

Perfil cognitivo del trastorno por estrés postraumático agudo en personas víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia

Cognitive Profile of Acute Post-Traumatic Stress Disorder of Victims from a Car Bomb Attack in Colombia

Mauricio Barrera Valencia¹, Nora Helena Londoño Arredondo²,
Gloria Cecilia Henao López³ y Liliana Calderón Delgado⁴

Recibido: 16- Febrero - 2015 • Revisado: 18- Mayo- 2015 • Aprobado: 04- Junio -2015

Resumen

Se estudia descriptiva y transversalmente el perfil cognitivo de víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia y que presentan el síndrome de estrés postraumático agudo. El grupo de casos lo conformaron 16 víctimas que cumplieron los criterios diagnósticos del síndrome de estrés postraumático tipo agudo, 8 sujetos que aunque presenciaron el atentado no cumplieron los criterios y 16 sujetos de control. En los tres grupos se aplicó el *Check list* realizado desde el DSM-IV y se confirmó el diagnóstico con el *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Se emplearon la *Escala de estrategias de coping modificada* y el *Young Schema Questionnaire Long Form*. Se encuentran diferencias significativas entre los tres grupos en Esquemas Maladaptivos Tempranos y en estrategias de afrontamiento.

Palabras clave autores: Estrategias de afrontamiento, Esquemas maladaptativos tempranos (EMT), Perfil cognitivo, Síndrome de estrés postraumático agudo, Víctimas.

Palabras clave descriptores: Adaptación Psicológica, Trastornos por Estrés Postraumático, Víctimas de Crimen.

Abstract

The cognitive profile of car bomb victims in Colombia relating to acute post-traumatic stress syndrome is being studied descriptively and transversely. The case group consists of: 16 victims that fall into the criteria of the diagnostics of acute post-traumatic stress, 8 subjects that witnessed the attack did not meet the requirements and 16 another are the control group. In the three groups we applied the use of the *Checklist from DSM-IV* and the *Mini International Neuropsychiatric Interview* to confirm the diagnostic. As well the use of *Escala de estrategias de coping modificada* (the modified copy of School of Strategies) and the *Young Schema Questionnaire Long Form*. Between the three groups we encountered significant differences of early maladaptive schemas and copying strategies.

Keywords authors: Copying Strategies, Early Maladaptive Schemas (EMS), Cognitive Profile, Acute.

Keywords plus: Adaptation, Psychological, Stress Disorders, Post-Traumatic, Crime Victims.

Para citar este artículo:

Barrera Valencia, M., Londoño Arredondo, N. H., Henao López, G. C. y Calderón Delgado, L. (2015). Perfil cognitivo del trastorno por estrés postraumático agudo en personas víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), pp 57-72.

1. Mg. Ph.D. Profesor asociado del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia – Medellín, Colombia. Calle 67 N° 53-108. Bloque 9 oficina 404. Miembro del grupo de investigación en Psicología Cognitiva. Correo electrónico: mauricio.barrera@udea.edu.co
2. Mg. Ph.D. Profesora Titular Universidad San Buenaventura Medellín.
3. Mg. Ph.D. Profesora Investigadora Universidad EAFIT.
4. Ph.D. Profesora Investigadora Universidad CES.

Introducción

El trauma psicológico es, sin duda, un fenómeno que ha adquirido dimensiones mundiales. En un documento preparado por Elbadawi y Sambanis (2000) para el Banco Mundial, se afirma que el porcentaje de países en guerra civil fue del 7% en el período de 1960 a 1964, ascendió hasta el 28% en el período de 1990 a 1994, con el colapso de la Unión Soviética, y declinó en los siguientes cinco años, hasta alcanzar una tasa del 13%. A pesar de esto, los autores consideran que al finalizar el siglo xx el mundo era menos seguro que hace cuarenta años. Esta aparente contradicción se debe, en buena medida, al auge que han tenido las prácticas terroristas desarrolladas por grupos extremistas, las cuales afectan la seguridad de la población civil y fomentan una sensación de vulnerabilidad en el común de las personas, mediante la realización de atentados que trascienden a la opinión pública, bien sea por su espectacularidad o por la violencia con la que actúan. Los atentados del 11 de septiembre en Estados Unidos, del 11 de marzo en España, o los hechos ocurridos en la ciudad de Londres, son lamentables ejemplos de esta situación.

Al margen de este panorama, Harvey y Pauwels (2000), señalan que pocos fenómenos son tan ampliamente difundidos entre las personas y en contextos tan diversos como el estrés traumático. La gama de situaciones potencialmente traumáticas pueden abarcar desde ser víctimas de agresiones físicas o psicológicas, el conocer familiares o personas allegadas que han sufrido situaciones traumáticas o ser sencillamente simples espectadores de actos violentos; cualquiera de estas condiciones puede desencadenar un conjunto de reacciones en los ámbitos emocional, fisiológico, cognitivo y conductual, y ocasionar secuelas graves en la salud mental

de quien vive alguna de estas situaciones. Esta descripción es particularmente cierta en un país como Colombia, donde desde hace más de veinte años la población civil ha entrado a hacer parte de una guerra no declarada, afectando en un sinnúmero de formas la vida y la salud de miles de personas.

Así, por ejemplo, de acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de Defensa Nacional (2010), en Colombia, en el año 2003, año en el cual ocurrió el atentado con carro bomba, se presentaron 23.523 homicidios, que corresponden a una tasa de 60 homicidios por cada 100 mil habitantes, cifra comúnmente asociada a países en guerra. Al revisar los datos de los últimos años se puede observar una disminución significativa, en donde la tasa de homicidios fue de 16.140 y 15.817 en los años 2008 y 2009 respectivamente. Aun así, a pesar de esta mejoría, las cifras siguen siendo altas, con lo cual se mantiene la sensación de vulnerabilidad en la población en general.

Ahora bien, a medida que estas cifras descenden, se van haciendo cada vez más evidentes los efectos que esta situación de orden público ha generado en la población colombiana. En un estudio realizado por el Ministerio de la Protección Social y la Fundación FES (2005), orientado a evaluar la salud mental de la población en Colombia, se seleccionó una muestra representativa de 4.544 personas y se encontró una prevalencia de vida de 1,8% para el trastorno por estrés postraumático (TEPT). A pesar de ser una importante referencia en el ámbito nacional de los problemas de salud mental en Colombia, para el caso específico del estrés postraumático no toma en cuenta el hecho de haber estado o no enfrentado a un evento potencialmente traumático, lo que se constituye en un elemento

que limita la generalización de los datos, pues este es, en la versión IV del texto revisado del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), el primer criterio definitorio del TEPT (American Psychiatric Association –APA, 2002).

Por su parte, Pineda, Guerrero, Pinilla y Estupiñán (2002) evaluaron una muestra de 202 personas en un municipio colombiano (San Joaquín, Santander) luego de dos años de haber sido sometido a un ataque guerrillero. Encontraron, entre los expuestos, una prevalencia de TEPT de 37,6%.

Londoño et al. (2005) realizaron un estudio en el que se evaluó la situación de salud mental en el municipio de Bojayá, luego de una toma guerrillera en la cual murieron 119 personas y 98 resultaron heridas. Se tomó una muestra de 40 adultos, 21 que se desplazaron a Quibdó y 15 que retornaron a Bojayá. Los resultados se compararon con 25 personas sanas sin TEPT. En este estudio se encontró una prevalencia de TEPT de 37%.

En el año 2007 se llevó a cabo un estudio en la Universidad de Antioquia, con el apoyo de la Universidad de San Francisco, en el cual se evaluaron a personas víctimas de desplazamiento. Los resultados señalan que dichas víctimas presentan síntomas de ansiedad y depresión, y que estos síntomas afectan de manera importante sus relaciones interpersonales y su capacidad laboral (Richards, Ospina-Duque, Barrera-Valencia, Escobar-Rincón, Ardila-Gutiérrez, Metzler y Marmar, 2011).

Ahora bien, el hecho de que luego de un evento traumático solo una fracción de las personas expuestas presente el cuadro de TEPT, ha motivado el desarrollo de enfoques de tipo cognitivo, los cuales enfatizan en la evaluación que las personas hacen del evento como el factor que puede o no desencadenar el cuadro. Es importante señalar que este aspecto se constituye en la diferencia principal que existe entre la conceptualización del TEPT entre las versiones III y IV del DSM, pues el énfasis se pone en la reacción y la interpretación de la persona, y no tanto en la gravedad del acontecimiento traumático (Barlow, 1994, citado por Echeburúa y Corral, 1995; Brewin, Andrews, Rose y Kirt, 1999).

Con respecto a este punto, Lazarus señala:

(...) la esencia del trauma reside en que los significados cruciales se han visto minados. Estos significados se relacionan con los sentimientos de merecimiento, la creencia de ser querido o atendido y quizá entre los más importantes, las personas traumatizadas ya no creen ser capaces de manifestar ningún control sobre sus vidas. Los significados fundamentales que una vez sostuvieron las personas traumatizadas –en efecto, la razón misma para vivir– no solo han sido amenazados o desafiados, como en la mayoría de las transacciones estresantes, sino severamente dañados o destruidos por el evento traumático (2000, pp. 139-140).

Así, la evaluación cognitiva de lo ocurrido parece desempeñar un papel importante, pues mediante dicha evaluación, la persona interpreta y otorga un significado a los sucesos. Dicho significado está determinado por las creencias y las reglas, las cuales se organizan en forma de esquemas cognitivos (Echeburúa y Corral, 1995; Londoño et al., 2001; Riso, 2006).

El concepto de *esquema cognitivo* fue desarrollado inicialmente por Beck en 1967, como

(...) una estructura cognitiva que permite seleccionar, codificar y evaluar los estímulos que llegan al organismo [...] con base en una matriz de esquemas, el individuo es capaz de orientarse con relación al tiempo y al espacio y de categorizar e interpretar experiencias de un modo significativo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979. p. 20).

Ahora bien, Young (1999), plantea que existe un nivel más profundo de la cognición denominado *esquemas maladaptativos tempranos* (EMT), los cuales hacen referencia a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales. Estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de las experiencias posteriores.

Los EMT presentan varias características:

1. La mayoría de EMT son creencias y sentimientos incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente. Los esquemas son verdades a priori que están implícitas y se dan por sentado.
2. Los EMT son autoperpetuantes y, por lo tanto, mucho más resistentes al cambio. Debido a que los esquemas se desarrollan en etapas tempranas de la vida, con frecuencia

conforman el núcleo del autoconcepto del individuo y su concepción del ambiente. Estos esquemas son cómodos y familiares, y cuando son desafiados, el individuo distorsiona la información para mantener su validez. La amenaza de un cambio en los esquemas es demasiado desestabilizadora para la organización cognitiva central.

3. Por definición, los EMT deben ser significativamente disfuncionales y recurrentes.
4. Los EMT son generalmente activados por eventos del ambiente que son relevantes para el esquema que está en juego.
5. Los EMT están generalmente mucho más estrechamente ligados a altos niveles de afecto cuando están activados, que las creencias subyacentes.
6. Los EMT parecen ser el resultado del temperamento innato del niño, en interacción con experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y amigos, durante los primeros años de vida. Más que el producto de eventos traumáticos aislados, la causa de la mayoría de los esquemas son probablemente patrones constantes de experiencias nocivas diarias con los miembros de la familia y los amigos, situación que fortalece el esquema de manera acumulativa.

Desde el planteamiento teórico de los EMT, parece claro que no son el producto de un evento traumático único. Sin embargo, una vez instaurados, es probable que desempeñen algún papel en la aparición y el mantenimiento de los síntomas de TEPT luego de un evento traumático. Al respecto, Nixon, Resick y Nishith (2004) realizaron un estudio comparativo en el que evaluaron, entre otros aspectos, la presencia de

EMT en una muestra de 135 personas víctimas de violencia doméstica, 69 (51%) con diagnósticos de TEPT y trastorno depresivo, 38 (28,14%) con diagnóstico de TEPT y sin trastorno depresivo, y 28 (20,7%) sin ninguno de estos dos trastornos. Entre los resultados obtenidos encontraron diferencias significativas en los esquemas de defectuosidad/vergüenza, indeseabilidad social y fracaso, con valores $p < 0,05$, siendo mayores las puntuaciones en las medias del grupo con TEPT y depresión, seguido por el grupo con diagnóstico TEPT sin depresión.

Ehlers y Clark (2000) han señalado que un aspecto central en relación con el efecto negativo de la evaluación del evento es aquel que lleva a la persona a percibir este como una amenaza constante. Así, los individuos pueden generalizar a partir del evento traumático y, en consecuencia, percibir un rango de actividades como más peligrosas de lo que realmente son.

Aunque no existe evidencia empírica suficiente, es factible que en esta sensación de amenaza constante que perciben las personas con TEPT, los EMT cumplan un papel importante, tanto en su génesis como en su mantenimiento. En opinión de los autores, los resultados de la investigación que se expone a continuación son una confirmación empírica de esta idea.

Con respecto al constructo de *afrentamiento*, diversos autores coinciden al afirmar que este se constituye en un factor determinante a la hora de desarrollar o no TEPT luego de un evento traumático y hace referencia a las estrategias que emplea la persona para hacer frente a un evento estresante. Sobre su clasificación, existen diversas taxonomías, pero tal vez la más interesante para los efectos del presente estudio es la que divide las estrategias con base en la dicotomía aproximación/evitación. Según

“(...) Aunque no existe evidencia empírica suficiente, es factible que en esta sensación de amenaza constante que perciben las personas con TEPT, los EMT cumplan un papel importante, tanto en su génesis como en su mantenimiento”

este modelo, los pensamientos o acciones pueden estar dirigidos hacia resolver una amenaza o a alejarse de ella (Canton y Justicia, 2008; Cassiday, McNally y Zeitlin, 1992).

El presente estudio descriptivo transversal tuvo como objetivo describir el perfil cognitivo de las personas que fueron víctimas de un atentado con carro bomba y presentaron síndrome de estrés postraumático agudo, comparado con el perfil de un grupo de personas que siendo víctimas del mismo atentado no desarrollaron el cuadro de estrés postraumático, y un grupo control, conformado por personas que no han sido víctimas de ningún atentado, con el fin de identificar las diferencias que puedan existir.

1. Método

1.1 Población

La población de referencia fue personal civil adscrito a un organismo gubernamental encargado de coadyuvar en la administración de justicia, sin funciones de policía judicial. En enero de 2003, una de las sedes de dicho organismo fue objeto de un atentado con un carro bomba,

en momentos en que el personal allí adscrito se encontraba ingresando a sus instalaciones para iniciar su jornada laboral. Como resultado se produjo la muerte de dos funcionarios, heridas con distinto compromiso a quince empleados y daños considerables en la edificación.

1.2 Participantes

La participación de todas las personas en el presente estudio fue de carácter voluntario y antes de ser evaluados, firmaron el correspondiente consentimiento informado para participar en investigaciones de bajo riesgo para la salud, de acuerdo con las directrices fijadas por el Departamento de Bioética de la Universidad San Buenaventura de Medellín.

- *Selección de expuestos con TEPT.* Se tomaron dieciséis participantes de sexo masculino y sexo femenino que laboraban en la entidad estatal, y que a raíz del atentado con carro bomba en una de las instalaciones de la entidad, cumplieron los criterios dados por el DSM-IV para el síndrome de estrés postraumático tipo agudo. Los criterios fueron evaluados a través del *Check list* y confirmados a través del *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*.
- *Selección de expuestos sin TEPT.* Se tomaron ocho sujetos de ambos sexos que laboraban en la misma entidad y que a raíz del mismo atentado estuvieron presentes y no cumplieron ninguno de los síntomas del DSM-IV para estrés postraumático. Al igual que el grupo de casos se aplicó el *Check list* y se confirmó a través del MINI.
- *Selección de controles.* Se tomó un grupo de dieciséis personas que laboraban en la insti-

tución, que no han sido víctimas de ningún tipo de atentado y que no cumplen los criterios dados por el DSM-IV para el síndrome de estrés postraumático. Al igual que con los anteriores grupos, los controles fueron evaluados con el MINI, para asegurarse de no tener TEPT ni trastornos psiquiátricos que pudieran influir sobre los resultados.

Los grupos fueron equiparados entre sí en las variables demográficas de sexo, edad, nivel socioeconómico y académico, y estado civil.

Además de controlar la presencia de antecedentes psiquiátricos, el MINI permitió observar que ninguno de los participantes cumplió criterios para dependencia o abuso de alcohol u otras sustancias. Lo anterior es útil por cuanto el estudio de las variables de interés se puede afectar por la presencia de alguna de estas circunstancias (Resick, 2001).

1.3 Instrumentos

- *Check list de síntomas de estrés postraumático* (Pineda et al. 2002). Cuestionario breve de síntomas de estrés postraumático desarrollado con base en los criterios del DSM-IV.
- *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* (Sheehan y Lecrubier, 1999) Entrevista semiestructurada con la cual se puede realizar un tamizaje de los principales trastornos mentales que aparecen descritos en el DSM-IV. Consta de dieciséis módulos, incluyendo uno opcional para diagnóstico de trastorno por estrés postraumático.
- *Escala de estrategias de coping modificada (EEC-M)* (Londoño et al. 2006). La escala fue construida con 98 ítems, con opciones de

respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde “Nunca” hasta “Siempre”. Se construyeron catorce escalas, cada una evaluada a partir de siete enunciados. Los componentes de la escala son los siguientes:

- *Búsqueda de alternativa*: estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución.
- *Conformismo*: estrategia cognitiva que busca tolerar el estrés resignándose con la situación.
- *Control emocional*: estrategia cognitivo-comportamental con la cual se pretende tolerar la situación estresante a través del control de las emociones.
- *Evitación emocional*: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social. Esta es evaluada por las preguntas.
- *Evitación comportamental*: estrategia comportamental en la que llevan a cabo actividades o acciones que contribuyan a tolerar el problema o a eliminar o neutralizar las emociones generadas por las mismas.
- *Evitación cognitiva*: estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación.
- *Young Schema Questionnaire Long Form (YSQ-LF)* (validado en Colombia por Castrión, Ferrer, Chaves, et al., 2005). Esta prueba parte de los supuestos teóricos de Young en relación con los EMT, los dominios de los esquemas, evitación de los esquemas y compensación de los esquemas (Young,

1999). El cuestionario consta de 205 ítems, contruidos en escala tipo Likert y evalúa dieciséis esquemas, los cuales, a su vez, se agrupan en cinco dominios:

- *Desconexión y rechazo*. Deprivación emocional, abandono, desconfianza/abuso, aislamiento social, defectuosidad/vergüenza, indeseabilidad social.
 - a. *Perjuicio en autonomía y desempeño*. Fracaso, dependencia/incompetencia; vulnerabilidad al daño y la enfermedad, inmaduro/complicado.
 - b. *Tendencia hacia el otro*. Subyugación, autosacrificio.
 - c. *Sobrevigilancia e inhibición*. Deprivación emocional, reglas implacables (estándares inflexibles).
 - d. *Límites inadecuados*. Derecho/grandiosidad, insuficiente autocontrol/autodisciplina.

1.4 Procedimiento

Los participantes del grupo de casos y expuestos sin TEPT fueron seleccionados con base en los resultados del *Check list*, el cual fue aplicado a 75 personas que estuvieron presentes al momento del atentado o que manifestaron sentirse afectadas por el evento. De este grupo se identificaron 23 personas que cumplían los criterios para TEPT, 28 que estando expuestas no presentaron ningún síntoma de TEPT, 14 que manifestaron diversos síntomas de TEPT, pero sin cumplir todos los criterios requeridos para este trastorno, y 10 que presentaron antecedentes psiquiátricos o neurológicos. Del total de estas personas, aceptaron participar en el estudio 16 casos y 8 expuestos sin TEPT. El grupo

“Los participantes del grupo de casos y expuestos sin TEPT fueron seleccionados con base en los resultados del Check list, el cual fue aplicado a 75 personas que estuvieron presentes al momento del atentado o que manifestaron sentirse afectadas por el evento”

de controles, estuvo conformado por funcionarios de la misma institución que no habían vivido situaciones traumáticas ni estuvieron presentes en el momento del atentado. Este grupo estuvo conformado por 16 personas.

Posteriormente, cada uno de los participantes firmó el respectivo consentimiento informado y se les aplicó las escalas ya descritas, en forma colectiva e individual. Los resultados fueron analizados mediante el uso del paquete estadístico para ciencias sociales (*SPSS 15.0*).

2. Resultados

Al comparar los grupos se observó que las variables demográficas no presentan diferencias significativas, con lo cual se puede inferir que los datos obtenidos pueden estar relacionados con la presencia del evento traumático o estar asociados al TEPT, y no debido a factores ajenos a estas variables (véase tabla 1).

Tabla 1. Variables demográficas de los grupos comparados

Variable	Valor	Expuestos con PTSD				Expuestos sin PTSD				Controles				Chi 2*	Valor p
		N	%	Media	Ds	N	%	Media	Ds	N	%	Media	Ds		
Edad	25 a 29	3	18,75	36,8	8,0	0	0	39,75	6,6	2	12,5	36,6	7,3	1,9	0,390
	30 a 34	4	25			1	12,5			6	37,5				
	35 a 39	4	25			5	62,5			4	25				
	40 a 44	1	6,25			1	12,5			1	6,25				
	45 o más	4	25			1	12,5			3	18,75				
Sexo	Femenino	12	75	-	-	4	50	-	-	10	62,5	-	-	1,5	0,472
	Masculino	4	25			4	50			6	37,5				
Estrato social	1-2	3	18,75	-	-	2	25	-	-	1	6,25	-	-	0,7	0,695
	3-4	12	75			5	62,5			14	87,5				
	5-6	1	6,25			1	12,5			1	6,25				
Nivel educativo	1-2	2	12,5	-	-	3	37,5	-	-	5	31,25	-	-	0,3	0,852
	3-4	7	43,75			1	12,5			4	25				
	5-6	7	43,75			4	50			7	43,75				
Estado civil	Soltero	7	43,75	-	-	4	50	-	-	10	62,5	-	-	1,2	0,570
	Casado	9	56,25			4	50			6	37,5				

PTSD = Trastorno por estrés postraumático (sigla en inglés); p = significancia estadística; N = tamaño de la población; Ds = desviación estándar

Para comparar los resultados obtenidos por cada grupo, se tomaron las medias y las desviaciones estándar, y se compararon mediante el estadístico no paramétrico de Chi² de Kruskal-Wallis (véase tabla 2).

Tabla 2. Comparación de medias y desviaciones estándar de las pruebas cognitivas en los tres grupos

Variable	Media	Expuestos con PTSD		Expuestos sin PTSD		Controles		Chi2	p
		Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar			
Esquemas de Young	Abandono	16,37	8,17	13,25	7,42	11,12	4,14	3,011	0,222
	Insuficiente autocontrol y autodisciplina	13,00	5,31	10,87	4,45	12,06	4,71	1,147	0,564
	Desconfianza y abuso	15,43	6,36	12,87	7,47	12,43	5,94	2,277	0,320
	Deprivación emocional	14,56	6,87	9,25	2,25	9,25	4,43	6,670	0,021
	Vulnerabilidad al daño y enfermedad	12,18	6,75	9,00	4,50	9,43	4,70	2,619	0,270
	Autosacrificio	15,31	5,04	15,00	4,30	15,00	5,07	0,103	0,950
	Estándares inflexibles	11,93	5,19	10,75	4,30	7,62	2,12	6,202	0,021
	Estandares inflexibles 2	11,37	3,64	10,25	4,20	10,37	3,48	0,766	0,682
	Inhibición emocional	6,31	3,09	4,75	3,41	4,68	2,49	3,254	0,197
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas	35,69	8,25	38,50	5,04	43,00	6,66	7,989	0,011
	Apoyo social	23,13	4,78	20,38	7,63	26,56	8,18	5,598	0,061
	Religión	24,50	4,33	24,38	7,48	25,19	8,51	,016	0,992
	Evitación emocional	25,00	6,08	22,63	6,65	22,31	6,11	2,983	0,225
	Conformismo	18,75	6,08	16,13	4,85	14,81	4,65	3,972	0,137
	Apoyo profesional	10,63	5,40	10,88	4,39	12,63	5,57	1,237	0,539
	Reacción agresiva	11,69	5,87	9,63	3,29	10,44	3,81	0,677	0,713
	Evitación cognitiva	22,19	5,36	22,13	5,69	23,19	6,32	0,392	0,822
	Incompetencia	7,88	2,39	8,13	4,22	7,44	2,36	0,219	0,896
	Reevaluación positiva	7,44	2,55	8,13	1,64	9,19	2,50	3,766	0,043

Las variables en donde las diferencias fueron significativas de acuerdo con los resultados de la prueba de Chi² de Kruskal-Wallis fueron: en el cuestionario de esquemas de Young (YSQ), las variables *deprivación emocional* y *estándares inflexibles* muestran una diferencia significativa entre los grupos, con un valor de 0,021 en ambos casos.

Por su parte, en la prueba de estrategias de afrontamiento, la variable *solución de problemas* y *reevaluación positiva* obtuvo un valor de 0,011 y 0,043 respectivamente.

Un análisis adicional fue comparar el resultado de un grupo con los demás, para lo cual se empleó la prueba U de Mann-Whitney. Se obtuvieron los siguientes resultados que se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Medidas de tendencia central, desviación estándar, niveles de significancia y comparación de los resultados obtenidos en la evaluación cognitiva. Prueba U de Mann-Whitney

Variables		Expuestos con PTSD (1) Media Desviación estándar	Expuestos sin PTSD (2) Media Desviación estándar 1y2	Control (3) Media	Comparación de grupos (valor p)		
				Desviación estándar	1y3	2y3	
Esquemas de Young	Abandono	16,38 8,17	13,25 7,42	11,13 4,15	0,371	0,074	0,252
	Insuficiente autocontrol y autodisciplina	13,00 5,32	10,88 4,45	12,06 4,71	0,042	0,172	0,441
	Desconfianza y abuso	15,44 6,37	12,88 7,47	12,44 5,94	0,406	0,069	0,926
	Deprivación emocional	14,56 6,88	9,25 2,25	9,25 4,43	0,356	0,483	0,518
	Vulnerabilidad al daño y enfermedad	12,19 6,75	9,00 4,50	9,44 4,70	0,283	0,162	0,878
	Autosacrificio	15,31 5,04	15,00 4,31	15,00 5,07	0,053	0,021	0,577
	Estándares inflexibles	11,94 5,20	10,75 4,30	7,63 2,13	0,207	0,160	0,733
	Estandares inflexibles 2	11,38 3,65	10,25 4,20	10,38 3,48	0,806	0,777	0,951
	Inhibición emocional	6,31 3,09	4,75 3,41	4,69 2,50	0,601	0,021	0,081
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas	35,69 8,25	38,50 5,04	43,00 6,66	1,000	0,674	0,573
	Apoyo social	23,13 4,79	20,38 7,63	26,56 8,19	0,778	0,908	0,685
	Religión	24,50 4,34	24,38 7,48	25,19 8,51	0,853	0,894	0,711
	Evitación emocional	25,00 6,09	22,63 6,65	22,31 6,12	0,552	0,031	0,083
	Conformismo	18,75 6,08	16,13 4,85	14,81 4,65	0,711	0,506	0,951
	Apoyo profesional	10,63 5,40	10,88 4,39	12,63 5,57	0,601	0,249	0,407
	Reacción agresiva	11,69 5,87	9,63 3,29	10,44 3,81	0,536	0,362	0,709
	Evitación cognitiva	22,19 5,37	22,13 5,69	23,19 6,33	0,975	0,790	0,476
	Incompetencia	7,88 2,391	8,13 4,224	7,44 2,37	0,459	0,494	0,805
	Reevaluación positiva	7,44 2,555	8,13 1,642	9,19 2,51	0,061	0,089	0,782

Utilizando la prueba U de Mann-Whitney, se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos en las siguientes variables: en el cuestionario del YSQ se encontraron diferencias en el esquema *insuficiente autocontrol y autodisciplina*, con una diferencia estadísticamente significativa de $p = 0,042$, al comparar el grupo de casos con el grupo de expuestos sin TEPT. Asimismo, en el esquema *autosacrificio*, se obtuvo una diferencia de $p = 0,021$, al comparar el grupo de casos con el grupo de expuestos sin TEPT. Por último, esquema inhibición emocional arrojó una diferencia de $p = 0,021$ entre los grupos de casos y expuestos sin TEPT.

En la prueba de estrategias de afrontamiento se observó una diferencia en la variable *evitación emocional* ($p = 0,031$) al comparar el grupo de casos y expuestos sin TEPT.

3. Discusión

Colombia, a pesar de ser un país con una situación de orden público alterado, en donde gran parte de la población se ha sentido afectada, presenta pocos estudios en relación con el síndrome de estrés postraumático. Adicionalmente, el control metodológico de estos trabajos no ha facilitado el obtener conclusiones suficientemente válidas.

Para sortear esta situación, el presente estudio controló una serie de variables, con el fin de hacer un análisis confiable de los resultados obtenidos. Así, por ejemplo, con base en las recomendaciones dadas por Horner y Hamner (2002), se tomó la muestra con base en un evento único (atentado con carro bomba); se descartaron todas aquellas víctimas que presentaron antecedentes de tipo psiquiátrico o neurológico previo al atentado; el diagnóstico

“Colombia, a pesar de ser un país con una situación de orden público alterado, en donde gran parte de la población se ha sentido afectada, presenta pocos estudios en relación con el síndrome de estrés postraumático”

de estrés postraumático se realizó mediante la lista de chequeo elaborada por Pineda et al. (2002), y fue corroborado mediante la aplicación del MINI; esto último permitió establecer que ninguno de los participantes en el estudio tuviesen problemas con el consumo de alcohol o abuso de sustancias.

Para la homologación de los grupos se tuvo en cuenta la edad, el nivel socioeconómico, el sexo y el nivel educativo; además, un aspecto que no aparece mencionado en ninguno de los estudios sobre estrés postraumático y los aspectos cognitivos: el tiempo transcurrido desde el evento hasta el momento de la evaluación. Esto se logró debido a que, en esta investigación, todos los casos fueron evaluados entre uno y tres meses luego del evento, por lo que el diagnóstico de estos, con base en los criterios del DSM-IV, fue “trastorno por estrés postraumático agudo”. De esta forma se buscó evaluar los efectos directos del evento sobre los aspectos cognitivos y disminuir así la posibilidad de aparición de otros cuadros psicopatológicos asociados, frecuentes en el trastorno por estrés postraumático crónico (Karam, 2001; Vasterling et al. 1998, citado por Horner y Hamner, 2002). Por último, todos los expuestos al evento traumático que participaron

del estudio fueron personas que laboraban en la sede objeto del atentado, motivo por el cual se descartaron transeúntes o visitantes ocasionales a las instalaciones. Con esto, se procuró atender a la percepción de la magnitud del evento, pues en principio no es lo mismo ser objeto pasivo de un atentado, que percibir el ataque como un fenómeno contra su propia integridad (Echeburúa y Corral, 1995).

En relación con el grupo de expuestos sin TEPT, sólo se tomaron aquellas personas que estando presentes al momento del atentado, no cumplieron ningún criterio para estrés postraumático.

Todo este esfuerzo por controlar el mayor número de variables posibles bajó considerablemente el número de personas participantes del estudio, lo que sin duda se constituye en una seria limitación para obtener conclusiones que sean generalizables a toda la población; sin embargo, se espera que esta rigurosidad en la obtención de los datos permita tener una idea más clara de los aspectos cognitivos de este trastorno.

En relación con estos aspectos, se puede observar, en la tabla 2, que la variable *solución de problemas* del cuestionario estilos de afrontamiento muestra una diferencia clínica y estadística significativa (0,018) entre los tres grupos, siendo la media del grupo de casos la más baja de los tres grupos (35,69 vs. 38,50 del grupo de expuestos sin TEPT y 43 del grupo de controles). Esta variable tiene que ver con la habilidad de las personas para analizar las causas, pensar los pasos a seguir frente a una dificultad, analizar lo positivo y negativo de una alternativa, y poner en marcha varias opciones planificadas. Los datos obtenidos sugieren que, en las personas con estrés postraumático, estas habilidades se encuentran presentes, pero al parecer se hallan inhibidas, probablemente

debido a la interferencia generada por la activación emocional más acentuada en las personas con TEPT. Una explicación alternativa podría ser que estas personas, debido a la sensación de poco control sobre la situación, empleen otro tipo de estrategias de afrontamiento.

Otra estrategia que arrojó resultados significativos desde el punto de vista estadístico fue la de reevaluación positiva, en la cual se puede observar que el grupo de expuestos con estrés postraumático obtuvo un resultado más pobre, con lo cual se puede concluir que la evaluación del evento de forma negativa incide de manera importante en la aparición del TEPT.

En la misma tabla 2 se puede observar que el cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos (YSQ) muestra diferencias significativas para dos variables: *estándares inflexibles* y *deprivación emocional* ($p = 0,021$ para ambos casos). La primera hace referencia a la idea que tienen algunas personas de aparecer siempre lo mejor posible frente a los otros. Es la creencia subyacente en que uno debe esforzarse por alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente para evitar la crítica. Esto se traduce en aspectos como querer ser siempre el primero, cumplir con todas las responsabilidades y altos estándares de exigencia consigo mismo. En estas personas, refrenar los sentimientos indeseables o evitar situaciones que impidan el cumplimiento de sus metas, se constituyen en factores importantes para sí mismas (Beck y Freeman, 1995). Revisando las medias de los tres grupos, se observa que la más alta corresponde al grupo de expuestos con TEPT, y aunque la diferencia es muy pequeña, puede ser en principio una confirmación al modelo propuesto por Ehlers y Clark (2000), pues el evento traumático de alguna manera puede

generar una evaluación negativa y constituirse en un factor de amenaza para la percepción de lo que estas personas esperan de sí mismos.

Dicho modelo plantea, en términos generales, que las personas desarrollan el síndrome de estrés postraumático cuando en el procesamiento del evento traumático o de sus secuelas, les produce una sensación de amenaza constante.

Así, en las personas con patrones rígidos, la necesidad de suprimir pensamientos recurrentes y emociones displacenteras que mantengan en el momento presente esa sensación de amenaza constante puede ocasionar que dichos pensamientos y emociones se manifiesten con mayor frecuencia e intensidad (Wegner, 1989, citado por Ehlers y Clark, 2000).

La otra variable que arroja diferencias significativas es *deprivación emocional*. Aquí se evalúan aspectos relacionados con la percepción que el individuo ha tenido acerca de la poca atención y cuidado que otras personas le suministran. Es la creencia de que los propios deseos en un grado normal de apoyo emocional no serán adecuadamente satisfechos por los otros. Se puede manifestar como deprivación de cuidados, deprivación de empatía o deprivación de protección. Los resultados señalan que las personas con TEPT obtienen un valor más alto en esta variable en comparación con los demás grupos (14,56 vs. 9,25 del grupo de expuestos y del grupo de controles), lo cual puede estar indicando que las personas con TEPT tienden a presentar una percepción de desamparo. Esto confirmaría el planteamiento de Ehlers y Clark (2000), en el sentido de que en el desarrollo del TEPT, las personas que rodean a la víctima pueden asumir una actitud poco clara acerca de cómo abordar la situación y prefieren evitar el

tema, con lo cual la persona puede interpretar esta “consideración” como falta de atención y cuidado por parte de los otros. De hecho, es posible que, objetivamente, algunas personas asuman una actitud crítica o culpabilizadora sobre el evento. Siguiendo al Ehlers y Clark (2000), si la víctima considera importante estos puntos de vista, será más vulnerable a desarrollar el cuadro. Más adelante, al analizar los datos obtenidos al comparar el grupo de casos y expuestos, se puede observar una confirmación de lo aquí enunciado.

En la tabla 3 se hicieron comparaciones de forma separada, es decir, se tomó el grupo de TEPT y se comparó primero con el grupo de expuestos y luego con el grupo de controles. De igual modo, se tomó el grupo de expuestos y se comparó con el grupo de controles. Para ello, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, arrojando una serie de resultados interesantes que se analizan a continuación.

En el YSQ se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las variables insuficiente autocontrol y autodisciplina, autosacrificio e inhibición emocional. Con respecto a la variable *insuficiente autocontrol y autodisciplina*, los datos muestran una diferencia significativa (0,042), al comparar el grupo de casos con el grupo de expuestos sin TEPT (media, 13,00 y 10,88, respectivamente). Esta variable evalúa aspectos como la dificultad para disciplinarse frente a una tarea rutinaria o difícil, y la dificultad para controlar impulsos y emociones. Este factor indicaría que ante un evento traumático, las personas tienen pocos recursos para controlar sus emociones, debido a su poca tolerancia a la frustración y al uso de estrategias inadecuadas para la solución de problemas y toma de decisiones.

Dentro de los resultados obtenidos en el cuestionario de Young, existen dos variables que evalúan la percepción de las personas con respecto a su entorno social y que fueron sorprendentemente similares: *autosacrificio* e *inhibición emocional*. Ambos obtuvieron una diferencia significativa de 0,021 entre el grupo de casos y el grupo de controles. La variable *autosacrificio* mide, entre otros aspectos, la percepción de culpa por no complacer las expectativas y necesidades de los otros, y el sentir que los demás son más importantes que la persona. Por su parte, la variable *inhibición emocional* hace referencia a la necesidad que estas personas sienten de controlar sus emociones, derivada, generalmente, en su preocupación por evitar la desaprobación de los demás y en la poca atención y cuidado que estas personas sienten que han recibido de su medio social. Este resultado es coherente con lo dicho en relación con la variable *deprivación emocional* y confirmaría lo expresado por Ehlers y Clark (2000) con respecto al papel que cumplen las personas alrededor de la víctima de TEPT en la génesis y el mantenimiento de los síntomas.

“(...) el insuficiente autocontrol y autodisciplina, y los estándares inflexibles, llevan a la persona a catalogar el evento traumático como un suceso que confirma el pobre control que tiene sobre las circunstancias del ambiente y a desafiar su necesidad de cumplir con metas muy altas de desempeño derivados de su alta autoexigencia”

la persona a considerar su entorno como un ambiente hostil y en el que el evento traumático confirma dichos esquemas maladaptativos. Asimismo, el apoyo que recibe del medio social es pobremente valorado y distorsionado, con lo que se tienden a perpetuar los síntomas de indefensión y desamparo. Por otra parte, el insuficiente autocontrol y autodisciplina, y los estándares inflexibles, llevan a la persona a catalogar el evento traumático como un suceso que confirma el pobre control que tiene sobre las circunstancias del ambiente y a desafiar su necesidad de cumplir con metas muy altas de desempeño derivados de su alta autoexigencia.

En relación con las estrategias de afrontamiento, la poca habilidad para generar estrategias de solución de problemas, sumado a su pobre habilidad para evaluar de manera más positiva los eventos, llevan a generar un patrón de afrontamiento deficiente, que conduce al individuo a utilizar formas alternativas de resolver el malestar psicológico generado por la situación, en las cuales la persona evita aquellos estímulos,

4. Conclusiones y recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos y el análisis de los mismos, se pueden confirmar tres aspectos centrales de los planteamientos de Ehlers y Clark (2000) en relación con la aparición y el mantenimiento del TEPT: la sensación de pérdida de control, la sensación de amenaza constante y la percepción de falta de apoyo social. Esto se concluye a partir de un patrón derivado de los esquemas maladaptativos tempranos, en que los esquemas de deprivación emocional, inhibición emocional y autosacrificio llevan a

pensamientos y emociones asociados al trauma. Infortunadamente, este modo de proceder tiende a magnificar las consecuencias del evento y a perpetuar dichas consecuencias en el tiempo, produciendo a mediano plazo efectos psicológicos negativos, y aumentando la probabilidad de desarrollar otros trastornos asociados al TEPT, como la depresión y la ansiedad.

Lo anterior lleva a proponer modelos de intervención en donde la persona pueda ser expuesta de forma segura al material traumático (con estrategias como la terapia narrativa) y de este modo discutir activamente los esquemas que mantienen el trauma en ella. Como parte de los objetivos terapéuticos podrían plantearse el aumento de la sensación de control y la disminución de la sensación de amenaza constante que experimentan estas víctimas. Otro aspecto importante es modificar la percepción que puedan tener acerca de cómo las personas significativas para la víctima puedan intervenir, valorar y apoyar luego de un evento traumático. Asimismo, trabajar en el desarrollo en habilidades y estrategias de afrontamiento, ayuda a los individuos a sentirse más seguros y asertivos a la hora de resolver problemas o tomar decisiones en su vida cotidiana.

Por último, como lo expresan Ursano y Fullerton, “el estudio de la respuesta psiquiátrica al trauma requiere una amplia prospectiva de la capacidad científica y clínica del profesional. La respuesta psiquiátrica a eventos traumáticos a menudo muestra una variedad más amplia de aquella que los especialistas logran abarcar” (1997, p. 261). Es, sin duda alguna, un fenómeno complejo, en donde los aspectos sociales, psicológicos, biológicos y neuropsicológicos se interrelacionan en una trama compleja que requiere de un abordaje multidisciplinar. Sin embargo, y en esto los autores están de acuerdo con lo

planteado por Layton y Krikorian (2002), el TEPT puede ser un modelo ideal para el estudio de los efectos del ambiente sobre la psiquis de las personas, pues existe un evento potencialmente observable que origina una profunda interrelación con los aspectos cognoscitivos de las personas enfrentadas a este tipo de situaciones.

Referencias

- American Psychiatric Association –APA–. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4.ª ed.) Barcelona: Masson.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S. y Kirk, M. (1999). Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Violent Crime. *American Journal of Psychiatry* 156(3), 360-366.
- Canton, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo *Psicothema*, 4(20), 509-515.
- Cassiday, K. L., McNally, R. J., y Zeitlin, S. B. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 16(3), 283-295.
- Castrillón, D.A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C. y Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), 541-560.
- Echeburúa, E. y Corral, P. del. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.

- Elbadawi, I. y Sambanis, N. (2000). *How Much War Will We See? Estimating the Incidence of civil war in 161 countries*. Recuperado en 7 de noviembre de 2004, de: <http://elibrary.worldbank.org/docserver/download/2533.pdf?expires=1349550888&id=id&accname=guest&checksum=F43246271052BB66E0FBD550B5002CD7>.
- Harvey, J. H. y Pauwels, B. G. (2000). *Post-traumatic stress theory*. Miami: Brunel, Mazel.
- Horner, M. y Hamner, M. (2002). Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology Review*, 12(1), 15-30.
- Layton, B. y Krikorian, R. (2002). Memory mechanisms in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14(3), 254-261.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Londoño, N. H., Aldana, C. M., Amezquita, C. H., Coy-mant, S., Durango, M. A., Gallego, A. M. ... Portillo, A. C. (2001). *Perfil cognitivo de la estructura de personalidad por evitación en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín*. Tesis de grado, Universidad San Buenaventura, Medellín.
- Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, C. D., Jaramillo, G., Raigoza, J. Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 493-505.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., Aguirre, C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.
- Ministerio de Defensa Nacional (2010). *Anuario estadístico del sector seguridad y defensa*. Bogotá: Dirección de Estudios Sectoriales Grupo de Información y Estadística.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación Social FES (2005). *Estudio de salud mental en Colombia 2003*. Bogotá.
- Nixon, R., Resick, P. y Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315-320.
- Pineda, D. A., Guerrero, O. L., Pinilla, M. L. y Estupiñán, M. (2002). Utilidad de un cuestionario para rastreo de estrés postraumático en una población Colombiana. *Revista de Neurología*, 34(10), 911-916.
- Resick, P. A. (2001). *Stress and Trauma*. Londres: Psychology Press.
- Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T. y Marmar, C. (2011). Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in colombians internally displaced by armed conflict. A mixed-method evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. Doi:10.1037/a0022257.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Sheehan, J. y Lecrubier, Y. (1999) *Mini international neuropsychiatric interview. Protocolo de aplicación*. Tampa: University of South Florida.
- Ursano, R. J y Fullerton, C. S. (1997). *Disturbo post-traumático da stress: le resoste acute e a lungo termine al trauma e al disastro*. Torino: Centro científico editore.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. (3.ª ed.). Sarasota, FL.: Professional Resource Press.