo evidenciar la carga de la enfermedad dentro del personal retirado, sino también observar que factores que predisponen y protegen al personal de padecer dicha enfermedad, los resultados obtenidos servirán en la creación de políticas internas y programas dentro de sanidad militar que ayuden proteger la salud mental del personal que hace parte de las fuerzas militares

6.3. ESTRUCTURA METODOLÓGICA

Universo y Muestra:

Universo: personal retirado de las fuerzas militares en los últimos 15 años, que hayan ostentado los grados de soldados profesionales, suboficiales y oficiales, y que hayan estado en el área de combate

Muestra: personal retirado del Ejército Nacional, quienes residen actualmente en Boyacá y que reciben su atención medica en los dispensarios médicos del Grupo Mecanizado Silva Plazas “GMSIL” y del Batallón de artillería No 1 “TARQUI” (promedio de 300 usuarios que cumplen con los criterios de inclusión) que acceda libremente a responder el test.

La muestra estuvo conformada por 293 militares retirados, personal de diferentes unidades y procedentes de diferentes partes del país, los cuales por su condición de haber patrullando en el área de combate estuvieron expuestos a factores estresantes. El personal femenino no fue tenido en cuenta en el estudio, ya que la totalidad del mismo cumple sus funciones dentro de los batallones y bases militares y no en áreas de combate, por lo que no han sido expuestas a los factores estresantes de interés en esta investigación.

Dicho personal hace parte de las diferentes cooperativas de Militares Retirados, luego de realizar contacto con las directivas de las mismas, se realizó una reunión general, en donde la encargada del estudio y la profesional en psicología, mostraron los objetivos, algunos apuntes del marco teórico y la metodología, se contestaron las preguntas surgidas durante la exposición, se invitó a participar en el estudio, se

explicó personal y claramente de que consta el consentimiento informado y la encuesta.

Criterios de inclusión:

Personal retirado del Ejército de Colombia que recibe su atención en los dispensarios del Batallón TARQUI Y del GMSIL

Que haya ostentado grado de soldados profesionales, suboficiales u oficiales

Que hayan patrullado en áreas de combate

Que acepte voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Personal que no acepte voluntariamente participar en el estudio.

Personal de soldados regulares y civiles

6.4. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente Primaria

La información será recolectada utilizando un test de datos personales y la evaluación de la Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático “El formulario será diligenciado por el personal que acceda voluntariamente participar en el estudio, la confidencialidad de la información al ser diligenciado mediante un código de asignación sin nombre; la sistematización de los datos se hará por duplicado y se validarán para detectar y corregir posibles errores de digitación en el programa VALIDATE EpiInfo 2002 (CDC/EpiInfo. Epidemiología en ordenadores. Atlanta, Georgia).

La escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático, funciona a modo de encuesta estructurada, es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno del estrés postraumático, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Proporciona un perfil diagnóstico, además de intensidad de los síntomas, número y descripción de los mismos.

La puntuación total se obtiene sumando los 17 ítems correspondientes a los síntomas, y oscila entre 0 y 51. Para el grado de intensidad de los síntomas, se establece una puntuación: Menor o igual a 10 síntomas leve, de 11 a 20 síntomas moderados, de 21 a 35 de moderados a severos y más de 36 severos.

Fiabilidad: Consistencia Interna: 0,92 para la escala total, 0,78 para la subescala de reexperimentación, 0,84 para la subescala de evitación, y 0,84 para la subescala de activación. Fiabilidad test-retest: 0,77-0,89

Cabe anotar que el uso de este instrumento, se debe a que es uno de los más utilizados en la población objeto de este estudio, es aplicado por parte del personal de salud mental que labora en los establecimientos de Sanidad Militar del País; ya que ofrece una fácil aplicación, fácil interpretación de resultados y sus propiedades psicométricas son bastante aceptables.

Eficacia

Tabla 5: Eficacia Diagnostica de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT

	PUNTO DE CORTE PUNTUACIÓN	Sensibilidad	Especificidad	Eficacia Diagnostica
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	100%	93,70%	95,45%
ESCALAS ESPECÍFICAS				
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	93,71%	70,80%	77,10%
Evitación (Rango 0-21)	6	100%	85,96%	90%
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	100%	74,30%	81,30%

Nota: Elaboración propia con información recuperada Echeburúa et al. (30).

6.5. TÉCNICAS PARA LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Plan de análisis de datos

Análisis Univariado: (68)se realizó un análisis para cada una de las variables las cuales fueron descritas en su nivel de medición; medias para las variables continuas, proporciones para las categóricas o nominales; todas se reportaron con sus intervalos de confianza, con un nivel alfa de 0.05. La comparación entre grupos se realizará a través de pruebas t de student, ANOVA y de Chi cuadrado

Análisis Bivariado

Permitió establecer la asociación de las covariables con la variable de salida. Esto fue realizado mediante el cálculo de medidas de efecto absoluto (69); Odds Ratio (OR) dada la exposición y sus respectivos IC al 95%, junto con el cálculo de sus valores p. Esta y otras medidas de asociación permitirán establecer además, qué variables son candidatas para hacer parte de un modelo multivariado. La exploración de la forma funcional de las variables y la selección de variables para el ajuste de los OR en un modelo multivariado, seguirá los procedimientos propuestos por Greenland (70); una variable es candidata para hacer parte del modelaje, si su valor de p es menor a <0.20. Un análisis estratificado será realizado de manera exploratoria, con el fin de identificar posibles variables que puedan generar confusión.

6.6. VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Número de años cumplidos	Número de años cumplidos	Continua	18-30 31-40 41-50 Mas de 51
Años laborados	Número de años laborados dentro de la fuerza	Número de años que laboro dentro de la fuerza	continua	Numero
Años de retiro	Número de años que lleva de haberse retirado de la fuerza	Número de años que han transcurrido desde su retiro de la fuerza	continua	Numero
Ocupación después de su retiro	Labor u oficio desempeñado luego de retirarse de la fuerza	Ocupación desempeñada en su tiempo de retiro	nominal	Descripción de la ocupación
Grado	Grado que ostenta en el momento del retiro	Grado militar que ostenta en el momento del retiro de la fuerza	nominal	Oficial Suboficial Soldado
Estado civil	Situación de la persona determinada por sus relaciones de familia	Tipo de situación según su relación de familia	nominal	Soltero Casado. Unión libre Separado Viudo
Número de hijos	Descendiente en primer grado de una persona	Existencia o no de hijos	continua	Número de hijos
Estrato socioeconómico	Nivel socioeconómico de la persona	Estrato consignado en los recibos de servicios públicos de la vivienda	Ordinal	E1(bajo-bajo) E2(bajo-medio) E3(medio) E4(medio-alto) E5(alto) E6 (alto-alto)
Cuantos reentrenamientos tuvo	Número de veces que estuvo en un CIE, Escuela, Biter, etc. Para recibir entrenamiento o formación	Número de cursos de reentrenamiento recibidos	continua	Numero
Ambiente laboral	Percepción por parte del militar retirado sobre el ambiente donde desempeñaba sus funciones	Valoración del ambiente laboral	ordinal	Bueno Regular Malo
Ambiente	Percepción por parte	Valoración del	ordinal	Bueno

familiar	del militar retirado sobre el ambiente en su hogar	ambiente familiar		Regular Malo
Factores estresantes	situaciones desencadenantes del estrés, miedo, dolor, etc	Suceso traumático	nominal	Descripción del evento
Evitación	Respuesta antes de la aparición del estímulo aversivo, con lo que este no llega a ocurrir.	La evitación implica la no aparición de un estímulo aversivo	nominal	SI NO
re experimentación	volver a experimentar la situación traumática, con todos los sentidos, tal como si la estuviera viviendo	Revivir el evento traumático	nominal	SI NO
Aumento en la activación	Alteración de la activación y reactividad asociadas al suceso/s traumático/s	Estar hiperactivo	nominal	SI NO

7. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio es considerado investigación de riesgo mínimo (afectación emocional por recordar el suceso, malestar general, llanto, etc) de acuerdo a la resolución 8430/93, artículo 11 del Ministerio de Salud (71) siendo una investigación donde no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, donde se utilizó como técnica la realización de una encuesta.

El estudio fue aprobado por el comité del programa de posgrados en seguridad social y salud pública el 6 de noviembre de 2014, en el acta número 2. De la Universidad Santo Tomás.

La encuesta utilizada, permitió observar si el personal retirado presenta sintomatología de TEPT, y su posible asociación con factores socio-demográficos que pueden influir en la presencia o no de los mismos.

Es preciso aclarar que en la realización del proyecto se contó con el asesoramiento de un psiquiatra profesional, igualmente durante la realización y el análisis de las encuestas se contó con la participación de una psicóloga profesional vinculados durante varios años con el Ejército.

Existió en dos de los participantes alguna afectación emocional del personal a estudio, por el hecho de recordar sucesos estresantes, en los casos presentados, los test fueron suspendidos de manera inmediata y se realizó la valoración por la psicóloga participante y se facilitó su adecuada atención. En los casos en donde se evidenció alteración en el test realizado, previa autorización del participante y bajo estricta confidencialidad, será remitieron por parte de la psicóloga a valoración por el profesional correspondiente, para su evaluación complementaria, diagnóstico y tratamiento si llegara el caso. Sin tener ningún costo o implicación profesional en el encuestado.

La confidencialidad de la información se garantizó a las participantes mediante códigos de identificación con el acceso exclusivo del investigador. El proyecto se sometió y contó con la aprobación del comité de Ética de la Universidad Santo Tomás. Durante y después de la ejecución de investigación se respetaron los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (71).

La totalidad de los participantes firmaron el consentimiento informado, donde accedieron a diligenciar la encuesta presentada, se autorizó la recolección, análisis y posterior publicación de los resultados obtenidos, teniendo en cuenta la absoluta reserva de la identidad del participante o de los hechos relatados por el mismo. (anexo 2)

El manejo de la información y de los resultados obtenidos, se analizaron y serán publicados únicamente con fines académicos y científicos, no serán utilizados para otros fines que puedan afectar a los participantes ni a las entidades participantes del mismo.

Es de aclarar que la investigadora principal hace parte del cuerpo del Ejército Nacional, ya que ostenta el grado de Capitán, por tal motivo dicha investigación se realizó

únicamente en personal que ya ha sido retirado de las fuerzas. Para no crear ningún conflicto de interés con la institución, las encuestas se realizaron bajo previa autorización personal de cada uno de los participantes, además se aclarara que es un estudio que no está relacionado con mi posición dentro de la fuerza sino solamente en mi calidad de estudiante de maestría.

8.

RESULTADOS

Muchos de los ex integrantes del Ejército Nacional de Colombia, afirmaron haber estado en una o varias circunstancias de alto riesgo, y como quedaron sus vidas marcadas después de ello. Con el propósito de dar claridad a lo descrito y elaborado durante el transcurso de la investigación, los resultados cuantificables, descriptivos y exploratorios se categorizaran desde los aspectos socioeconómicos de la muestra, TEPT en general, factores asociados.

8.1. COMENTARIOS ASOCIADOS A LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN (ENTREVISTAS)

Como parte importante de los resultados obtenidos dentro de las encuestas realizadas, son los testimonios de algunos de los militares retirados, evidencia de la sintomatología que todos los días afectan directamente la calidad de vida de los mismos:

- “A veces me despierto sintiendo que mis pies están enterrados en el barro, es la sensación que tengo desde que me toco desenterrar de un chuquio el cuerpo de mi teniente, y de varios de sus soldados...” (reexperimentación)

Sargento Primero Retirado

- “... cuando caí en la mina, no sentía dolor solo el zumbido en las orejas, no pensaba en mis piernas, sino en que tenía que vivir para ir al cumpleaños de mi hijo, la semana siguiente...” (reexperimentación)

Soldado Profesional ® amputado

- “Cada vez que escuchaba el exosto de una moto o pólvora, tenía que mirar para todo lado y muchas veces buscaba donde meterme...” (activación)

Soldado Profesional ®

- “Desde que perdí mi pierna, siento que las mujeres no se me arriman, y cuando pido trabajo es como si les diera tristeza, así que cojo mi pensión y me tomo unos tragos, eso me quita la pena...” (consecuencias: alcoholismo)

Soldado Profesional ® amputado

- “uno ya no camina igual, y menos si va por el monte, todo el tiempo es viendo el piso o las matas... buscando alambres o alguna m...” (activación)

Soldado Profesional ®

- “cuando llegaba del área, era imposible dormir con él, se movía mucho, se despertaba saltando, y había días que se acostaba en el piso, porque no se acomodaba... aún hay veces que lo hace... no me cuenta que le pasa, pero sé que le paso algo...” (los tres síntomas)

8.2. RESULTADOS DESDE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS

- La muestra final de participantes en el estudio, estuvo conformada por una población de 293 personas retiradas del Ejército Nacional, quienes fueron encuestados en el primer trimestre del 2016. Estos ostentaban los grados de soldados profesionales, suboficiales y oficiales, y aseguraron haber estado en áreas de combate.
- Pacientes de sexo masculino en su totalidad, debido a que las mujeres militares realizan en su mayoría labores administrativas dentro de las unidades militares y no son utilizadas en el área de combate. Cabe aclarar que los mismos aceptaron -de carácter voluntario- participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- El rango de edad de los participantes fue de 30 a 92 años. El promedio de edad fue de 46,6 años (ds=13,7 años). Encontrándose la mayoría en un rango de edad de 31 a 40 años (51,8%). Se indagaron algunas variables sociodemográficas presentes al momento del retiro del personal:
- Con respecto al estado civil, la mayoría, un 69,28% (n=203) señaló que era casado, el 22,18% (n=65) unión libre, un 5,46% (n=16) se encuentra soltero, el 2,73% (n=8) divorciados o separados y un solo caso viudo.
- Se indagó el número de hijos al momento de la aplicación de la encuesta. El 94,5% reportó tener hijos para la época en mención. La moda del número de hijos fue de 3.
- El estrato socioeconómico tiene predominio en los estratos 1 y 2 (71%) lo que genera gran preocupación, al tener en cuenta que uno de los principales determinantes de la salud mental es la pobreza y desigualdad, ya que la distribución de las enfermedades mentales está relacionada de manera inversa con el estrato socioeconómico: entre más bajo es el nivel socioeconómico más altas son las prevalencias de dichas enfermedades, lo cual parece estar relacionado con problemas de autoestima, carencia en la realización de metas profesionales, limitaciones en la satisfacción de necesidades básicas, etc.
- Casi una tercera parte de nuestra población se encuentra en estratos socioeconómicos bajos. Aunado a lo anterior, es de resaltar que la mayoría de los soldados profesionales, escasamente han cursado la básica primaria y muchos de ellos, ni siquiera la han completado, esto puede aumentar las posibilidades de TEPT. Lo anterior se puede ver reflejado en la siguiente Tabla.

Tabla 6. Estratos socioeconómicos de los participantes en el estudio

Estrato socioeconómico	frecuencia	Porcentaje
1	106	36,2
2	102	34,8
3	63	21,5
4	21	7,2
5	1	,3

Nota: Tabla de elaboración propia

- En relación con el grado militar de los participantes al momento de su retiro, el 69,97% (n=205) eran Soldados profesionales, el 25,25% (n=74) Suboficiales y el 4,78% (n=14) oficiales. Ver Figura 1

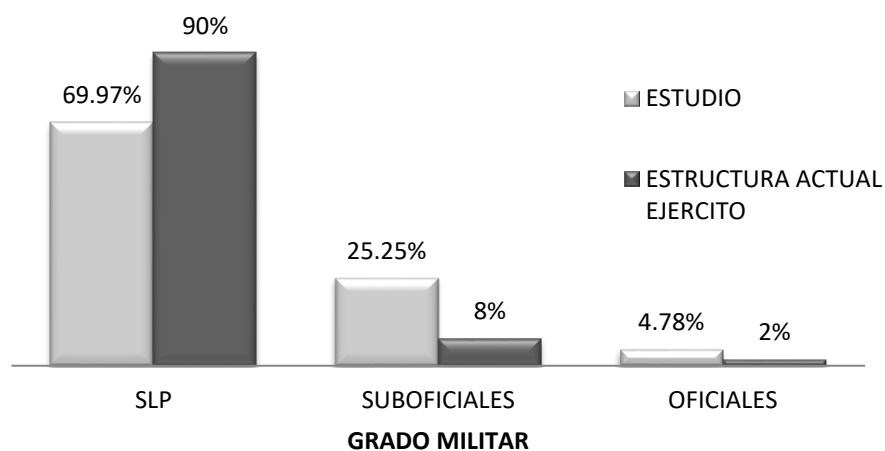


Figura 1 Conformación de la muestra de personal retirado según grado militar comparada con la estructura actual del Ejército en Colombia.

- El promedio de años al servicio de la fuerza 19,15 (ds=3,5 años) y el tiempo promedio desde su retiro 8,7 años (ds=12,5 años), En relación al número de reentrenamientos en los que habían participado los encuestados, se encontró una rango de 1 a 55 reentrenamientos, con una moda de 20.
- Un 49% de los encuestados afirmaron no tener ningún tipo de empleo luego de su retiro y un 22% describieron sus trabajos como negocios independientes como se representa en la figura 2.

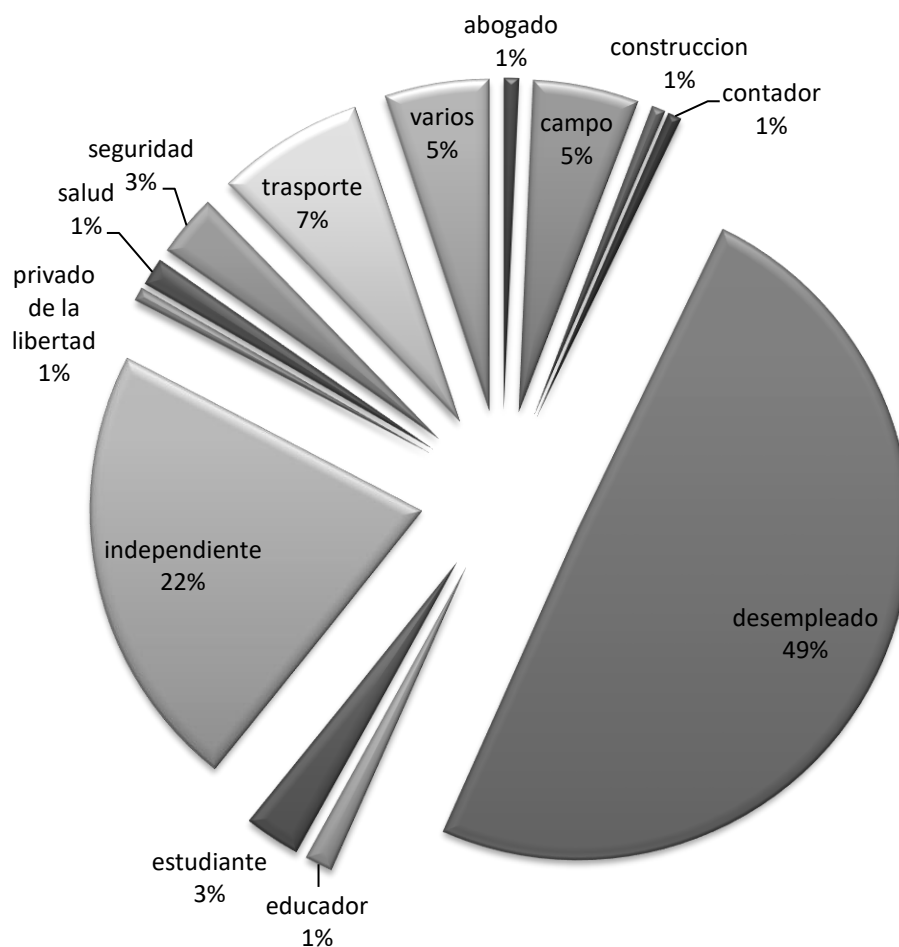


Figura 2 Ocupación del personal militar luego de su retiro

8.3. Resultados desde las perspectiva de la problemática (Síntomas de estrés postraumático)

- Se pudo evidenciar sintomatología de estrés postraumático en 52 retirados (prevalencia de 17,7%; intervalo de confianza [IC] del 95%,14-22,5), Teniendo en cuenta que según la encuesta nacional de salud mental realizada en el año 2015, el índice de prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en la población colombiana adulta es de 3.29%.
- Se puede evidenciar que la prevalencia de sintomatología es muy alta con relación a la población en general. Además de que se encuentra dentro del rango que se ha presentado en las grandes guerras internacionales. La presencia de cada uno de los síntomas se representa en la figura 3

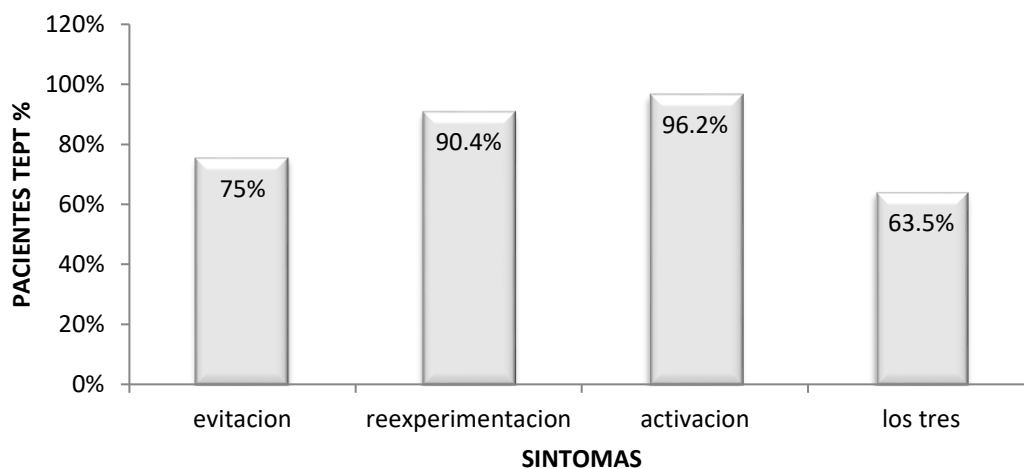


Figura 3 presencia de sintomatología de TEPT, en una muestra de personal retirado del Ejército Nacional de Colombia

- El punto de corte en la puntuación de la prueba es de 15 en la sumatoria total de las tres escalas, teniendo en cuenta esto se evidencio que un 30% de la muestra obtuvo puntajes entre 24 y 26, seguidos de un 15% que obtuvo un puntaje de 21, cabe resaltar que un 6% tuvo un puntaje muy alto (50)

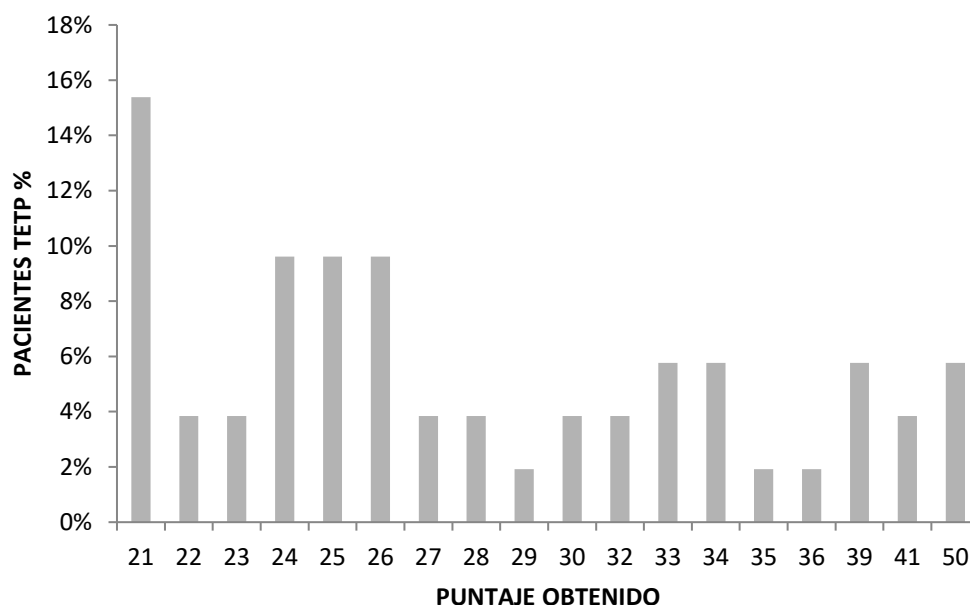


Figura 4 puntajes totales obtenidos en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumatico, en el personal con TEPT, en una muestra de personal retirado del Ejército.

- La prevalencia de sintomatología de TEPT fue más elevada en personal de 31 a 40 años (60%), y se presenta principalmente en los soldados profesionales (54%). Ver Figura 5.

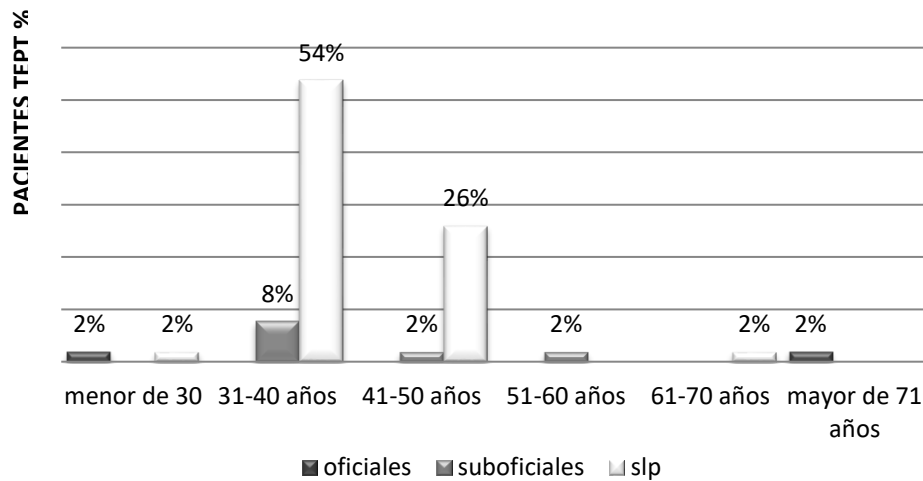


Figura 5 Prevalencia de sintomatología de TEPT, en la muestra de personal retirado del Ejército, estratificado por edad y grado militar

- En general la percepción de relaciones interpersonales es de muy buena, en un gran porcentaje. Ver Figura 6.

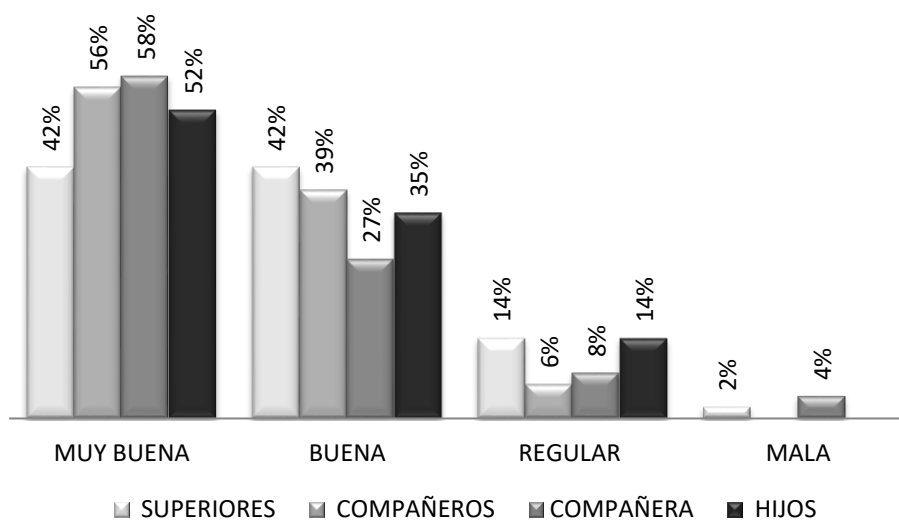


Figura 6 Percepción de las relaciones interpersonales, del personal con sintomatología de TEPT

8.4. Resultados de la investigación relacionados con los datos descriptivos de los pacientes con sintomatología de TEPT.

Los datos descriptivos de los participantes en el estudio, en cada uno de los grupos con sintomatología y sin síntomas de TEPT, se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Datos descriptivos de los participantes de la muestra, comparando presencia o no de sintomatología de TEPT

	PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA DE TEPT	PACIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA DE TEPT	VALOR P	OR (IC 95%)
Edad, años, media $\pm$ d	40,94 $\pm$ 14,5	47,85 $\pm$ 6,9		
Años de servicio a la fuerza	18,19 $\pm$ 3,8	19,36 $\pm$ 3,4		
Numero de entrenamientos	18,9 $\pm$ 12,1	17,5 $\pm$ 12,3		
Tener hijos	88,5	95,9	0,97	
Estar casado %	48,1	73,9	0	0,32(0,17-0,60)
Estuvo en combates %	100	92,1	0,36	
Presencia la muerte de algún compañero %	100	74,3	0	1,29 (1,2-1,3)
Fue herido en combates %	42,3	23,7	0,06	0,422 (0,226-0,789)
Tiene ocupación %	44,2	51,9	0,31	

Nota: tabla de elaboración propia

- Se observó en el grupo de pacientes con sintomatología de TEPT que la edad promedio es inferior a la de los pacientes que no presentan esta sintomatología (edad media 40,94 frente a 47,85 años), se observa que solamente el 48, 1 % de pacientes con sintomatología manifiesta estar casado en comparación con el personal que no presenta sintomatología de TEPT quien un 73, 9% manifiesta tener una relación estable con su pareja, teniendo en cuenta que en la literatura uno de los factores protectores es el tener un grupo de apoyo sólido y bien fundamentado principalmente en el área familiar queda demostrado que en nuestra población el tener una relación estable ayuda a disminuir la presencia de sintomatología de TEPT; El 42, 3% fue herido en combate lo cual se compara con los estudios realizados en personal de fuerzas militares que ha sido atendido en el hospital militar central; no se observan diferencias significativas en el hecho de tener hijos, estar en combates, o tener una ocupación.

8.5. Resultados desde el análisis multi-variable

- Se construyó un modelo de regresión logística en el que se incluyeron las relaciones interpersonales, la edad, el estatus herido en combates, presencia la muerte de algún compañero, estar casado. La presencia de sintomatología de TEPT se asoció de forma independiente con todas las variables mencionadas, y con más fuerza el hecho de haber sido herido en combates, y se observa una

relación de protección con tener muy buenas relaciones con los compañeros.
Ver Tabla 8.

Tabla 8. Resultados del análisis multi-variables

Variable	OR (IC del 95%)	P
Trato de los compañeros bueno	0,19 (0,45-0,817)	,026
Trato de los compañeros muy buena	0,13 (0,31-0, 58)	,007
Fue herido en combates	2,3 (1,2-4,4)	,007
Estar casado	0,34 (,18-0,64)	,001

Nota: tabla de elaboración propia

9. DISCUSIÓN

En este estudio, describimos la prevalencia de presencia de síntomas de TEPT en un personal de excombatientes del ejército de Colombia, mediante encuestas y secundarios, por medio de la revisión de literatura como artículos, historias clínicas, reportes estadísticos, bases de datos, reportes de otras investigaciones, etc.

Aunque, en la literatura en idioma español hay escasos estudios sobre el trastorno de estrés postraumáticos en excombatientes de guerra y, de los que hay, se han realizado bajo muestras pequeñas y pacientes que se les ha diagnosticado el TEPT. Las principales fortalezas del presente estudio se encontraron en la información a primera mano adquirida por la fuente primaria del contacto con los 293 usuarios que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Como debilidades, en un principio fueron las preguntas realizadas que en algunos pacientes evocaron a situaciones traumáticas vividas. Habiendo realizado la encuesta a todos los participantes hubo un impacto mínimo (2 afectados, 0,68%). Después de revisar los resultados se percibió que no se estructuró adecuadamente una encuesta idéntica que pregunte situaciones cuando hubo el retiro y en el momento actual, limitando el análisis para llegar a conclusiones más contundentes sobre los hallazgos de varias investigaciones y la refutación o confirmación de estos en este estudio. Por ello se recomienda que se aplique una encuesta idéntica en futuras investigaciones. También hubo limitaciones en cuanto al desarrollo de este estudio, ya que inicialmente fue diseñado para realizarse en personal activo del ejército, pero no se logró el apoyo por parte de la Dirección de Sanidad.

La encuesta utilizada permitió dar indicios de si el personal retirado presenta sintomatología TEPT, afirmando la hipótesis planteada "Las vivencias experimentadas por el personal de excombatientes del Ejército Nacional de Colombia, tarde o temprano terminan generando sintomatología TEPT", ya que se pudo evidenciar en el 17,7% de los participantes (52 retirados) porcentaje mayor en más del 400% del registrado a nivel nacional (3,29%), de los cuales, el 63,5% presentó puntajes que estaban por encima del punto de corte de cada una de las escalas específicas.

La totalidad del personal que participó en el estudio, manifestó haber estado en situaciones de alto riesgo, (combates, explosiones de minas antipersonales, etc) solamente 52 de ellas presentan sintomatología de TEPT. Lo que confirma que no todas las personas responden de igual manera tras vivir un acontecimiento traumático. Unas son capaces de superarlo sin gran dificultad, mientras que otras parecen estancarlo en su memoria emocional haciendo que la persona viva anclada en el pasado, reviviendo constantemente ese capítulo de su vida en tiempo presente y no como parte de su pasado (11).

En numerosos estudios se ha identificado una asociación directa entre la ocurrencia de trastornos mentales y la desfavorabilidad en la situación socioeconómica (72) del afectado: siendo la pobreza, los bajos ingresos, la falta de oportunidades laborales y de desarrollo económico, factores de riesgo aumentando la posibilidad de problemas de origen psicológico: como la depresión, la baja autoestima, trastornos de personalidad, intentos de suicidio, trastornos por abuso de sustancias, entre otros. Si observamos que el 71% de nuestra población estudiada reporta vivir en el estrato 1 y 2, por lo

mismo se ven expuestos a inequidad, al difícil acceso a educación (la mayoría de los soldados profesionales solo han culminado los estudios primarios y muchos de ellos lo hacen dentro de las filas), al tener a sus familias viviendo en barrios con problemas de seguridad, y con algunas necesidades básicas insatisfechas; hacen que tales personas tengan una mayor vulnerabilidad y baja resiliencia en el momento de enfrentar un suceso traumático.

Teniendo en cuenta que según el último Estudio Nacional de Salud Mental correspondiente al año 2003, realizado por el Ministerio de la Protección Social (, 2003, Estudio Nacional de Salud Mental), el índice de prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en la población colombiana es de 3.5%, la prevalencia del 17,7% obtenida en la presente investigación es muy alta comparada con aquel estudio, a pesar que se encuentra dentro del promedio de las personas que han estado implicadas en guerras y padecen TEPT el cual puede oscilar entre 15% y 30%. Es de anotar que en nuestro estudio el personal que presenta sintomatología, no ha sido diagnosticado ni tratado, y sus graves consecuencias, no sólo para el individuo afecto, sino para la sociedad en general, convierten el TEPT en un problema de salud pública.

En el estudio se demostró que uno de los factores de riesgos que más peso tiene en la presencia de sintomatología de TEPT es el haber sido herido en combate (OR 0,34, IC del 95%) siendo muy cercana nuestra prevalencia a la obtenida en el estudio: “Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate” (26) donde se halló una prevalencia del 16,66% para trastorno por estrés postraumático, en los soldados heridos en combate que ingresaron al Hospital Militar. lo que proporciona una clara evidencia de que las lesiones provocadas durante un combate percibido como traumático, son un factor de riesgo mayor para el desarrollo de trastorno por estrés postraumático. De igual manera, Helzer, Robins y McEvoy (23) reportaron una prevalencia de 3,5% en veteranos de Vietnam que no fueron heridos en batalla, comparada con una de 20% en veteranos que sí lo fueron, encontrando una alta relación del desarrollo del TEPT con el hecho de ser herido en combate (23).

Dentro de los factores protectores se encuentra la capacidad de protección individual, es decir, los mecanismos de protección que posea el sujeto para reaccionar ante diferentes situaciones traumáticas, como es el caso de los recursos de adaptación, autoestima y soporte social (61), en el estudio se evidencio que el hecho de llevar una buena relación con sus compañeros y el hecho de ser casado disminuyo la presencia de sintomatología de TEPT en la muestra de estudio.

La posible asociación sintomatología de TEPT con factores determinantes socio-demográficos no es clara, ya que:

- A nivel de relaciones personales, por el bajo porcentaje de personas divorciadas o separadas (2,7%) se deduce que el TEPT no tuvo efectos en sus relaciones personales cuando hubo su retiro, sin tener un porcentaje comparativo en el momento actual cuando se realizó la encuesta.
- Si bien, como lo dice Conflict CCoPD (48), las desigualdades sociales dadas por diferencias en la distribución y acceso a los recursos hacen del estado vulnerable ante el riesgo de conflictos violentos, aunque una mayoría del 71% pertenecieron a los estratos 1 y 2 en el momento de su retiro, dando

indicaciones del nivel socioeconómico a la afectación de su TEPT, no se logra comparar por el mismo motivo expuesto en la anterior observación.

Dando respuesta a la pregunta de investigación, los principales síntomas presentes en los excombatientes que sugieren tener TEPT son la activación y la reexperimentación (96,2 y 90,4%, respectivamente). Entre los posibles factores asociados con resultados más plausibles son el bajo grupo de apoyo (principalmente de la pareja) y el empleo en actividades productivas, y los que menos dan indicios son el nivel socioeconómico.

Como se afirma en investigaciones (54), la participación en acciones bélicas se ha relacionado con TEPT a largo plazo (**Error! Bookmark not defined.**), y hasta puede dar espacio para padecer otros trastornos psiquiátricos. En tal sentido, confirmando a Vallejo Et al., (27) el desarrollo del estrés postraumático en militares y excombatientes se ha dado en los pacientes de estudio por. El apoyo social y las relaciones afectivas con sus compañeros y familiares. En excombatientes que tienen TEPT se presentó la falta de confianza, el autocontrol y la culpa, los cuales muchas veces se relacionan con experiencias pre y pos militares.

Estamos dentro de un proceso de Paz, que asegura disminuir en grandes proporciones el riesgo a trauma a los que diariamente se veían expuestos todos los integrantes de las Fuerzas Militares. Hay que tener en cuenta que aún quedan grupos insurgentes en algunas partes de país que no han dejado en su totalidad el uso de armas, que el desminado humanitario es un riesgo constante para el personal que lo realiza; además de la cantidad de personal activo y retirado, que lleva sobre sí, los recuerdos y los traumas recibidos en muchos años de guerra intensa como quedo en evidencia en la realización de este estudio. Por lo que es importante observar alternativas de intervención que puedan disminuir la prevalencia de la aparición de TEPT, y de cada una de sus comorbilidades.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FUTURAS

La salud mental de un individuo está estrechamente ligada a su estilo de vida, al medio en el cual se desarrolla, al grupo de apoyo con el que cuente. En diferentes estudios incluyendo este se demostró que el haber estado sometido a más de 50 años de combates, ha generado problemas graves a nivel de la salud mental no solo de los combatientes sino también de la población civil que se ha visto comprometida.

Este es uno de los trastornos de origen psiquiátrico que más afecta dicha población. Según el perfil epidemiológico de 2017 de la Dirección de Sanidad Militar el principal diagnóstico de consulta en medicina especializada en población operacional activa es el trastorno de Estrés Postraumático con 1826 consultas en el año 2016. Sería de gran importancia llevar a cabo investigaciones directamente en el personal activo que conforma la Fuerza.

El personal de soldados que se han visto inversos en diferentes situaciones de estrés: fuertes combates, minas antipersonales, secuestros, heridas; etc. Presentan una gran prevalencia de sintomatología de estrés postraumático, la cual al no contar con una intervención temprana genera no solo la presencia de TEPT, sino también de sus comorbilidades: depresiones, problemas familiares (divorcios, violencia) problemas sociales y económico (falta de oportunidades de trabajo, incapacidad para mantener un trabajo estable, etc), problemas de abuso de sustancias (consumo de alcohol y sustancias psicoactivas) entre otros.

El rango de edad de mayor afectación es de 31-40 años, siendo este el rango de edad más productivo en la vida de un individuo, factor grave ya que no solo se ve afectado directamente el individuo sino su grupo familiar que depende económica y emocionalmente de él.

Si observamos la prevalencia tan alta de sintomatología de TEPT en nuestra muestra, y teniendo en cuenta que son millares los militares que se desacuartelan diariamente de las filas, es muy importante realizar más estudios no solo en el personal retirado o herido en combate, sino en el personal activo que integra en este momento todas las fuerzas que han estado permanentemente involucradas en enfrentamientos, para poder crear una política de intervención efectiva para evitar la presentación de TEPT, y disminuir sus comorbilidades.

Los costos para el sistema de salud de las FFMM, de la atención integral de un paciente con TEPT, o de cualquier enfermedad de origen psicológico son demasiado altos, ya que involucra la presencia permanente de especialistas en el área (psicólogos y psiquiatras), hospitalizaciones largas, medicamentos de alto costo, permanentes y por largos periodos de tiempo, intervención en su grupo de apoyo; además que uno de los factores de riesgo con los que se observó una mayor fuerza de asociación con el hecho de haber sido herido en combate, lo cual aumenta considerablemente los costos médicos de atención, convirtiéndose en una de las razones por la cuales se debe adelantar la creación de una directiva de intervención temprana y efectiva.

En su totalidad participaron de reentrenamientos, con mucha frecuencia, los cuales dentro de cronograma incluye capacitaciones por parte de psicología, sobre amor por la vida, primeros auxilios psicológicos, fortalecimiento de redes de apoyo, entre otras.

Se recomendaría que dentro de los mismos se diseñen un plan de estrategias con el fin de disminuir factores de riesgo psicosocial que afecten la presencia de TEPT.

Finalmente se puede concluir que es de vital importancia realizar una intervención oportuna al personal de militares activos, en el momento justo después de estar expuestos a un evento que genere riesgo, en este caso la intervención de parte del área de psicología con el que cuentan casi la totalidad de unidades que se encuentran en las áreas de combate; para de esta manera disminuir la prevalencia de TEPT en el personal activo.

De igual manera es importante un diagnóstico oportuno ya que se puede evidenciar una cantidad significativa de personal retirado que a presentar sintomatología clara de TEPT, no han sido diagnosticados ni se encuentran bajo ningún tratamiento en el momento de realizar de la encuesta. Lo que lleva en la mayoría de los casos a un deterioro notorio en la calidad de vida del personal que en un momento dado se expuso a riesgo en el cumplimiento de su deber.

No obstante, y a pesar de los diversos estudios realizados para determinar la matriz de consecuencias psicológicas - originadas por la vivencia de experiencias traumáticas- es irresponsable afirmar que el TEPT puede recolectar todos los hechos, características y trastornos presentados a causa de dichas experiencias. Por otro lado, es importante recalcar que las críticas realizadas al concepto TEPT solo buscan mejorar el sentido categórico de las variables dependientes al mismo. Esta misma afirmación corresponde a la comorbilidad.

Una de las posibles estrategias que puede llegar a ser utilizada en el personal militar expuesto a situaciones traumáticas es la intervención grupal cognitivo comportamental, basada en la exposición prolongada al recuerdo traumático (Botero, 2005, Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos): el motivar a los miembros del grupo a relatar sus experiencias traumáticas repetidamente, así como el ser expuestos a escuchar las experiencias de los otros miembros del grupo, incorpora el componente de procesamiento del trauma y en el entrenamiento en inoculación de estrés con soldados excombatientes colombianos fue efectiva en la reducción de los síntomas, el grado de severidad del estrés postraumático de combate, y el grado de severidad de la depresión (que es un trastorno comórbido).

A pesar de que hay disparidad en sus beneficios y variaciones en el uso de la técnica, lo que hace más difícil el análisis de resultados o las comparaciones, y por tal razón las decisiones para su aplicación (73). Puedo decir que a esta técnica relativamente novedosa, aún necesita ajustes metodológicos y realizar estudios más pormenorizados. Por todo lo anterior, sería necesario llevar a cabo nuevos estudios en la población militar Colombiana que permitan valorar y ajustar la técnica y, antes que nada definir cuál de las versiones se utilizaría.

Basados en estos resultados se busca crear políticas de intervención, para prevenir y tratar de manera eficaz los afectados por traumas vividos durante el devenir del conflicto armado. Para eso se entregara copia del documento final de este trabajo a la Dirección de Sanidad Militar, en su sección salud mental para ser tomada en cuenta en el diseño de los lineamientos y políticas del próximo año, además de colocar en consideración la elaboración de nuevos proyectos investigativos sobre el tema, teniendo en cuenta todas las experiencias adquiridas en el desarrollo de este.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Corral P, Echeburúa E, Sarasúa B, et al. Estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Bol Psicol* (Valencia). 1992(35):7-24.
2. Botero García C. Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Univ Psychol*. 2005;4(2).
3. Grupo de Memoria Histórica. ¡ Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad: Bogotá: Imprenta Nacional, 2013.
4. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Tomo I. 2015 [citado 2018 feb. 23]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf.
5. Palacios L, Heinze G. Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Sal. Ment*. 2002;25(3):19-26.
6. Dirección General de Sanidad Mental. Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. Bogotá D.C.: Imp. Nacional; 2012 [citado 2018 feb. 23]. Disponible en: <http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/index.php?idcategoria=25199>
7. Pérez Benítez CI, Vicente B, Zlotnick C, Kohn R, Johnson J, Valdivia S, et al. Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Ment*. 2009;32(2):145-53.
8. Smith TC, Ryan MA, Wingard DL, Slymen DJ, Sallis JF, Kritz-Silverstein D. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study [Nueva aparición y síntomas persistentes de trastorno de estrés postraumático autoinformado después del despliegue y exposiciones de combate: estudio prospectivo de cohorte militar de EE. UU. Basado en la población]. *BMJ*. 2008;336(7640):366-71. Inglés.
9. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category [La invención del trastorno de estrés postraumático y la utilidad social de una categoría psiquiátrica]. *BMJ*. 2001;322(7278):95. Inglés.
10. Pichot P, Aliño JJJ-L, Miyar MV. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: México; 1995.
11. Diaconu A. El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral. Estudio de un caso clínico; 2010 [citado 2018 feb. 23]. Disponible en: http://www.upf.edu/cisal/_pdf/TFM_Aniela_Diaconu.pdf
12. Echeverri O, Otálora N. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.

13. Fondorona M. Estado del arte de estrés postraumático. [lugar desconocido]: Elsevier; 2008.
14. Davidson JR, Foa EB. Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond: Am [Trastorno de estrés postraumático: DSM-IV y más allá.] Am Psychiatr Pub 1993. Inglés.
15. Ruscio AM, Ruscio J, Keane TM. The latent structure of posttraumatic stress disorder: a taxometric investigation of reactions to extreme stress [La estructura latente del trastorno de estrés postraumático: una investigación taxométrica de las reacciones al estrés extremo]. J of Abnorm Psychol. 2002;111(2):290. Inglés.
16. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder [Conceptualizaciones conductuales / cognitivas del trastorno de estrés postraumático]. Behav Ther 1989;20(2):155-76. Inglés.
17. Chemtob C, Roitblat H, Hamada RS, Carlson JG, Twentyman CT. A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder [Una teoría de acción cognitiva del trastorno de estrés postraumático]. J Anxiety Disord 1988;2(3):253-75. Inglés.
18. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information [Procesamiento emocional del miedo: exposición a información correctiva]. Psychol bull. 1986;99(1):20. Inglés.
19. Joseph S, Williams R, Yule W. Psychosocial perspectives on post-traumatic stress [Perspectivas psicosociales sobre el estrés postraumático]. Clin Psychol Rev. 1995;15(6):515-44. Inglés.
20. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims [Terapia de procesamiento cognitivo para víctimas de asalto sexual]. J Consult Clin Psychol. 1992;60(5):748-56. Inglés.
21. Hollon SD. What is cognitive behavioural therapy and does it work? [¿Qué es la terapia cognitiva conductual y funciona?]. Curr Opin Neurobiol. 1998;8(2):289-92. Inglés.
22. Astin MC, Resick PA. Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 1997;1:171-209.
23. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population [Trastorno de estrés postraumático en la población general]. N Engl J Med. 1987;317(26):1630-4. Inglés
24. Pieschacón F, Melguizo MC, González P. Estudio exploratorio de patrones culturales que contribuyen a la vinculación de niños, niñas y jóvenes a los grupos armados en Colombia. Trabajo presentado en la Corporación Alotropía. Bogotá; 2006.
25. Benyakar M. Lo traumático: clínica y paradoja. El proceso traumático: Editorial. [lugar desconocido]: Biblos; 2005.
26. Corzo PA, Bohórquez AP. Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. Rev Med. 2009;17(1):14-9.

27. Vallejo ÁR. Cambios sintomáticos en policías con estrés postraumático y psicoterapia de grupo. *Ter Psicol.* 2011;29(1):13-23.
28. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a clinician-administered PTSD scale [El desarrollo de una escala de TEPT administrada por un médico]. *J Trauma Stress.* 1995;8(1):75-90. Inglés.
29. Martínez-León N, Salinas-Obando C, Murillo-Cardozo M, Colmenares-Castañeda L, Castiblanco-Serrano L. Factores protectores, sociodemográficos y propios de la formación militar asociados a la aparición del trastorno de estrés postraumático; 2010.
30. Echeburúa E, Corral Pd, Amor PJ, Zubizarreta I, Sarasua B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Anál Mod Cond.* 1997;23(90):503-26.
31. Vallejo Samudio ÁR, Terranova Zapata LM. Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en militares. *Ter Psicol.* 2009;27(1):103-12.
32. Corzo P, Paula A. Trastorno por estrés postraumático en psiquiatría militar. *Rev Med.* 2009;17(1).
33. Penagos CG, Bedoya JPM, Fernandez DYB, Cardona AMS. Factores laborales asociados al riesgo de estrés postraumático en uniformados de un sector de Medellín. *Rev Salud Pública.* 2013;15(3):335-41.
34. Martín Ayala JL, Paúl Ochotorena Jd. Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema.* 2004;16(1).
35. Kaspersen M, Matthiesen SB. Síntomas de Estrés Postraumático entre los soldados de Naciones Unidas y el personal perteneciente al voluntariado. *Eur J Psychiatry* (edición en español). 2003;17(2):69-77.
36. Orengo F, Rodríguez M, Lahera G, Ramírez G. Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis.* 2001;22(4):169-76.
37. Paredes Paredes RA. Estrés postraumático asociado a la participación en los conflictos bélicos del Ecuador en el siglo xx en los miembros de la asociación de comandos y/o paracaidistas en servicio activo y pasivo de las de las Fuerzas Armadas "Grad. Juan Francisco Donoso Game": PUCE; 2017.
- 38 Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013 "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". 21 ene 2013 [citado 2018 feb. 23]. Disponible en:
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
39. General US. Mental health: A report of the surgeon general. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health [Un informe del cirujano general. Rockville, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Servicios de Salud

Mental, Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental]. 1999. Inglés.

40. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice [Terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad: ciencia y práctica]. [lugar desconocido] : Guilford Press; 2011. Inglés.
41. Ministerio de Salud y Protección social. Abecé sobre la salud mental, sus transtornos y estigma. 2014 [citado 2018 feb. 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
42. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. 2013. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
43. Levav I. Temas de salud mental en la comunidad: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
44. Violence WGCO. Health. Violence: A Public Health Priority [Salud. Violencia: una prioridad de salud pública]. Génova: World Health Organization. 1996. Inglés.
45. Franco Agudelo S. Violence and health in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 1997;2(3):170-80.
46. Saavedra-Castillo A. Violencia y salud mental. Acta Med Peru. 2004;21(1):39-50.
47. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OMS; 2002 [citado 2018 feb. 23]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf> pdf
48. Conflict CCoPD. Preventing deadly conflict: Final report with executive summary [Prevención del conflicto mortal: informe final con resumen ejecutivo]. New York: Carnegie Corp; 1998. Inglés.
49. Clausewitz Kv. De la Guerra [internet]; [1832]. [citado 2018 feb. 23]. Disponible en: <http://lahaine.org/amauta/b2-img/Clausewitz%20Karl%20von%20-%20De%20la%20guerra.pdf>
50. Francesc MC. Alerta 2007: informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz. [lugar desconocido]: Icaria Editorial; 2006.
51. Giraldo J. Aportes sobre el origen del conflicto armado en Colombia, su persistencia y sus impactos. Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia Bogotá: Mesa de Conversaciones. 2015.
52. Franco Agudelo S. Momento y contexto de la violencia en Colombia. Rev Cub Salud pública. 2003;29(1):18-36.
53. Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V, Martínez González AE, Oblitas Guadalupe LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicológica. 2009;16(2).

54. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence [Estudio prospectivo de estrés postraumático, ansiedad y reacciones depresivas después del terremoto y la violencia política]. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):911-895. Inglés.
55. Salud OPdl. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Pan Am Aearth Organ; 1995.
56. Aliño JJJ-L, Miyar MV, Association AP. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Am Psychiatr Publ; 2008.
57. Oleas HS, Zúñiga JFM. Trastorno de estrés postraumático. Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial. 2014:141.
58. Borda DB, Munévar FR, Londoño C, Vinaccia S. El sistema inmunológico en personas con trastorno de estrés postraumático: una revisión. *Psicología y Salud*. 2016;26(2):245-52.
59. Garay C, Etenberg M, Hornes A, Martini S, Korman G. Guías clínicas en salud mental: conocimiento, valoración y uso en el área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015.
60. Gómez C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M. Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;31(1):73-4.
61. Mingote JC, Machón B, Isla I, Perris A, Nieto I. Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas Rev Int de Psicoanál*. 2001;8.
62. Aguado H, Manrique E, Silberman R. Evaluación cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. *Rev Psiquiatr Salud Ment Hermilio Valdizan*. 2004;1:69-82.
63. Iglesias EB. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Rev Psicopatol Psicol Clín*. 2006;11(3):125-46.
64. Cova F, Rincón P, Grandón P, Vicente B. Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2011;49(3):288-97.
65. Ventura Velázquez RE, Bravo Collazo TM, Hernández Tápanes S. Trastorno por estrés postraumático en el contexto médico militar. *Revi Cub Med Mil*. 2005;34(4):0-.
66. Martín M, Abalo JAG. Current problems in the evaluation of stress, coping and social support in the practical exercise of Health Psychology [Problemas actuales en la evaluación del estrés, el afrontamiento y el apoyo social en el ejercicio práctico de la Psicología de la Salud]. Inglés. [fecha desconocida]. [citado 2018 feb. 23]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/291347613_Current_problems_in_the_evaluation_of_stress_coping_and_social_support_in_the_practical_exercise_of_Health_Psychology_Problemas_actuales_en_la_evaluacion_del_estres_el_afrontamiento_y_el_apoyo_social

67. Caballero LYD, Martínez CS. Exposición al trauma: Trastorno de estrés postraumático (tept) en víctimas del conflicto armado colombiano y posibles retos del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (papsivi). *Cambios y Permanencias*. 2016(7):801-14.
68. Altman DG. *Practical statistics for medical research* [Estadísticas prácticas para la investigación médica]: CRC press; 1990. Inglés.
69. Kelsey JL. *Methods in observational epidemiology* [Métodos en epidemiología observacional]. *Monogr Epidemiol Biostat*; 1996. Inglés.
70. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern epidemiology* [Epidemiología Moderna]: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
71. Ministerio de Salud [Colombia]. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.
- 72 Ortiz L, López S y Borgues G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*. 2007 [citado 2018 feb. 23];23(6):1255-72. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/01.pdf>
73. Gold EB. Confidentiality and Privacy Protection in epidemiologic research [Confidencialidad y protección de la privacidad en la investigación epidemiológica. Ética y Epidemiología]. In Coughlin SS, Beauchamp TL, Eds. *Ethics and Epidemiology*: New York: Oxford University Press, 1996 ; pp. 128-41.

ANEXOS

ANEXO 1 .AVAL COMITÉ DE ETICA



Bogotá, D.C., 09 de Marzo de 2016

Docente
SAÚL FRANCO
Maestría de Salud Pública

Estimado docente, cordial saludo.

El Comité Institucional de Ética de la Investigación, luego de realizar una revisión minuciosa de los aspectos e implicaciones éticas del proyecto titulado: *"Estrés posttraumático en una muestra de personal retirado del Ejército de Colombia: situación y caracterización primer trimestre del 2016"*, resolvió – en sesión del día lunes 07 de marzo del presente año – otorgar aval ético a la ejecución del proyecto en mención.

Este aval implica que se reconoce en la propuesta de investigación el cumplimiento de los principales aspectos legales y éticos respecto al tratamiento de la información y al trabajo con seres humanos contenidos en la Resolución 8430 de 1993.

Deseándole éxitos en el desarrollo de la investigación,

Cordialmente,

MARIA PIEDAD ROJAS

Presidenta

Comité Institucional Ética de la Investigación (CIEI)

comiteinstitucionaleticadeinvestigacion@usantotomas.edu.co

Universidad Santo Tomás



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del proyecto

Título del proyecto: Estrés Postraumático en una muestra de personal retirado del Ejército de Colombia: situación y caracterización primer trimestre del 2016

Director: Yenny Carolina Avella Rios
Universidad Santo Tomás (Bogotá D.C.)
E-mail: bac_carolina@yahoo.es
Teléfono: 3133877054

Entidades participantes: Universidad Santo Tomás, Ejército Nacional de Colombia

Objetivo de la investigación

Describir la sintomatología de estrés postraumático, su frecuencia, principales características y posibles factores asociados en una muestra de personal retirado del Ejército Nacional en el primer trimestre del 2016

Justificación

Una de las principales causas de enfermedad dentro de las Fuerzas Militares son los problemas de origen Psicológico, y dentro de ellos el estrés postraumático, representa una gran parte de los mismos, al evidenciarse su sintomatología en personal retirado militar, se pueden plantear propuestas para identificar tempranamente nuevos casos y suministrarles de manera oportuna el tratamiento requerido.

Objetivo de la encuesta

Conocer y describir la sintomatología de estrés postraumático, en una muestra de personal retirado del Ejército Nacional en el primer trimestre del 2016

Como el investigador-a le ha explicado y consta en este formato, queremos invitarle a participar en el proyecto de investigación: estrés postraumático, en una muestra de personal retirado del Ejército Nacional, por lo que pedimos su consentimiento y colaboración en el diligenciamiento de una encuesta.

Su nombre y los hechos que usted referencie, nunca serán divulgados. Es importante que lea cuidadosamente la información que aquí le proporcionamos. Si está de acuerdo, pedimos su firma como signo de aceptación de la encuesta que va a diligenciar. Si cree pertinente consultar con otra persona participar o no en esta investigación, puede hacerlo. Estamos dispuestos a aclarar cualquier duda y a brindarle la información adicional que requiera. El tiempo previsto para esta encuesta es aproximadamente de media hora.

Información sobre el proceso

En el desarrollo de esta investigación se usará como herramienta una encuesta auto diligenciada. Esta va dirigida a personal retirado de las fuerzas militares, en los grados de soldados profesionales, suboficiales y oficiales, que hayan estado en el área de combate. Este proyecto se acoge a los principios de Budapest (1999) sobre el uso de las ciencias sociales. Los resultados de la investigación serán dados a conocer a la comunidad científica y a la sociedad colombiana en general, por medio de una publica escrita científica donde se mostraran los resultados en general sin particularizar.



Manejo de la información

Para proteger la privacidad y confidencialidad de la información obtenida en las encuestas, no se registrarán en ella los nombres de las personas encuestadas. Por lo anterior, los y las investigadoras se comprometen a guardar total reserva de esta encuesta.

Las encuestas serán diligenciadas por cada uno de los participantes de manera voluntaria, en presencia siempre de un especialista en psicología clínica y solamente será conocida su identidad por los investigadores. Las respuestas, siempre y cuando usted lo autorice serán ingresadas en los computadores asignados al estudio, los cuales estarán protegidos con contraseña. Posteriormente la información será analizada y procesada, evitando citar cualquier referencia que pueda vulnerar la privacidad y la confidencialidad, tanto de los casos enunciados, como de los encuestados.

En caso de encontrarse algún tipo de alteración en el test realizado, previa autorización del participante y bajo estricta confidencialidad, será remitido a valoración por el profesional correspondiente, para su evaluación complementaria, diagnóstico y tratamiento si llegara el caso. Sin tener ningún costo o implicación profesional en el encuestado.

Riesgos

No hay ningún riesgo físico por participar en este estudio, pero es posible que esta encuesta pueda afectarle emocionalmente. Si en el curso de la misma usted considera que no está en condiciones de continuar, expréselo por favor a la profesional en psicología que lo acompaña, se suspenderá la realización de la encuesta y la profesional lo acompañara hasta su estabilización.

Beneficios

No hay ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, esperamos que la información derivada contribuya a ampliar y/o generar programas de prevención en el personal activo de las FFMM, además de planes de tratamiento y control del Stress Postraumatico en personal retirado de las Fuerzas Militares

Consentimiento informado

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Confirmo que he leído y comprendido toda la información aquí presentada | Si | No |
| 2. Confirmo que he podido aclarar mis dudas | Si | No |
| 3. Confirmo que he obtenido información adicional que he considerado necesaria | Si | No |
| 4. Entiendo que mi participación es voluntaria | Si | No |
| 5. Entiendo que tengo la libertad de abandonar la encuesta en cualquier momento, sin previo aviso y sin tener que dar explicación | Si | No |
| 6. Estoy dispuesto(a) a participar en la encuesta | Si | No |
| 7. Doy permiso de que se utilicen extractos de esta encuesta en trabajos académicos y de divulgación siempre y cuando no se revele mi identidad, ni la de los hechos relacionados en la misma | Si | No |



Firma del participante:

Documento de Identidad:

Firma del investigador(a) _____

Día ____ Mes ____ Año ____

ANEXO 6. PRINCIPALES REQUISITOS QUE DEBE CONTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Basados en la Resolución 8430 de 1993 — Artículos 15 y 16)

Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

El Consentimiento Informado debe contener la siguiente información en forma completa y clara que será proporcionada al sujeto de la investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que pueda ser bien comprendida:

Se incluyen los siguientes elementos de manera clara	SI	NO	OBSERVACIONES
Justificación de la investigación	X		
Objetivos de la investigación	X		
Molestias o riesgos esperados	X		
Beneficios que puedan obtenerse	X		
Se explican los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto	X		
Se aprecia de manera explícita la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta por parte del sujeto participante	X		
Se aprecia de manera clara la posibilidad de aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el consentimiento	X		
Se aprecia de manera clara la libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio	X		
Se aprecia de manera clara la seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad	X		



Se aprecia de manera clara el compromiso de proporcionar al sujeto información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para	X		
Se explica el tiempo de participación de los individuos que harán parte del estudio	X		

Principales aspectos éticos de la investigación con seres humanos en el área de la salud

(Recomendados por CIOMS y Basados en la Resolución 8430 de 1993 - Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud)

1. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Explique de qué manera con el desarrollo de la presente investigación prevalecerán dichos criterios:

La confidencialidad de la información será garantizada a las participantes mediante códigos de identificación con el acceso exclusivo de los investigadores.
Los datos obtenidos se presentara de manera estadística y no se mencionara ningún dato que pueda llevar a la identificación del personal participante.
Las encuestas realizadas serán completamente voluntarias, si el personal encuestado decide en cualquier momento no seguir con el proceso, la encuesta será destruida y no se tendrá en cuenta dentro del estudio.
Puede existir alguna afectación emocional del personal a estudio, por el hecho de recordar sucesos estresantes, si llegado el caso se presentara, el test será suspendido de manera inmediata y se remitirá bajo previa autorización del encuestado a una valoración por parte de personal calificado.
Todo el proceso será acompañado por un profesional en el área de psicología, quien estará presto para cualquier duda, ayuda o asesoramiento.

2. Justifique de manera clara y concisa los principios científicos, técnicos y éticos de la presente investigación:

El presente estudio se clasifica como descriptivo, donde se tomaran como base de datos los obtenidos en una encuesta donde se toman aspectos socioeconómicos y laborales importantes en la identificación de factores involucrados con la aparición del TEPT, luego se realiza la Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático la cual funciona a modo de encuesta estructurada, es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno del estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV, con una eficacia diagnostica muy alta (95.45%). la investigación presenta principios éticos que garantizan no poner en riesgo la vida, honra e integridad de ninguno de los participantes en la investigación



3. Describa el alcance de la investigación. ¿Será ésta realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano? Caso contrario explicarlo.

La investigadora principal es bacterióloga, especialista en epidemiología, lo cual asegura el manejo confidencial de la información obtenida y la fiabilidad del análisis de los datos, va a estar acompañada en todo el proceso de investigación por una profesional en el área de psicología con experiencia en manejo de personal militar tanto activo como retirado.

4. En qué tipo de investigación se ubica el presente estudio (las definiciones se encuentran al final del presente formato)*:

Seleccione con una X	Tipo de investigación	Justificación
X	Investigación sin riesgo	El estudio emplea como técnica una encuesta autodiligenciada, que el participante voluntariamente accede a su llenado, previa explicación de su elaboración, llenado del consentimiento informado y de la aclaración de cualquier duda al respecto. Es una investigación donde no se realizara ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio
	Investigación con riesgo mínimo	
	Investigación con riesgo mayor que el mínimo	

5. Explicar de qué manera se protegerá la privacidad de los participantes de la investigación. ¿Se requiere identificar al participante en la exposición de los resultados? ¿Ha sido autorizado esto por el mismo?

La confidencialidad de la información será garantizada a las participantes mediante códigos de identificación con el acceso exclusivo de los investigadores.
Los datos obtenidos se presentara de manera estadística y no se mencionara ningún dato que pueda llevar a la identificación del personal participante.
Las encuestas realizadas serán completamente voluntarias, previa explicación de su elaboración, llenado del consentimiento informado y de la aclaración de cualquier duda al respecto, si el personal encuestado decide en cualquier momento no seguir con el proceso, la encuesta será destruida y no se tendrá en cuenta dentro del estudio.

6. ¿Se cuenta con el consentimiento informado y por escrito del sujeto participante o representante legal?

SI	NO
----	----



X	
---	--

7. La presente investigación contempla la participación o intervención con:

	SI	NO
Menores de edad o discapacitados		x
Mujeres embarazadas, puerperio, lactancia o recién nacidos		x
Animales		x

Anexo 9: Resumen hoja de vida

YENNY CAROLINA AVELLA RIOS

CEDULA 37753473 de Bucaramanga
CELULAR, 3133877054
E-MAIL: bac_carolina@yahoo.es

FORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Secundarios: COLEGIO NACIONAL DE SUGAMUXI
1996

Universitarios: UIS (UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE
SANTANDER)
BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICA
2001

Especializacion: UNIBOYACA (UNIVERSIDAD DE BOYACA)
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA
2012

Especializacion: UNIBOYACA (UNIVERSIDAD DE BOYACA)
GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD
2013

Maestria: UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
En desarrollo actualmente

EXPERIENCIA LABORAL

DITRIQUIMICOS ALDIR
Cargo: Asesora Comercial
Tiempo: 3 años

EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA
Cargo: Oficial del Ejército en grado Capitán, Directora de Establecimientos de
Sanidad Militar
Tiempo: 9 años



SAÚL FRANCO.

Médico-Cirujano de la Universidad de Antioquia. Magíster en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana de México. Ph.D. en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, Brasil. Su tesis doctoral fue laureada y publicada con el nombre de *El Quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*, Bogotá, 1998.

Docente de las universidades de Antioquia y Nacional de Colombia, y profesor invitado en diferentes universidades del país y del exterior. Investigador en los campos de la Salud Pública, la Medicina Social, los sistemas de salud y Seguridad Social, y en el tema de Violencia y Salud, con varios libros y múltiples publicaciones científicas nacionales e internacionales en dichos campos.

Ha sido consultor regional y nacional de la Organización Panamericana de la Salud, OPS. Consultor externo de la UNESCO y de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados en Colombia, ACNUR. Actualmente es profesor-investigador de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Economía de la Universidad Santo Tomás, en Bogotá y miembro de la Cátedra Abierta: la salud en la construcción de la paz en Colombia. Coordinó y publicó recientemente una investigación sobre suicidio en estudiantes universitarios de Bogotá, con un grupo interdisciplinario, multiprofesional e interinsitucional. Es también columnista del diario El Espectador.

Es miembro y expresidente de la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP). Miembro fundador y expresidente de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Cofundador y primer director del Centro Latinoamericano de Estudios de Violencia y Salud – CLAVES - en la Fundación Oswaldo Cruz, de Brasil. Cofundador y primer coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, de la Universidad Nacional de Colombia. Y miembro fundador del Movimiento Nacional por la Salud, en Colombia.

Bogotá, agosto de 2015.



LILIANA NIÑO TORRES

Psicóloga, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2005

Especialización en Pedagogía de los Derechos Humanos, UPTC, 2006 - 2007

Cuento con el conocimiento y las habilidades para desempeñarme en diferentes ambientes laborales y en distintas actividades del quehacer profesional, ya que he adelantado procesos de capacitación en áreas social, educativa y empresarial en programas de mejoramiento de vivienda, adulto mayor y calidad educativa en los procesos de responsabilidad social en la empresa Argos S.A; así mismo, he guiado procesos psicoterapéuticos con personas de diferentes edades, características sociodemográficas y cognitivas con el objeto de promocionar la salud mental, optimizar el rendimiento individual y mejorar la calidad de vida.

Poseo manejo de la psicología militar la cual requiere de destreza en tareas específicas como selección de personal, manejo de procesos grupales e individuales con comandantes y soldados en temas referentes a adaptación a la vida castrense, prevención de comportamientos de riesgo como consumo de sustancias psicoactivas, prevención suicidio, fortalecimiento de autoestima y estilos saludables de vida, labor que he desarrollado en los batallones GMSIL, BAMGU No.2 y BITER No.1 en Boyacá; en el BASER 10 de la Décima Brigada Blindada en Valledupar y en BIVEL de San Pedro de Urabá.

A nivel familiar he capacitado en elección asertiva de pareja, optimización en la calidad de tiempo, pautas de crianza, sexualidad responsable, entre otros.

Mi deseo de superación me permite seguir aprendiendo y capacitándome en temas relacionados con mi profesión y con temas de interés social e interdisciplinario.

Mis valores éticos y personales han facilitado el manejo de relaciones con compañeros de trabajo y superiores.

LILIANA NIÑO TORRES

CC. No. 46`451.592 Duitama.

Duitama, 22 de septiembre de 2015



Universidad Santo Tomás
Facultad de Economía
Maestría Salud Pública

Señores
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
Bogotá. D.C.

Reciban un cordial saludo,

La presente tiene como fin dar a conocer el apoyo a nivel profesional en la asesoría para la construcción de elementos de medición, aplicación y acompañamiento en la aplicación de todas las encuestas, y en el análisis de datos en la investigación "estrés postraumático en una muestra de personal retirado del Ejército de Colombia, Situación y caracterización primer trimestre 2016; proceso que a nivel de maestría que está adelantando la Dra Yenny Carolina Avella

Atentamente,

LILIANA NIÑO TORRES
C.C. 46.451.592 Duitama



ENCUESTA

1. EDAD
2. AÑOS LABORADOS EN LA FUERZA
3. HACE CUANTOS AÑOS SE RETIRO DE LA FUERZA
- 4.. GRADO MILITAR
5. OCUPACIÓN DESPUÉS DE SU RETIRO
6. ESTADO CIVIL
7. NUMERO DE HIJOS
8. ESTRATO SOCIOECONOMICO
9. CUANTOS REENTRENAMIENTOS TUVO

10. LA RELACIÓN CON MIS SUPERIORES DIRECTOS ERA
11. LA RELACIÓN CON MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO FUE:
12. LA RELACIÓN CON MI COMPAÑERA ES:
- 13 . LA RELACIÓN CON MIS HIJOS ES:
14. EL TRATO QUE HE RECIBÍ DE MIS SUPERIORES FUE
- 15 EL TRATO QUE HE RECIBÍ DE MIS COMPAÑEROS FUE

MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA

16. ESTUVO USTED EN COMBATES
- 17 CUANTAS VECES

SI	NO
----	----

18. VIO O PRESENCIO LA MUERTE DE ALGÚN COMPAÑERO
- 19 FUE HERIDO EN COMBATE
20. A ESTADO SECUESTRADO
21. ALGÚN INFORMATIVO POR LESIÓN

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

LITERAL

--

POR QUE MOTIVO

22. UD A ESTADO EXPUESTO A CIRCUNSTANCIAS DE ALTO RIESGO PODRIA DESCRIBIRNOS ALGUNAS DE ELLAS?

SI	NO
----	----



0: NADA	1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/ POCO	2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA /BASTANTE	3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO
------------	--	---	--

REEXPERIMENTACION

¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?

2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?

3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

5. ¿Experimenta malestar físico al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?

2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?

3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?



6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?

7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?

2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?

3. ¿Tiene dificultades de concentración?

4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?

5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?
