

# EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EXCOMBATIENTES COLOMBIANOS

CAROLINA BOTERO GARCÍA\*

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ

Recibido: octubre 20 de 2004

Revisado: noviembre 23 de 2004

Aceptado: diciembre 13 de 2004

## ABSTRACT

The results of cognitive-behavioral group interventions applied from 2002 to 2004 to 42 colombian combat veterans with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) are presented. The goal of the study was to establish the effectiveness of the group interventions based in Prolonged Exposition and Stress Inoculation treatment processes. Differences between pre-in-post symptomatology scores of PTSD were measured by Foa Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) and the Beck Depression Inventory. The statistical analysis was made by *t* test for paired samples, with alpha of 0.05. Results show significant decrease in symptomatology and severity level after the intervention both in depression and PTSD symptoms.

**Keywords:** PTSD, Posttraumatic Stress Disorder, cognitive-behavioral therapy, group therapy, Prolonged Exposition, Stress Inoculation, trauma, veterans, combat.

## RESUMEN

En este estudio se presentan los resultados de las intervenciones grupales cognitivo-comportamentales para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) realizadas desde el 2002 hasta el 2004, con 42 miembros de fuerzas armadas colombianas en proceso de rehabilitación. El objetivo del estudio fue establecer la efectividad de la intervención grupal basada en procesos de tratamiento de Exposición Prolongada e Inoculación de Estrés. Se evaluaron las diferencias entre las distintas mediciones de la sintomatología del estrés postraumático, realizadas antes, durante y después del proceso de intervención mediante la escala de Diagnóstico del Desorden por Estrés Postraumático (PDS) de Foa y el Inventario de Depresión de Beck. El análisis estadístico fue realizado con la Prueba *t* para medias de dos muestras emparejadas, de una sola cola, con un alfa de 0,05. Los resultados reflejaron que las diferencias en la sintomatología y en el grado de severidad eran significativamente menores después de la intervención grupal.

**Palabras clave:** TEP, PTSD, Trastorno Estrés Postraumático, terapia cognitivo-conductual, terapia grupal, Exposición Prolongada, Inoculación de Estrés, trauma, veteranos, combate.

---

\* Correspondencia relacionada con este artículo debe ser enviada a Carolina Botero García, docente Área Clínica, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: cbotero@javeriana.edu.co

En el contexto colombiano, a pesar de los constantes eventos de violencia, conflicto armado y episodios que amenazan la vida y la integridad de la población, son muy aislados los esfuerzos que se han hecho por ofrecer una intervención psicológica integral a las víctimas de eventos terroristas, combates, secuestros, entre otros. El presente estudio busca constituir un aporte desde la psicología clínica para el tratamiento de poblaciones afectadas por el trastorno de estrés postraumático en el contexto colombiano, en especial aquellos que viven las consecuencias psicológicas del conflicto armado que se presenta en la actualidad.

El Trastorno por Estrés Postraumático –TEP (o PTSD por sus siglas en inglés)- ha sido reportado en la literatura por más de 100 años. No obstante, fue en 1980 cuando tomó su denominación actual y empezó a figurar en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –DSM. Actualmente, el TEP se clasifica en el DSM IV (APA, 1994) dentro de los trastornos de ansiedad, categorizados en el eje I. Este desorden ha cobrado mayor atención desde la agudización de las guerras a nivel mundial y los ataques terroristas, lo cual ha implicado una demanda social hacia los psicólogos quienes tenemos una tarea en la investigación y tratamiento de los sobrevivientes de este tipo de eventos. El estrés postraumático es un trastorno que se puede presentar en personas que han experimentado o presenciado eventos que involucran amenaza de muerte o muerte, daño serio o amenaza a la integridad física de la persona u otros cercanos. El trastorno ha sido considerado un síndrome, dada la complejidad de su sintomatología que incluye el experimentar temor, desesperanza u horror, además de síntomas de reexperimentación persistente del evento, evitación de estímulos asociados con el trauma y entumecimiento de la responsividad, además de síntomas de activación persistentes. Su duración debe ser de más de un mes y provocar deterioro en las áreas funcionales en que se desenvuelve el individuo.

Algunos factores que median la severidad del trastorno tienen que ver con la intensidad del trauma, su duración, las circunstancias del suceso, la edad del individuo, su historial de agresiones previas, la estabilidad emocional anterior, los recursos psicológicos propios, la autoestima, el apoyo social y familiar, entre otros (e. g. Novoa, Nieto, Forero, Aponte, Caicedo, Riveros, Montealegre, Bayona & Sánchez, 2005). En los casos de eventos traumáticos provocados por el hombre, como violaciones, combates, secuestros, etc. se presenta deterioro de la modulación afectiva, conductas impulsivas y autodestructivas, síntomas disociativos, quejas somáticas, sentimientos de vergüenza, ineficacia, desesperanza, sensación permanente de peligro, hostilidad, aislamiento social, constante sensación de amenaza y alteración en la relación con los otros.

Los excombatientes con estrés postraumático pueden presentar además otros desórdenes de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, conductas antisociales y trastorno en el control de impulsos. Estos sujetos además reaccionan ante situaciones de amenaza percibida de manera violenta. Algunos autores como Chemtob, Novaco, Hamada, Gross y Smith (1997) afirman que la ira es un síntoma sobresaliente del ajuste de la postguerra y contribuye a las dificultades que reportan en las relaciones interpersonales y en el trabajo. Por otra parte, se ha encontrado que los excombatientes son una de las poblaciones más proclives a desarrollar este trastorno. Además, el TEP de combate, en comparación con otros tipos de trauma, ha sido relativamente bien documentado. Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar y Weiss (1990, citados en Joseph, Williams & Yule, 1997) presentaron los datos del Estudio Nacional de Reajuste en Veteranos de Vietnam, estimando que en ese momento el 15% de todos los hombres veteranos y 8,5% de las mujeres, eran aún, 15 o más años después, casos de TEP. Además, establecieron que un tercio de los hombres y un cuarto de las mujeres participantes de esa guerra habían presentado alguna vez el trastorno. Adicionalmente, se encontraba que muchos de los veteranos tenían o habían tenido un subdiagnóstico de constelación de síntomas de PTSD, y junto a los anteriores (completos y parciales) se estimó que más de la mitad de los hombres veteranos (53,4%) y casi la mitad de las mujeres (48,1%) habían experimentado sintomatología clínicamente significativa.

El DSM IV (1994) plantea que los estudios con población en riesgo (como los militares) muestran una prevalencia del 3 al 58% de TEP. La investigación en el tema, ha concluido que algunos eventos pueden ser tan traumáticos, es decir que involucran un grado tan alto de amenaza a la vida y daño personal, que cada individuo que se exponga a ese evento desarrollaría TEP. La prevalencia del desorden dependerá de la naturaleza y la intensidad de la experiencia. Por ejemplo, Foy, Sipprele y Carroll (1987) observaron que de 25 a 30% de los sujetos expuestos levemente al combate y 70% de los sujetos altamente expuestos fueron diagnosticados con TEP. Foy y colegas observaron que ser herido en combate, involucrarse en las muertes de no-combatientes y la exposición a atrocidades son elementos críticos en el desarrollo del TEP en veteranos de combate. Entre tanto, Helzer, Robins y McEvoy (1987) 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 TEP con el hecho de ser herido en combate.

Así mismo, dada la presencia de trastornos afectivos asociados al TEP en esta población y puesto que la experiencia clínica ha mostrado una prevalencia impor-

tante de trastornos depresivos en la población militar, se considera que la investigación debe evaluar los tratamientos que ayuden a la reducción de los síntomas no sólo del TEP sino de los síntomas de trastornos asociados como la depresión.

Las teorías conductuales del aprendizaje han sido ampliamente utilizadas para explicar el TEP. Dentro de ellas, la teoría bifactorial de Mowrer plantea que las respuestas del TEP podrían adquirirse y mantenerse por condicionamiento clásico y operante. En primer lugar se ha retomado el modelo del condicionamiento clásico para explicar el desarrollo de los síntomas. En éste, el trauma es el estímulo incondicionado (EI) que provoca el temor extremo (respuesta incondicionada – RI). El trauma se asocia con el recuerdo del trauma que se convierte entonces en el estímulo condicionado. Así, el recordar el trauma provoca el temor extremo que se vuelve la respuesta condicionada (RC). Por medio de la generalización de estímulo y condicionamiento de segundo orden, otras señales asociadas con el recuerdo y aquellas neutrales, se convierten en estímulos condicionados que provocan el temor extremo (RC). Por otra parte, el modelo del condicionamiento operante se emplea para explicar el mantenimiento de los síntomas, a pesar de que el estímulo incondicionado (EI) no vuelve a ocurrir. Debido a que el recuerdo del trauma desencadena una ansiedad excesiva, se evita el recuerdo del trauma, resultando en la reducción de la ansiedad. Así, la evitación del recuerdo del trauma se refuerza negativamente, impidiendo la extinción de la asociación entre el recuerdo del trauma y la ansiedad (Astin y Resick, 1997).

Aunque esta teoría del aprendizaje explica gran parte del desarrollo y mantenimiento del TEP, no explica los síntomas invasivos (recuerdos reiterativos e inesperados). La Teoría del Procesamiento Emocional propone que los individuos que han sufrido acontecimientos estresantes traumáticos desarrollan estructuras de temor que contienen recuerdos del evento traumático, así como emociones asociadas y planes de escape. Foa, Steketee y Rothbaum (1989) plantean que el TEP surge por el desarrollo de una estructura de temor interna que provoca el escape y evitación y que cualquier estímulo asociado con el trauma podría evocar la estructura de temor y generar la posterior evitación. Según esta teoría estas estructuras son activadas constantemente en individuos con TEP y guían la interpretación de acontecimientos como peligrosos.

El resultado eventual de una experiencia traumática se puede describir a través de dos procesos: primero, la extrema facilidad de recuperación, o hiper-accesibilidad de memorias relacionadas con el trauma; y segundo, esfuerzos por defenderse de, o evitar estas memorias dolorosas e indeseables. (Flack, Linz y Keane, 1998). Flack y sus colegas aseguran, que con el tiempo, la ocurrencia repetida de recuerdos intrusivos sobre el trauma y las respuestas de-

fensivas conducen a tener cambios en las visiones de sí mismos y del mundo, denominados esquemas. Estos esquemas incluyen expectativas generalizadas sobre sí mismos y otros, las cuales son amenazantes y predominantemente negativas. Los temas predominantes en estos individuos son la desesperanza, el miedo, la rabia, pérdida, autoacusación/culpa, vergüenza, legitimidad, aislamiento, pensamientos negativos de sí mismos, del mundo y de la influencia cultural. En excombatientes, en particular, los esquemas más sobresalientes se relacionan con la confianza, el autocontrol y la culpa. Dichos esquemas se relacionan con las experiencias premilitares (abuso sexual, maltrato, etc.) y los eventos posmilitares (experiencias de fracaso en el trabajo). Dichos esquemas, según los autores mencionados, llevan al excombatiente a ser incomprendido o invalidado, a temer por la pérdida de autonomía y capacidad de acción, a evitar el afecto y la emoción por temor a sentirse abrumado y desesperado. Los impulsos suicidas en esta población son muchas veces el resultado del desespere, desmoralización y culpa. El abuso de sustancias en ellos, frecuentemente es un intento de defenderse de las crisis de ansiedad.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el Trastorno de Estrés Posttraumático abarca diversas técnicas de intervención. Los procedimientos contemporáneos de tratamiento, enfocados específicamente en los síntomas del TEP (exposición prolongada, terapia cognitiva, terapia de procesamiento emocional) hicieron que predominaran las teorías de procesamiento emocional de información sobre la teoría del aprendizaje (las cuales se enfocaban principalmente en la teoría bifactorial de Mowrer: del miedo condicionado y evitación operante).

La teoría contemporánea del aprendizaje intenta dar cuenta del desarrollo y mantenimiento de los síntomas de PTSD. Los síntomas de reexperimentación y activación son vistos como respuestas emocionales condicionadas que resultan del condicionamiento clásico y son desencadenadas por estímulos ambientales. De acuerdo con la teoría comportamental, aunque los síntomas iniciales pueden ser causados por el trauma, muchos de los síntomas actuales pueden representar intentos para manejar el malestar inducido por el trauma. Estos intentos, por lo tanto, responden a las contingencias situacionales actuales: las conductas evitativas, los excesos y los déficit comportamentales están bajo el control operante (Rothbaum, Meadows, Resick y Foy, 2000).

En la teoría comportamental, así como en las teorías de procesamiento de la información, la *exposición* como estrategia de intervención, es asimilada como un tratamiento apropiado para los síntomas de reexperimentación y activación, mientras que el manejo de contingencias sería implementado para la evitación y otros problemas comportamentales. En esta misma línea, la teoría del procesamiento emocional de Foa y Kozak

(1986), afirman que el TEP surge a partir del desarrollo de una estructura patológica del temor relacionada con el evento traumático. Esta estructura incluye representaciones sobre el estímulo, respuestas y su significado. Cualquier información asociada con el trauma activa la estructura del miedo y dado que en personas con TEP existe un número particularmente grande de estímulos asociados, sería fácilmente activada. Los intentos de evitar esta activación resultarían en los síntomas de evitación del TEP. La teoría de procesamiento emocional propone que una terapia exitosa debe incluir la corrección de los elementos patológicos de la estructura de temor y que este proceso correctivo es la esencia del procesamiento emocional. Se han propuesto dos condiciones para que se reduzca el temor. Primero, la estructura de temor debe ser activada. Segundo, nueva información debe ser ofrecida que incluya elementos incompatibles con los elementos patológicos existentes, para que puedan ser corregidos.

Los procedimientos de exposición consisten en asistir al paciente para confrontar el material relacionado con el trauma, activando la memoria traumática. Esta activación constituye la oportunidad de integrar la información correctiva y así modificar los elementos patológicos de la memoria traumática.

Algunos estudios recientes han demostrado la efectividad del tratamiento del estrés postraumático a través de la exposición y el procesamiento emocional del trauma. Entre estos estudios, algunos además confrontan los cuestionamientos de algunos autores respecto a la exacerbación de síntomas con la exposición imaginaria. Foa, Zoellner, Feeny, Hembree y Alvarez-Conrad (2002), por ejemplo, investigaron la exacerbación de síntomas en 76 mujeres con TEP crónico. Sólo una minoría de participantes exhibieron una exacerbación de síntomas significativa. Aquellas personas que tuvieron este aumento en sus síntomas tuvieron un comprobado beneficio del tratamiento. Además dicho aumento temporal de síntomas no tuvo relación con la deserción, confirmando así que aunque una minoría experimentó temporalmente la exacerbación de síntomas ésta no se relacionó con los resultados. Por su parte, Litz, Orsillo, Kaloupek, Weathers y Frank (2000) estudiaron las respuestas emocionales condicionadas y comprobaron que casi cualquier estímulo podría elicitar las respuestas sintomáticas de TEP, por lo que es necesaria la exposición prolongada como método de extinción que facilita el procesamiento emocional del trauma. En otro estudio, Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows y Street (1999) compararon la efectividad de tres tipos de tratamientos con 96 sujetos con estrés postraumático crónico, asignándolos aleatoriamente a cuatro grupos (condiciones de intervención): exposición prolongada (EP), entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), tratamiento combinado

(EIE + EP) o grupo control en lista de espera. Los tres tratamientos redujeron la severidad del estrés postraumático y la depresión en comparación con el grupo de lista de espera, pero no difirieron de manera significativa entre ellos y sus resultados se mantuvieron a través del periodo de seguimiento.

Respecto a la necesidad de intervenir las emociones asociadas al estrés postraumático, especialmente la ira, varios estudios, entre los que se encuentra el de Chemtob, Hamada, Roitblat y Muraoka (1994) y los de Novaco y Chemtob (1998), muestran la clara asociación entre estos aspectos, es decir encuentran índices de correlación notablemente altos. Los primeros autores estudiaron excombatientes de Vietnam comparándolos con otras poblaciones y encontraron que aquellos que tenían diagnóstico de TEP tenían a su vez altos índices de ira. Así mismo, Novaco y Chemtob (1998) revisaron y conceptualizaron esta asociación encontrando que aunque se ha demostrado la presencia de ira en la mayoría de excombatientes y en general de personas con trauma interpersonal, poca investigación ha conducido al diseño de intervenciones efectivas dirigidas al manejo de las reacciones de ira en personas con trauma. Así mismo, estos autores propusieron un tratamiento dirigido a la reducción de la ira en excombatientes donde se proponen: una intervención basada en la psicoeducación sobre la naturaleza de la ira, el automonitoreo, técnicas de entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en afrontamiento conductual así como en comunicación asertiva y práctica a través de juego de roles. En un estudio de comparación de grupos, Chemtob, Novaco, Hamada, y Gross (1997) mostraron la efectividad del anterior tratamiento para la ira en excombatientes de Vietnam, evidenciando que el cambio se mantenía en el seguimiento de la intervención 18 meses después.

Una de las estrategias más ampliamente empleadas en el tratamiento del estrés postraumático es el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE), desarrollado por Meichenbaum en los años 70 para el tratamiento y manejo de la ansiedad, el procedimiento original fue adaptado a casos de estrés postraumático. El objetivo principal del EIE consiste en ayudar a los pacientes a que comprendan y controlen sus reacciones de temor asociadas al trauma. Así, algunos formatos de EIE con pacientes con TEP incluyen educación sobre el trauma, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento en respiración, juego de roles, modelamiento encubierto, auto-diálogo guiado y detención de pensamiento. El EIE se enfoca en la ansiedad que se vuelve condicionada en el momento del trauma y se generaliza a muchas situaciones. Los pacientes aprenden a manejar la ansiedad usando estas nuevas habilidades, por lo que se disminuye la evitación y la ansiedad. Astin y Resick (1997) nombran numerosos autores que han utilizado el EIE para el manejo del TEP (Kilpatrick et

al., 1982; Resnock y Newton, 1992; Resick y Jordan, 1988 y Stroebel, 1983; citados por Astin y Resick, 1997). El aprendizaje de las habilidades en el EIE está dirigido a controlar las respuestas de temor identificadas en los tres componentes de la respuesta: fisiológico, cognitivo y motor. Se incluyen el entrenamiento en respiración diafragmática, la detención de pensamiento, el ensayo encubierto, el diálogo dirigido con uno mismo y los juegos de roles. También se ha incluido el entrenamiento en relación y en habilidades de solución de problemas.

La terapia de procesamiento cognitivo incorpora elementos de la terapia cognitiva y la exposición prolongada. El componente cognitivo incluye entrenar a los clientes a desafiar las cogniciones problemáticas. Usando estas habilidades obtenidas de desafiar los pensamientos y creencias, se le pide a los pacientes trabajar sobre las creencias sobregeneralizadas que emanan del evento traumático. El componente de exposición consiste en escribir una narración detallada del trauma y leerlo al terapeuta y en casa. Además de la expresión emocional, la narración es usada para identificar los puntos clave del evento, que causan mayor conflicto y a los que se les debe dar especial atención durante la terapia cognitiva (Rothbaum et al., 2000).

En cuanto al tratamiento grupal con enfoque cognitivo-conductual, su objetivo principal es reducir los síntomas de TEP directamente o fortalecer el control de los síntomas crónicos por parte de los miembros del grupo. Mejorar el autocontrol y la calidad de vida son dos de los objetivos que ayudan a la reducción de síntomas (Foy et al., 2000). La terapia grupal con enfoque cognitivo-conductual enfatiza la aplicación de exposición sistemática, prolongada y reestructuración cognitiva para cada una de las experiencias traumáticas individuales y en el entrenamiento de prevención de recaídas para realzar las habilidades de afrontamiento y los recursos para mantener el control sobre los síntomas específicos de TEP. Adicionalmente, 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. Foy y sus colegas (2000) revisaron en varios estudios la efectividad de la terapia grupal en casos de TEP, encontrando que en todos los seis programas grupales presentados con enfoque cognitivo-conductual, se observaron resultados positivos del tratamiento.

En conclusión, tal como asegura Serrano (1998), el TEP se puede comprender como un tipo particular de interacción entre los procesos biológicos, de aprendizaje/cognitivos y motivacionales: el TEP por combate se puede generar por la interacción de un proceso biológico de hiperresponsividad del organismo, una experiencia de condicionamiento respondiente de primer orden y experien-

cia de condicionamiento respondiente de segundo orden, interpretación errada de señales en términos de peligro y amenaza y posteriores conductas de evitación. Por lo tanto, desde esta perspectiva, la estrategia de intervención debe contemplar este tipo de interacción, incluyendo técnicas de exposición prolongada y de entrenamiento en habilidades de afrontamiento (inoculación de estrés).

De acuerdo con los planteamientos teóricos y metodológicos expuestos anteriormente, el presente estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Es efectivo el tratamiento cognitivo-conductual en la población de soldados excombatientes colombianos con TEP?

## **Método**

### **Diseño**

El estudio es de carácter cuasi-experimental con diseño intragrupo con medidas pre y post. Además se realizaron mediciones semanales con el fin de conocer la evolución de la sintomatología.

### **Población**

En este estudio participaron 42 sujetos con diagnóstico de Trastorno de Estrés Posttraumático. Los sujetos son excombatientes, miembros de las Fuerzas Armadas regulares que se encontraban en proceso de rehabilitación física por enfermedad o lesión en la ciudad de Bogotá. Los sujetos fueron seleccionados de manera intencional. Del total del grupo de soldados evaluados a lo largo de dos años, se escogieron aquellos que presentaban la sintomatología de TEP y estaban dispuestos a participar en la intervención. Los sujetos incluidos en este estudio finalizaron el proceso de tratamiento.

### **Instrumentos**

Los instrumentos descritos a continuación fueron empleados para la evaluación de los sujetos. Los resultados fueron utilizados para determinar la efectividad de la intervención realizada.

- Escala de Estrés Posttraumático (PDS) de Foa (1995), para determinar presencia y grado de severidad de TEP o ausencia del mismo. El instrumento consta de 48 ítems. Puede ser auto o hetero aplicado. Se basa en los criterios diagnósticos del DSM IV. El instrumento fue aplicado, en un primer momento (pre-tratamiento, como medida pretest) y las secciones de sintomatología de reexperimentación, evitación y activación se respondieron con una frecuencia semanal con el fin de determinar los cambios en los síntomas a lo largo de la intervención.

- Inventario de Depresión de Beck (1978), cuestionario para la evaluación de depresión consistente en 21 ítems de selección múltiple donde se asigna un valor numérico a cada respuesta. El inventario arroja un resultado cuantitativo que indica la presencia y el grado de severidad de la depresión.
- Entrevista estructurada. Se aplica a los sujetos con presencia de TEP según la Escala PDS de Foa (1995). Esta entrevista incluye preguntas sobre los datos demográficos del paciente, áreas de vida afectada, actividades realizadas durante la permanencia en el ejército, metas o planes hacia la vida futura, entre otros. Fue diseñada exclusivamente para este estudio.
- Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Subjective Units of Distress, SUD), se emplean para evaluar el grado de ansiedad percibido durante las exposiciones prolongadas y determinar el cambio subjetivo entre cada una de las exposiciones.

### **Procedimiento**

El proyecto de investigación se llevó a cabo a lo largo de dos años y medio. Se diseñó e implementó la intervención de tipo grupal de acuerdo con los resultados de estudios foráneos que comprobaban la efectividad del tratamiento cognitivo conductual basado en la exposición prolongada y el entrenamiento en inoculación de estrés. Se evaluaron aproximadamente quinientos soldados a lo largo de este tiempo. Para efectos de este estudio, se evaluaron únicamente soldados que no estaban medicados psiquiátricamente ni que tenían otro diagnóstico psiquiátrico significativo. Se rechazó para este estudio a aquellos sujetos que tenían riesgo de suicidio. Se trabajó con los soldados que en la escala PDS de Foa arrojaban un resultado clínicamente significativo (con TEP leve en adelante). Así mismo se seleccionaron aquellos que podrían estar en el sitio de concentración (el batallón) por lo menos dos meses, y que se encontraban dispuestos a participar en la intervención. Para el análisis de resultados solamente se tuvieron en cuenta los datos de los soldados que respondieron a los instrumentos en el pre y el postest y que participaron por lo menos en el 90% de la intervención. Así, la muestra estuvo constituida por 42 soldados que cumplieron con los anteriores requisitos.

Los sujetos eran evaluados en el pretratamiento con los tres primeros instrumentos descritos anteriormente. Se constituyeron diez grupos con un promedio de cinco participantes a lo largo de los dos años y medio. Es decir, cada semestre se realizaron dos intervenciones grupales con el mismo protocolo de tratamiento. La intervención se basó en los procedimientos de exposición prolongada e inoculación de estrés que han demostrado su efectividad y han sido ampliamente empleados en otros contextos. Además poseen gran respaldo teórico y metodológico desde

las teorías del aprendizaje, del procesamiento emocional y del procesamiento cognitivo. Así mismo, se introdujeron sesiones de relajación, manejo de la ira, reestructuración cognitiva, solución de problemas y planeación de metas, con el fin de proveer de recursos de afrontamiento a través de la estrategia de inoculación de estrés.

La secuencia de sesiones de intervención fue la siguiente: 1) Introducción y conceptualización. 2) Técnica de respiración diafragmática. 3) Técnicas de relajación. 4) Primera exposición. 5) Pensamiento y emoción. 6) Segunda exposición. 7) Reestructuración cognitiva I. 8) Tercera exposición. 9) Manejo de la ira. 10) Cuarta exposición. 11) Solución de problemas. 12) Quinta exposición. 13) Reestructuración cognoscitiva II. 14) Planeación de metas.

Los protocolos de intervención fueron construidos con base en la revisión de la literatura y el análisis de los factores asociados con el TEP en la población de excombatientes colombianos. Los instrumentos de apoyo empleados para que cada sujeto hiciera sus trabajos para casa y llevara un registro de su evolución. Las sesiones del tratamiento fueron realizadas diariamente a lo largo de cuatro semanas. Cada sesión tuvo una duración de dos a tres horas. Una vez se aplicaban los protocolos y se realizaban las mediciones, se volvía a evaluar a cada sujeto para hacer el seguimiento con aquellos sujetos con quienes fue posible establecer un nuevo encuentro. Las sesiones de seguimiento se realizaron con un intervalo de un mes después de concluida la intervención.

Se realizaron evaluaciones semanales de sintomatología con el fin de establecer la evolución de cada sujeto a lo largo del proceso de intervención. Así mismo se evaluaron diariamente los SUD (o unidades subjetivas de malestar) con el propósito de conocer el grado de ansiedad percibido por cada sujeto. En cada sesión se midieron en cuatro ocasiones. La finalización de cada sesión se hacía cuando el SUD había bajado de nivel. Así mismo la medición de SUD permitió evaluar el grado de evolución de cada sujeto a lo largo del proceso de intervención, por medio de la comparación de estos indicadores entre sesión y sesión.

Finalmente, se sistematizó la información recogida con cada grupo. Se hizo el análisis estadístico de los datos para encontrar las diferencias entre las medidas y analizar la efectividad de la intervención.

### **Resultados**

Se reunieron los resultados de los 42 sujetos con sus respectivos indicadores en las escalas en el pretratamiento, en la primera, segunda y tercera semanas, el puntaje post (cuarta semana) y de seguimiento. Se tabularon los puntajes por número de síntomas y grado de severidad según la escala de PDS de Foa por cada una de las categorías de síntomas: reexperimentación, activación y evitación.

En los resultados se evidenció una disminución de la sintomatología total y por categoría en la mayoría de sujetos participantes a lo largo del proceso. Los cambios más evidentes se observaron en las áreas de reexperimentación y evitación, en comparación con la categoría de activación. Esto se puede deber a que en la milicia resulta adaptativo un estado de alerta, especialmente en las condiciones actuales del país.

En los resultados de la escala de Depresión de Beck se observó igualmente que la mayoría de soldados presentaron una disminución de sintomatología y en la mayoría de ellos el puntaje al final del proceso no fue clínicamente significativo.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba *t* para dos muestras

emparejadas, en el establecimiento de la efectividad de una intervención grupal cognitivo comportamental para el manejo del estrés posttraumático de combate.

Las tablas que se enseñan a continuación presentan el análisis estadístico de la aplicación de la Prueba *t* para medias de dos muestras emparejadas, tanto en la categoría de número de síntomas como en el grado de severidad, medido por la escala de Foa y en el inventario de Beck.

La prueba *t* fue escogida para el análisis estadístico dada su sensibilidad y capacidad de discriminación para muestras pequeñas. Además es uno de los estadísticos sugeridos para estudios cuasi-experimentales en donde no se pueden controlar determinadas variables, en este caso el número de semanas de intervención, lo que conllevó a no tener un número fijo de mediciones para todos los participantes.

TABLA 1. NÚMERO DE SÍNTOMAS PRE – POST

	Pre	Post
Media	12,93	8,14
Varianza	7,87	24,81
Observaciones	42	42
Coefficiente de correlación de Pearson	0,25	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	41	
Estadístico <i>t</i>	6,13	
P(T<=t) una cola	1,43366E-07	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	2,86732E-07	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

Como se observa en la Tabla 1, el *n* total de aplicación fue de 42, que corresponde al número de soldados que terminaron a cabalidad con la intervención. Se observa que la heterogeneidad de los datos es notablemente mayor en el post, y que según el estadístico *t*, en relación

al valor crítico *t* de una cola, existen diferencias significativas en el número de síntomas de la evaluación inicial y de la evaluación final, siendo esta última la que cuenta con un promedio de síntomas menor.

TABLA 2. GRADO DE SEVERIDAD PRE – POST

	Pre	Post
Media	29,26	13
Varianza	85,12	102,44
Observaciones	42	42
Coefficiente de correlación de Pearson	0,18	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	41	
Estadístico <i>t</i>	8,47	
P(T<=t) una cola	7,57356E-11	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	1,51471E-10	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

Según la Tabla 2, el estadístico *t* muestra una diferencia significativa del grado de severidad de los síntomas entre las evaluaciones pre y post, siendo la media de la

evaluación post significativamente menor, que la de la evaluación pre.

TABLA 3. NÚMERO DE SÍNTOMAS PRE – 1 SEMANA

	Pre	1 Semana
Media	12,96	12
Varianza	8,04	7,9
Observaciones	41	41
Coefficiente de correlación de Pearson	0,42	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	40	
Estadístico <i>t</i>	2,0	
P(T<=t) una cola	0,026	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	0,052	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

La Tabla 3 muestra un *n* total de 41, lo que quiere decir que de los 42 soldados participantes uno no tiene la evaluación de la primera semana. En cuanto a la heterogeneidad de los datos, se observa que es un poco mayor en la evaluación pre, y que según el estadístico *t*, si exis-

ten diferencias en el número de síntomas de la evaluación inicial y de la evaluación en la primera semana de tratamiento, aunque el número de síntomas sigue siendo casi el mismo.

TABLA 4. GRADO DE SEVERIDAD PRE – 1 SEMANA

	Pre	1 Semana
Media	12,96	12
Varianza	8,04	7,9
Observaciones	41	41
Coefficiente de correlación de Pearson	0,42	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	40	
Estadístico <i>t</i>	2,0	
P(T<=t) una cola	0,026	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	0,052	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

En cuanto al grado de severidad evidenciado en esta Tabla 4, se observa un decremento en la media de la evaluación de la primera semana y se evidencian diferencias entre las dos evaluaciones, según el estadístico *t*.

Durante la segunda semana de intervención se evidencia una disminución significativa del número de síntomas según la media y según el estadístico *t*, teniendo una mayor heterogeneidad los datos de la evaluación pre (Tabla 5).

En la Tabla 6 se evidencia un *n* de 40 sujetos, es decir que de 2 no se obtuvo esa evaluación y según el estadístico *t*, existe una diferencia significativa del grado de severidad, ratificado por la disminución en la media de la evaluación de la segunda semana de intervención.

Según la media observada en la Tabla 7, el número de síntomas disminuye con relación a la evaluación pre, pero aumentó en comparación con la segunda semana de intervención. El estadístico *t* evidencia diferencias significativas entre las evaluaciones comparadas.



TABLA 5. NÚMERO DE SÍNTOMAS PRE - 2 SEMANA

	<b>Pre</b>	<b>2 Semana</b>
Media	12,9	3,68
Varianza	8,07	1,56
Observaciones	40	40
Coefficiente de correlación de Pearson	0,33	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	39	
Estadístico <i>t</i>	21,7	
P(T<=t) una cola	1,1224E-23	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	2,2447E-23	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

TABLA 6. GRADO DE SEVERIDAD PRE - 2 SEMANA

	<b>Pre</b>	<b>2 Semana</b>
Media	29,2	19,975
Varianza	86,5	89,41
Observaciones	40	40
Coefficiente de correlación de Pearson	0,27	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	39	
Estadístico <i>t</i>	5,14	
P(T<=t) una cola	4,0616E-06	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	8,1232E-06	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

TABLA 7. NÚMERO DE SÍNTOMAS PRE - 3 SEMANA

	<b>Pre</b>	<b>3 Semana</b>
Media	12,93	8,9
Varianza	7,87	22,77
Observaciones	42	42
Coefficiente de correlación de Pearson	0,11	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	41	
Estadístico <i>t</i>	4,95	
P(T<=t) una cola	6,5443E-06	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	1,3089E-05	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

TABLA 8. GRADO DE SEVERIDAD PRE – 3 SEMANA

	Pre	3 Semana
Media	29,26	15,55
Varianza	85,12	108,20
Observaciones	42	42
Coefficiente de correlación de Pearson	0,058	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	41	
Estadístico <i>t</i>	6,58	
P(T<=t) una cola	3,1934E-08	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	6,3868E-08	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

La media de esta tabla (Tabla 8) demuestra que el grado de severidad continúa disminuyendo en la tercera

semana de intervención, y el estadístico *t*, demuestra que sí existen diferencias significativas entre las muestras.

TABLA 9. NÚMERO DE SÍNTOMAS PRE – 4 SEMANA

	Pre	4 Semana
Media	12,1	9,3
Varianza	10,77	9,78
Observaciones	10	10
Coefficiente de correlación de Pearson	-0,13	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadístico <i>t</i>	1,83	
P(T<=t) una cola	0,045	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,83	
P(T<=t) dos colas	0,0997	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,26	

En la Tabla 9, el *n* total de aplicación fue de 10 sujetos, que corresponde al número de soldados que tuvieron una intervención de 4 semanas de duración. Se observa que según el estadístico *t*, en relación al valor crítico *t* de una cola, si existen diferencias en el número

de síntomas de la evaluación inicial y de la evaluación en la cuarta semana de intervención, siendo esta última la que cuenta con una media de síntomas menor, aunque un poco más alta que el de la tercera semana.

TABLA 10. GRADO DE SEVERIDAD PRE – 4 SEMANA

En cuanto al grado de severidad observado en la cuarta semana de tratamiento (Tabla 10), se observa que es menor que la evaluación pre, pero un tanto mayor que el de la tercera semana. Se observa que la heterogeneidad de los datos es notablemente mayor en el pre, y que según el estadístico *t*, en relación al valor crítico *t* de una cola, sí existen diferencias significativas en el grado de severidad de la evaluación inicial y de la evaluación final.

A continuación se presenta la gráfica que representa el comportamiento de las medias del grupo de participantes correspondiente al número de síntomas en las diferentes mediciones (Figura 1), y en la siguiente gráfica (Figura 2) se muestra el comportamiento de las medias en cuanto al grado de severidad de estrés posttraumático, antes, durante y después de la intervención.

FIGURA 1. MEDIAS DE NÚMERO DE SÍNTOMAS DE TEP, EVALUADOS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

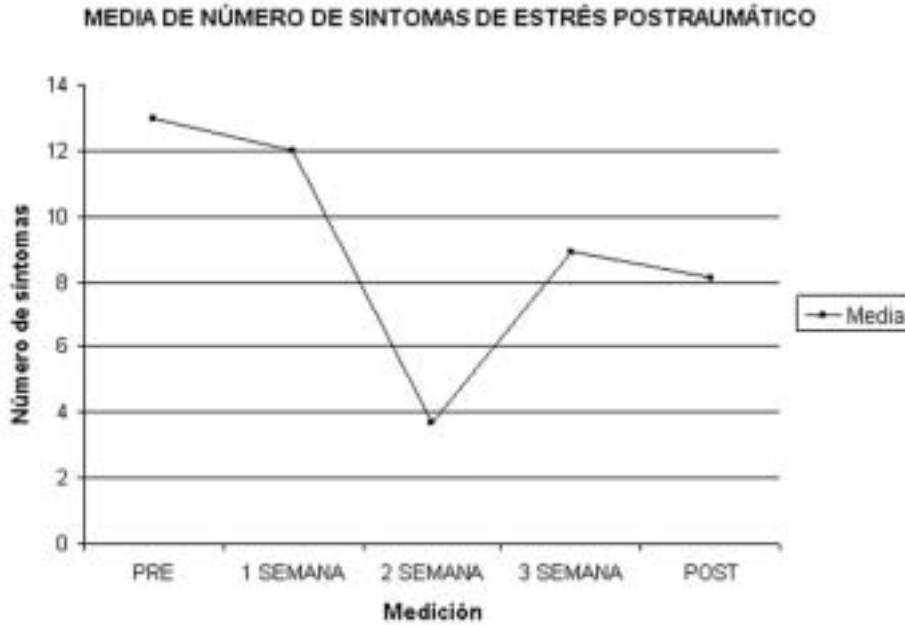
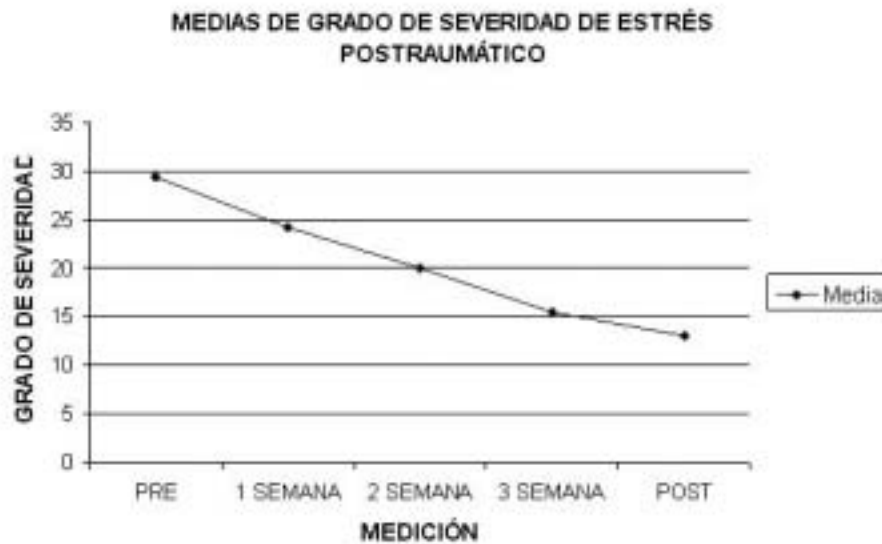


FIGURA 2. MEDIAS DE GRADO DE SEVERIDAD DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EVALUADOS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.



Se puede apreciar en las Figuras 1 y 2 cómo el grado de severidad de la sintomatología disminuye cada vez más a medida que se va realizando la intervención. El número de síntomas disminuye en relación a la medición pre, aunque su comportamiento es variable a lo largo de la intervención. La disminución más importante se da entre la

primera y segunda semana. Estas gráficas evidencian que si bien el número de síntomas disminuye comparando la medición pre y post, el cambio más continuo se da en la disminución de la severidad de la sintomatología del estrés postraumático a lo largo de las mediciones realizadas durante el proceso de intervención.

TABLA 11. INVENTARIO DE BECK PRE- POST

	Pre	Post
Media	20,46	10,27
Varianza	88,5	65
Observaciones	41	41
Coefficiente de correlación de Pearson	0,22	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	40	
Estadístico <i>t</i>	5,96	
P(T<=t) una cola	2,7314E-07	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	1,68	
P(T<=t) dos colas	5,4627E-07	
Valor crítico de <i>t</i> (dos colas)	2,02	

En cuanto a las diferencias entre la evaluación pre y post del Inventario de Beck, se puede decir que sí son significativamente diferentes y como se observa en la Tabla 11, la media de la evaluación post, es mucho menor que la evaluación inicial. El *n* en esta prueba es de 41, debido a que uno de los participantes no tenía la evaluación final.

En resumen, las anteriores tablas muestran que la evolución media de los pacientes fue favorable, en cuanto a que disminuyó el número y severidad de síntomas de TEP con el tratamiento. Los primeros cambios se empezaron a evidenciar desde el inicio del tratamiento en la primera semana. Los cambios más significativos se presentaron entre la segunda y tercera semana de intervención, cuando se realiza la intervención en exposición prolongada y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. La mayoría de sujetos termina el tratamiento con una disminución del número de síntomas significativa y con un grado de severidad de la sintomatología más baja que la inicial. Esto nos puede indicar que el tratamiento para el grupo en general fue efectivo en el manejo del trastorno por estrés postraumático. Así mismo, fue evidente el cambio en la sintomatología de la depresión. En la medición pretest el indicador promedio de severidad de síntomas fue de 20 (depresión moderada), y en la medición final (postest) el indicador cayó a 10, el cual está en el límite entre grado nulo y leve de depresión. Esta comparación nos lleva a presumir que la intervención tuvo un efecto en la disminución de la severidad de la depresión del grupo de sujetos intervenido.

### Discusión y conclusiones

De acuerdo con el análisis de los datos recogidos en las evaluaciones de TEP de combate con los 42 sujetos que participaron en la intervención cognitivo-conductual planeada para la presente investigación, se evidenciaron diferencias significativas en la sintomatología y severidad de TEP, entre la evaluación pre y post en la escala PDS de Foa (1995) y en el Inventario de Depresión de Beck (1978).

El análisis permitió igualmente concluir que la diferencia más significativa en el número de síntomas no se da entre la evaluación pre-post, en relación con las evaluaciones pre-semanales, sino en la segunda semana de intervención. Sin embargo, la diferencia más significativa en el grado de severidad se da entre la evaluación pre-post, en relación con las evaluaciones pre-semanales.

Según los resultados, desde la primera semana se observa una disminución en el grado de severidad de los síntomas (aunque su número sea semejante), siendo esta diferencia muy notable en la segunda semana de intervención y aunque se incrementa un poco en la cuarta. Al mismo tiempo se observa una disminución en el grado de severidad, el cual se incrementa un poco en la cuarta semana en relación con las anteriores, pero disminuye en los resultados de la evaluación final.

Para concluir se puede afirmar que la intervención grupal cognitivo comportamental, basada en la exposición prolongada al recuerdo traumático 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).

El estudio realizado con combatientes colombianos demostró también que las intervenciones sugeridas en otros países con veteranos (por ejemplo los de Vietnam), también son útiles en nuestro contexto. La sintomatología y las reacciones que muestran nuestros soldados tienen características muy similares a las de los combatientes de otras guerras.

Los resultados de este estudio confirman la teoría de Foa et al. (2002) respecto a que la exposición prolongada a los recuerdos traumáticos, a pesar del malestar temporal que presupone para el paciente con TEP, que en algunos casos lo lleva a una deserción del tratamiento, es una estrategia terapéuticamente efectiva para disminuir los síntomas del trastorno, no sólo por la extinción que se desprende del modelo de condicionamiento respondiente, sino por el procesamiento emocional y cognitivo que permite el acceder a los recuerdos traumáticos. Sin la exposición al recuerdo, la estructura de temor que propone Foa no podría ser modificada y la red (*network*) de elementos asociados al trauma que se asocian con las creencias previas del individuo de los que habla Astin y Resick (1997), impedirían la flexibilización de los esquemas cognitivos en sujetos con TEP. La exposición a las memorias traumáticas tiene, por lo tanto, una triple función: romper con la asociación entre la memoria traumática (EC) y la respuesta emocional condicionada, dado que no se presenta el estímulo traumático (incondicionado), impide que se siga manteniendo el temor a través de la evitación, impidiendo que se continúe reforzando negativamente y a su vez se puedan procesar los recuerdos traumáticos incorporando elementos nuevos y más ajustados con la realidad, además del procesamiento de emociones como culpa e ira facilitado por el autocuestionamiento de las acciones y las alternativas reales durante el episodio traumático.

Además de la exposición prolongada y el consiguiente procesamiento cognitivo y emocional, se hace necesario que los individuos con TEP adquieran habilidades de regulación emocional a través del aprendizaje de estrategias de respiración y relajación que les facilite manejar los síntomas en momentos de incremento de la ansiedad. Esto conlleva una sensación de autocontrol que retroalimenta al individuo respecto a su propia capacidad de modificar su comportamiento y de cómo este no depende ahora de factores externos sino que él puede manejar sus propias reacciones. Así mismo, el entrenamiento en manejo de la ira permite la identificación de los estímulos desencadenantes y el afrontamiento de las situaciones provocadoras de ira a través de nuevas estrategias que impedirán la confrontación interpersonal. Estrategias como el tiempo fuera facilitarán este proceso. Así mismo se ha encontrado que los procedimientos de

reestructuración cognitiva ayudarán al individuo a confrontar sus propias creencias y pensamientos irracionales que están asociados no sólo con su propia percepción del evento traumático sino con su visión de sí mismo, los otros y el futuro, que (en individuos con TEP) generalmente están afectados negativamente. El aprendizaje de estrategias de solución de problemas, planeación de metas y toma de decisiones incluido dentro del EIE, permite a los soldados una proyección hacia la resolución de problemas futuros y especialmente hacia la construcción de un proyecto de vida más acorde con sus posibilidades, capacidades y recursos. En conclusión, el entrenamiento de habilidades a través del Tratamiento de Inoculación de Estrés genera la posibilidad de que el individuo no sólo aprenda las herramientas para manejar y controlar síntomas de ansiedad, ira, etc., sino que lo proyecta hacia el enfrentamiento de situaciones futuras que le permitirán aumentar su sensación de autocontrol y su autoeficacia percibida.

En cuanto a los hallazgos de este estudio respecto a la disminución de la depresión, de acuerdo con el Inventario de Beck, se presume que la intervención en estrés posttraumático tiene un efecto indirecto sobre la sintomatología depresiva. Según el DSM IV (1994), la depresión, en sus diversas manifestaciones, es uno de los trastornos más frecuentemente asociados con el estrés posttraumático, encontrándose altos grados de correlación entre uno y otro en población de excombatientes. Esto se entiende dado el alto grado de discapacidad que tienen que enfrentar los individuos lesionados en combate, además del malestar generado por los síntomas del TEP que van a incidir en el deterioro de la calidad de vida de esta población. En esta investigación se encontró que interviniendo el estrés posttraumático a través de estrategias como el entrenamiento en inoculación de estrés y exposición prolongada, los síntomas de depresión se reducen significativamente.

Uno de los aspectos que se debe tener en cuenta para futuras investigaciones es el planteamiento de procesos evaluativos más específicos que abarquen los factores particulares de la interacción del individuo con los factores ambientales en la determinación del TEP. Tal como lo afirman Wolfe y Keane (1993), es cada vez más claro que la medición de variables como *culpa* y recursos de afrontamiento es importante por su influencia en la manifestación del trastorno. Dado que la motivación es un factor de ajuste, la capacidad de evaluación de los instrumentos para identificar la sinceridad y manipulación en las respuestas debe ser también una consideración importante. Esto es especialmente cierto en poblaciones de excombatientes y casos que involucren litigios, donde los beneficios compensatorios están a menudo ligados con el diagnóstico y búsqueda de ayuda.

Otro aspecto que se puede tener en cuenta para otros estudios es utilizar diseños investigativos con comparación de grupos y en donde se intente controlar algunas variables que pueden afectar el desarrollo del estudio. Es decir, para sacar conclusiones más generalizables y ciertas se debe buscar una mayor rigurosidad metodológica que por aspectos institucionales y prácticos, no se pudieron considerar en ésta. Así, el que los facilitadores no sean los mismos en todas las intervenciones, el que algunos sujetos no terminaran el proceso por remisión de la institución, las diferencias cronológicas entre una intervención y otra, y la heterogeneidad en las características de la población son variables que en futuros estudios es necesario controlar.

Así mismo, se sugiere que estudios de este tipo se realicen con mayor frecuencia, dado que la población combatiente es una de las más vulnerables a padecer el trastorno de estrés postraumático y se requiere encontrar intervenciones científicamente válidas y efectivas para que sean empleadas con esta población. El significativo cambio en la muestra utilizada en este estudio evidencia que los tratamientos cognitivo-conductuales son altamente recomendables para población militar que requiere de intervenciones breves, eficaces y comprensibles para los mismos sujetos.

Muchos sujetos que son diagnosticados con TEP reciben un tratamiento farmacológico sin ser complementado con terapia psicológica, lo que obviamente limita los alcances del tratamiento. Los sujetos únicamente tratados con tratamiento psicofarmacológico controlan algunos de sus síntomas de ansiedad a través de esos medicamentos, pero la capacidad del propio individuo de actuar sobre su trastorno se ve subestimada y su mejoría siempre dependerá de agentes externos y no de un autoagenciamiento. Por lo anterior, se requiere, una sensibilización en los medios profesionales de la salud, respecto a la necesidad de implementar tratamientos más efectivos para el estrés postraumático tanto en población militar como civil.

El aporte que este tipo de investigaciones puede tener en nuestro medio es altamente significativo dada la prevalencia de trastornos psicológicos en la población colombiana asociados con problemáticas sociales y políticas. Colombia, por ser un país con conflicto armado, requiere implementar políticas de atención en salud mental que cobijen a la población vulnerable. Estas políticas deben incluir programas de prevención primaria, secundaria y terciaria y dentro de estas últimas es necesario tener en cuenta tratamientos cuya efectividad haya sido comprobada empíricamente. La presente investigación es un intento por mostrar que existen tratamientos que realmente pueden tener un impacto positivo en la recuperación de víctimas de violencia y que a través de un procedimiento breve, intenso y eficaz, se puede cubrir la necesidad de intervención de un amplio sector de nuestra población afectada por la experimentación de even-

tos altamente traumáticos, asociados con la guerra, el terrorismo y la delincuencia.

Así mismo, esta investigación mostró la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en modalidad grupal, ya que este tipo de intervenciones puede facilitar la normalización de las reacciones, el procesamiento del evento gracias al aporte de elementos provenientes de otros relatos, y la construcción y fortalecimiento de redes de apoyo entre otras ventajas. Congruente con los hallazgos de Foy et al. (2000), este estudio muestra que la modalidad grupal debe ser tomada más en cuenta como estrategia terapéutica dada su comprobada efectividad al ser empleada con sujetos con PTSD. No obstante, deben ser realizadas investigaciones más controladas en este sentido para reafirmar la conveniencia de este tipo de intervenciones.

La presente investigación constituye un aporte para el avance de la psicología clínica, que tiene una importante responsabilidad en la formulación de tratamientos efectivos y científicamente respaldados, de los problemas comportamentales de la comunidad asociados a situaciones de conflicto sociopolítico y a todas las modalidades de violencia que enfrenta actualmente no sólo el país sino el mundo entero. Este estudio pretende contribuir a la generación de alternativas que puede promover la psicología en la atención de la población colombiana en alto riesgo.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed.) (DSM-IV). Washington D.C.: Author.
- Astin, M. C. & Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. Caballo (ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (Vol 1. pp.171-209). Madrid: siglo XXI.
- Beck, A. T. (1978). *The Beck Depression Inventory (BDI)*. New York: Psychological Corporation.
- Chemtob, C. Novaco, R., Hamada, R. Gross D. & Smith, G. (1997). Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 10* (1), 17-36.
- Chemtob, C., Novaco, R., Hamada, R. & Gross, D. (1997). Cognitive-Behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 184-189.
- Chemtob, C., Hamada, R., Roitblat, H. & Muraoka, M. (1994). Anger, impulsivity, and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 827-832.

- Flack, W., Litz, B. & Keane, T. (1998). Cognitive-Behavioral treatment of war-zone-related posttraumatic stress disorder: a flexible, hierarchical approach. En V. Follete, J. Y. Ruzek y F. Abueg (eds.), *Cognitive-Behavioral therapies for trauma* (pp. 77-99). New York: Guilford Press.
- Foa, E., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., Meadows, E. & Street, G. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 194-200.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Foa, E. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Foa, E. & Rothbaum, B. (1998) *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E., Steketee, G. & Rothbaum, B. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy, 20*, 155-176.
- Foa, E., Zoellner, L., Feeny, N., Hembree, E. & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1022-1028
- Foy, D., Glynn, S., Schnurr, P., Jankowski, M., Watteneberg, M., Weiss, D., Marmar C. & Gusman, F. (2000). Group therapy. En E. Foa, E., T. Keane & M. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp.155-175). New York: Guilford Press.
- Foy, D., Sipprele, R. & Carroll, E. (1987). Premilitary, military and posmilitary factors in the development of combat related stress disorders. *The Behaviour Therapist, 10*, 3-9.
- Helzer, J. E., Robins, L. N. & McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiological catchment area survey. *New England Journal of Medicine, 317*, 1630-1634.
- Joseph, S., Williams, R. & Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: Wiley.
- Litz, B., Orsillo, S., Kaloupek, D. & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 26-39.
- Novaco, R. & Chemtob, C. (1998). Anger and Trauma: Conceptualization, assessment and treatment. En V. Follete, J. Y. Ruzek & F. Abueg (Eds.), *Cognitive-Behavioral therapies for trauma* (pp.162-190). New York: Guilford Press.
- Novoa, M. M., Nieto, C. Aponte, C., Caicedo, C., Riveros, M. Montealgre, M. P., Bayona, M. & Sánchez, C. (2005). Relación entre el perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencia en personal de enfermería. *Universitas Psychologica, 4*(1), 63-75.
- Rothbaum, B., Meadows, E., Resick, P. & Foy, D. (2000). Cognitive-Behavioral therapy. En E. Foa, T. Keane & M. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 60-83). New York: Guilford Press.
- Serrano, C. (1998). Estrés postraumático de combate. *Cuadernos de clínica N°4: Avances en el modelo Cognitivo-Comportamental* (pp. 73-107). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología.
- Wolfe, J. & Keane, T. M. (1993). New Perspectives in the assessment and diagnosis of combat-related posttraumatic stress disorder. En J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (pp. 165-177). New York: Plenum Press.

