

# Perfil Cognitivo Asociado al Trastorno por Estrés Postraumático en Víctimas de Violencia Armada

Nora H. Londoño Arredondo\*, Carlos D. Patiño Gaviria, Diego A. Restrepo Ochoa, Jorge E. Correa Uribe, Juliana Raigoza Cardona, Laura Toro Mondragón, Gerardo Jaramillo, Carlos Rojas.

*Universidad de San Buenaventura, Medellín*

## *Resumen*

Propósito: establecer el perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático (TEPT) en víctimas de violencia armada en el departamento del Chocó - Colombia. Participantes: 40 adultos (70% mujeres y 30% hombres). Instrumentos: M.I.N.I., CCE-TP y EEC-M. Procedimiento: análisis comparativo entre grupos: grupo 1: expuestos con TEPT,  $n=15$  y grupo 2: expuestos sin TEPT,  $n=25$ . Resultados: se encontraron diferencias significativas con puntuaciones mayores en la media estadística en el G1 en los esquemas referentes al trastorno de la personalidad esquizoide ( $p=.007$ ; medias 11.5 vs. 7.83) y en la estrategia de afrontamiento Apoyo profesional ( $p=.003$ ; medias 20.5 vs. 12.7), y puntuaciones inferiores en esquemas referentes al trastorno de la personalidad narcisistas ( $p=.001$ ; medias 7.8 vs. 10.46), y las estrategias de afrontamiento del estrés Religión ( $p=.002$ ; medias 28.12 vs. 35.8) y Expresión de la dificultad de afrontamiento ( $p=.034$ ; medias 13.6 vs. 15.5). Conclusiones: el perfil cognitivo asociado al TEPT se caracterizó por distanciamiento afectivo hacia los otros, búsqueda del apoyo profesional, baja autoestima, menores estrategias relacionadas con la religión e inhibición para la expresión de las dificultades de afrontamiento.

*Palabras clave:* Trastorno por estrés postraumático (TEPT), Vulnerabilidad cognitiva, Creencias, Esquemas, Estrategias, Afrontamiento.

---

\* La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirla a Nora H. Londoño. Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura. Carrera 56 C Nro. 51 - 90 Centro. Correo electrónico: nora.londono@usbmed.edu.co

## *Abstract*

Purpose: to determine the cognitive profile associated to the posttraumatic stress disorder (PTSD) in victims of armed violence in the state of Chocó - Colombia. Participants: 40 adults (70% women and 30% men). The instruments used were: M.I.N.I, CCE-TP and EEC-M. Procedure: A comparative analysis between groups was made, distributed as follows: group 1: exposed to violence with PTSD, n=15, and group 2: exposed to violence without PTSD n=25. Findings: 37% of participants presented PTSD. Significant differences were found between groups, with higher punctuations in the mean in group 1 in schizoid beliefs ( $p=.007$ ; means 11.5 vs. 7.83) and professional support ( $p=.003$ ; means 20.5 vs. 12.7), and lower punctuations in narcissistic beliefs ( $p=.001$ ; means 7.8 vs. 10.46), religion ( $p=.002$ ; means 28.12 vs. 35.8) and expression coping difficulty ( $p=.034$ ; means 13.6 vs. 15.5). Conclusions: the cognitive profile associated to PTSD was characterized by affective distancing from others, search for professional support, low self-esteem, minor strategies related with religion and inhibition in expressing coping difficulties.

*Keywords:* Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Cognitive vulnerability, Beliefs, Schemas, Coping.

El recrudecimiento y la degradación del conflicto armado en Colombia ha tenido diversas repercusiones y una de ellas ha provocado el desplazamiento forzado de muchas comunidades del Chocó (Colombia). La presencia guerrillera y paramilitar en las comunidades también ha tenido como efecto que de ambos lados se haya sindicado a sus habitantes como colaboradores de uno u otro bando. En los últimos años, muchas personas han sido asesinadas por el solo hecho de proceder de un lugar donde predomina alguno de los grupos enfrentados (Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato, 2002).

El 2 de mayo del 2002, en el municipio de Bojayá (Chocó), un grupo guerrillero lanzó cilindros de gas para atacar a un grupo de paramilitares que estaban resguardados en las inmediaciones de un templo católico. Uno de los cilindros disparados cayó allí, donde alrededor de 300 personas civiles estaban refugiadas. Se ocasionó una masacre: fallecieron 119 personas, 98 resultaron heridas y la infraestructura pública sufrió grandes daños. La población sufrió un desplazamiento masivo. Algunas familias retornaron posteriormente y otros permanecieron como *desplazados* (Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato, 2002). En la Comuna I de la ciudad de Quibdó, gran parte de su población es

*desplazada*, víctimas del episodio ocurrido en Bojayá o de algún o algunos hechos que han ocurrido en el departamento del Chocó.

El objetivo de esta investigación se centró en identificar el perfil cognitivo (esquemas referentes a los trastornos de la personalidad y estrategias de afrontamiento del estrés) asociado al trastorno por estrés posttraumático (TEPT) en víctimas de violencia armada. Después de un año de la tragedia, el 37% de las personas expuestas al evento presentó TEPT, con un porcentaje elevado en depresión mayor, riesgo suicidio y trastorno por ansiedad generalizada (Londoño, Muñiz, Correa, Patiño, Jaramillo, Raigoza, Toro, Restrepo & Rojas, 2005). Los estudios basados en la población general revelan tasas de prevalencia para el TEPT de aproximadamente un 8% de la población adulta de Estados Unidos. Los estudios realizados con individuos en situaciones de riesgo arrojan resultados variables, con los porcentajes más elevados (oscilando entre un tercio y más de la mitad de las personas expuestas) observados entre los supervivientes a violación, combate militar, cautividad, internamientos por causas étnicas o políticas y genocidio (American Psychiatric Association, 2002).

Los criterios para el diagnóstico del TEPT hacen referencia a la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida. En este caso el individuo es testigo presencial o partícipe de un acontecimiento que produce muertos, heridos o existe una amenaza para la vida de sí mismo o de otras personas. En algunos casos, el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que conllevan muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Criterio A). La respuesta del individuo a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2). El cuadro sintomático característico, secundario a la exposición al evento traumático, debe incluir la re-experimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B), de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C), y de síntomas persistentes de activación (*arousal*) (Criterio D). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes (Criterio E) y haber provocado un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F). La probabilidad de presentar el trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante (American Psychiatric Association, 2002).

Los síntomas disociativos durante e inmediatamente después del trauma reflejan las alteraciones de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción. La amnesia disociativa, la fuga disociativa, los trastornos disociativos de identidad y los trastornos de despersonalización, frecuentemente se asocian al TEPT (Resick, 2001; Klein & Schermer, 2000). Como síntomas son también consideradas las secuelas cognitivas junto con las alteraciones de la atención y del procesamiento de la información y las dificultades en la solución de problemas. La depresión, la manía secundaria y la ansiedad son considerados como los principales síntomas afectivos desencadenados por un TEPT (Harvey & Pauwels, 2000). La comorbilidad, con otros trastornos del eje I y el eje II, y la historia de estos trastornos, debe ser considerada en el diagnóstico y en los planes de recuperación. Especial importancia tiene la exploración de la ideación o intentos de suicidio, el abuso y dependencia de drogas, la condición médica general, la inhabilidad y el debilitamiento funcional (Klein & Schermer, 2000; Foa, Keane & Friedman, 2000).

La etiología del TEPT se relaciona con la experiencia de un evento traumático, pero el que una persona lo desarrolle o no, es un aspecto complejo que asocia factores biológicos, psicológicos y sociales (Barlow & Duran, 2001). Una buena parte de la investigación epidemiológica en Psiquiatría y Psicología Clínica, se ha centrado en el concepto de vulnerabilidad, el cual hace referencia al incremento de la probabilidad de padecer un trastorno dado ante cualquier factor. Los modelos clínicos son probabilísticos y el objetivo de la investigación etiológica es hallar factores de riesgo asociados a determinadas condiciones. Se supone que el riesgo viene establecido por estar expuesto a un determinado factor, y la protección o la inmunización frente a ese trastorno viene determinada por la ausencia de exposición a ese factor. El grado de peligro percibido, una historia de traumas previos, historia familiar o personal psiquiátrica (en especial trastorno depresivo), o la intensidad de la respuesta inicial, especialmente en las dos primeras semanas, pueden también afectar la intensidad, extensión y cronicidad de la respuesta traumática (Vázquez & Pérez-Sales, 2003).

En un estudio realizado con un grupo de veteranos de la Guerra de Vietnam, la intensidad en la exposición al combate se registró como un factor que contribuyó a la etiología del TEPT (Foy, Sippelle, Rueger & Carroll, 1984). En otro estudio llevado a cabo con 5.170 personas, 3.339 nacionalizadas en Uganda y Sudán, y 1.831 refugiadas en Sudán, se reportó una relación directa entre el número de eventos traumáticos y el número de síntomas del TEPT (Neuner, Schauer, Karunakara, Klaschik, Robert & Elbert, 1994).

Los factores psicológicos consideran variables personales antes, durante y después de la vivencia traumática. El género, la raza, la edad, el nivel

educativo, el ambiente educativo, la historia personal de experiencias traumáticas previas, se han indagado como factores que influyen en los efectos del impacto y la recuperación. La manera como la persona ha respondido cognitiva y emocionalmente durante el trauma, influye igualmente en la reacción y la recuperación. El estilo de afrontamiento, la cognición y el soporte social de afrontamiento, pueden reducir los efectos emocionales y favorecer la recuperación del trauma (Resick, 2001).

La vulnerabilidad psicológica, como en el caso de otros trastornos, aumenta la probabilidad de desarrollar el TEPT. La historia familiar de ansiedad sugiere que hay una vulnerabilidad biológica al TEPT (True, Rice, Eisen, Heath, Goldberg, Lyons, & Nowak, 1993). Parece haber una contribución psicológica basada en las experiencias tempranas con sucesos impredecibles o incontrolables. La inestabilidad familiar es un factor que tal vez genera un sentido de que el mundo es un sitio incontrolable, de manera que no es sorprendente que los individuos de familias inestables se hallen en riesgo de desarrollar el TEPT si experimentan traumas (Barlow & Duran, 2001).

Los factores sociales desempeñan una función importante en el desarrollo del TEPT. El contar con un grupo de apoyo entre las personas que lo rodean, disminuye la probabilidad de desarrollar el TEPT. El apoyo social de los padres, compañeros de clase y maestros fue un factor de protección muy importante que se encontró en un estudio realizado con 568 niños de escuela elemental a los tres meses de que el huracán Andrés azotara la costa meridional de Florida, su lugar de residencia. De igual modo, parecían ser de ayuda las estrategias de afrontamiento que comprendían una activa resolución de problemas, en tanto que enojarse o achacar la culpa a otros se asociaban con niveles más elevados de TEPT. Mientras más amplia y profunda era la red de apoyo social, menos probabilidad había de desarrollar el TEPT (Vernberg, LaGreca, Silverman & Prinstein, 1996). El alto grado de apoyo social percibido fue reportado ante lo sucedido en Madrid tras los atentados del 11 de marzo como un factor de protección y amortiguación del trauma, aunque insuficiente para evitar las secuelas psicológicas postraumáticas cuando el daño y/o la pérdida ha sido muy intensa y dolorosa (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vidal & González-Ordi, 2004). La participación en manifestaciones durante la primera semana del atentado en Madrid, predijo a los dos meses una evaluación más positiva del clima emocional, confirmando que el afrontamiento colectivo tiene efectos positivos en la percepción de la cohesión social (Basabe, Páez & Rjmé, 2004). Después de los atentados del 11 de marzo en Madrid, la resiliencia se asoció a la mayor vivencia de orgullo y percepción de un clima de solidaridad y de emociones positivas en el entorno (Calderón, Espinosa & Techí, 2004).

Según la teoría de la indefensión aprendida, se explica por qué algunas víctimas se muestran paralizadas, pasivas y culpables tras un suceso traumático. Los síntomas depresivos se desarrollan cuando los sujetos están expuestos a situaciones aversivas que perciben como incontrolables y en las que su conducta no tiene consecuencias efectivas (Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992; Kusher, Riggs, Foa & Miller, 1992). La indefensión experimentada por las víctimas está modulada por las atribuciones efectuadas. Las víctimas que llevan a cabo atribuciones internas, estables y globales, se sienten peor que las que desarrollan atribuciones externas, inestables y específicas (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). En el estudio realizado por Campos, Páez & Velasco (2004), tras el atentado en Madrid, se concluyó que las estrategias de evitación, aislamiento social, rumiación y abandono, son homogéneamente disfuncionales para la regulación afectiva: afectan negativamente a los motivos de ajuste social, auto-control y auto-estima y maximización afectiva positiva, reforzando también la afectividad negativa.

Las estructuras cognitivas del miedo patológico se diferencian del miedo normal, porque contienen elementos erróneos, reflejan la existencia de una *amenaza percibida*, que no tiene que coincidir necesariamente con la existencia de una *amenaza real*, y funcionan como un programa de escape y de evitación conductual. Sólo cuando un estímulo adquiere un significado de amenaza, la estructura amnésica se transforma en una estructura de miedo (Foa & Kozak, 1986; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989).

La hipótesis sobre la influencia de los factores cognitivos en el desarrollo y mantenimiento del TEPT, fue investigada por Dunmore, Clark & Ehlers (1999). Dentro de las variables cognitivas asociadas, identificaron la percepción negativa del comportamiento de los otros, la utilización de estrategias disfuncionales (evitación/búsqueda de seguridad), y las creencias globales de ser impactado por asalto. El papel prioritario de las variables cognitivas, fue central en las formulaciones de Lazarus (1966) frente al concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, y las de Beck (1976) y Meichenbaum (1977) en los años setenta, quienes enfatizaron en la relación de los procesos cognitivos en sus formulaciones teóricas y en sus programas terapéuticos. Mediante el proceso de evaluación cognitiva, el sujeto interpreta y otorga un significado a los sucesos. La parsimonia, la representatividad, las creencias confirmatorias, son consideradas como errores cognitivos que se relacionan con el trauma (Follette, Ruzek & Abueg, 1998). Los *esquemas cognitivos* pueden llevar a una visión negativa sobre sí mismo, el entorno y el futuro, y a desarrollar pensamientos irracionales relacionados con lo ocurrido. También desde esta misma perspectiva, se pueden producir cambios positivos después de la experiencia traumática, como por ejemplo, mostrar un gran aprecio por la vida, percibirse a sí

mismo como valiente o valorar el hecho de haber sobrevivido (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Dentro de las hipótesis descriptivas y explicativas del modelo cognitivo frente a la psicopatología, la *hipótesis sobre la especificidad de contenidos*, hace referencia a que cada trastorno psicológico tiene un perfil cognitivo distintivo que es patente en los ámbitos de esquemas, de procesamiento sesgado y de pensamientos negativos automáticos. El contenido del pensamiento en cada uno de los trastornos psicopatológicos es específico. La *hipótesis de la diátesis cognitiva – estrés*, plantea que los individuos son más susceptibles a desarrollar un trastorno en particular, cuando se enfrentan con acontecimientos estresantes personalmente significativos, congruentes con sus dimensiones cognitivas de personalidad dominantes. La *hipótesis de afrontamiento diferencial* analiza cómo los individuos tienen mayor dificultad en afrontar acontecimientos personalmente significativos y congruentes que acontecimientos personalmente incongruentes (Clark & Beck, 1997).

El concepto de *Perfil Cognitivo* es considerado por el modelo de la terapia cognitiva, como el estilo cognitivo o manera que tiene una persona de centrar y distribuir su atención, codificar y procesar la información, organizar los pensamientos, hacer atribuciones y comunicar reacciones e ideas a los demás (Millon & Davis, 2000). Los perfiles o estilos cognitivos son considerados dentro del modelo de la Terapia Cognitiva como factores de vulnerabilidad psicológica dentro de la cadena causal. Estos perfiles se identifican como una condición necesaria, que ante la presencia de ciertos estresores psicosociales congruentes con los esquemas, podrían desencadenar la psicopatología.

La descripción del perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático, contemplado en esta investigación, incluye categorías de análisis como los contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad (Young, 1999; Beck, Freeman & otros, 1995; Londoño, Maestre, Marín & Schnitter, 2003), y las estrategias de afrontamiento del estrés (Lazarus & Folkman, 1986; Fernández-Abascal & Palmero, 1999). Los estilos interpersonales pueden derivar o compensar un tipo específico de autoconcepto y ser una respuesta a experiencias particulares del desarrollo. Así mismo, la predisposición genética favorece el desarrollo de un tipo particular de pauta de preferencia a otras posibles.

Beck, Freeman y otros (1995), abordaron el tema de personalidad, definiendo *esquemas cognitivos* que determinan las experiencias y comportamientos de numerosos trastornos de la personalidad. Formularon un modelo basado en la evolución y especularon sobre la forma en que los trastornos de personalidad pueden derivar de nuestra herencia filogenética. Propusieron

que ciertas estrategias determinadas genéticamente, han facilitado la supervivencia y la reproducción natural. Los derivados de esas estrategias evolutivas, pueden identificarse en su forma más extrema entre los síndromes clínicos del eje I y con una expresión menos grave, entre los trastornos de la personalidad (Millon & Davis, 2000; Beck, Freeman & otros, 1995).

Las estrategias de afrontamiento son consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. La tendencia a la sobre-generalización en el uso de estrategias de afrontamiento, se convierte en formas personales o estilos de afrontamiento relativamente estable al enfrentarse a las situaciones estresantes (Cohen & Lázarus, 1979; Lazarus & Folkman, 1986; Fernandez-Abascal & Palmero, 1999).

## Método

### Participantes

Participaron personas víctimas de violencia armada en Chocó (Colombia), muestra no aleatoria, conformada por 40 adultos, 28 mujeres (70%) y 12 hombres (30%), víctimas del episodio ocurrido en Bojayá el 2 de mayo del 2002 ó de algún o algunos hechos que han ocurrido en el departamento del Chocó. Esta población reúne un número considerable de desplazados por la violencia y de estratos socioeconómicos bajos. El grupo 1 estuvo conformado por personas expuestas a los eventos citados y presentaron TEPT (ocho mujeres y siete hombres) y el grupo 2, formado por personas expuestas a los mismos eventos, pero que no presentaron TEPT (20 mujeres y 5 hombres). La edad promedio de los participantes fue de 35 años, con desviación estándar de 12, rango de edad 18-72. Las características de la muestra se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas variables demográficas

Variable	Valor	Expuestos con TEPT n = 15 (37.5%)				Expuestos sin TEPT n = 25 (62.5%)			
		n	%	X	DE	n	%	X	DE
Edad	16 - 25	9	60	26.5	10	2	8	40.4	12.4
	26 a 35	2	13.3			8	32		
	36 a 45	4	26.7			9	36		
	46 a 55					2	8		
	56 ó más					4	16		
Sexo	Femenino	8	53.3	---	----	20	80	----	----
	Masculino	7	46.7			5	20		

## *Instrumentos y variables*

- **Mini International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I.** (Sheehan & Lecrubier, 1999): Entrevista de breve duración, evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. Estudios psicométricos del M.I.N.I. refieren alta validez de criterio comparado con el CIDI y alta confiabilidad (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller, et al, 1998). Está dividida en módulos identificados por letras y cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo se presentan preguntas *filtro*, correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Para la selección de los grupos, se consideró como variable criterio, el diagnóstico de TEPT evaluado a través del Módulo I, y de acuerdo con la exploración se adjudicó o no el diagnóstico por estrés posttraumático. Los participantes del grupo 1 presentaron TEPT y los del grupo 2 no cumplieron con los criterios para el diagnóstico.
- **Cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad CCE-TP** (Londoño, Maestre, Marín, Schnitter, Ferrer, Castrillón & Chaves, 2003). Consta de 29 ítems y evalúa contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad paranoide, histriónico, obsesivo-exigente, obsesivo-perfeccionista, pasivo-agresivo, límite, esquizoide y narcisista. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de las creencias y el grado en que ésta lo describe. La validez tipo alfa del cuestionario fue de 0.69. El alfa de los factores osciló entre el 0.68 y el 0.85.
- **Escala de Estrategias de Coping Modificado EEC-M** (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre, 2006). El Cuestionario consta de 69 preguntas, evalúa 12 estrategias de afrontamiento del estrés. Las estrategias de afrontamiento del estrés que evalúa son: solución de problemas, apoyo social, apoyo profesional, religión, evitación emocional, evitación cognitiva, conformismo, incompetencia, reacción agresiva y reevaluación positiva. La validez tipo alfa del cuestionario fue de 0.85, el alfa de los factores osciló entre 0.91 y 0.65.

## *Procedimiento*

Dos estudiantes de psicología que realizaban sus prácticas profesionales y su trabajo de grado en las dos localidades del Chocó mencionadas, recibieron entrenamiento bajo tutoría directa, en la aplicación de la prueba M.I.N.I., y los cuestionarios CCE-TP y EEC-M, realizando la prueba piloto en el mes de abril de 2003, casi un año después de la tragedia. Entre los meses de mayo y julio de 2003, cada uno de los practicantes realizó la entrevista a

personas adultas que tenían contacto con los centros asistenciales. Después de la aceptación voluntaria como participantes, firmaron el consentimiento informado, se realizó la entrevista estructurada de salud mental (MINI) y contestaron los cuestionarios. Los datos fueron procesados a través de la herramienta estadística SPSS 13.0. La metodología empleada fue del tipo analítico, se realizó una clasificación de los participantes en dos grupos según el diagnóstico de TEPT y se analizaron las variables cognitivo-conductuales referentes a los contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad y las estrategias de afrontamiento del estrés. Se realizó el análisis comparativo de los grupos a través de pruebas no paramétricas y el análisis discriminante, incluyendo como variable de agrupación el diagnóstico de TEPT y como variables independientes las variables que mostraron diferencias significativas.

### Resultados

El análisis comparativo de los grupos se presenta en las tablas 2, 3 y 4. Al realizar el análisis comparativo de los grupos, se encontraron diferencias significativas con puntuaciones mayores en la media estadística en el G. 1, en contenidos esquemáticos del trastorno de la personalidad esquizoide ( $p=.007$ ; medias 11.5 vs. 7.83) y estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo profesional ( $p=.003$ ; medias 20.5 vs. 12.7), y puntuaciones inferiores en la media estadística en contenidos esquemáticos del trastorno de la personalidad narcisista ( $p=.001$ ; medias 7.8 vs. 10.46), y estrategias de afrontamiento referente a la religión ( $p=.002$ ; medias 28.12 vs. 35.8) y a la expresión de la dificultad de afrontamiento ( $p=.034$ ; medias 13.6 vs. 15.5).

Tabla 2. Análisis comparativo de los grupos con relación a los contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad

Contenidos esquemáticos	Grupo 1 Expuestos con TEPT n = 15	Grupo 2 Expuestos sin TEPT n = 25	U de Mann-Whitney	P
	X (DE)	X (DE)		
Obsesivo-compulsivo	16,8 (5,3)	18,8 (3,4)	120,5	0,256
Obsesivo-exigente	7,1 (1,6)	6,7 (3,1)	157,5	0,747
Pasivo-agresivo	10,9 (2,1)	12,3 (3,3)	108	0,123
Histriónico	20,2 (6,1)	20,1 (5,2)	163	0,879

Contenidos esquemáticos	Grupo 1 Expuestos con TEPT n = 15	Grupo 2 Expuestos sin TEPT n = 25	U de Mann-Whitney	P
	X (DE)	X (DE)		
Narcisista	7,8 (2,5)	10,5 (2)	67	0,001
Esquizoide	11,5 (3,1)	7,8 (4,2)	78,5	0,007
Límite	16,4 (4,1)	16,6 (4,4)	179	0,977
Paranoide	24,1 (4,8)	23,6 (6,2)	125	0,956

Por medio del análisis discriminante, se identificó una sola función con autovalor de 0.893 para el grupo expuestos sin TEPT, y para el grupo expuestos con TEPT de -1.531. La M de Box fue de 26,394, con un valor de F aproximado de 1,461 y  $p = .111$ .

Tabla 3. Análisis comparativo de los grupos con relación a las estrategias de afrontamiento del estrés.

Estrategias de afrontamiento del estrés	Grupo 1 Expuestos con TEPT n = 15	Grupo 2 Expuestos sin TEPT n = 25	U de Mann-Whitney	P
	X (DE)	X (DE)		
Solución de problemas	37,2 (4,9)	34,7 (8,2)	128	0,478
Apoyo social	27,9 (7,1)	21,6 (10,3)	108,5	0,071
Espera	28,8 (7,8)	26,6 (9,4)	119,5	0,185
Religión	28,1 (7)	35,8 (5)	61	0,002
Evitación emocional	29 (4,3)	30,4 (6,6)	141	0,317
Apoyo profesional	20,5 (4,9)	12,7 (7,3)	80,5	0,003
Reacción agresiva	14,5 (4,3)	12,8 (4,7)	118,5	0,174

Estrategias de afrontamiento del estrés	Grupo 1 Expuestos con TEPT n = 15	Grupo 2 Expuestos sin TEPT n = 25	U de Mann-Whitney	P
	X (DE)	X (DE)		
Evitación cognitiva	19 3,5	19,4 (7,8)	159,5	0,649
Reevaluación positiva	20,9 2,7	18,9 (5,2)	114,5	0,144
Expresión de la dificultad de afrontamiento	13,6 2,5	15,5 (3)	98,5	0,034
Negación	11,6 2,3	10,4 (4,3)	131,5	0,2
Autonomía	7,3 (2,3)	8,8 (3,3)	118,5	0,051

Tabla 4. Matriz de estructura discriminante para el grupo expuestos sin TEPT

	Función
	1
Perfil narcisista	0,623
Perfil esquizoide	-0,323
Religión	0,604
Apoyo profesional	-0,335
Expresión de la dificultad de afrontamiento	0,341

El 85.7% de casos del G. 1 estuvo bien clasificado con esta función, y el 87.5% del G. 2. En general se obtuvo un porcentaje de clasificación elevado del 86.8% de los casos correctamente clasificados.

### Discusión

De las 40 personas víctimas de violencia armada en el Chocó (Colombia) que participaron en el estudio, el 37% desarrollaron TEPT. Todas estas personas hacen parte del grupo que se desplazó inicialmente después de la masacre en Bojayá y posteriormente retornaron (Londoño, Muñiz, Correa et al, 2005). Si bien la etiología del TEPT puede relacionarse con la experimentación del evento traumático, el desarrollo del trastorno es un factor complejo que asocia factores biológicos, psicológicos y sociales

(Barlow & Durán, 2001). En la presente investigación se identificó el perfil cognitivo asociado con el TEPT, caracterizado por baja autoestima, distanciamiento afectivo hacia los otros y hacia la religión, inhibición para expresar dificultades emocionales relacionadas con el mismo afrontamiento del estrés y búsqueda del recurso profesional. El grupo de personas que no desarrolló TEPT, presentó resiliencia al trauma, caracterizado por un perfil cognitivo de sobrevaloración de sí mismos, acercamiento a la religión y expresión de las dificultades como afrontamiento del estrés.

Mediante el proceso de evaluación cognitiva las personas que han experimentado el trauma interpretan y otorgan un significado a los sucesos, conformando *esquemas cognitivos* que pueden llevar a una visión negativa sobre sí mismos, el entorno y el futuro, y a desarrollar pensamientos irracionales (Belloch, Sandín & Ramos, 1995). Un perfil cognitivo esquizoide incluye esquemas sobre las relaciones y los compromisos interpersonales como amenazas: *Siento que las relaciones limitan mi libertad* y *Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas*. La percepción negativa frente a los otros, la utilización de estrategias evitativas y las creencias globales de ser nuevamente impactado, son consideradas factores que contribuyen al mantenimiento del TEPT (Dunmore, Clark & Ehlers, 1999). Luego de un acontecimiento traumático, las personas desarrollan un especial cuidado frente a los compromisos sociales y a la expresión afectiva hacia los otros, distanciándose de las personas que para ellos representan un compromiso social, o no les son familiares, ya que los pueden ver como intrusivos, amenazantes y poco gratificantes (American Psychiatric Association, 2002).

Las estrategias de evitación, aislamiento social, rumiación y abandono, afectan negativamente los motivos de ajuste social, auto-control y autoestima, reforzando la afectividad negativa (Campos, Páez & Velasco, 2004). Si bien se presenta distanciamiento afectivo frente a los otros, las personas con TEPT buscan el recurso profesional. Estas estrategias se consideran como estilos de afrontamiento orientados a la emoción y al problema, en la medida que se pretende mitigar el sufrimiento a través de la búsqueda de recursos que garanticen la salud física y mental. A través del estilo de afrontamiento y el soporte social, se puede reducir los efectos emocionales del trauma y favorecer la recuperación del mismo (Resich, 2001; Vernberg, LaGreca, Silverman & Prinstein, 1996; Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vidal & González-Ordi, 2004; Basabe, Páez & Rjmé, 2004; Calderón, Espinosa & Techí, 2004).

Un estado emocional alterado se convierte en factor de riesgo para las enfermedades somáticas, y es responsable del desarrollo, agravamiento y cronificación de las mismas (Fernández-Abascal & Palmero, 1999). En

quienes desarrollaron TEPT, la búsqueda de apoyo profesional se considera adaptativa ya que puede contribuir con el control de las secuelas del trauma.

De otro lado, el grupo de personas que no desarrollaron TEPT, presentó un perfil cognitivo caracterizado por esquemas positivos y sobrevaloración del sí mismo, acercamiento a la religión y expresión de la dificultad de afrontamiento. Este grupo pertenece al de desplazados que no retornaron al lugar, y permanecían en la Comuna I de la ciudad de Quibdó en el momento de realizar el estudio. Estas personas contaban con apoyo directo por parte de las comunidades religiosas y sus condiciones de seguridad y la disposición de recursos, garantizaban la supervivencia (Londoño, Muñiz, Correa et al, 2005). Mientras más amplia y profunda es la red de apoyo social, menos probabilidad hay de desarrollar el TEPT (Vernberg, LaGreca, Silverman & Prinstein, 1996).

El perfil cognitivo narcisista y el empleo de estrategias de afrontamiento del estrés relacionadas con las creencias religiosas, contribuyen con la interpretación del evento de manera positiva, considerado esto como elementos de resiliencia. La vivencia de orgullo y de emociones positivas en el entorno son considerados como factores de resiliencia (Calderón, Espinosa & Techí, 2004). Se pueden producir cambios positivos después de la experiencia traumática, como por ejemplo, mostrar un gran aprecio por la vida, percibirse a sí mismo como valiente o valorar el hecho de haber sobrevivido. La autoestima consistente es considerada por Melillo y Suárez (2002) como fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo, y es un pilar para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido e incluso transformado por la experiencia de adversidad.

La religión en la población estudiada, hace parte de la cultura y del estilo de vida. Las comunidades negras tienen un fuerte sentido de la espiritualidad y su comportamiento está estrechamente ligado con un conjunto de creencias desde el cual interpretan el mundo. Para estas comunidades, los seres humanos y la naturaleza forman una unidad en la que están presentes diversas fuerzas sobrenaturales. Ese *todo* está pleno de energías divinas y humanas, que son *cosa de Dios* o *cosa del Diablo*. Para bien o para mal, en ese *todo*, cada una de las partes influye sobre las otras, todo está interrelacionado. Las creencias son transmitidas de generación en generación y constituyen una parte fundamental de la identidad del grupo y dan cuerpo a unas normas internas que rigen el comportamiento de sus miembros.

## Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman M. E. & Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
- Barlow, D.H. & Duran, V.M. (2001). *Psicología anormal*. Un enfoque integral (2ª ed.), México: Thomson.
- Basabe, N., Páez D., & Rjmé, B. (2004). Efectos y procesos psico-sociales de la participación en manifestaciones después del atentado del 11 de marzo. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 247-263.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Freeman, A. et al. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Belloch, A., Sandín B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Volumen 2. Madrid: McGraw Hill.
- Calderón, A., Espinosa, A. & Techi, E. M. (2004). Resiliencia, afrontamiento, bienestar psicológico y clima socio-emocional después de los atentados del 11 de marzo. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 265-276.
- Campos, M., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 277-286.
- Cohen, E., & Lázarus, R.S. (1979). Coping whit stress of illness. En G.C. Stone et al, *Health Psychology. An Manual*, San Francisco: Jossey-Bass, pp: 217 - 254.
- Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato (2002). *Medio Atrato Territorio de vida*. Bogotá: Red de Solidaridad Social, Presidencia de la República de Colombia.
- Clark, D.A. & Beck, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Caro, I. *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós; 119-129.
- Dunmore E, Clark DM & Ehlers A. (1999). Cognitive Factors Involved in the Onset and Maintenance of Posttraumatic Stress disorder (PTSD) After Physical or Sexual Assault. *Behaviour Resourse Therapy*. Sep; 37(9): 809-29.
- Fernández-Abascal, E. G. & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2000). *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society For Traumatic Stress Studies*. New York. The Guilford Press.
- Foa, E., B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Steketee, G. & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/Cognitive Conceptualization of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E. B., Zinbarg, R. & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and Unpredictability in Posttraumatic Stress Disorder: An Animal Model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Follette, V. M., Ruzek, J. I. & Abueg, F. R. (1998). *Cognitive - Behavioral Therapies for Trauma*. New York: The Gilford Press.
- Foy, D. W., Sipprelle, R. C., Rueger, D. B. & Carroll, E.M. (1984). Etiology of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans: Analysis of Premilitary, Military, and Combat

- Exposure Influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 78-87.
- Harvey, J. H. & Pauwels, B. G. (2000). *Post-Traumatic Stress Theory. Research and Application*. London: Brunner/Mazel.
- Klein, R. H. & Schermer, V. L. (2000). *Group Psychotherapy for Psychological Trauma*. New York: The Guilford Press.
- Kusher, M. G., Riggs, D., S., Foa, E. B., & Miller, S. M. (1992). Perceived controllability and development of posttraumatic stress disorder in crime victims. *Behavior Research and Therapy*, 31, 105-110.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vidal, A., & González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. En: *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 195-206.
- Lazarus R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, C. D., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D. & Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 493-505.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., López, I. C., Posada, S. L., Arango D. & Aguirre, D. C. (2006). Validación de la Escala de Estrategias Coping Modificado (EEC-M) en población colombiana. En prensa, *Revista Universitas Psychologica*.
- Londoño, Maestre, Marín, Schnitter, Ferrer, Castrillón & Chaves (2003). Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de la Personalidad CCE-TP, En: Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C. A. & Schnitter, M. (2003). *Propiedades psicométricas y validación estructural del cuestionario de Contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad (CCE-TP), en población universitaria de la ciudad de Medellín-Colombia*. Trabajo de investigación. Medellín: Universidad de San Buenaventura.
- Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C. A. & Schnitter, M. (2003). *Propiedades psicométricas y validación estructural del cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los trastornos de la personalidad (CCE-TP), en población universitaria de la ciudad de Medellín-Colombia*. Trabajo de investigación. Medellín: Universidad de San Buenaventura.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Melillo, A. & Suárez, E. N. (2002). *Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. & Davis, R. D. (2000). *Los trastornos de la personalidad: Mas allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E. & Vásquez, J. J. (2004). Presencia de síntomas de estrés agudo en la población general de Madrid en la segunda semana tras el atentado terrorista del 11 de Marzo de 2004. En: *Ansiedad y estrés*, 10 (2-3), 147-161.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (1994). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*. Oct 25;4(1):34.
- Resick, P. A. (2001). *Stress and Trauma. Clinical Psychology, a Modular Course*. London: Psychology Press.
- Sheehan, D. V. & Lecrubier, Y. (1999). *Mini International Neuropsychiatric Interview. M.I.N.I.* Versión en Español 5.0 DSM-IV. University Of South Florida - Tampa.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J. & Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin Psychiatry*, 59: 22-33.

- True, W. R., Rice, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Goldberg, J., Lyons, M. J., & Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contribution to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.
- Vásquez, C. & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. En: *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3), 231-254.
- Vernberg, E. M., LaGreca, A. M., Silverman, W. K. & Prinstein, M. J. (1996). Prediction of Posttraumatic Stress Symptoms in Children After Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 237-248.
- Young, J. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach*. Third Edition. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

*Recibido, 23 Septiembre /2007*

*Revisión recibida, 6 Octubre /2007*

*Aceptado, 13 Diciembre /2007*