



Universidad de Salamanca

Facultad de Psicología
Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos
Doctorado Psicología Clínica y Salud

**“Género y Experiencias Traumáticas en Víctimas
de Violencia Política”**

Ruth Elizabeth Vargas Durán
Director: Dr. Fernando Jiménez Gómez

Tesis para optar al Grado de Doctor
Salamanca, 2010

INFORME DEL DIRECTOR

D. ***Fernando Jiménez Gómez***, en calidad de Director del Trabajo de Investigación para optar al título de Doctor denominado “***Género y evaluación de experiencias traumáticas en víctimas de violencia política***”, realizado por la alumna Doña Ruth Elizabeth Vargas Durán, para su lectura y defensa ante Tribunal.

DESEA HACER CONSTAR que,

El trabajo presentado reúne los requisitos de calidad, originalidad y aportación científica exigibles en una investigación, estando en condiciones de ser expuesto y defendido ante un Tribunal.

Ya para que conste firmo el presente informe en Salamanca a quince de Febrero de dos mil diez.

EL DIRECTOR DEL TRABAJO

Fdo. Fernando Jiménez Gómez

Tesis titulada
Género y Experiencias Traumáticas en Víctimas de Violencia Política

Por: Ruth Elizabeth Vargas Duran

Departamento Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Universidad de Salamanca

Director de Investigación: Dr. Fernando Jiménez Gómez

Coordinador Doctorado Psicología Clínica y Salud

Director Departamento Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

RESUMEN

Evaluar las experiencias traumáticas vivenciadas por víctimas de violencia política ha llamado la atención de la comunidad científica internacional con el propósito de crear modelos de intervención apropiados. El Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard para evaluar traumatización en refugiados y creado por Richard Mollica y su equipo de investigación en 1992, fue aplicado a 124 latinoamericanos, provenientes de diferentes países, que fueron atendidos en el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de la Escuela de Medicina de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón (Torture Treatment Center at Oregón Health and Science University).

Los objetivos de este trabajo fueron explorar diferencias atribuibles al género en las experiencias traumáticas experimentadas por Latino Americanos víctimas de violencia política y revisar en el tipo de diagnóstico clínico asociado a esas propias experiencias.

Los resultados del Inventario de Experiencias Traumáticas se confrontaron con el diagnóstico clínico así como con el género del grupo clínico con el que se efectuó el estudio. Los resultados muestran que, tanto en hombres como mujeres que han estado expuestos a experiencias traumáticas, existe una alta incidencia de Trastorno por Estrés Postraumático, no se aprecian diferencias atribuibles al género en el desempeño en la escala de evaluación de experiencias traumáticas en el cómputo total del cuestionario pero sí al efectuar un análisis ítem por ítem. Se discuten los resultados contemplando el modelo teórico elegido y se señalan las implicancias teóricas y clínicas del estudio.

AGRADECIMIENTOS

Durante esta investigación he recibido el valioso apoyo de muchas personas que han ofrecido inspiración y aliento en la continuación de este proyecto.

De modo especial quiero agradecer a Fernando Jiménez mi director de investigación y coordinador del Doctorado en Psicología Clínica, por su constante apoyo en el proceso de gestar teórica y metodológicamente la investigación.

A Elide Tapia Meneses, Secretaria Académica del Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, quien me ofreció orientación durante este proceso, pero en especial por su generosidad al responder cálidamente cada email que le envié, aún sin conocerme y por facilitar el paso de mi familia por esta hermosa ciudad.

Mi más profundo aprecio al equipo de la Clínica Psicológica de la Universidad de la Frontera donde me hice psicoterapeuta y a quienes continúo valorando como mis mentoras, pese a los kilómetros y años que nos separan, nuestro vínculo de amistad ha permanecido intacto.

Al Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón por haberme acogido y brindado la gran oportunidad de ser parte de un equipo multiétnico y multiprofesional. Mi profundo agradecimiento a cada uno de los profesionales que han dedicado incontables horas de dedicación al trabajo con nuestros clientes.

Mi genuina apreciación y admiración a José Quiroga y David Kinzie por ser pioneros en la creación de estándares éticos en el trabajo con víctimas de violencia política y tortura, ambos son fuente de profunda inspiración en mi trabajo.

Y en especial a los refugiados Latino Americano pacientes de la clínica en Eugene y a sus familias, quienes han compartido conmigo los aspectos más significativos de sus vidas. En ese proceso han impactado y enriquecido profundamente mi existencia al vivenciar el sentido de la resiliencia vicaria. La valentía que les caracteriza me ha inspirado a sistematizar la valiosa información compartida, información que he tratado con absoluto respeto.

A las amigas y amigos que se han convertido en la familia extendida dispersa en el planeta, juntos exploramos la geografía de la reciprocidad y fraternidad.

En especial a mis padres quienes constantemente me vinculan con los aspectos armoniosos de las relaciones humanas, ellos me mostraron como iluminar con amor los desafíos en los que acostumbro a involucrarme. Y a mis hermanos por lo que nos une.

A Scott, por su apoyo y con quien cree una familia crosscultural, juntos navegamos espacios culturales y afectivos que ampliaron mi entendimiento de los procesos de hacer familia en un país extranjero.

De modo muy especial este trabajo está dedicado a mi hijo, quien me mantiene inspirada con reflexiones tempranas acerca de la construcción de la paz.

Benjamín, tu sonrisa trae luz a mi vida y mi amor hacia ti continúa creciendo.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
RESUMEN	vii
AGRADECIMIENTOS	ix
TABLA DE CONTENIDOS	xi
LISTA DE TABLAS	xv
LISTA DE FIGURAS.....	xvii
INTRODUCCION	19
CAPITULO I: MARCO TEORICO	25
I.1. Aproximación a la violencia.....	26
I.2. Aproximación al trauma	37
I.3. Modelo ecológico	41
I.3.1. El impacto traumático de la violencia política	46
I.4. Consideraciones del Trastorno por Estrés Post Traumático.....	49
I.4.1. Criterios diagnósticos del TEPT en la Clasificación Internacional de las Enfermedades.....	50
I. 4.2. Criterios Diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático	53
I.4.3. Trastorno por estrés postraumático y víctimas de violencia política.....	56
I.5. Experiencia traumáticas premigratorias y fenómeno de las migraciones forzadas	58
I.5.1. Efectos de la violencia política en Latino América	61
I.5.2. Violencia política y refugiados Latino Americanos en Estados Unidos	66
I.6. El Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de Oregon	70
I.6.1. Clínica Latino Americana.....	71
I.7. Antecedentes epidemiológicos y diferencias de género	73
I.8. Antecedentes epidemiológicos y refugiados Latino Americanos.....	76
I.9. Escalas Psicométricas en evaluación de trauma en víctimas de violencia política.	78
I.9.1. La Escala de Estresores de Relocación.....	81
I.9.2. La Escala de Trauma de Guerra.....	81
I.9.3. La Escala Dificultades de Vida Post Migratoria.....	81
I.9.4. El Cuestionario de Trauma de Harvard	82
I.9.5. Cuestionario de Eventos de Vida e Historia Social.....	83

I.9.6. Inventario Comprensivo de Trauma	84
I. 10. Eventos Traumáticos y Cuestionario Harvard.....	86
CAPITULO II: METODOLOGIA	91
II.1. Objetivo de la investigación.....	91
II.2.- Hipótesis	92
II.3.Participantes	93
II.4. Instrumentos.....	94
II.4.1.- Entrevista clínica Inicial	94
II.4.2. Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario de Harvard.....	96
II.4.3. Escala de Autopercepción Sheehan.....	98
II.5. Procedimiento	98
II.6. Identificación de las variables.....	99
II.6.1.Diagnóstico Clínico.....	99
II.6.2.Variables socio-demográficas	100
II.6.3.Exposición a experiencias traumáticas.....	101
II.6.4. Autopercepción de los síntomas.....	102
II.7.Tratamiento Estadístico.....	102
CAPITULO III: RESULTADOS.....	105
III.1. Identificación de los participantes	106
III.2. Desempeño por ítem del Cuestionario Harvard.....	125
III.3. Desempeño por ítem Escala Sheehan	157
III.4. Análisis Estadístico del Cuestionario Harvard	164
III.4.1. Fiabilidad	164
III.4.2. Análisis Factorial (exploratorio).....	164
III.4.3 Análisis medias de los cuatro componentes principales	167
III.4.4. Análisis Discriminante:.....	168
III.4.4.1.Diagnóstico TEPT primario/secundario y otros diagnósticos	169
III. 4.5. Diferencias de medias entre sexos:	170
III.4.6. Correlación entre Inventario Harvard y Escala Sheehan	171
CAPITULO IV: CONCLUSIONES	175
CAPITULO V: DISCUSION	181
V.1. Antecedentes contextuales.....	181

V.2. Aspectos demográficos y clínicos.....	183
V.3. Eventos traumáticos e impacto en la sintomatología.....	184
V.4. Eventos Traumáticos e Inventario Harvard	186
V.4.1 Eventos traumáticos y género	187
V.5. Autopercepción del impacto de los síntomas.....	189
V.6. Relevancia de los instrumentos de evaluación.....	191
V.7. Consideraciones éticas.....	192
V.8. Modelo ecológico y evaluación clínica.....	193
V.7. Limitaciones de la investigación.....	197
V.8. Implicaciones de la investigación	197
REFERENCIAS.....	201
ANEXOS	213
ANEXO 1: EVALUACION DE SALUD MENTAL	215
ANEXO 2: CUESTIONARIO HARVARD	220
ANEXO 3: ESCALA SHEEHAN	222
ANEXO 4: MODELO COEXISTENCIA (CASTELLANO)	223
ANEXO 5: MODELO COEXISTENCIA (MAPUZUGUN).....	224
ANEXO 6: MODELO COEXISTENCIA (INGLES)	225

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1: Lugar de Procedencia	93
Tabla 2: Variable Diagnóstico Clínico	99
Tabla 3: Eventos Evaluados por Inventario Harvard	102
Tabla 4: Diagnóstico Clínico de los Participantes	119
Tabla 5: Fiabilidad del Inventario de Experiencia Traumáticas	164
Tabla 6: Carga de la Varianza o Varianza Total explicada	165
Tabla 7: Matriz de los Componentes Rotados	166
Tabla 8: Diferencias de medias entre en los hombres y mujeres cuatro factores	167
Tabla 9: Análisis de la Varianza de los Cuatro Componentes	168
Tabla 10 Análisis Discriminante entre Diagnóstico TEPT y “Otros”	169
Tabla 11: Resultados de TEPT (1)/ TEPT (2) y otros Diagnósticos.	170
Tabla 12: Diferencias de Medias entre Hombres y Mujeres	170
Tabla 13: Análisis de la varianza	171
Tabla 14: Correlaciones Inventario Harvard y Escala Sheehan	171
Tabla 16: Baremación del las respuestas del Inventario Harvard	172

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Gráfica Sexo de los participantes	106
Figura 2 Gráfica País de origen de los participantes	107
Figura 3 Gráfica país de origen y género	108
Figura 4 Gráfica procedencia de los participantes	109
Figura 5 Gráfica ámbito rural urbano y género	110
Figura 6 Gráfica estado civil de los participantes	111
Figura 7 Gráfica estado civil y género	112
Figura 8 Gráfica estatus legal de los participantes	113
Figura 9 Gráfica estatus legal y género	114
Figura 10 Gráfica actividad de los participantes	115
Figura 11 Gráfica actividad y género	116
Figura 12 Gráfica escolaridad	117
Figura 13 Gráfica escolaridad y género	118
Figura 14 Gráfica: diagnóstico y género	121
Figura 15 Gráfica presencia diagnóstico TEPT	122
Figura 16 Gráfica diagnóstico de TEPT y género	123
Figura 17 Gráfica diagnóstico de TEPT	124
Figura 18 Gráfica diagnóstico de TEPT y género	125
Figura 19 Gráfica Ítem 1. Exposición a sustancias tóxicas	126
Figura 20 Gráfica Ítem 1. Exposición a sustancias tóxicas y género	127
Figura 21 Gráfica Ítem 2. Exposición a asalto físico	128
Figura 22 Gráfica Ítem 2. Exposición a asalto físico y género	129
Figura 23 Gráfica Ítem 3. Exposición a asalto con arma	130
Figura 24 Gráfica Ítem 3. Exposición a asalto con arma y género	131
Figura 25 Gráfica Ítem 4. Exposición a asalto sexual	132
Figura 26 Gráfica Ítem 4. Exposición a asalto sexual y género	133
Figura 27 Gráfica Ítem 4. Exposición a otra experiencia sexual indeseada	134
Figura 28 Gráfica Ítem 5. Experiencia sexual indeseada y género	135
Figura 29 Gráfica Ítem 6. Exposición a zona de conflicto armado	136

Figura 30 Gráfica Ítem 6. Exposición a zona de conflicto armado y género	137
Figura 31 Gráfica Ítem 7. Cautiverio	138
Figura 32 Gráfica: Ítem 7. Cautiverio y género	139
Figura 33 Gráfica Ítem 8. Enfermedades sin cuidado médico	140
Figura 34 Gráfica Ítem 8. Ausencia de cuidado médico y género	141
Figura 35 Gráfica Ítem 9. Privación de comida y agua	142
Figura 36 Gráfica Ítem 9. Privación de comida/agua y género	143
Figura 37 Gráfica Ítem 10. Privación de refugio	144
Figura 38 Gráfica Ítem 10. Privación de refugio por género	145
Figura 39 Gráfica Ítem 11. Separación forzada de la familia	146
Figura 40 Gráfica Ítem 11. Separación forzada de la familia por género	147
Figura 41 Gráfica Ítem 12. Asesinato de familia y amigos	148
Figura 42 Gráfica Ítem 12. Asesinato de familia y amigos/por género	149
Figura 43 Gráfica Ítem 13. Muerte no natural familia y amigos	150
Figura 44 Gráfica Ítem 13. Muerte no natural de familia/amigos por género	151
Figura 45 Gráfica Ítem 14. Asesinato de desconocidos	152
Figura 46 Gráfica Ítem 14. Asesinato de desconocidos por género	153
Figura 47 Gráfica Ítem 15. Tortura	154
Figura 48 Gráfica Ítem 15. Tortura y género	155
Figura 49 Gráfica: Ítem 16. Amenaza a la vida	156
Figura 50 Gráfica Ítem 16. Amenaza a la vida y género	157
Figura 51 Gráfica Impacto en la vida del trabajo	158
Figura 52 Gráfica Impacto en la vida del trabajo por género	159
Figura 53 Gráfica Impacto en la vida del social	160
Figura 54 Gráfica Impacto en la vida de social por género	161
Figura 55 Gráfica Impacto en la vida del familiar	162
Figura 56 Gráfica Impacto en la vida de familiar por género.	163

INTRODUCCION

La evaluación de las experiencias traumáticas experimentadas por Latino Americanos víctimas de violencia política y las diferencias atribuibles al género en relación al diagnóstico clínico es el tema que se abordara en las siguientes páginas.

El estudio se realiza desde el enfoque teórico del Modelo de Ecológico (U Bronfenbrenner, 2005) como un estudio exploratorio se propone realizar una investigación cuantitativa utilizando un diseño no experimental transversal descriptivo correlacional para dar cuenta del desempeño de las personas en el Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard (HTQ) y Escala Sheehan, asociándolo con el diagnóstico clínico de quienes consultan en el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón (Torture Treatment Center at Oregón Health and Science University).

Se efectuó un análisis descriptivo de los datos a través del programa estadístico SPSS versión 17.0 y a través del mismo programa se realizó una evaluación de las propiedades psicométricas del Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard a través del análisis de fiabilidad, análisis de componentes principales de rotación octagonal Varimax con Kaizer y Análisis Discriminante para poder apreciar la clasificación del diagnostico a través del Cuestionario Harvard.

Posteriormente para estudiar en profundidad el comportamiento de las variables género en el desempeño de la escala de experiencias traumáticas Harvard y de autopercepción Sheehan se utilizo la medida estadística ANOVA para análisis de varianza con el fin de detectar si las diferencias son significativas.

El tema de los efectos de la violencia política es un tema que se ha caracterizado por su invisibilidad, y que se puede abordar desde lo político y desde lo epidemiológico en la sociedad moderna.

Durante los últimos treinta años las migraciones forzadas han tomado dimensiones no imaginadas por las sociedades contemporáneas. La violencia política ha sido reconocida como una amenaza creciente a la salud pública y es conocido que la tortura continua practicándose en más de 100 países según el Informe Anual del Consejo Internacional para la Rehabilitación de Víctimas de Tortura [IRCT] (2008). Genocidios, tortura y migraciones forzadas son documentados en el Informe Amnistía Internacional 2009, revelando la presencia de inequidad y discriminación estructural, aspectos que continúan amenazando a la comunidad internacional.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) en su informe 2009, estima que al final del 2008 había 42 millones de personas desplazadas forzosamente de sus comunidades. Lo que incluye 15,2 millones de refugiados, 26 millones internamente desplazados, 827,000 personas con peticiones de asilo pendientes. Los niños menores de 18 años constituyen el 44% de la población total de refugiados y personas que buscan asilo. Las mujeres y niñas constituyen el 47% del total de refugiados, desplazados y personas que buscan asilo.

La presión desproporcionada que sufren las mujeres refugiadas y los desafíos enormes que ellas deben confrontar ha llamado la atención en los años recientes. Los rigores de las largas jornadas al exilio, el asedio de oficiales policiales, la indiferencia, los frecuentes asaltos sexuales suceden muchas veces antes de llegar al lugar de destino. Las

abusos específicos referidos a género con frecuencia no son reportados durante y después de los conflictos armados (Adanu & Johnson, 2009; Laurie & Petchesky, 2008; Roberts, Ocaña, Browne, Oyok, & Sondorp, 2008).

La población de desplazados y refugiados enfrenta condiciones que compromete su salud mental debido a los desafiantes cambios en los procesos de reubicación. Diversos programas y organizaciones han desarrollado diferentes modelos para abordar las profundas consecuencias del trauma psicológico experimentado por las víctimas de violencia política (J. Barudy, 1989; Gurr & Quiroga, 2001; Kinzie, 1978, 1981, 2001; R. F. Mollica, 1996; R. F. Mollica, et al., 1992) aumentando la conciencia acerca de síntomas comunes enmarcados en los Criterios del Manual Diagnóstico de Desordenes de Salud Mental Texto Revisado (DSM IV-TR) para Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT). (Kinzie, 2006; Lears & Abbott, 2005; Silove, 1999; Sondergaard, Ekblad, & Theorell, 2003).

La importancia de entender el contexto de desplazamiento, la cultura de origen de cada paciente y comprender que aunque ellos difieren en su origen, los síntomas que describen son similares y referidos a los criterios de TEPT. Hay una alta tasa de TEPT y depresión entre la población de refugiados de diferentes orígenes étnicos y culturales (J. K. Boehnlein & Kinzie, 1992; J. K. Boehnlein, et al., 2004; J. K. Boehnlein, Leung, & Kinzie, 2008; Kinzie, 2006). La evidencia sugiere

La importancia del tema puede señalarse en cinco razones fundamentales:

1. La existencia de un cuerpo escaso de investigación acerca de los múltiples y profundos efectos psicológicos de largo plazo en refugiados Latino Americanos.

2. La creciente demanda de servicios de Salud Mental en los países de acogida y la sintomatología asociada a las víctimas de violencia política genera la necesidad de entender el tipo de experiencias traumáticas al que han estado expuestos.

3. Las múltiples consecuencias psíquicas de largo plazo que experimentan las víctimas de violencia política y víctimas de tortura quienes han sido desplazados de sus países de origen plantean grandes desafíos a los clínicos que trabajan en esta área.

4. El interés también reside en que es un grupo clínico muy particular y diverso culturalmente sobre el cual no existen estudios previos.

5. Las sociedades modernas sufren un gran número de conflictos armados que continua desplazando población civil demostrando la actualidad del tema a investigar.

A partir de las razones expuestas se desprenden las siguientes implicaciones clínicas del trabajo:

1) La exploración del diagnóstico clínico y características demográficas ofrece un mejor entendimiento de las consecuencias de largo plazo de la violencia política en las personas y familias que se insertan en una nueva cultura.

2) La exploración del tipo de trauma experimentado y diagnóstico tiene alcances clínicos en la medida en que contribuye a comprender las diferencias de género de la población que consulta.

3) La comprensión de los profundos traumas vivenciados por las víctimas de la violencia política nos permitiría entender la comorbilidad del Síndrome de Estrés Postraumático (TEPT) y Depresión en personas que han vivido desplazamientos forzados, víctimas violencia política y tortura.

Este tema tiene también implicaciones teóricas como generador de conocimiento, el evaluar las experiencias traumáticas en relación al género y contrastarlo con el tipo de diagnóstico clínico invita a la comunidad científica a explorar modelos de intervención sensibles a las minorías, al igual que desafía a los profesionales de la Salud Mental a estar atentos a las demandas éticas que implica el trabajo con desplazados por razones de violencia política. De igual modo se considera que tiene implicaciones políticas al proveer a los Sistemas de Salud con información que les invita a crear modelos de atención culturalmente apropiados e incluyentes de las minorías.

El estudio fue factible de realizar debido a que se contó con la autorización de los directivos y clínicos del Centro para Víctimas de Tortura y de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón para acceder a la base de datos de la Clínica en Eugene.

El procedimiento de trabajo se dividió en las siguientes fases: a). Revisión bibliográfica para determinar relevancia del tema. b). Solicitud y acceso a la base de datos. c). Codificación de las variables demográficas y clínicas. d). Evaluación psicométrica del Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard. e). Análisis estadístico. f) Resultados. g) Conclusiones. h) Discusión de los resultados.

En base a la importancia e implicaciones señaladas el presente estudio pretende evaluar los eventos traumáticos experimentados por Latino Americanos víctimas de violencia política y las diferencias atribuibles al género en relación al diagnóstico clínico, tipo de experiencias y autopercepción de los síntomas en pacientes que consultan en el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de Oregón .

Este trabajo de investigación se desarrolla a través de cinco capítulos los que se presentan a continuación.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

Este estudio se enmarca dentro del campo de la psicología clínica y psicología de la salud. El fenómeno de la violencia política y sus efectos requiere de estrategias eficaces de prevención, evaluación y tratamiento basados en conocimiento e investigaciones sólidas.

Al evaluar las experiencias traumáticas de víctimas de violencia política provenientes de Latino América y que residen en los Estados Unidos se hace necesario considerar una base teórica que será profundizada a continuación.

Se revisan los conceptos de violencia, víctima, trauma y se abordan los fenómenos de violencia política, migraciones forzadas, contexto sociopolítico en que surge la violencia en Latino América y sus efectos. Se revisan los criterios diagnósticos de estrés postraumático y aportes teóricos referidos a las sintomatologías asociadas a los procesos de migraciones forzadas.

Se hace referencia al modelo ecológico (U Bronfenbrenner, 1979, 2005; U. Bronfenbrenner & Ceci, 1994), debido a que es el modelo escogido para enmarcar teóricamente esta investigación, modelo que ha sido adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para abordar violencia política.

Posteriormente se efectúa una descripción del programa en el que el estudio se llevo a cabo, seguida por aspectos epidemiológicos del TEPT en refugiados y diferencias atribuibles a género. Se finaliza con la revisión de instrumentos que evalúan experiencias traumáticas en refugiados y víctimas de violencia política,

I.1. Aproximación a la violencia

La violencia es un componente de las sociedades modernas y es objeto estudio de diversas disciplinas, especialmente en el ámbito jurídico, epidemiológico y clínico por la complejidad de sus efectos en las víctimas. En las últimas cuatro décadas ha emergido una nueva especialidad en el área de salud mental referida a abordar las múltiples consecuencias de la violencia organizada, cientos de centros terapéuticos han surgido para acompañar a las víctimas.

Las experiencias pioneras aparecen en el Cono Sur al final de los años setenta con los centros de tratamiento de Argentina y Chile para atender a las víctimas de la violencia de estado y se han extendido a Europa, Norte América, Australia, Asia y África debido al carácter pandémico de los conflictos armados, violaciones a los derechos humanos y las migraciones forzadas que les siguen. Estos cientos de centros de tratamientos han acompañado sus intervenciones psicosociales con una constante reflexión científica para comprender la violencia, sus efectos y generar modelos de tratamiento y prevención pertinentes.

A continuación se presentan algunas definiciones para la mejor comprensión del fenómeno de la violencia.

Violencia es generalmente definida como una conducta socialmente aprendida cuyo objetivo es producir un daño físico o simbólico a una persona o la destrucción de su propiedad.

La organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe *Violencia y Salud* (2002) ha definido *Violencia* “como el uso intencionado de la fuerza física o poder, amenaza contra sí mismo u otra persona, o contra un grupo o comunidad, que resulta o puede resultar en injurias, muerte, daño psicológico o afecta el desarrollo” (p.15). Desde entonces muchas agencias y naciones han adoptado esta definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre *Violencia y Salud* en 2002, estableció el concepto de *violencia colectiva*:

Como el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismos como miembros de un grupo, ya sea este grupo transitorio o permanente, y que agrede a personas pertenecientes a otro. Con el propósito de alcanzar objetivos políticos, sociales o económicos (p 25).

La OMS En el mismo Informe sobre *Violencia y Salud* (2002) plantea que:

La violencia colectiva pudiese tomar diversas formas incluyendo guerras, terrorismo, y otras formas de violencia política que ocurren en o entre Estados. Violencia perpetrada por los Estados tales como los genocidios, represión, desapariciones, torturas entre otros (p. 15).

Toda forma de represión política, religiosa, sexual, étnica y de género queda incluida en esta definición. Las manifestaciones de esta violencia son entre otras las limpiezas étnicas, la violación, la desaparición de personas, el exilio y los desplazamientos forzados, todos ellos constituyen violaciones extremas a los derechos humanos. Estos actos son usualmente crímenes bajo leyes nacionales e internacionales,

violaciones a la convención de Génova y de la Haya, infracciones de derechos humanos básicos (Vetere & Melup, 1996).

La *violencia de estado* se entiende como el uso, tolerancia y amenaza de fuerza por agentes del estado, o sus representantes, llevados a cabo de una manera organizada. La obligación de proteger a los ciudadanos es reemplazada por amenazas e institucionalización de la violencia con el fin de proteger un determinado orden político-social-económico.

Se acude a la violencia y abuso de poder para abordar un conflicto político, a través del poder se impone la violencia para la resolución de un conflicto socio histórico. Se habla de *violencia política* cuando se hace uso de la violencia para la resolución de un conflicto político-social-económico. La violencia es perpetrada por agentes de la sociedad como policías y fuerzas armadas a las que se les ha confiado la protección y cuidado de los individuos para el establecimiento del orden y la promoción de la estabilidad (Moser & Clark, 2001).

La complejidad de los efectos de la violencia política organizada desde estructuras como los estados nacionales ha llevado a la comparación de la violencia política con la violencia familiar, al subrayar un elemento común. La transformación de una fuente de protección en una fuente de terror en las víctimas (Sluzki, 1993).

Las Naciones Unidas en 1959 define *Refugiado* en el artículo 1 de la Convención para Refugiados en 1951, como: “La persona que tiene miedo fundado de ser perseguida por razones de raza, religión, nacionalidad o pertenencia a un grupo social particular,

viéndose forzada a desplazarse para proteger su vida.” Para efectos de esta investigación se usa el término refugiado y desplazado para referirnos a todas las personas que han sido forzadas a huir de sus hogares y comunidades como consecuencia de la violencia política.

Naciones Unidas en la Convención Internacional para la Eliminación de la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes (1984) define *Tortura* en su artículo 1 como:

Todo acto por el cual se infrinjan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales con el fin de obtener de ella o una tercera persona información o una confesión. De castigarla por un hecho que haya cometido o se sospeche de haber cometido, de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación. Cuándo dichos dolores o sufrimientos sean infringidos por un funcionario público o otra persona en el ejercicio de funciones públicas o instigación, consentimiento y/o pleno conocimiento de un oficial público (pg.3).

En el marco de esta investigación es relevante definir la *violencia contra la mujer* que es definida en 1993 en la Declaración de Eliminación de Violencia Contra la Mujer de la ONU en el artículo 1 como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada (p. 3).

En esta declaración en el artículo dos inciso letra c “se sanciona también la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”.

Posteriormente surgió el Estatuto de Roma que entra en vigencia en 2002 es el instrumento constitutivo de la Corte Penal Internacional en el que se define crimen contra la humanidad o crimen de lesa humanidad en el artículo 7:

Comprende las conductas como asesinato, exterminio, deportación o desplazamiento forzoso, encarcelación, tortura, violación, prostitución forzada, esterilización forzada, persecución por motivos políticos, religiosos, ideológicos, raciales, étnicos definidos expresamente, desaparición forzada, secuestro o cualesquiera actos inhumanos que causen graves sufrimientos o atenten contra la salud mental o física de quien los sufre, siempre que dichas conductas se cometan como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque (p.5).

Es relevante destacar que es en este instrumento se establece como un crimen contra la humanidad los siguientes elementos que atañen a las mujeres en situaciones de conflictos armados:

Se definen como crímenes de lesa humanidad violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado u otros abusos sexuales de gravedad comparable. La violación y otros abusos sexuales constituyen también crímenes de competencia de la corte, como tortura en tanto crimen de lesa humanidad o crimen de guerra (p. 6).

“Leso” significa agraviado, lastimado, ofendido, de allí que crimen de lesa humanidad aluda a un crimen que por su naturaleza aberrante, ofende agravia, injuria a la humanidad en su conjunto.

Este tipo de delito, tal como el propio Estatuto de Roma lo establece, no sólo lo comete un Estado sino también una "organización política"; por tanto aquellos crímenes tales como atentados, secuestros, torturas y asesinatos cometidos por una organización terrorista o guerrillera también pueden ser delimitado como crimen de lesa humanidad.

El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en 2008 en su estatuto 1820 determina que:

La violación y otras formas de violencia sexual pueden constituir no solamente un crimen de guerra o un crimen de lesa humanidad, sino también un acto constitutivo con respecto al genocidio. Los actos de violencia sexual contra mujeres y niñas pueden formar parte de una táctica de guerra destinada a humillar, dominar, atemorizar, dispersar o reasentar por la fuerza a miembros civiles de una comunidad o grupo étnico. La humillación, la dominación, el amedrentamiento, la dispersión y el desplazamiento de comunidades y grupos étnicos, como por ejemplo los indígenas, a través, entre otros mecanismos la violencia sexual sobre mujeres y niñas del grupo habrá de entenderse que constituyen crimen de lesa humanidad o que podrán constituir incluso acto constitutivo de genocidio. Son delitos internacionales por sí, sin necesidad de que se comentan en situaciones de conflicto (pg. 7).

Esta declaración reconoce el sufrimiento de las víctimas de delitos sexuales en circunstancias de conflictos armados e insta medidas para desde los estados miembros prevenir los delitos sexuales y enjuicie a los sospechosos de haberlos cometido.

Son muchas las resoluciones emanadas de Naciones Unidas referidas a la protección y promoción de derechos humanos y libertades fundamentales en las que se insta a los estados miembros a implementar políticas sociales, de salud, salud mental, educativas, económicas y de prevención de crimen para reducir la victimización, facilitar la asistencia y compensación a las víctimas. Lo que provee de una normativa legal internacional que directamente o indirectamente ofrece alternativas de protección y reparación a las víctimas de violaciones de derechos humanos.

El concepto de *víctima* está vinculado al daño que sufre un individuo el cual ha sido generado por agentes externos, ya sean personas o desastres naturales. La Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1985 define víctima en la Declaración sobre Principios Básicos de la Justicia para Víctimas de Crímenes y Abusos de Poder:

Víctima es toda persona que individualmente o colectivamente ha sufrido daño físico, mental, emocional, pérdida económica o sustancial desmejora de sus derechos fundamentales a través de actos u omisiones que son violatorios de las leyes que operan en los Estado Miembros, incluyendo aquellas leyes que prescriben el abuso criminal de poder (p.1).

Esta declaración no incorporaba explícitamente a las víctimas de violaciones de derechos humanos y no se refería la sanción de abuso de poder desde los estados, pero

juristas internacionales y múltiples centros de tratamientos de víctimas de violaciones de derechos humanos se adscribieron a ella considerando que podría considerar el abuso de poder desde los estados para generar consciencia de los masivos delitos de derechos humanos de las últimas décadas del siglo veinte y de sus efectos en las víctimas.

Se destaca en el marco de esta investigación la Declaración de Derechos de Restitución para las Víctimas de Violaciones Graves a los Derechos Humanos en la que Naciones Unidas en 1999 define a las *víctimas de violaciones de las normas internacionales de derechos humanos y derecho internacional humanitario*:

Se considerará "víctima" a la persona que, individual o colectivamente, como resultado de actos u omisiones que violan las normas internacionales de derechos humanos o el derecho internacional humanitario, haya sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales. Se podrá considerar también "víctimas" a los miembros de la familia directa o personas a cargo de la víctima directa, así como a las personas que, al intervenir para asistir a la víctima o impedir que se produzcan otras violaciones, hayan sufrido daños físicos, mentales o económicos (p. 2).

La condición de una persona como víctima no debería depender de que se haya identificado, capturado, enjuiciado o condenado al autor de la violación, y debería ser independiente de toda relación que pueda existir o haber existido entre la víctima y ese autor.

En esta Declaración se enfatiza el derecho a la restitución, indemnización y rehabilitación. De ella emanan iniciativas posteriores de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas para la creación del los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” en resolución aprobada en 2005 por la Comisión de Derechos Humanos de la O.N.U.

Posteriormente en el 2007 surge la Convención Internacional contra las Desapariciones Forzadas como uno de los tratados de derechos humanos más fuertes que ha emanado desde las ONU en la última década. Al crear dos nuevos derechos humanos fundamentales. El derecho a no ser desaparecido como un derecho autónomo no derogable. Y el derecho de la víctima a saber la verdad con respecto a las circunstancias que condujeron a la desaparición forzosa y suerte que ha corrido una persona desaparecida.

Esta declaración se refiere a víctima tanto a la persona desaparecida como a cualquier individuo que haya sufrido daño como resultado directo de una desaparición forzada. Además se incorporan medidas sobre la incriminación, medidas preventivas, cooperación internacional, reconocimiento a las víctimas y sus derechos, medidas sobre los niños y adopciones relacionadas con las desapariciones forzadas.

De acuerdo a esta declaración hay varios tipos de víctimas, las víctimas directas son las que han sufrido directamente la violencia y las indirectas aquellas que por lazos familiares o sociales sufren las consecuencias de la misma. Se plantea que en el caso de

las desapariciones forzadas las consecuencias de las violaciones masivas de derechos humanos llegan a la segunda generación. Por lo que se habla de víctimas de primera y segunda generación, lo que coincide con investigaciones de los efectos de largo plazo de la traumatización en víctimas directas del holocausto y sus hijos. (Sagi-Schwartz, et al., 2003; Scharf, 2007).

Los avances son significativos en las últimas declaraciones de la ONU, se incorpora el concepto de reparación tanto en la víctima directa como en la familia de quienes han sufrido delitos de lesa humanidad. Estas declaraciones del derecho internacional son complementarias con la OMS en su documento Prevención de la Violencia (2009) en que:

Se insta a la identificación y cuidado a las víctimas de violencia interpersonal a través del uso de herramientas de diagnóstico que faciliten la comprensión y apoyo a las víctimas, así como invita a implementar modelos educativos que quiebren con el ciclo de la violencia en consideración a los efectos de largo plazo en la salud física y mental en la víctima, su familia y comunidad (p.3).

Respecto a la documentación es importante señalar que en 2000, ONU aprueba y promueve la implementación del Protocolo de Estambul entre las naciones miembros. El Protocolo de Estambul es una herramienta forense internacional que guía la documentación médica, psicológica y legal en víctimas de tortura y delitos de lesa humanidad. Es un procedimiento que se ajusta a los requerimientos de organismos internacionales de protección a los derechos humanos y que puede ser presentado como

evidencia legal ante tribunales nacionales e internacionales en casos en los que se alega tortura o delitos de lesa humanidad.

En este protocolo se establece las responsabilidades éticas y profesionales para la documentación forense de tortura y delitos de lesa humanidad, instaurando los criterios internacionales con los cuales se debe evaluar a las víctimas, fue elaborado por 75 especialistas de 40 organizaciones de 15 países. Este instrumento ofrece a médicos, abogados y psicológicos expertos una serie de lineamientos relativos a la investigación y documentación eficaz de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Los esfuerzos para la documentación se refieren a un esfuerzo global para la prevención a través de la documentación profesional de delitos de lesa humanidad.

En el informe Violencia y Salud de la OMS (2002) plantea que:

En lo concerniente a la violencia política, los profesionales de la salud y sus colaboradores parten de la sólida convicción, basada en pruebas científicas, de que tanto la conducta violenta como sus consecuencias pueden ser prevenidas. Las estrategias planteadas desde la salud pública, no reemplaza a las respuestas que la justicia penal y los derechos humanos dan a la violencia, sino que complementa sus actividades y les ofrece más instrumentos y fuentes para la colaboración (p.4).

De las definiciones y recomendaciones anteriormente presentadas se observa que desde los organismos internacionales como ONU y OMS se atiende al carácter sistémico de la violencia política y sus profundos efectos de largo plazo. Desde estas instancias se

promueven normativas internacionales de derechos humanos y políticas globales de salud para la documentación eficaz y posterior abordaje de las secuelas a nivel individual, familiar y social. Estas sugerencias resaltan el conjunto de mecanismos que las sociedades debiesen implementar para evitar la resolución violenta de conflictos sociales.

I.2. Aproximación al trauma

La noción de tener un trauma ha comenzado a formar parte del lenguaje común. La palabra trauma parece indicar que una situación traumática automáticamente dejaría afectado a quienes la experimenten. Desde la segunda mitad del siglo XIX se han desarrollado definiciones de síndromes clínicos que abordan los efectos de las experiencias traumáticas sobre las personas, conceptos como histeria traumática, neurastenia traumática, neurosis traumática, corazón irritable o histeria de guerra. La etiología de estos síndromes enfatizaba los factores orgánicos, desajustes de personalidad preexistentes, conflictos intrapsíquicos y factores sociales.

El rol de los efectos de traumas severos se hace evidente solamente después de la segunda guerra mundial por la notoriedad de los campos de concentración desde donde surge el concepto de *Síndrome de campo de concentración* (Kinzie & Goetz, 1996). Con posterioridad y ante los efectos de la guerra de Vietnam aparece el *Síndrome de veterano de Vietnam*, época en la que se inicia el estudio de los efectos de la violencia en la familia y el reconocimiento del *Síndrome del niño abusado* y *Síndrome de la mujer maltratada* (Van der Kolk, 1996). En 1980 con la aparición de los criterios diagnósticos de estrés post traumático en el DSM III se operacionaliza el efecto de trauma en el funcionamiento

psíquico. Desde entonces muchos de los síndromes antes mencionados fueron abarcados desde este nuevo criterio diagnóstico.

Etimológicamente la palabra trauma significa “herida”. Freud se refiere a trauma como el “rompimiento de la piel de la psiquis” citado en Van der Kolk y McFarlane (1996, p. 25).

De acuerdo a Freud el trauma se establece como acontecimiento psíquico solamente cuando la barrera protectora ha sido superada por la intensidad energética del evento y se ha roto el principio de constancia, bajo estas condiciones internas del psiquismo emergen las manifestaciones propias del trauma, se enfatiza aquí la condicionante única y particular en que cada sujeto procesa los eventos traumáticos, aspecto que confiere unicidad a la condición psíquica post traumática (Madariaga, 2002).

Van der Kolk, (1996, p. 6) define trauma como: “un evento estresante subjetivo que sobrepasa los mecanismos adaptativos existentes de las personas” y para Herman, J. (1992, p.33) “los eventos son traumáticos no porque son raros, sino porque sobrepasan los recursos internos que generalmente nos dan un sentido de control, conexión y sentido”.

Martín-Baro (1988, p.135) señala que “en Psicología suele hablarse de trauma para referirse a una vivencia o experiencia que afecta a la persona de tal manera que la deja marcada, dejando en ella un residuo permanente”.

El DSM-IV-TR en su edición revisada 2000, ofrece la siguiente definición de trauma en sus Criterios A:

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en que la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. Y la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos (p. 424).

De acuerdo a Herman (1992)

La reacción traumática ocurre cuando no hay una acción disponible, cuando el sistema de autoprotección ha sido sobrepasado y desorganizado. Los componentes de respuesta al peligro han perdido su utilidad. Los eventos traumáticos producen cambios fisiológicos de hipervigilancia, emoción cognición y memoria (p. 34).

La psicofarmacología y la neurociencia con la tecnología moderna han facilitado el entendimiento del trauma y de los procesos biológicos que le acompañan. Varias funciones de neurotransmisores han sido estudiadas en personas con TEPT demostrando anomalías en los sistemas de catecolamina, opioideos endógenos, cortisol y serotonina. Con efectos en los procesos de aprendizaje, discriminación de estímulos, hipervigilancia, memoria (Bisson, 2008; Catani, 2009; Fernandez, et al., 2001; Johnsen & Asbjornsen, 2009; Kinzie & Leung, 1989; Kolassa, et al., 2007; Van der Kolk, 1996; Weinstein, 2001).

El estrés extremo produce una serie de efectos de largo plazo tales como depresión, fobias, duelo patológico.

En TEPT se observa la coocurrencia de: a) permanente alteración de procesos neurológicos resultando en Hipervigilancia y excesiva discriminación a ciertos estímulos. b) la adquisición de miedo como respuesta al estímulo traumático. c) esquema cognitivo alterado y aprehensión social resultando una disonancia cognitiva entre la experiencia traumática y el conocimiento previo que se tenía del mundo, esta combinación hace del TEPT una entidad biopsicosocial. p.94. (Van der Kolk, 1996).

El trauma originado por la violencia política está situado en el contexto macro-social, surge desde condiciones históricas objetivas preexistentes, refleja los acontecimientos políticos que se desarrollan fuera del individuo en el contexto social. La resultante en el daño psíquico es una síntesis entre aquello que lo determina desde lo más general en el nivel macro-sistémico, las características personales del sujeto y la posición de este en el conflicto social (Lira, 1996; Lira, Becker, & Castillo, 1989; Madariaga, 2002; Martin-Baro, 1988; Sluzki, 1993).

No existe consenso a la hora de definir trauma derivado de la violencia política, desde el modelo médico el énfasis está en el diagnóstico y tratamiento individual, para el psicoanálisis el énfasis está en complejos procesos intrapsíquicos y para otros es la combinación de la complejidad de aspectos biopsicosociales.

I.3. Modelo ecológico

En este estudio acogemos la perspectiva biopsicosocial que ha sido desarrollada a través del Modelo Ecológico, en el que se evalúa el trauma producto de la violencia política como un fenómeno clínico y sociopolítico.

El Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS en el año 2002 recurre al Modelo Ecológico para comprender y abordar la naturaleza polifacética de la violencia política, es un modelo que surge en las ciencias sociales en la década de los 70 para comprender problemas como el maltrato a menores y posteriormente se aplicó en el análisis de otras áreas de la violencia, es un modelo de integración biopsicosocial.

El modelo al que hacemos referencia hace un paralelo a las comunidades humanas y a los ecosistemas naturales, describe la relación entre varios sistemas que se influyen. El principal exponente de este modelo es Urie Bronfenbrenner quien en 1979 exportó este concepto de la ecología a otras ciencias como la salud pública, la antropología, la psicología clínica y social.

El modelo ecológico ha sido una teoría en constante evolución, su foco teórico está basado en la temporalidad histórica del *proceso* relacional persona contexto. Acoge un modelo de cambio dinámico de interconexión e interdependencia entre sistemas. Basado en círculos concéntricos de mutua influencia divididos en cuatro contextos principales: endosistema, microsistema, el exosistema y el macrosistema. Con una variable transversal, el cronosistema que se refiere a la variable de tiempo/espacio histórico (U Bronfenbrenner, 2005). En base al fenómeno estudiado en esta investigación

se estima que este sería el modelo apropiado debido a que nos ofrece un marco de análisis contextual al considerar cada componente del macrosistema al microsistema, permitiendo un análisis holístico de la persona y la situación vivenciada.

El *macrosistema* es el nivel más amplio e incluye las formas de organización social, filosofía política, valores, creencias culturales, normas de género, patrones económicos y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular y que crean el contexto de desarrollo humano.

El segundo nivel es el *exosistema* conformado por el sistema de relaciones más próximas de las personas, estructuras comunitarias, enmarcadas por las instituciones que median entre la cultura y el nivel individual, organizaciones sociales como la escuela, organismos judiciales, sistema médico, empleo, las instituciones de seguridad y la iglesia.

El tercer nivel lo conforma el *microsistema* compuesto por las relaciones más próximas el cual está caracterizado por la familia, grupo de pares.

Y un cuarto nivel que es el *ontosistema* incluyendo los factores individuales, como conocimientos, actitudes, talentos, intereses y la predisposición biológica y genética.

Es relevante aproximarse al fenómeno de violencia política (macrosistema y exosistema) y sus efectos en la familia y el individuo (microsistema y ontosistema) con una predisposición a considerar la trayectoria temporo/espacial (cronosistema). Se invita a explorar la huella cultural respecto a estigmas de género, etnia, posición social, religión, estilos de violencia e inequidades en la especificidad y variante del conflicto político

(socioeconómica, sociopolítica, sociocultural) que se refleja en la persona o familia que se evalúa (Betancourt & Khan, 2008; J. K. Boehnlein, et al., 2004; De Jong, 2009; de Jong, et al., 2001; Duran, 2006).

Para Miller y Rasco (2004):

Desde una perspectiva ecológica muchos tipos de problemas de salud mental, incluyendo muchos de los experiencias estresantes vividas por los desplazados y víctimas de violencia política, son mejor entendidas como problemas que se reflejan en relación a las demandas del medio en el cual la persona vive y los recursos de adaptación y enfrentamiento disponibles (p.35).

En el informe OMS acerca de violencia y salud se cita a Summerfield, D. (1991) quien señala:

Aunque se entiende que la repercusión de estos conflictos sobre la salud mental es sumamente compleja e impredecible, está claro que son numerosos los factores que influyen como la naturaleza del conflicto, el tipo de trauma, la angustia experimentada, el contexto cultural y los recursos que los individuos y colectividades aportan a estas situaciones (p.26).

Giacaman et al. (2007) indica que son varios los factores implicados en la etiología de la violencia política y el impacto de sus efectos acumulativos en la persona, familia y comunidad. En situaciones de guerra y conflictos armados, la violencia y trauma son generalmente experimentados colectivamente, con repercusión sobre el sentido de comunidad y no solamente en forma individual.

Las manifestaciones específicas en cada uno de los niveles de la totalidad obedecen al juego interdependiente entre hecho traumático, condición psicobiológica previa, pertenencia social, cosmovisión individual y grado de desarrollo de la conciencia de cada sujeto. El producto del evento traumático visto como daño a la persona humana, a su salud, es singular y único. Sin embargo conserva entre uno y otro una profunda relación de sentido y significación y comparte ciertas características más generales en las que se expresa su historicidad, es decir su condición de experiencias humanas diversas que se igualan en su causalidad como subproducto de la violencia de estado (Madariaga, 2002).

La elección de este modelo teórico tiene que ver con que acoge planteamientos y desarrollos epistemológicos influyentes en el fenómeno y estudio de la violencia política. Planteamientos como los desarrollados por Humberto Maturana con la Biología de la Cognición y Biología del amor (Maturana & Davila, 2008; Maturana, Mpodozis, & Carlos Letelier, 1995), quienes plantean que el lenguaje es un elemento evolutivo que sustenta la conciencia y la colaboración humana, lo que nos caracteriza de otras criaturas. Señalando que todo dolor emocional es de origen cultural, enfatizando la interconectividad de los sistemas biológicos y culturales.

Planteamientos desarrollados por el Psicólogo Jesuita Ignacio Martín Baró quien desde su trabajo psicosocial en el Salvador, influenciado por la Teología de Liberación, elabora el concepto de trauma social y es uno de los promotores de la Psicología de la Liberación, entendiéndose como la psicología que promueve equidad social desarrollada

desde la cooperación, y que devela los efectos de las fuentes de opresión desde los sistemas políticos en Latinoamérica (Martin-Baro, 1988).

Planteamientos de Psicólogos Indígenas de Norte América quienes desarrollan la noción de trauma histórico, referido al efecto intergeneracional de las políticas opresivas y genocidas desde los estados nacionales en contra de la población indígena y minorías. Análisis que surge al comparar los efectos en las víctimas del holocausto con las experiencias traumáticas de las naciones indígenas de las Américas. Desde este enfoque se promueven relaciones terapéuticas culturalmente apropiadas, respetuosas de la cosmovisión de la persona. Se habla de de-colonizar el espacio terapéutico, crear conciencia de que la relación no está basada en la autoridad y poder del profesional, sino en un vínculo legitimizador desde la experiencia de ser minoría en la compleja trama histórica y sus interconexiones (Duran, 2006; Duran & Duran, 1995; Yellow Horse Brave Heart, 1995).

Además este enfoque acoge la perspectiva de género, debido a que los aspectos de género cruzan todos los ámbitos de la sociedad independientemente del contexto político, económico o social. La asimetría en las posiciones de hombres y mujeres se observa en casi cada cultura, cada sociedad tiene un estilo socializador distintivo para hombres y mujeres. Pero la asimetría en las relaciones de poder parece agudizarse entre hombres y mujeres durante las épocas de conflictos armados (Moser & Clark, 2001)

Parece relevante considerar que desde el modelo ecológico surge la noción de factores de riesgo y factores protectores, que son las circunstancias que limitan o favorecen el desarrollo de la persona en su ambiente (U. Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

En la evaluación de trauma es importante delimitar los múltiples factores de riesgo y considerar los eventos traumáticos como elementos acumulativos que favorecen a las circunstancias traumáticas y a la aparición de los síntomas. Todos ellos impactarían en el desempeño socioemocional de la persona y familia (Alayarian, 2007; Harvey, 1996).

Desde esta mirada es significativo entender que una relevante tarea es facilitar el reconocimiento de los factores protectores en el contexto y el modo en que la persona media los episodios estresantes debido a la relevancia que pudiesen tomar en el proceso de recuperación de las circunstancias traumáticas.

La característica de sobreponerse a la adversidad en circunstancia de extremo abuso físico o emocional es denominada resiliencia. Este concepto es significativo para los profesionales de salud, ya que puede entenderse como la capacidad de las personas de responder a los desafíos que les afectan, y las estrategias que les guían a un estado emocional funcional (Atkinson, Martin, & Rankin, 2009).

I.3.1. El impacto traumático de la violencia política

Es importante hacer una distinción entre violencia y conflicto, el conflicto puede ser un acontecimiento no violento, mientras la violencia implica el uso de la fuerza ya sea física o psicológica. La distinción estaría en que el conflicto no implica infligir daño mental o físico a otro. Durante la resolución de conflictos políticos a través de la violencia, al menos una de las partes ha decidido hacer uso de la fuerza (Moser & Clark, 2001).

La violencia política implica ejercer el poder en el otro como enemigo. Desde las esferas de poder político se promueve un cambio en el modo sensorial de evaluar la realidad. En este cambio los medios de comunicación tendrían una influencia mayor. Aparece un modo místico de percibir la realidad que se opone al modo sensorial con el que generalmente se evalúa la realidad. En el modo mítico el enemigo es diabólico y nosotros no, nuestros muertos cuentan y el enemigo no. terroristas en conspiración, humanoides. Y cualquiera que no esté de acuerdo con ello se transforma en un traidor (Alderdice, 2009; Hedges, 2002).

De acuerdo a Hedge (2002) en esas circunstancias se erosionan las responsabilidades sociales, se quiebra con prohibiciones establecidas, y se observa la caída de normas sociales, políticas y sexuales: es el terreno apropiado para usar métodos de tortura y represión. El enemigo se hace maligno y sería posible hacerle morir de hambre torturarlo o matarlo, ya que dejan de ser considerados parte de la misma especie. Se enfatiza la perversidad del enemigo para justificar conductas extremadamente violentas además de responsabilizarle por los fallidos intentos de resolución pacífica del conflicto (Borja, Barreto, Alzate, Sabucedo, & Lopez Lopez, 2009).

Trauma psicosocial fue definido por Martín Baro (1988)

Enfatizando el carácter dialéctico de la herida causada por la vivencia prolongada de una guerra o dictadura. Se habla del carácter dialéctico del trauma psicosocial para subrayar que la herida o efecto dependerá de la peculiar vivencia de la persona. Vivencia condicionada por su grado de participación en el conflicto (p. 28).

Para el mismo autor trauma social se refiere a como un proceso histórico puede haber dejado afectada a toda una población.

Lira y Becker (1989) indican que históricamente los beneficios de la traumatización de un grupo entero de personas han tenido por finalidad el control y la dominación. Para estos autores el vivir en inseguridad con la sensación de permanente amenaza, cercano al dolor y a la muerte contribuiría al rompimiento de la solidaridad básica. Las experiencias traumáticas que son efecto de la violencia política en Latinoamérica han sido definidas como experiencias extremas, son situaciones límites a las que las personas se ven enfrentadas. Lo traumático en la realidad social se manifiesta cuando con cierta regularidad los hechos sobrepasan la capacidad y los recursos de grupos sociales o de las personas involucradas. No es posible vivir en forma permanente en situaciones insostenibles.

Lira y Becker (1989) señalan que se entiende por *Extrema Traumatización* al proceso individual y colectivo que se refiere y depende de un contexto social dado, marcado por su intensidad, su extremada larga duración y por la interdependencia entre la dimensión social y psicológica, excediendo la capacidad del individuo y de las estructuras sociales para responder adecuadamente a este proceso.

Trauma Histórico es definido por María Yelow Horse en 1995 como:

Trauma acumulativo enfatizando el componente intergeneracional y no limitándolo solamente a una generación. Incluye las experiencias de duelo acumulativo por las masacres a las que muchas comunidades indígenas han

estado expuestas, persecución espiritual, pérdida del territorio, separaciones forzadas de la familia, desplazamientos forzados (p. 6).

Mollica (2006) plantea que las heridas psicosociales de las personas han sido relativamente invisibles.

Una razón de ello es que la mayor parte del daño producido por la agresión humana son heridas invisibles. Mientras las cicatrices físicas pueden ser evidentes, en cambio para la ciencia médica las heridas espirituales, psicológicas y existenciales se mantienen ocultas (p.7).

I.4. Consideraciones del Trastorno por Estrés Post Traumático

Originalmente desarrollado bajo la luz de las experiencia de los veteranos de guerra de Vietnam, el concepto de TEPT empezó a usarse con las víctimas de violencia domestica y sexual, accidentes, y desastres naturales y también a las víctimas de la violencia organizada.

El TEPT fue reconocido como entidad clínica independiente en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de desordenes de Salud mental (1980). El DSM IV-TR en su edición revisada (2000) y el Sistema Internacional de Clasificación Diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud ICD-10 (1992) reconocen el TEPT como una entidad clínica que sigue el haber experimentado o presenciado un evento en el cual la seguridad de la vida estuvo amenazada.

Entendemos que el TEPT engloba la perturbación psicológica que sufren las víctimas de violencia política, que son causadas por un ser humano con premeditación y muchas veces por agentes del Estado quienes debiesen velar por la paz y seguridad de sus comunidades.

El diagnóstico de TEPT ofrece a la víctima la posibilidad de un reconocimiento social. Aunque pudiese criticarse su posición universalista en la que se hace énfasis a la sintomatología, se observa el reconocimiento de la influencia ante la exposición de ambientes negativos. Este modelo no niega los factores protectores y de riesgo referidos a la génesis del desorden. El DSM IV-TR incorpora una sección específica en que se refiere a la edad, género, cultura para guiar al clínico en las variaciones de la sintomatología que pueden ser atribuidas a la cultura, estado de desarrollo o género (Alegria, et al., 2008).

Creemos que el diagnóstico clínico del TEPT no es excluyente de una comprensión más amplia y global de la experiencia de la persona en el contexto socio político. Por lo que acogemos estos criterios clínicos del DSM-IV-TR para nuestra investigación.

1.4.1. Criterios diagnósticos del TEPT en la Clasificación Internacional de las Enfermedades

El Sistema Internacional de Clasificación Diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud ICD-10 (1992) desarrolló los criterios diagnósticos de TEPT en base a la definición del DSM III. Los criterios son definidos en la versión Libro Azul 2007 (p.120):

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno por estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de

ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses).

El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico:

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.

Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).

Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados.

También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que

podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

I. 4.2. Criterios Diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático

El DSM IV-TR en su edición revisada (2000) desarrolla los criterios clínicos para el diagnóstico de TEPT (309.81):

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

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.

B. el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones,

alucinaciones, y episodios disociativos y flash back incluso los que aparecen al despertarse o intoxicarse.

4. Malestar psicológico intenso ante la exposición a estímulos externos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del estímulo traumático.

5. Respuestas de tipo fisiológicas ante la exposición a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento que ha generado el trauma.

C) Hay evitación persistente de estímulos asociados al trauma y el embotamiento de la actividad general del individuo, ausentes ante el trauma como indica tres o más de los siguientes síntomas.

1. La persona presenta esfuerzos para evitar sentimientos, pensamientos o conversaciones acerca del suceso traumático.

2. Hace esfuerzos para evitar lugares, actividades o personas que motivan recuerdos del episodio traumático.

3. Tiene incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.

4. Presenta una reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Tiene la sensación de desapego o enajenación frente a otras personas.

6. Manifiesta restricción en su vida afectiva; y

7. Tiene la sensación de un futuro desolador.

D) Hay síntomas persistentes de aumento de la activación o arousal, que no presentaba antes del trauma, como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultad para mantener o conciliar el sueño.

2. Irritabilidad o ataque de ira.

3. Dificultad de concentración.

4. Hipervigilancia; y

5. Exageradas respuestas de sobresalto.

E) Todas las alteraciones presentes que se detallan en los síntomas de los criterios b, c y d se presentan con un periodo que supera el mes.

F) Las alteraciones enumeradas provocan un significativo malestar clínico o deterioro social, laboral o de otras áreas que son importantes en la vida de quien las padece.

El DSM-IV-TR, además permite hacer un diagnóstico diferencial de TEPT en función del tiempo de presentación de los síntomas. Un tiempo inferior de tres meses se clasifica de agudo y un tiempo superior, se clasifica de crónico. También diferencia entre el tiempo de ocurrencia del evento hasta la aparición de los síntomas, clasificando de inicio moderado, cuando se presenta como mínimo a los seis meses de transcurrido el evento.

Una limitación de este enfoque puede referirse a que no ofrece mayor relevancia al contexto en el que el trauma acontece. Desde la posición de esta investigación creemos que al trabajar con víctimas de violencia política es siempre importante comprender el contexto y el usar las categorías diagnósticas del DSM-IV-TR no es restrictivo a la comprensión global de la persona que es evaluada.

Se estima que para nuestro estudio esta clasificación es apropiada debido a que tiene un carácter operativo para diagnosticar su presencia en personas que han vivido situaciones estresantes y que pueden derivar en traumas en sus vidas. Motivo por el cual la evaluación de víctimas de violencia política ha sido enmarcada en esta clasificación de TEPT de acuerdo al Manual DSM-IV-TR. Entendemos que el modelo ecológico propuesto por la organización mundial de la salud para abordar la violencia social acoge y no excluye esta clasificación diagnóstica.

1.4.3. Trastorno por estrés postraumático y víctimas de violencia política

El TEPT en los refugiados se configura como una reacción emocional intensa no ante un único suceso sino ante una serie de sucesos experimentados como traumáticos.

Experiencias traumáticas que se asocian al desplazamiento forzado, a la pérdida del hogar, al proceso migratorio y post migratorio junto a la necesidad de incorporarse a una nueva cultura. El proceso migratorio puede ser entendido en estas circunstancias como una discontinuidad súbita y extrema en la vida de una persona en el contexto de las experiencias traumáticas pasadas.

Existiría un colapso del sistema social de apoyo y gran presión por integrarse a la nueva cultura. De acuerdo a Kinzie (2006) los refugiados que han salido de sus países por miedo a la violencia a menudo han vivenciado experiencias extremas.

Las personas que buscan asilo y que llegan sin un estatus legal al país de acogida generalmente han experimentado múltiples traumas y agudo estrés generado por un estatus legal incierto. Todo lo cual puede o no generar TEPT tornándose a veces en una disfunción crónica. Las personas que han sido forzadamente desplazadas a menudo requieren especial y prolongado tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Para Boehnlein y Alarcón (2000) esta constelación de síntomas es documentada en diferentes estudios con refugiados de diferente origen étnico y cultural. Ellos plantean que las consideraciones culturales en torno al TEPT en refugiados “deben considerar la continua constelación de síntomas y estresores de aculturación” (p.21).

De acuerdo a Kinzie, Boehnlein, y Leung (1998) el TEPT es un desorden crónico sobre el cual la persona tiene poco control. El desorden afecta muchas áreas de la vida del paciente. El paciente no es libre de escoger sus síntomas, el desarrollo y de habilidades que trae aparejado. En su estado clínico más intenso el individuo sufre de angustia severa, a menudo tiene depresión, y una serie de síntomas intrusivos. Los síntomas disruptivos pueden tener un curso variable, y a menudo disminuyen con el tratamiento. Una segunda serie de síntomas que incluye evitación, adormecimiento emocional, aislamiento entre otros, tienden a responder con menos frecuencia al tratamiento.

Kinzie et al. (2002), enfatizan la importancia de entender el contexto de desplazamiento, la cultura de origen de cada paciente y entender que aunque ellos difieren en sus experiencias los síntomas descritos por los pacientes son similares y están referidos a los criterios de TEPT.

Los refugiados con experiencias de trauma al confrontarse con nuevos estresantes reales o simbólicos se encontrarían altamente vulnerables a revivenciar los síntomas de TEPT como miedo, pesadillas, memorias intrusivas, reabriéndose el trauma original. Experiencias como el once de Septiembre del 2001 en Estados Unidos, la invasión a Irak, estresantes laborales o familiares pueden reactivar la sintomatología. Aún después de largos periodos de relativo buen funcionamiento (Kinzie, Boehnlein, Riley, & Sparr, 2002).

I.5. Experiencia traumáticas premigratorias y fenómeno de las migraciones forzadas

Evaluar las experiencias traumáticas ha llamado la atención de la comunidad científica con el propósito de crear modelos de intervención apropiados. Psicólogos, Psiquiatras y otros profesionales de la Salud Mental durante los últimos treinta años han reconocido y documentado las experiencias de profundo estrés vivenciados por víctimas de violencia política que han sido desplazados (J. Barudy, 1989; Carswell, Blackburn, & Barker, 2009; Kinzie, Fredrickson, Ben, Fleck, & Karls, 1984; Lears & Abbott, 2005; R. F. Mollica, et al., 1992; Porter & Haslam, 2005)

Las consecuencias de los desplazamientos coercitivos continúan siendo vagamente entendidas, estudios clínicos recientes han sugerido un daño de largo plazo en

las personas quienes presentan prolongados signos de estrés, los que se intensifican por la desintegración de las redes de apoyo y familia (Dillenburger, Fargas, & Akhonzada, 2008; Marshall, Schell, Elliott, Berthold, & Chun, 2005; Silove, 1999; Silove, et al., 2007).

Según Hedge (2002) la causa principal de la existencia del TEPT es la violencia humana, el autor señala que la guerra es una de la más antigua e importante fuente de violencia en términos de la magnitud de sus efectos. El porcentaje de civiles muertos ha incrementado desde un cinco por ciento en la primera guerra mundial, 45 por ciento en la Segunda Guerra mundial y 90 por ciento en los conflictos de las últimas décadas.

La jornada de los refugiados se inicia en situaciones de conflicto, opresión o guerra, guerras civiles, conflictos étnicos, conflictos religiosos o post-conflictos. Los desplazamientos forzados suelen ser el resultado del terror provocado por experiencias como tortura, intimidación, desapariciones, ejecuciones, arrestos arbitrarios, allanamientos seguidos de arrestos y de la falta de información acerca de la suerte del prisionero por acusaciones no justificadas, masacres, asesinatos selectivos, tortura y a amenazas (J Barudy & Marquebreucq, 2006; Harris & Zwar, 2005; Lira, 1996; Madariaga, 2001; R. F. Mollica, et al., 1999; Quiroga, 2009).

La persecución étnica y política, continua forzando personas al exilio o a desplazamientos internos, obligándoles a dejar a tras sus hogares, sus comunidades y sus países. Los refugiados no salen en búsqueda de una mejor vida, sino simplemente por sobrevivencia, porque la sobrevivencia en sus comunidades no es posible, el riesgo vital a los miembros de la familia muchas veces es inminente. Ellos buscan un lugar seguro, y

muchos mantienen el sueño de regresar al hogar, la historia ha repetido que el sueño del retorno a menudo es evasivo debido a la prolongación conflictos (K. Miller & Rasco, 2004).

Barudy y Marquebreucq (2006) señalan que:

En respuesta a la violencia las familias resisten con el propósito de permanecer vivos, salvar a los suyos, mantener y cuidar a los niños y encontrar un nuevo lugar para empezar. El proceso de desplazamiento a un nuevo lugar suele ser dificultoso y muchas veces exponiéndose a situaciones de alto riesgo (p. 22).

Los mismos autores indican que:

Se habla de procesos traumáticos de la familia cada vez que uno o la totalidad de sus miembros son confrontados con sucesos exógenos dolorosos y estresantes. Estos procesos, producidos por otros seres humanos agotan los recursos naturales que estas personas o familias poseen para controlar el stress. El núcleo del proceso traumático de la familia es la herida y la ruptura, herida de la envoltura física y psíquica personal, también ruptura de los lazos familiares y comunitarios (p 28).

Cuando el hogar es perdido, se pierde una seguridad fundamental, el miedo a persecuciones persiste. El hogar es más que un espacio o un territorio o una bandera, el hogar incluye amigos, familia, personas amadas, un sentido de pertenencia, un estatus social, un sentido de identidad.

Los efectos acumulativos de la traumatización premigratoria, las demandas de los procesos migratorios y postmigratorios, generaría vulnerabilidad en la salud mental de las personas desplazadas por los constantes e intensos desafíos que deben confrontar. (J. Barudy, 1989; J. K. Boehnlein, et al., 2004; Kinzie & Boehnlein, 1993; Porter & Haslam, 2005; Sabin, Sabin, Kim, Vergara, & Varese, 2006).

Para Giacaman et al. (2007) existe una urgente necesidad de diagnosticar el impacto de la exposición al trauma y violencia. Junto con hacer distinción entre la exposición a la violencia colectiva e individual, debido a que el impacto distintivo que provocan requeriría de diferente aproximación al manejo clínico.

1.5.1. Efectos de la violencia política en Latino América

La violencia es entendida como un fenómeno social, cultural y político y por ello surge la necesidad de entender el contexto histórico en que aparece la violencia organizada.

En el Informe de Amnistía Internacional (2009) se indica que América sigue siendo una de las regiones de grandes contrastes, aunque engloba una de las poblaciones más prósperas del mundo en Norte América, también posee algunos de los países más pobres del planeta, en el Caribe y América Latina. Sin embargo toda la región comparte una serie de agudos problemas políticos, sociales y económicos que afectan a la realización de los derechos humanos fundamentales.

Para entender los procesos migratorios de las últimas décadas en Latino América es relevante señalar que la violencia social y política han sido elementos recurrentes de

los cambios sociales en Latino América y que la violencia en diferentes momentos históricos ha sido utilizada como un método de gobierno (Koonings & Kruijt, 1999).

Para los mismos autores la violencia ha sido un aspecto central en la evolución de las sociedades Latino Americanas y mencionan que:

La conquista Europea de la región se basó en la destrucción de los patrones sociales existentes y en el uso sistemático de la violencia contra la población nativa con el propósito de someterles al nuevo orden colonial. Los procesos de independencia pasaron por episodios de violencia y después de las independencias la violencia fue un mecanismo clave para alcanzar el poder. La consolidación de los estados nacionales fue un proceso lento enfrentando continuos desafíos a la integridad institucional, monopolizando el sentido y el uso de la violencia (p 14).

Torres-Rivas citado en Koonings y Kruijt (1999) indica que:

Durante los años 70 y 80 la vida política en Latinoamérica pasó uno de los ciclos más autoritarios de la historia. Los gobiernos militares de un modo consiente aplicaron la violencia como una política de estado (p. 285).

Durante esos años se consolidaba el modelo económico Neoliberal que por un lado se escudaba en el ejercicio político de los militares para expandir las economías basadas en la extracción de recursos naturales de los países.

En el mismo texto los autores Koonings y Kruijt, (1999) plantean que:

En Latino América los estados de terror crearon sistemas organizados de persecución política, secuestros, desapariciones forzadas, tortura psicológica y física a gran escala afectando un gran número de población civil. Una cultura latente del miedo ha obtenido características institucionales, inducida por la sistemática y arbitraria violencia a menudo organizada desde arriba por los aparatos del estado o por las autoridades centrales. Los estados de terror se caracterizaron por el desarrollo de una declaración de guerra interna caracterizado por la proliferación masiva y arbitraria de la represión (p 15).

Lira y Becker, (1989) sostienen que en Latino América se desarrollo un proceso de alteración profunda de la institucionalidad política, cultural y social, por lo cual no puede ser pensado sólo en relación a las víctimas directas. El daño producido por la violencia institucionalizada a sujetos concretos se extendería a los miembros de la sociedad en conjunto, a las estructuras que los albergan, a las normas que rigen su convivencia y a las instituciones que regulan la vida ciudadana en base a valores y principios que fueron hegemónicos.

Para los inicios de los noventa el planeta se encontraba en la denominada globalización, en ese momento las dictaduras daban paso a democracias de baja intensidad. La extrema inequidad y la pobreza caracterizaron los preconflictos de las sociedades de Latino Americanas de las últimas décadas del siglo XX.

La intensidad de los efectos de estos conflictos ha perpetuado la inequidad en muchos países. Los impulsos democratizadores que confrontan los gobiernos postconflictos han estado caracterizados por desafíos para conciliar sociedades

polarizadas por el dolor, la desconfianza y fragmentación se instauró en las relaciones humanas, lo que complejiza la búsqueda de la reconciliación en Latinoamérica (Beinstein, 2005).

En Centro y Sur América la década de los noventa y el inicio de este milenio se caracterizaron por el surgimiento de comisiones de verdad y reconciliación que promovían el esclarecimiento de los graves atropellos a derechos humanos de las décadas recientes. Muchas de estas iniciativas surgían por presión internacional, por la presión de las agrupaciones de madres y familiares de detenidos desaparecidos, abogados, juristas internacionales, sacerdotes que se resistían a las políticas de violaciones sistemáticas a los derechos humanos y la posibilidad de impunidad.

En ambientes políticos altamente tensos por la vulnerabilidad de las nacientes democracias surgían tribunales penales, programas de reparación para las víctimas, reformas constitucionales, todo con el fin de facilitar el surgimiento de relaciones democráticas basadas en normativas internacionales de derechos humanos con las que se esperaba prevenir delitos de lesa humanidad.

Las comisiones de verdad en Latinoamérica permitieron identificar las estructuras de poder desde donde provenía el terror y sus ramificaciones en la sociedad, las cifras con las que concluyen estas comisiones fueron desconcertantes:

Guatemala: 1962-1994, una estimación de 200.000 muertos y detenidos desaparecidos. 1 millón desplazados

El Salvador: 1980-1991, 75.000 muertos y detenidos desaparecidos. 700 mil desplazados.

Argentina: 1976-1983, una estimación de 30.000 muertos y detenidos desaparecidos. 1 millón desplazados

Perú: 1980-200, una estimación de 30.000 muertos y 4.000 detenidos desaparecidos. 700.000 mil desplazados

Chile: 1973-1990, una estimación de 3.200 muertos y detenidos desaparecidos. 500.000 desplazados. 30.000 denuncian tortura.

Colombia: 70.000 muertos en Colombia, 2 millones de desplazados, 1 millón son niños.

Las comisiones de verdad dimensionaron el daño a las personas, familias y sociedad. Dieron nombre a las personas desaparecidas y a sus familias, humanizando a las víctimas, debieron crear tipología y descripciones exhaustivas para documentar con precisión los horribles hallazgos (Brentlinger & Hernan, 2007; Cuya, 2001).

Luego aparecen comisiones para evaluar el daño a los sobrevivientes de los atropellos a derechos humanos en personas que sobrevivieron detenciones y experiencias de tortura, destaca la Comisión de Documentación de Tortura en Chile, la que documentó alrededor de 30.000 testimonios de personas que sobrevivieron las experiencias de tortura, siendo Chile el país que ha registrado el mayor número de casos de tortura en una única base de documentación.(Quiroga, 2009; J. Quiroga & Jaranson, 2005)

De las comisiones de documentación ha surgido experiencia para determinar sectores vulnerables de la comunidad Latino Americana sobre la cual la violencia se ejerció con mayor intensidad. Comunidades rurales indígenas, mujeres, niños, develando las inequidades de protección de estos sectores y las posteriores condiciones de desplazamiento a las que han estado expuestos como refugiados (Beinstein, 2005; Brentlinger & Hernan, 2007; K. E. Miller, 1996; Sabin, Lopes Cardozo, Nackerud, Kaiser, & Varese, 2003; Sabin, et al., 2006)

La breve sinopsis de la evolución de la documentación de delitos de lesa humanidad en Latino América evidencia su contemporaneidad. Los actores están aun presentes, los procesos de reconciliación están aún pendientes, los proyectos de reparación están aun en revisión.

Las sociedades democráticas post conflictos continúan vulnerando los derechos humanos especialmente de las comunidades rurales e indígenas, minorías sexuales e infancia de acuerdo al Informe de Amnistía Internacional 2009.

La internacionalización de instancias para la documentación y reconstrucción de la memoria, ha desplegado esfuerzos en la creación de criterios internacionales para la protección, reparación y prevención de la violencia desde instancias como ONU y OMS. Tal vez como un legado para iluminar las grietas heredadas en las últimas décadas.

1.5.2. Violencia política y refugiados Latino Americanos en Estados Unidos

La llegada de refugiados Latino Americanos a los Estados Unidos se ha incrementado exponencialmente desde la década de los 70 coincidiendo con la

agudización de los conflictos. Latinos de diferentes orígenes étnicos y sociales fueron desplazados de sus países.

Miller y Rasco, (2004) mencionan que la mayoría de las salidas de los países han sido de modo individual aunque existen experiencias de desplazamientos masivos como aldeas o pueblos enteros. Los autores plantean que las personas son obligadas a salir con muy poco tiempo, sin poder preparar sus salidas al exilio y que muchas veces solamente llevan las posesiones más esenciales y posibles de cargar. Es frecuente que las personas han sufrido duelos por muerte de amigos y/o miembros de la familia, en situaciones de extrema violencia.

Las largas jornadas de desplazamiento exponen a las personas a una serie de abusos, asaltos, engaños, secuestros, detenciones y el riesgo de ser deportados. El proceso post migratorio expone a las personas a un nuevo ambiente, muchas veces la falta de familiaridad con el nuevo país les excluye de servicios sociales, médicos y jurídicos, generando estrés emocional y financiero (Hondius, van Willigen, Kleijn, & van der Ploeg, 2000; Pedersen, Tremblay, Errazuriz, & Gamarra, 2008).

Los inmigrantes Latinos en los Estados Unidos no tienen el estatus legal de refugiados, pese a haber experimentado situaciones de violencia interna en sus países que les expusieron a circunstancias de extrema violencia y abuso. En la incertidumbre legal, los nuevos inmigrantes latinos necesitan ser informados de su derecho a solicitar asilo político, única vía por la que puede optar a un estatus legal. Una persona latinoamericana en ese contexto va a encontrar escasos recursos de apoyo a los cuales puede acceder (Kinzie, 2006).

Al no tener el estatus de refugiados no tienen acceso a los beneficios gubernamentales tales como acceso a la salud, clases de inglés, entrenamiento laboral, acceso a viviendas de bajo costo, servicios a los que pueden acceder otros grupos étnicos a los que se les ofrece la categoría de refugiados.

La barrera del idioma, la falta de empleo, la falta de familiaridad con los sistemas escolares, médicos y judiciales hacen que la experiencia de inserción sea muy compleja.

Un estatus legal incierto es una nueva preocupación y el temor de relatar sus experiencias en el sistema judicial se convierte en una nueva amenaza. La decisión de ceder el asilo depende de la historia presentada al sistema judicial. Recrear las experiencias traumáticas se transforma en una nueva presión, la necesidad de convencer a las autoridades del riesgo genuino de la persona y familia que les obligo a dejar sus países es inminente. La presión emocional que estos largos e inciertos procesos legales afecta la salud mental de las personas que buscan asilo (Horton, 2009; Kinzie, 2006; Rondon, 2003).

Uno de los desafíos más intensos de las madres y padres que se desplazan es que muchas veces se enfrentan a la necesidad de salir de sus países sin sus hijos. La esperanza de reunificación está siempre presente pero los procesos legales que permiten la reunificación pueden tomar entre 4 a 12 años (Horton, 2009; K. E. Miller, 1996).

Los procesos legales son largos y durante ese tiempo la familia debe permanecer separada hasta establecerse el asilo político y la posterior reunificación. La paternidad y maternidad debe practicarse desde la distancia hasta la reunificación, desarrollando

estrategias de comunicación y afecto desde la distancia. La reunificación les expone a la nueva tensión que significa reencontrarse y reconocerse. Surge la necesidad de entender el impacto de la separación en el vínculo familiar y las emociones de dolor que caracterizaron la ausencia (Horton, 2009).

Cuando la familia ha emigrado unida el proceso de reinserción en el nuevo país genera una serie de tensiones y de reestructuración de las dinámicas familiares, desafiando a las familias a reacomodar sus estilos de relaciones. Las mujeres viven la presión de establecerse rápidamente para ofrecer un hogar a los niños. Ellas experimentan un cambio en sus roles al interior de la familia y la sociedad, generalmente los trabajos de bajos ingresos son la primera inserción al sistema social y económico.

Las largas jornadas de trabajo ausenta a los padres del hogar y los niños permanecen solos por largas horas después de regresar de sus escuelas. Los niños son los primeros en aprender el idioma y muchas veces actúan como interpretes de los padres (Orozco, Borges, Benjet, Medina-Mora, & Lopez-Carrillo, 2008).

Las presiones de inserción en las personas y familias les hacen vulnerables a reexperimentar síntomas referidos a TEPT. Todas estas circunstancias generan impacto en la salud mental de la familia y la persona que se inserta en la nueva cultura. Los hijos de padres con TEPT tienen mayor riesgo de presentar TEPT, y aun mayor riesgo si ambos padres son diagnosticados con TEPT (Kinzie, 2006; Kinzie, Cheng, Tsai, & Riley, 2006).

I.6. El Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de Oregon

En Pórtland, Oregón, el Programa de Psiquiatría Intercultural en la Universidad de Ciencias de la Salud, tiene como objetivo ofrecer servicios de Salud Mental a refugiados. El programa utiliza un modelo de colaboración, centrado en el paciente, con una aproximación basada en la evidencia y experiencia clínica. Provee servicios psiquiátricos, psicológicos, médicos, sociales, legales en una manera complementaria y multidisciplinaria, es uno de los pocos programas cross-culturales de los Estados Unidos.

La misión fundamental del programa ha sido atender a refugiados y personas que buscan asilo político, provenientes de países en los que ha habido guerras, guerras civiles y violencia política. En los últimos treinta años el programa ha desarrollado clínicas culturalmente apropiadas para individuos provenientes de Vietnam, Camboya, Laos, Unión Soviética, Bosnia, Somalia, y en los últimos diez años el programa ha ampliado los servicios a personas de América Latina, Etiopía, Sudan, Irán, Irak y Afganistán con un fondo proveniente de la Oficina para la Reubicación de Refugiados del gobierno de los Estados Unidos y del Alto Comisionado de las Naciones Unidas con el Fondo para Víctimas de Tortura.

El programa en sus clínicas de Pórtland y Eugene tiene 1200 pacientes que provienen de cinco continentes. La agencia pertenece a una red nacional e internacional de agencias que trabajan con víctimas de violencia política y tortura, Consejo Internacional de Centros de Rehabilitación para Víctimas de Tortura con sede en Dinamarca.

Una de las importantes misiones del programa es entrenar psiquiatras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales en los efectos psicológicos, psiquiátricos y sociales de largo plazo de la violencia política y tortura. Cada grupo étnico tiene asignado un psiquiatra que trabaja en colaboración con un profesional de salud mental perteneciente al grupo étnico que se atiende. El profesional es supervisado por el psiquiatra, y es responsable de proveer terapia individual y grupal semanalmente, así como apoyo emocional y a veces forense en los procesos legales.

1.6.1. Clínica Latino Americana

La ciudad de Eugene está ubicada en la costa norte del Océano Pacífico, con una población de 120.000 habitantes de acuerdo al censo del 2000, 10 % de la población es Latina, y muchos de ellos son nuevos inmigrantes. La comunidad Latina crece en forma exponencial sin contar con los adecuados servicios sociales y de salud mental para cubrir una demanda creciente.

La clínica en Eugene está ubicada a doscientos kilómetros del Hospital Universidad al que pertenece, se encuentra compartiendo espacio físico con una agencia de servicios sociales dedicada a la comunidad latina. Cuando los primeros clientes fueron evaluados y recibieron servicios de salud mental pasaron la voz a sus familiares y otros miembros de la comunidad con similares experiencias.

La Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón ha creado en Eugene un programa bicultural y bilingüe, la clínica está dedicada a personas de Latinoamérica que han experimentado violencia política y tortura como parte del Centro de Tratamiento para

Víctimas de Tortura, proyecto financiado por la oficina de Refugiados de los Estados Unidos y el Fondo para el Tratamiento de Víctimas de Tortura de las Naciones Unidas.

La aproximación Clínica que se ha desarrollado es culturalmente apropiada considerando la diversidad de los pacientes, quienes provienen de varios países tales como Argentina, Colombia, Chile, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, Perú, Uruguay.

La diversidad étnica es importante de destacar, muchas personas son de origen indígena quienes poseen español como segundo idioma, Xitche, Canjoval, Ketchwa son algunos de los idiomas de quienes consultan en el programa. Un número significativo de pacientes son mujeres, madres que han dejado a sus hijos en el país de origen. Muchas de ellas no cuentan con una red de apoyo en los Estados Unidos y hay una constante preocupación por los hijos con los que esperan reencontrarse.

El programa sigue una aproximación similar a las otras clínicas étnicas, ofreciendo servicios multidisciplinarios y comprensivas evaluaciones de salud mental, tratamiento psicofarmacológico cuando es necesario, psicoterapia individual y grupal, grupos de socialización y de entrenamiento de habilidades culturales, asistencia legal en la aplicación de asilo político, también se hacen derivaciones a servicios médicos y sociales cuando es oportuno. El programa en Eugene cuenta con un Psiquiatra, una Psicóloga, una trabajadora de caso y la asistencia legal de dos abogados.

Una vinculación de trabajo ha sido desarrollada con dos organismos no gubernamentales que ofrecen servicios legales de inmigración para ofrecer servicios en

los procesos de asilo político, postulaciones a residencia y ciudadanía. Esta relación de trabajo y coordinación genera un sentido de confianza en la persona que debe confrontar las demandas y estresores de los procesos de búsqueda de asilo.

La evaluación clínica se enfoca en aspectos referidos a los procesos pre-migratorios, migratorios y pos-migratorios que la persona ha experimentado. Muchas veces la documentación clínica ayuda como evidencia forense en los procesos de asilo político.

Este grupo de personas ha experimentado muchas formas de violencia política. Las experiencias pasadas asociadas a la salida de sus países son extremas entre ellas se puede mencionar desaparición de familiares y miembros de sus comunidades, violaciones, detenciones arbitrarias, separación forzada de familiares e hijos, tortura, pérdida de sus hogares y terrenos.

La evaluación de la persona comienza con la Entrevista Clínica Inicial, Escala de Autopercepción de Síntomas Sheehan y a través del Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard el cual ha sido desarrollado como un instrumento culturalmente universal para el uso en víctimas de extrema traumatización.

1.7. Antecedentes epidemiológicos y diferencias de género

De acuerdo a la OMS en el informe de Enfermedades Globales en 2004, las enfermedades de salud mental se encuentran entre las diez primeras causas de enfermedades en el mundo y TEPT afectaba alrededor de 3 millones y medio de personas alrededor del planeta, 2 millones y medio de ellas eran mujeres. La prevalencia de TEPT

en la población en general ha sido estimada en 7.8%. Las investigaciones señalan que la exposición de los hombres a eventos traumáticos es casi el doble que en las mujeres 10.4% vs 5.0%. Aunque los estudios evidencian que la prevalencia de TEPT es alrededor de 11.3% en las mujeres siendo casi el doble que 6.0% en los hombres (Chung & Breslau, 2008; Foa & Street, 2001; Johnson & Thompson, 2008).

Hay una clara diferencia entre el tipo de trauma experimentado por hombres y por mujeres a través de las investigaciones, generalmente los hombres presentan alta incidencia de exposición a eventos traumáticos como: asaltos físicos, accidentes serios, testigos de accidentes, todos más comunes entre hombres que mujeres. Por otro lado las mujeres están expuestas a otro tipo de incidentes como violaciones, asaltos sexuales y acosos (Chung & Breslau, 2008; Elklit & Petersen, 2008; Foa & Tolin, 2000; Olf, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007; Punamaki, Komproe, Qouta, Elmasri, & de Jong, 2005; Tolin & Foa, 2006).

En estudios de comparación de las diferencias de sexo en el Inventario de Cognición Post Traumática, para medir trauma y los pensamientos y creencias asociados a los eventos traumáticos, al comparar las cogniciones de experiencias post traumáticas las mujeres presentaban mayor nivel de culpa y sensación de haber sido incompetente en el manejo del evento. Los autores señalan que las creencias en torno a las experiencias pueden ser influidas por diferencias de género en el modo de responder a stress, resultando en diferentes patrones e intensidad de los síntomas (Tolin & Foa, 2006).

En una investigación fueron comparados los síntomas descritos en los criterios diagnósticos del DSM –IV para TEPT, fueron evaluados por género en relación a

interrupción emocionales asociadas. Se considero tres categorías, no interrupción emocional, mediana interrupción emocional y marcada interrupción emocional.

El análisis de las medidas indicaba que no había diferencia de género en el modo de evaluar la interrupción emocional, e indicaba el mismo tipo de síntomas entre hombres y mujeres en las categorías diagnósticas. Aunque las mujeres que habían experimentado episodios de asaltos violentos expresaban marcada interrupción emocional por los síntomas. Además aparecía que las mujeres que habían padecido asaltos violentos tendían a presentar síntomas distintivos referidos a disociación y adormecimiento emocional, por lo que desde este estudio surge la sugerencia de establecer criterios diagnósticos distintivos para aquellas personas que padecen de experiencias traumáticas caracterizadas por asaltos violentos, y distintivos a quienes padecen eventos traumáticos de menor magnitud (Chung & Breslau, 2008).

Uno de los más consistentes hallazgos referidos a TEPT es el alto riesgo de las mujeres a desarrollar la sintomatología, las explicaciones que surgen desde el modelo biopsicosocial se refieren al tipo de trauma al que las mujeres han estado expuestas, y se considera que las mujeres presentarían un mayor sentido de percepción de amenaza y pérdida de control ante determinados eventos, así como alta vulnerabilidad a desarrollar síntomas disociativos ante eventos traumáticos. Estos hallazgos invitan a continuar profundizando en las diferencias de género en torno a la sintomatología de TEPT (Olf, et al., 2007).

Las investigaciones señalan altos índices de TEPT y efectos de largo plazo en las mujeres desplazadas que han experimentado ataques sexuales (Adanu & Johnson, 2009; Johnson & Thompson, 2008; Robertson & Duckett, 2007; Tolin & Foa, 2006).

1.8. Antecedentes epidemiológicos y refugiados Latino Americanos

Existe entendimiento del riesgo de la población de refugiados a desarrollar síntomas de TEPT. Johnson y Thompson (2008) efectuaron un meta análisis combinando 20 estudios referidos a salud mental de refugiados, encontrando que TEPT era la diagnosis más común en este grupo en comorbilidad con Depresión Mayor.

Aunque con presencia de heterogeneidad en el porcentaje de acuerdo a los grupos estudiados. La prevalencia va de 3% a 44% (Hollifield, et al., 2002). La presencia de Depresión Mayor es altamente frecuente, entre un 15% a 80% en diferentes estudios. TEPT rara vez se presenta solo, muchas veces se acompaña de Depresión Mayor. Autores señalan que el efecto del trauma puede ser confundido con los efectos depresivos que provoca, y a su vez los efectos depresivos afectan la persistencia de los síntomas ruminativos e intrusivos de TEPT (R. F. Mollica, Caridad, & Massagli, 2007).

Recientes investigaciones empiezan a dimensionar la importancia de la severidad de los eventos traumáticos para desplegar la sintomatología. Los pocos estudios epidemiológicos en población Latino y específicamente en refugiados indican que las secuelas de TEPT y depresión son comunes (Kinzie, et al., 2006; Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Braehler, 2009).

El censo del 2004 en los Estados Unidos estimaba 41 millones de latinos, de ellos unos 15 millones de las personas censadas nacieron fuera de los Estados Unidos. De acuerdo a estudios epidemiológicos inmigrantes latinos se caracterizan por poseer mayor exposición a traumas que deriva en TEPT y Depresión. La mayoría de los estudios epidemiológicos se han centrado en depresión pero poco se ha explorado en TEPT (Alegria, et al., 2009; Alegria, et al., 2004; D. G. Campbell, et al., 2007).

En un estudio de 638 pacientes latinos en tres clínicas en los Estados Unidos encontró que el 8% informaba tortura, 54% declaraban experiencias de violencia política. De ellos 36 % tenía síntomas depresivos y 18% síntomas de TEPT, comparado al 20% y 8% de de aquellos que no habían experimentado historia de violencia política. Quienes estuvieron expuestos a violencia política informaron altos índices de dolor crónico y problemas físicos en relación a quienes no habían estado expuestos a violencia política.

Los eventos traumáticos más frecuentes que las personas reportan son: el asesinato de un ser querido o haber presenciado la muerte de alguien (38% y 44%) seguido por amenaza con un arma (35%) y haber sido molestado (14%). El 3% de los pacientes habían compartido su experiencia con un clínico de salud mental y ninguno de ellos recuerda que su médico les hubiese preguntado acerca de su historia de trauma o violencia política (D. P. Eisenman, Gelberg, Liu, & Shapiro, 2003).

En un estudio realizado con refugiados de Guatemala que en el 2000, residían en los campamentos de refugiados de la ONU en Chiapas, México. Mostró que 54.4%

presentaba ansiedad, 38.8% depresión y 11,8% estrés post traumático después de 20 años de residir en los campamentos de refugiados en Chiapas (Sabin, et al., 2003).

En un estudio de prevalencia de salud mental en inmigrantes latinos de una muestra no clínica, que consultaban en centros de salud en los Ángeles, California, se encontró que la violencia política estaba presente en un 11% de los inmigrantes y 76% describía experiencias traumáticas. Aquellos que habían experimentado violencia política consultaban con mayor frecuencia servicios psicólogos o psiquiátricos, mayoritariamente eran mujeres, hablaban Inglés, habían experimentado algún tipo de asalto y mayor percepción de discriminación en los últimos meses. Los hombres que habían experimentado violencia política consultaban con menor frecuencia servicios de salud mental (Fortuna, Porche, & Alegria, 2008)

En el TEPT existe el explícito antecedente de exposición a un evento traumático. Muchos estudios han focalizado su atención en población vulnerable debido al mayor riesgo de desarrollar TEPT ante la exposición de trauma. Pero pocos estudios han sido desarrollados para evaluar la exposición a determinado tipo de trauma y su impacto en el diagnóstico clínico de TEPT (Chung & Breslau, 2008; Gill, Page, Sharps, & Campbell, 2008; Peirce, Burke, Stoller, Neufeld, & Brooner, 2009).

I.9. Escalas Psicométricas en evaluación de trauma en víctimas de violencia política.

Las investigaciones en Salud Mental con refugiados, víctimas de violencia política y tortura ha considerado la prevalencia del trauma psicológico (Caspi, Poole, Mollica, & Frankel, 1998; Gurr & Quiroga, 2001; Kinzie, 1981, 2006; Kinzie, et al.,

1998; Kinzie & Fleck, 1987; R. F. Mollica, 2004; Quiroga, 2009; J. Quiroga & Jaranson, 2005) Todos ellos desde sus experiencia clínicas y de investigación muestran consenso en la prevalencia del TEPT agudo y crónico en refugiados y víctimas de violencia política.

El evento traumático ataca el self del individuo así como la predictibilidad de su mundo, por lo que hay que recordar que el trauma y sus secuelas son fenómenos acumulativos y multidimensionales en tiempo y espacio, no se limitan al trauma o al periodo que sigue (J. Boehnlein & Alarcon, 2000)

La evaluación inicial será entonces un elemento necesario para valorar la sintomatología y las experiencias traumáticas experimentadas, para entender cuál es la situación de la persona, cuáles son sus recursos individuales, familiares y comunitarios, conocer el contexto de origen y en el que se sitúa en la actualidad. Comprender la historia de experiencias traumáticas facilitará el entendimiento de la condición intrapsíquica (Alegria, et al., 2009; Fortuna, et al., 2008; Giacaman, Shannon, Saab, Arya, & Boyce, 2007; Kluff, Bloom, & Kinzie, 2000).

Pareciera entenderse que la *traumatización* sería una de las preocupaciones principales de los refugiados. Investigaciones recientes se enfocan en documentar los eventos traumáticos a través de cuestionarios que favorecen el entendimiento del despliegue de la sintomatología clínica de TEPT (Hollifield, et al., 2005; Hollifield, et al., 2002; Keller, et al., 2006; R. F. Mollica, et al., 1992; Shoeb, Weinstein, & Mollica, 2007).

Hollifield y Colaboradores (2002) señalan que:

Los pocos estudios en la evaluación de trauma en refugiados son difíciles de interpretar porque son utilizados varios métodos e instrumentos para recolectar y analizar datos, las dificultades se enmarcarían en aspectos como la traducción, diferencias culturales y recursos inadecuados para evaluar de modo completo los síntomas. Estos autores realizaron una revisión bibliográfica de los instrumentos que evalúan trauma y salud dedicados o adaptados para refugiados (p.612).

En la revisión de 183 artículos estos autores encontraron que se usaban 125 diferentes instrumentos de medición tales como cuestionarios, encuestas, entrevistas que fueron descritos para evaluar trauma y salud en refugiados. Solamente 12 de esos instrumentos fueron desarrollados específicamente en población de refugiados. Uno de ellos mide salud física, tres de estos instrumentos estaban enfocados en Salud Mental, tres de ellos sólo en evaluar trauma, cuatro de ellos evaluaban trauma y salud mental y uno evaluaba la calidad del cuidado de salud que se ofrece a refugiados.

Ocho instrumentos fueron adaptados para el uso en población de refugiados, pero desarrollados con otras poblaciones. Entre los más usados para evaluar sintomatología se encuentran la Escala de Síntomas de Hopkins de TEPT (HSCL-25) y el inventario Beck para evaluar Depresión. Habría otros seis instrumentos que fueron desarrollados y que no poseen los criterios de validez y confiabilidad para poblaciones específicas de refugiados.

De acuerdo a la investigación bibliográfica de estos autores, cuatro instrumentos han sido desarrollados para la medición de trauma en refugiados, los que han sido descritos a continuación:

1.9.1. La Escala de Estresores de Relocación

Desarrollada por Clarke y colaboradores (1993) desde su experiencia con refugiados adolescentes de Camboya, la que fue diseñada para medir estrés referido a la Relocación. En un estudio con 38 adolescentes, discriminó entre aquellos que presentaban diagnóstico clínico y aquellos que no, con precisión del 11, 7% de varianza para TEPT pero no para Depresión.

1.9.2. La Escala de Trauma de Guerra

Desarrollada por Clarke y colaboradores (1993) desde su experiencia clínica consiste en 42 ítems, para entrevista o auto informe, mide experiencias traumáticas infringidas por el régimen de Pol Pot. Esta escala tiene una adecuada consistencia interna (0.74) y aceptable confiabilidad (0.88) y con una varianza de 15.4% para TEPT y 6.7% para Depresión.

La escala de trauma de guerra muestra modesta validez para desordenes de Salud Mental y aceptable confiabilidad. Fue desarrollada por investigadores de modo racional más que empírico. Aunque no queda claro como los ítems fueron contruidos para cada escala.

1.9.3. La Escala Dificultades de Vida Post Migratoria

Desarrollada por Silove y colaboradores (1998), destinada a medir estresores actuales en las personas que buscan asilo. Cada uno de los 23 ítems es administrado en una entrevista con un puntaje en una escala de cinco puntos. El diseño desarrollo de de constructos está parcialmente descrito. El análisis de componentes principales indica que

cinco elementos determinan el 69, 8% de la varianza de los 23 ítems: El proceso que determina el refugio, bienestar, preocupaciones familiares acerca del proceso de asilo, estresores de adaptación general, soledad cultural y social.

Estos cinco factores fueron evaluados entre las personas que buscaban asilo, refugiados e inmigrantes. Las personas que buscaban asilo presentaron puntajes mayores en los cinco factores, más altos que los refugiados e inmigrantes. Esta escala puede discriminar entre estos tres grupos pero no se han publicado información referente a validez y fiabilidad. Esta escala mide experiencias estresantes de vida más que experiencias traumáticas y de guerra, presentando limitaciones por la falta de descripción del diseño y desarrollo, validez, fiabilidad y puntuación.

1.9.4. El Cuestionario de Trauma de Harvard

Desarrollado por Mollica y colaboradores en 1992, es un cuestionario que consta de cuatro partes, el propósito de la parte I, *Inventario de Experiencias Traumáticas* es evaluar 16 tipos de traumas a la que la población de refugiados ha estado expuesta. Esta escala fue conceptualizada por expertos. Método de consenso de experiencia clínica y diseñada con cuatro alternativas de respuesta para cada experiencia.

En un estudio con 91 refugiados del Sur de Asia el test mostró propiedades estadísticas excelentes han sido demostradas en fiabilidad (0.93): fiabilidad test retest (0.89) y consistencia interna con Alfa de Cronbach de 0.90.

En otro estudio de 30 refugiados asiáticos la escala completa con un test retest de una semana la confiabilidad fue de 0.62, aunque la confiabilidad test retest en los ítems

individuales vario de muy pobre (0.23) a excelente (0.90). Algunos ítems con tendencia a ser respondidos de modo diferente mientras otros mientras otros fueron respondidos de un modo más estable.

El HTQ desarrollado por un equipo con extensa experiencia en el trabajo con refugiados fue usado en 22 de los 183 estudios que Hollifield y colaboradores revisaron. La escala de trauma es confiable en población clínica aunque algunos de los ítems no parecen confiables.

Fue desarrollado racionalmente más que empíricamente, desarrollado en población clínica más que de muestras de comunidad. Y la descripción acerca de la construcción de los ítems es escasa. Las respuestas de opción múltiple pudiese confundir a la persona que responde, limitando la confiabilidad y validez.

Los siguientes instrumentos han sido desarrollados recientemente y parece importante presentarlos debido a que se relacionan a la documentación de eventos traumáticos.

1.9.5. Cuestionario de Eventos de Vida e Historia Social

De Jong et al. (2001) adaptaron el Cuestionario de Eventos de Vida e Historia Social a cuatro grupos de refugiados contextualizándolo a la experiencia de cada específico conflicto en el país de origen. Los eventos traumáticos fueron evaluados por una versión adaptada del Cuestionario de Eventos Traumáticos e Historia Social. Y otros eventos fueron incluidos en relación a estudios locales previos en eventos relevantes. Entre los eventos traumáticos se evalúa la muerte y separación de miembros de la familia.

Esta escala considera los eventos desde la infancia hasta el momento actual en los refugiados. TEPT fue evaluado a través de Entrevista Clínica en base al Sistema Diagnostico Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS en base al DSM IV-TR en relaciona los eventos adversos.

La relación entre las experiencias adversas y TEPT fue analizada a través de regresión univariante. Los cuatro grupos de refugiados estudiados, Algeria, Cambodia, Etiopia y Palestina mostraron patrones y dominios diferentes de traumatizarían. Aunque todos los episodios adversos se asociaban a TEPT.

1.9.6. Inventario Comprensivo de Trauma

El Proyecto para Refugiados en Nuevo México, Estados Unidos desarrollo empíricamente un instrumento para medir eventos traumáticos en refugiados en 2005. Usando una aproximación cuantitativa y cualitativa para registrar la gama de experiencias en refugiados. El Inventario de Trauma Comprensivo (CTI-164) fue desarrollado por expertos usando un método racional, fue administrado a 36 kurdos, 31 vietnamitas junto a una entrevista en profundidad y otros cinco instrumentos para medir síntomas, discapacidad y apoyo social.

Grupo focal y análisis de texto. En promedio 150 fueron los eventos en el instrumento que derivan en los 164 ítems. Los refugiados señalan múltiples síntomas crónicos que afectan su desempeño diario. El número y el tipo de eventos que los refugiados indican son más amplios que los encontrados en estudios previos. El método racional de expertos no es suficiente para definir eventos y sus medidas asociadas. Los

autores invitan a la creación de instrumentos a través de metodología cualitativa y participativa, debido a que revela eventos que no habían sido previamente encontrados.

Enfatizando la falta de conocimiento de los eventos asociados a las experiencias de guerra y desplazamiento que sufren los refugiados (Hollifield, et al., 2005).

El uso de la historia de eventos traumáticos permite evaluar el rol de los eventos adversos, develando la importancia de estos eventos en la presencia de TEPT (de Jong, et al., 2001).

De acuerdo a la revisión de Hollifield y colaboradores (2002):

La primera limitación para la medición precisa de trauma y salud en refugiados es la falta de teoría basada en definición de constructor y diseño de instrumentos específicas para población de refugiados y la intención de usar e informar en base a principios de medidas (p.618).

Estas falencias pueden resultar en conflictivos datos en el estudio de diferentes fenómenos a los que se les da el mismo nombre o son usados para evaluar o comparar población.

Mejorar la medición de traumatización puede ayudar:

a) Clarificar eventos que son traumáticos y que son predictivos de problemas de Salud Mental.

b) Además colabora a los clínicos para un mejor diagnóstico y posterior cuidado del paciente.

c) Asistir a la salud pública para desarrollar modelos de prevención.

d) Permite a los científicos a conducir investigaciones exitosas y ofrecer documentación más certera acerca de los abusos de derechos humanos.

Los instrumentos que han sido desarrollados de modo no empírico evalúan el completo rango de experiencia traumática en refugiados. Es difícil definir todos los eventos relevantes y los tipos de eventos que influyen en la condición de salud, incluyendo los efectos de los eventos en circunstancias de no conflicto, los que no son suficientemente estudiados.

Las investigaciones de base empírica definen mejor la gama y el tipo de eventos que son asociados con salud mental adversa. Las investigaciones en refugiados podrían considerar adoptar metodologías que investiguen los eventos de vida más que definir qué y cuál evento es más valorado como traumático y predictivo de problemas de salud mental.

I. 10. Eventos Traumáticos y Cuestionario Harvard

Nos detendremos en el cuestionario de Harvard debido a que es el instrumento más usado en población de refugiados y desde el cual se ha recogido la escala de eventos traumáticos para ser aplicada a la población que consulta en el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de Oregón.

El Cuestionario de Trauma de Harvard (Mollica, Caspi-Yavin, Bollini, Truong, Tor, & Lavelle, 1992) emergió de una aproximación cualitativa en la que las experiencias

surgen desde varias fuentes que incluyeron información clínica derivada de las entrevistas y con informantes claves de la comunidad, individualmente y en grupo focal. El cuestionario fue desarrollado en inglés, es un instrumento clínico que ha sido traducido recientemente a 35 idiomas por experimentados profesionales de salud mental.

La versión actual del cuestionario consta de cuatro apartados.

Parte I Eventos traumáticos:

Se pregunta 16 eventos traumáticos que afectaron a refugiados. El Cuestionario de Trauma de Harvard combina la evaluación de experiencias traumáticas como tortura, violación, asesinatos, privación de comida y agua entre otros. Las respuestas están codificadas en un formato tipo Likert.

Parte II Descripción personal

Son preguntas abiertas para la descripción subjetiva de los eventos más traumáticos experimentados. Esta parte permite a la persona a explicar los eventos traumáticos vivenciados, al clínico le permite estimar el peso que la persona le da a específicos eventos.

Parte III Lesiones en el cerebro

Esta sección indaga acerca de lesiones en la cabeza como experiencias que pudiesen derivar en lesiones cerebrales. Por ejemplo sofocación, inanición. Las evidencias indican que las lesiones en la cabeza son frecuentes en la población que ha sufrido violencia extrema.

Parte IV Síntomas de Estrés Post Traumático

Este cuestionario incluye 40 ítems derivados de los criterios diagnósticos del DSM IV usando tres dominios, síntomas de re experimentar el trauma, evitación y adormecimiento emocional, e hipervigilancia psicológica. Las categorías de respuesta van desde “no del todo”, “un poco”, “relativamente”, “extremadamente”, ponderado 1 a 4 respectivamente.

De acuerdo a Mollica (2004)

El uso de listas de chequeo para sobrevivientes de traumas tiene dos grandes ventajas. Primero la lista de chequeo reconoce la experiencia traumática y le da un permiso de facto para elaborar en detalle el trauma. Segundo como una prueba clínica la lista de chequeo ayuda al sobreviviente “a poner en palabras” eventos y síntomas por los que podría ser emocionales sobrepasando en una entrevista clínica abierta. Estas herramientas ayudan a los pacientes y clínicos a encontrar palabras a los eventos silenciados, permite a los clínicos evaluar los niveles de TEPT, depresión y ansiedad experimentada por los pacientes, y ofrece insight al paciente desde la propia percepción de sus habilidades para funcionar en la vida diaria (p. 3).

Además Mollica (2004) plantea que este instrumento es valioso en el espacio clínico del Programa de Trauma de Refugiados Harvard, (HPRT) ya que identifica una tremenda necesidad para validar instrumentos que pudiesen medir las experiencias de vida traumáticas. Existen instrumentos desarrollados en inglés que no pueden

simplemente ser traducidos en otro idioma y validar su aplicación. El desarrollo en instrumentos cross culturales combinado con la experiencia clínica de HPRT y la innovación ha derivado en el desarrollo de versiones culturalmente adaptadas del Inventario de Experiencias Traumáticas a más de 30 diferentes comunidades.

Mollica (2004) se refiere a que el cuestionario ha evolucionado y un número de modificaciones han sido efectuadas por el equipo del HPR. Estas modificaciones no han cambiado los constructos básicos del instrumento y han pretendido mejorar su precisión.

La lista de traumas original fue incluida en un cuestionario que evalúa a 1000 refugiados de Camboya, las respuestas fueron sometidas análisis factorial con una alta correlación entre ítems. Las siguientes seis dimensiones surgen de ese análisis: 1) Lesiones en la cabeza, 2) lesiones en el cuerpo, 3) detención y confinamiento forzado 4) observar violencia a otros 5) exposición a zonas de guerra, 6) deprivación material.

CAPITULO II: METODOLOGIA

La investigación se efectuó en el marco de una metodología de investigación cuantitativa basada en el paradigma de las ciencias naturales en el cual hay una búsqueda por establecer generalizaciones empíricas y posibles de reproducir (Salkind, 1999).

Se efectúa un estudio exploratorio en el que se propone realizar una investigación cuantitativa utilizando un diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional que pretende dar cuenta del desempeño de las personas en el inventario de experiencias de trauma del Cuestionario Harvard.

II.1. Objetivo de la investigación

De acuerdo a la metodología y diseño empleado el objetivo general de la investigación fue explorar diferencias de género en la exposición a experiencias traumáticas en víctimas de violencia política, así como auto percepción del efecto de los síntomas en la vida de los pacientes. Asociándolo al diagnóstico clínico en los pacientes que consultan en el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón (Torture Treatment Center at Oregón Health and Science University).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, los objetivos específicos que pretende alcanzar la investigación son:

1. Explorar la diversidad demográfica de los Latino Americanos que consultan en la Clínica.

2. Explorar diferencias de género en las experiencias traumáticas vivenciada por Latinoamericanos que consultan en la clínica en el desempeño por ítem en el Inventario de Exposición a Trauma del Cuestionario Harvard.

3. Explorar diferencias de género en Latinoamericanos que consultan en la clínica en el desempeño por ítem de la Escala Sheehan que evalúa autopercepción del efecto de los síntomas en las áreas de trabajo, social y familiar.

4. Explorar los tipos de Diagnostico Clínico que caracterizan a las víctimas de violencia política y su relación con las experiencias traumáticas vivenciadas en torno a diferencias atribuibles al género.

II.2.- Hipótesis

Desde la perspectiva planteada, según los objetivos propuestos para orientar el trabajo de investigación, el tipo de datos sobre los que se trabajó y en coherencia con los supuestos teóricos y clínicos se postularon las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1 (H1). El Cuestionario de Experiencias Traumáticas de Harvard, elaborado por Richard Mollica (1992), evalúa eventos traumáticos que se asocian a la constelación de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático.

Hipótesis 2 (H2). Existen diferencias en el tipo de eventos traumáticos reportados por hombres y mujeres en el desempeño en el Cuestionario de Experiencias Traumáticas de Harvard.

Hipótesis 3 (H3). Existen diferencias de género en la autopercepción del impacto de los síntomas en los ámbitos de trabajo, social y familiar en el desempeño de las personas en la Escala Sheehan.

II.3.Participantes

La población estudiada incluye 124 personas de edades comprendidas entre 15 y 78 años, con una media de 35,44, una desviación estándar de 12,49 y un rango de 63. La población masculina está constituida por 59 varones, de edades entre 21 y 78 años, con una media de 36,22 y desviación estándar de 13,61 y un rango de 57. La población femenina está constituida por 65 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 76 años, con media en la mujeres de 34,74, una desviación estándar de de 11,3 y un rango de 61. Todos ellos provenientes de diez diferentes países de Latinoamérica, evidenciando la diversidad cultural y étnica de las personas que han consultado el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón (Oregon Health and Science University) solicitando distinto tipo de ayuda psicológica.

Tabla 1: Pais de procedencia

País de origen	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Argentina	1	1.6	1	1.5	2	1.6
Colombia	1	1.6	3	4.6	4	3.2
Chile	2	3.3	0	0	2	1.6
Guatemala	38	64.4	37	56.9	75	60.4
Honduras	2	3.3	3	4.6	5	4.0
Nicaragua	0	0	1	1.5	1	1.6
México	1	1.6	6	9.2	7	5.6
Perú	7	11.8	5	7.6	12	9.6
El Salvador	6	10.1	9	13.8	15	12.0
Uruguay	1	1.6	0	0	1	1.6

II.4. Instrumentos.

Los instrumentos empleados para la recolección de datos demográficos y clínicos son los siguientes:

II.4.1.- Entrevista clínica Inicial

La entrevista clínica inicial es una estrategia de evaluación que finaliza en un adecuado diagnóstico. En esta entrevista se hace sentir a la persona comprendida, se favorece que la persona se exprese y es un elemento decisivo en la construcción del vínculo terapéutico. En esta entrevista se evalúa la experiencia vivida, lo pasado lo presente, las expectativas futuras, el funcionamiento de la persona. Se determina el Diagnóstico Clínico en base al DSM IV-TR, los objetivos terapéuticos y la modalidad de tratamiento derivan de esta entrevista. (Anexo 1).

Se inicia la entrevista mencionándole a la persona que se encuentra en un lugar seguro que toda la información durante la entrevista, tratamiento y después del tratamiento se maneja de modo estrictamente confidencial, se solicita autorización para el uso anónimo de la información con fines de investigación, la persona firma el consentimiento a recibir tratamiento y un consentimiento para uso de la información con fines de investigación.

La entrevista considera los siguientes aspectos: a) información de identificación o demográfica, b) motivo de consulta, c) estatus mental, d) nivel de funcionamiento, e) conductas de riesgo, f) historia de salud mental, g) historia de abuso de sustancias, h) historia de salud física, i) historia familiar, j) aspectos culturales, k) aspectos sociales, l)

interés educacional y laboral, m) problemas legales, n) diagnóstico, ñ) prioridad de atención, o) modalidad de tratamiento.

El Centro con una experiencia de treinta años en el trabajo con refugiados y víctimas de violencia política, inició su trabajo con los refugiados Latino Americanos en el año 2001, en ese momento se definió que la entrevista clínica en la que se define el diagnóstico y posterior tratamiento fuese complementada con una lista de chequeo de experiencias traumáticas para enriquecer el entendimiento de la historia y circunstancias actuales de la persona.

El Centro de Tratamiento para Víctimas Tortura en Oregón desde Enero del 2001 ha complementado la entrevista clínica de los pacientes con la parte I y III del Cuestionario Harvard para enriquecer el proceso de evaluación y diagnóstico clínico.

Se optó por incorporar la lista de experiencias traumática debido a que es un importante componente de la historia de la persona y es una expresión del interés del clínico por entender las experiencias de vida de las personas. Además se consideró que muchas personas que han experimentado violencia intensa poseen dificultades para verbalizar de modo coherente los eventos traumáticos y tienden a omitir sus experiencias durante la entrevista clínica.

Se estimó importante que fuese el terapeuta quien recogiese la información de modo verbal durante la entrevista y no a través de un cuestionario de lápiz y papel debido a que se entendía la amplia gama de niveles educativos y culturales de las personas desplazadas y provenientes de Latino América.

Por lo demás se estimó oportuno que al preguntar a la persona por los episodios violentos el terapeuta tendría la posibilidad de profundizar en esas experiencias si lo consideraba necesario.

La decisión de omitir la parte II y IV del Cuestionario de Harvard fue una decisión clínica, se entiende que las personas que han sido víctimas de violencia intensa y refugiados deben ser acogidos y el clínico entiende que la persona ha estado sometida a intensas experiencias razón por la cual se creyó relevante priorizar la relación terapéutica con la persona y por entender que las personas sometidas a violencia política deben ser acogidas con mucha sutileza, para crear un vínculo de confianza.

La decisión también estuvo sustentada en la diversidad educacional, étnica y cultural que caracteriza a los refugiados.

Se recogió también la autopercepción de cómo los síntomas emocionales afectan la vida del trabajo, social y familiar a través de la escala Sheehan, en la cual la persona indica en una escala de 0 a 10 cuanto le afectan los síntomas en cada dimensión.

II.4.2. Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario de Harvard

El programa de Psiquiatría Intercultural de la Universidad de Oregón consideró importante introducir el Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario para una mejor comprensión del paciente.

La escala fue traducida de un idioma al otro para obtener la equivalencia lingüística y finalmente dos terapeutas bilingües participaron en una discusión para alcanzar consenso y mantener la estructura verbal de los ítems en el cuestionario

El Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard que ha sido aplicado a los pacientes del centro comprende 20 ítems (Ver anexo 2). Las primeras 16 respuestas están categorizadas en un formato Likert de cuatro puntos, y es sobre estos 16 ítems que se elaborara el trabajo. “Le nombraré una serie de situaciones estresante que a veces le suceden a las personas por favor indíqueme si: a) esto le ha pasado a usted personalmente b) usted observó que le sucedió a otra persona c) Usted escuchó y se enteró de esto. d) Usted no está seguro(a) e) No me compete.”

Los ítems 17 a 20 que se refieren a lesiones cerebrales, se responden con las alternativas Sí y No. Estos ítems tienen una proporción muy elevada de omisiones, por razones de inexactitud en el registro. Al ser dicotómicos y por no tener la suficiente información para realizar un análisis de cómo se comportan estos ítems se ha decidido no incorporarlo en la investigación.

Codificación de las respuestas a las experiencias traumáticas y Procedimiento de puntuación del Cuestionario de Trauma de Harvard

- a) Esto le ha pasado a usted personalmente: 3 (H)
- b) Usted observó que le sucedió a otra persona: 2 (W)
- c) Usted escuchó y se enteró de esto: 1 (L)
- d) Usted no está seguro(a): 0 (DA)
- e) No me compete: 0 (DA)

II.4.3. Escala de Autopercepción Sheehan

La escala Sheehan (Sheehan & Sheehan, 2008) mide tres diferentes dominios de funcionamiento de acuerdo a la autopercepción de la persona de cómo los síntomas afectan la vida social, familiar y de trabajo. Es una escala ordinal de 0 a 10 en cada ámbito (Ver Anexo 3).

Se le pide al paciente que indique cuanto sus síntomas emocionales afectan su vida social, familiar y de trabajo. Esta escala se ha usado con el propósito de evaluar la influencia de los síntomas en estos tres dominios de la vida del paciente.

II.5. Procedimiento

El procedimiento de trabajo se dividió en las siguientes fases: a) Revisión bibliográfica para determinar relevancia del tema. b) Solicitud y acceso a la base de datos. c) Codificación de las variables demográficas y clínicas. d) Evaluación psicométrica del Inventario de Experiencias Traumáticas del cuestionario Harvard. e) Análisis Estadístico.

Se utilizó la entrevista clínica, considerando el carácter complejo y la multidimensionalidad de las vivencias de cada persona. También se solicitó a la persona que respondiera al Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard y a la Escala Sheehan de autopercepción de impacto de los síntomas, todo con el propósito de comprender mejor y profundizar en los eventos traumáticos vivenciados.

Los datos demográficos y clínicos fueron recogidos durante la entrevista clínica inicial a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión en el programa,

los que se refieren a haber vivido en una zona de conflicto armado, guerra o guerras civiles. Los datos fueron recolectados entre Enero 2001, (fecha en que la clínica en Eugene inició su funcionamiento) hasta Junio del 2008, cuando se accede a la base de datos con la autorización de los directivos del programa.

II.6. Identificación de las variables

Las variables han sido definidas de la siguiente manera:

Variables dependientes (escalares): diagnóstico clínico, puntuación total obtenida en el Cuestionario de Harvard y Escala Sheehan.

Variables independientes (categóricas): Sexo, edad, país de origen, procedencia, estado civil, estatus legal, actividad y grado de escolarización.

II.6.1. Diagnóstico Clínico

La evaluación clínica ha sido hecha en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y fue codificada de la siguiente manera:

Tabla 2: Variable Diagnóstico Clínico

1 TEPT	9 Depresión, alcoholismo y Déficit de Atención
2 TEPT, Depresión	10 Depresión, D. Adaptación
3 TEPT, Depresión, Alcoholismo	11 Desorden de adaptación
4 TEPT, Depresión, Psicosis	12 Bipolar
5 TEPT, Desorden Personalidad	13 Psicosis
6 Depresión	14 Desorden de Personalidad
7 Depresión, TEPT	00 No presenta desorden clínico
8 TEPT, Desorden de adaptación	

II.6.2. Variables socio-demográficas

Las variables socio-demográficas han sido tratadas como variables categóricas incluyen sexo, país de origen, procedencia rural o urbana, escolaridad, estado civil, actividad, estatus legal en el país de acogida.

Variable Sexo: Ha sido tratada como una variable categórica, se refiere al conjunto de características biológicas que diferencian a hombres y mujeres, en esta investigación queremos señalar que indistintamente nos referimos al concepto género, “el cual corresponde al conjunto de características psicológicas o de personalidad que caracterizan lo masculino de lo femenino, es una construcción cultural: cada sociedad tiene un ideal de hombre y de mujer, y establece los mecanismos para asegurar que sus miembros adquieran, desarrollen y reproduzcan las características según su género” (Rodríguez, 1992, p.5). En este estudio sexo ha sido codificado: 1) Hombre y 2) Mujer.

Variable edad: La variable edad ha sido tratada como variable numérica o de razón. Se refiere a los años de vida en el momento de la entrevista.

Variable país de origen se refiere al país de donde la persona procede y ha sido codificada: 1) Argentina, 2) Colombia, 3) Chile, 4) Guatemala, 5) Honduras, 6) Nicaragua, 7) México, 8) Perú, 9) Salvador, 10) Uruguay.

Variable Estado Civil: Se refiere a la situación de la persona delimitada por la relación de parentesco o familiares que le confiere o impone determinados derechos u obligaciones civiles. Esta variable ha sido codificada como sigue: 1) Soltero: La persona no cuenta con una persona con la que mantenga una convivencia durante la entrevista. 2)

casado: La persona ha contraído matrimonio. 3) Separado: la persona ha disuelto su matrimonio de modo legal o no. 4) Convive: La persona mantiene una relación de pareja y de convivencia sin encontrarse casada.

Variable Procedencia: Se refiere al lugar de residencia que tenía la persona antes de emigrar. Codificado como: 1) Rural y 2) Urbana.

Variable Estatus Legal: Se refiere al tipo de situación legal que la persona posee en el país de acogida en el momento de la entrevista. Codificado: 1) Asilo político, 2) Asilo político pendiente, 3) Residencia, 4) Sin permiso de trabajo, 5) Permiso temporal, 6) Turista, 7) Estudiante, 8) Asilo negado, 9) Ciudadano.

Variable Actividad: Se refiere a la ocupación que la persona ejerce al momento de la entrevista, codificado: 1) Labores de casa, 2) estudiante, 3) trabajo tiempo completo 4) trabajo tiempo parcial.

Variable Escolaridad: Años de educación que posee la persona. 1) No escolaridad, 2) 1-4 años de escolaridad, 3) 5-8 años de escolaridad, 4) 9-12 años de escolaridad, 5) 13-16 años de escolaridad, 6) 17 y más años de escolaridad.

II.6.3.Exposición a experiencias traumáticas

Evaluadas a través del Inventario de Experiencias Traumáticas del cuestionario Harvard (Mollica, 1992), evalúa exposición a eventos traumáticos.

Tabla 3: Eventos evaluados por Inventario Harvard

1. Exposición a sustancias tóxicas	9. Privación de refugio
2. Asalto físico	10. Privación de agua y comida
3. Asalto con arma	11. Separación forzada de la familia
4. Asalto sexual	12. Asesinato de miembros de la familia
5. Otra experiencia sexual indeseada	13. Muerte no natural de familias y amigos
6. Cautiverio	14. Asesinatos de desconocidos
7. Exposición a una zona de combate	15. Tortura
8. Enfermedades sin cuidado medico	16. Sintió una extrema amenaza a su vida

II.6.4. Autopercepción de los síntomas

La Escala Sheehan (Sheehan, 1996) evalúa el impacto de los síntomas en tres dominios de interrelaciones del paciente. Se le pregunta a la persona cómo sus síntomas emocionales impactan la Vida del trabajo, Vida Social, Vida Familiar.

II.7. Tratamiento Estadístico.

El análisis comenzó con la codificación de las variables demográficas, clínicas y de respuesta a los ítems de todos los sujetos en el Cuestionario Harvard y Escala Sheehan.

Se realizó análisis de descriptivos generales para lograr una idea de las características demográficas de la muestra, diagnóstico clínico y experiencia traumática vivenciada. Se efectuó un análisis de la distribución de respuestas en cada ítem del Inventario de Experiencias Traumáticas de Harvard y Escala Sheehan, en consideración a la variable *género*.

Para efecto de evaluación psicométrica del Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard se efectuó un análisis cuantitativo del cuerpo de

datos. Se realizó el análisis de fiabilidad (Cronbach) para demostrar la homogeneidad de los ítems del Cuestionario de Harvard. Igualmente, nos interesaba saber la composición de los factores esenciales del mismo Cuestionario, aplicando para ello el análisis Factorial de los componentes principales con rotación octagonal Varimax.

Se utilizó el Análisis Discriminante para poder demostrar la efectividad diagnóstica del Cuestionario de Harvard.

Posteriormente se utilizó el análisis de varianza para mostrar si las diferencias resultaron ser estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias obtenidas por cada género en los componentes factoriales que surgieron del análisis factorial. Para concluir con la baremación del inventario Harvard. Todo ello se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS (v.17.0).

CAPITULO III: RESULTADOS

Los resultados son expuestos a través de diferentes formas. Para los datos correspondientes a las variables independientes (categóricas) hemos utilizado generalmente la gráfica como método más representativo de expresión numérica.

Para otros tipos de datos, tales como el Análisis Factorial, las diferencias de medias (ANOVA), o el Análisis discriminante, hemos utilizado Tablas, como forma de exposición de los datos obtenido.

Los resultados se presentan en el siguiente orden para facilitar su revisión:

III.1. Identificación de los participantes: Presenta las características demográficas y clínicas de los participantes en torno a variable género.

III.2. Resultados de desempeño por ítem de las personas en el Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard en torno a variable género.

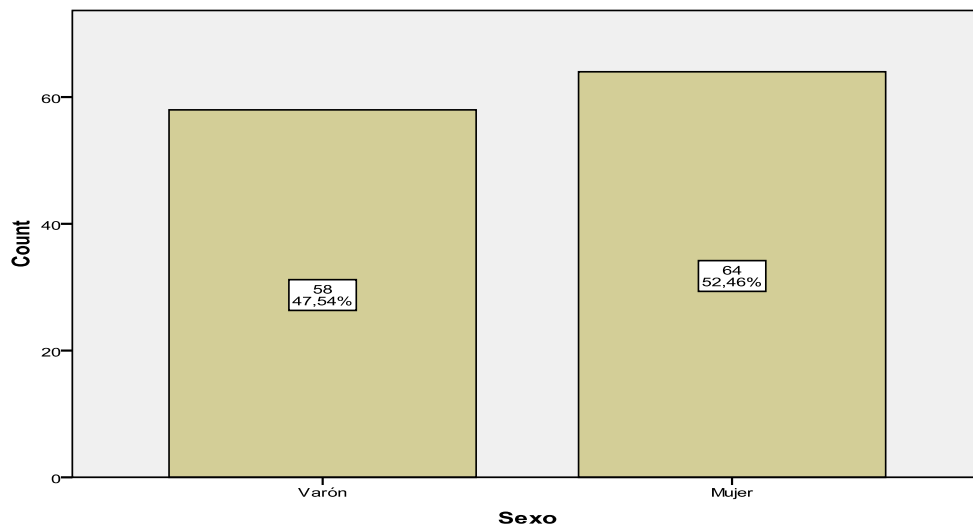
III.3. Resultado de desempeño por ítem de las personas en la Escala de Auto percepción de Síntomas Sheehan en torno a la variable género.

III.4. Análisis Estadístico del Cuestionario Harvard: para lo que se efectúa análisis de fiabilidad, análisis factorial, análisis de medias de los componentes principales, análisis discriminante, análisis de medias entre sexo, para terminar con la correlación entre inventario Harvard y Escala Sheehan.

III.1. Identificación de los participantes

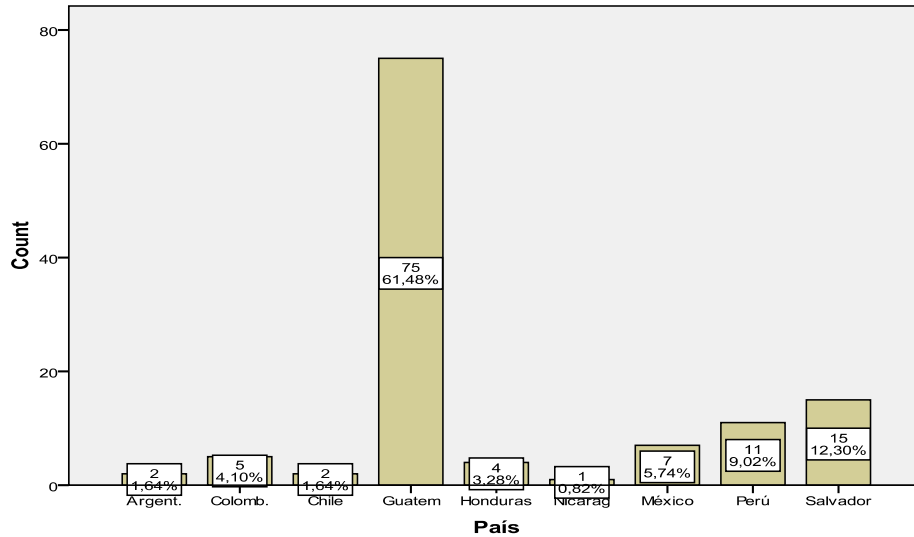
A continuación se realiza la caracterización demográfica y clínica de las personas que consultan en el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura en la clínica Latino Americana.

Figura 1: Gráfica sexo de los participantes



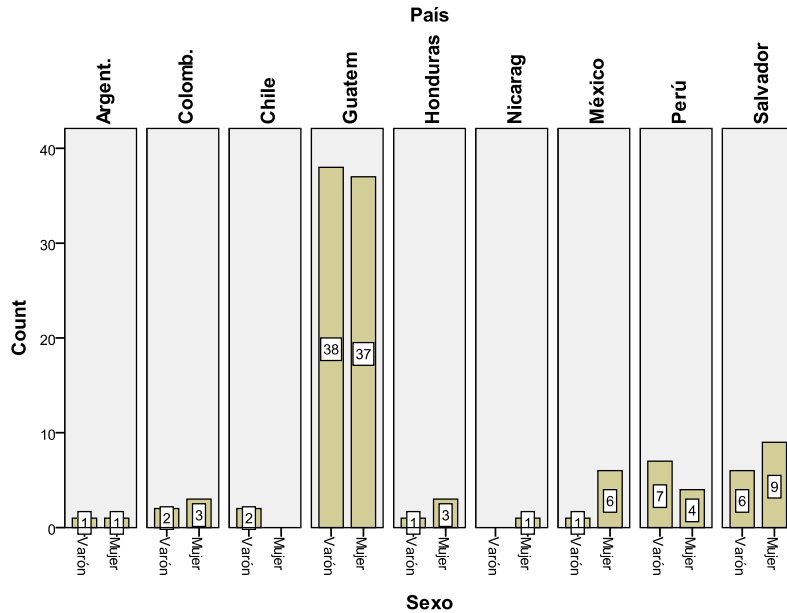
La figura 1 muestra que la población está constituida por 47,5 % de hombres y 52,5 % de mujeres. Ofreciéndonos una muestra bastante equitativa o balanceada para el análisis de los datos en relación al género.

Figura 2: Gráfica país de origen de los participantes



La figura 2 nos señala que Guatemala es el país de donde procede el mayor porcentaje de personas en total 61,48% de la población. Seguido por El Salvador, país de origen de 12,30% de las personas. El tercer país de procedencia es Perú con 9,2% de la población. Seguido de México con un 5,7% del total de la población. Colombia con un 4,1% de la población. Argentina forma el 1,64 de la población. Chile con un 1,64% de la población y Nicaragua con un 0,82%.

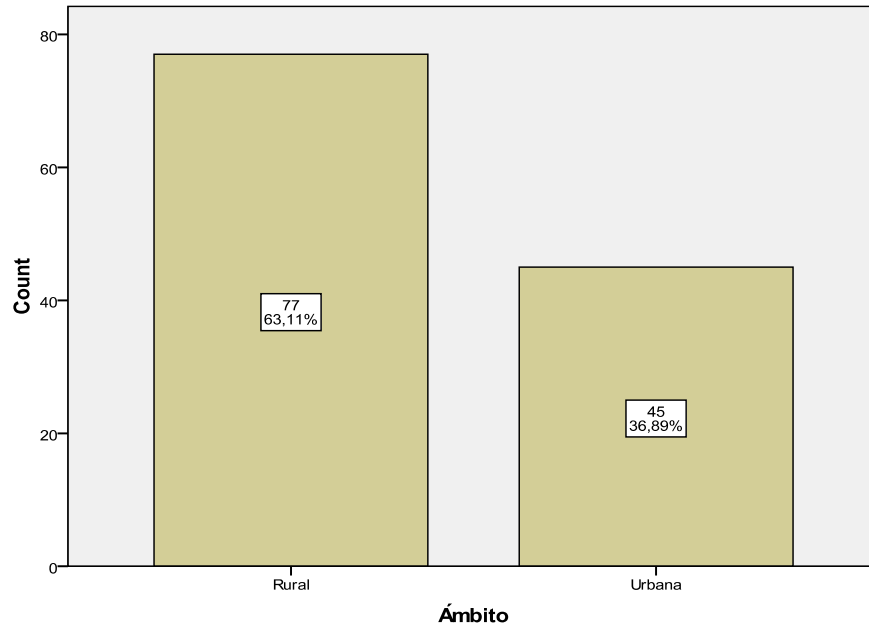
Figura 3: Gráfica país de origen y género.



La figura 3 nos muestra el número de hombres y mujeres que proceden de cada país. Observándose que 38 hombres y 37 mujeres proceden de Guatemala. Se aprecia que el país que le sigue es El Salvador de donde provienen 6 hombres y 9 mujeres. Y luego aparece Perú lugar de origen de 7 hombres y 4 mujeres.

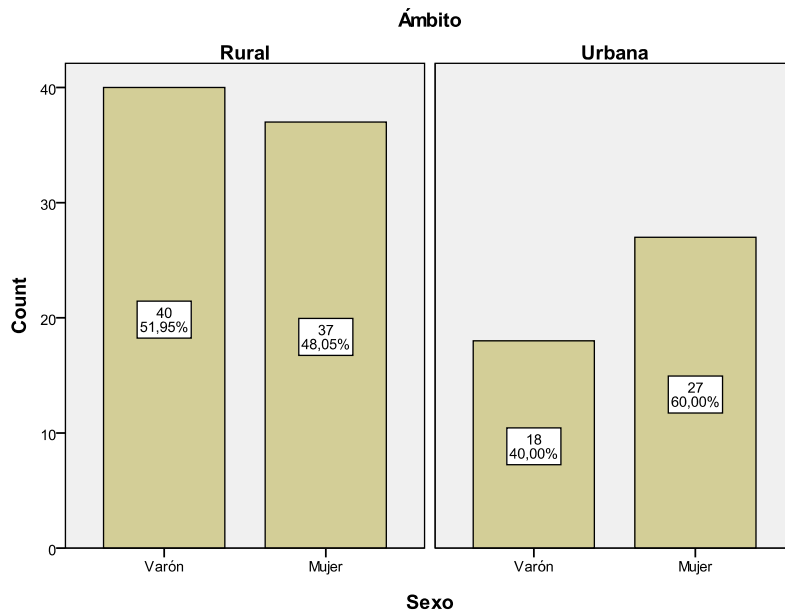
Se estima que la procedencia de los pacientes está relacionada a la intensidad y duración de los conflictos violentos en los países de Latino América. Guatemala, El Salvador y Perú son los tres países de donde proviene el mayor número de refugiados, los tres son países de prolongados y violentos conflictos armados. El gran número de personas de Guatemala también se puede explicar por la cercanía a Estados Unidos.

Figura 4: Gráfica procedencia de los participantes



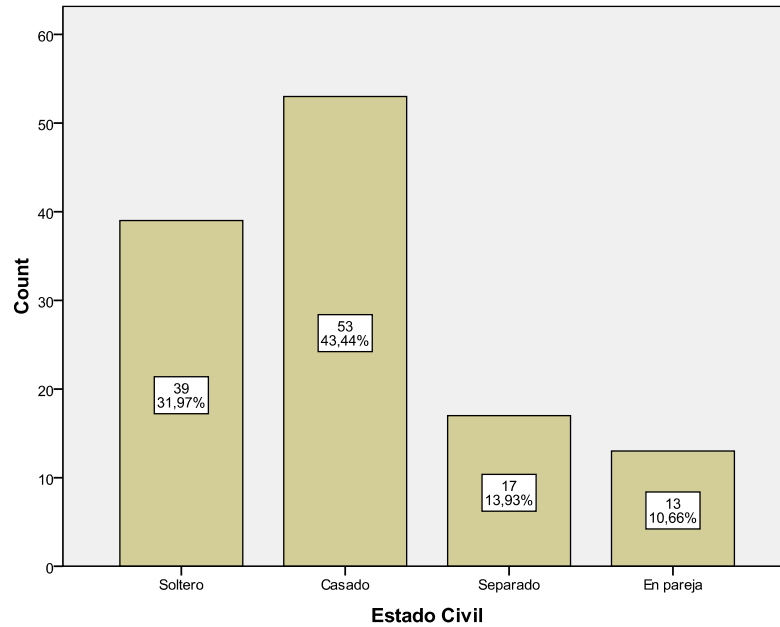
La figura 4 nos indica que el 63,11% de las personas provienen del área rural. Las personas de origen urbano son el 36,89 % de la población.

Figura 5: Gráfica ámbito rural urbano y género



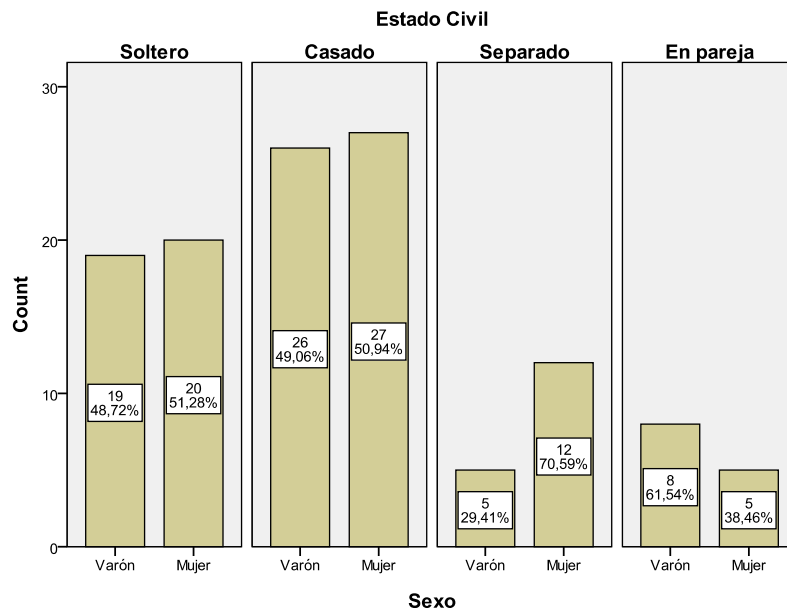
La grafica 5 nos muestra que la población rural está constituida internamente por 51% de hombres y 48,05% mujeres. Las personas de procedencia urbana están constituidas por 40% de hombres y 60% de mujeres. Durante las décadas de los 70 a los 90 Latinoamérica se caracterizó por una agudización de los conflictos violentos focalizados en las zonas rurales. Razón por la que se explica el mayor porcentaje de personas que provienen de zonas rurales.

Figura 6: Gráfica estado civil de los participantes



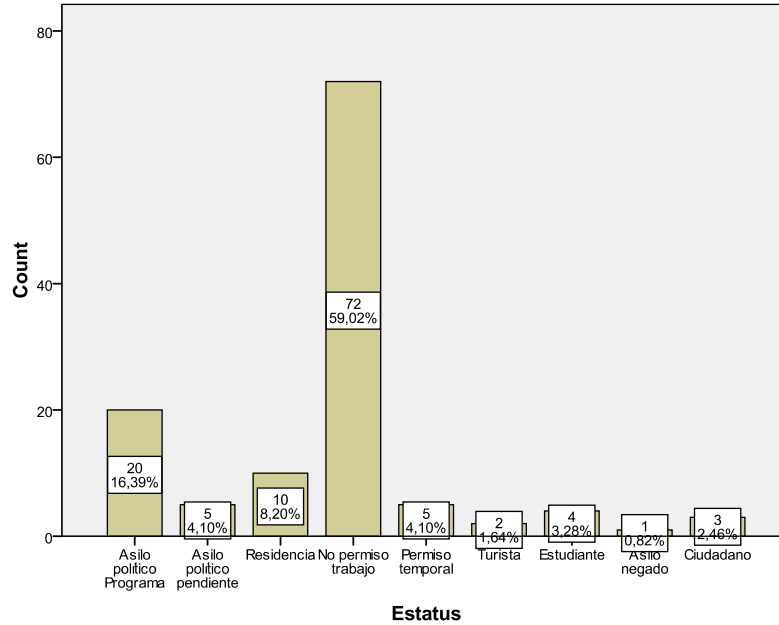
La figura 6 indica que un 31% de las personas son solteras. Las personas casadas son el 43,44% de la población. Las personas separadas conforman el 13,93% de las personas. El porcentaje de personas sin casarse que mantienen una relación de convivencia es el 10,66 de la población.

Figura 7: Gráfica estado civil y género



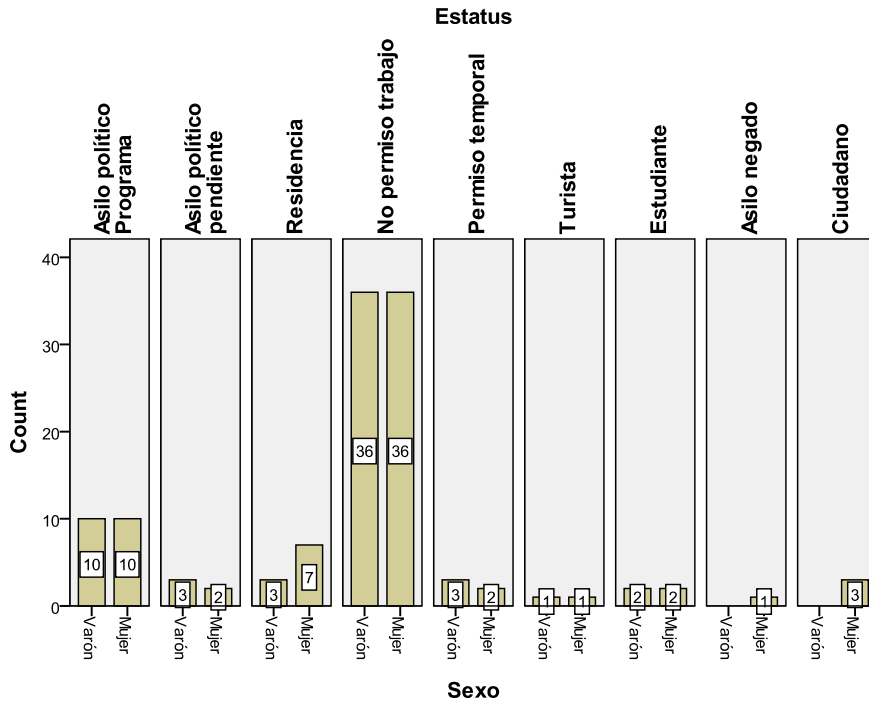
La figura 7 indica que el grupo de personas solteras está constituido internamente por 48,72% de hombres y 51,28% de mujeres. Las personas casadas están constituidas por 49,6% de hombres y 50,94 de mujeres. Las personas separadas son 29,41% hombres y 70,59 mujeres. De las personas que conviven 61% son hombres y 38,46% son mujeres.

Figura 8: Gráfica estatus legal de los participantes



De acuerdo a lo presentado en la figura 8 podemos observar que 16,39% posee el estatus legal de asilado politico. Las persona que buscan asilo politico esta constituido por el 4,10% de la poblacion. El 8,20% de las personas poseen el estatus legal de residentes. El porcentaje mas elevado se observa en las personas que no poseen permiso de trabajo siendo el 59% del total. El porcentaje de personas que poseen permiso temporal de permanencia en los Estados Unidos es del 4,10%. Un 1,64% posee visa de turista. El 3,28% esta constituido por personas que son estudiantes. Un 0,82% de las personas se le ha denegado el asilo politico. Las personas que son ciudadanas son el 2,46%.

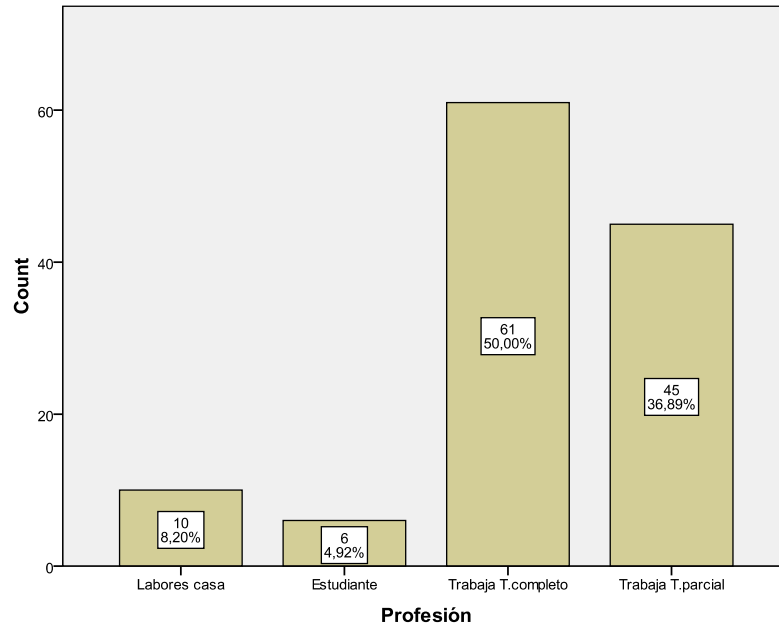
Figura 9: Gráfica estatus legal y género



La figura 9 nos muestra una distribución relativamente equitativa entre hombres y mujeres respecto al estatus legal que poseen. Destaca el alto número de personas que no poseen permiso de trabajo y por no ende no cuentan con autorización de permanencia en Estados Unidos. Se suma a ellos todos aquellos que esperan por sus procesos de asilo y quienes cuentan con permiso de trabajo temporal.

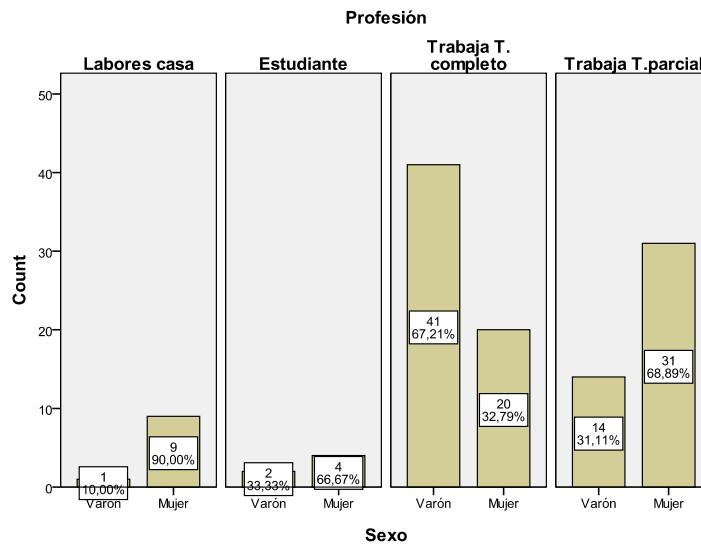
Estas circunstancias generan incertidumbre y expone a las personas a vulnerabilidad emocional por los riesgos de detención y posterior deportación.

Figura 10: Gráfica actividad de los participantes



De acuerdo a lo presentado en la figura 10 podemos observar que 8,20% de las personas se dedican a las labores de casa. Un 4,92 son estudiantes. Un 50% trabaja a tiempo completo y el 36,89% trabaja a tiempo parcial.

Figura 11: Gráfica Actividad y género

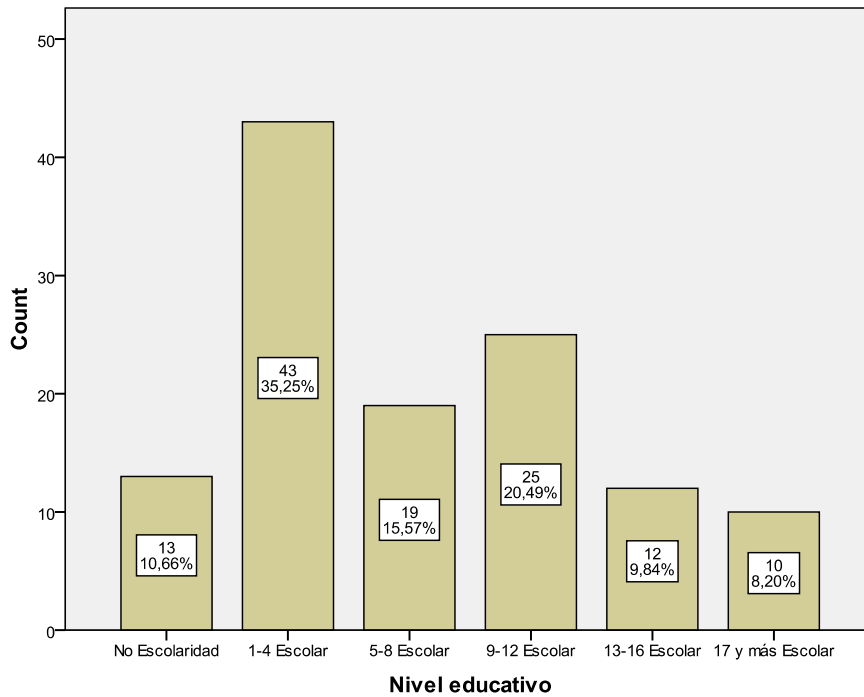


En la figura 11 se observa que las personas que se dedican a las labores de casa el 90% son mujeres y 10% hombres. Los estudiantes están conformados por un 33,33% de hombres y un 66,67% de mujeres. Quienes trabajan a tiempo completo están conformados por 67,21% de hombres y 3,79% de mujeres. Las personas que trabajan a tiempo parcial son 31,11% hombres y 68,89% mujeres.

Estas gráficas pueden complementarse con los datos que nos otorga la gráfica 9, gráfica referida a estatus legal en el país de acogida. Pese a que hay un alto porcentaje de personas que no poseen un permiso de residencia o de trabajo, las personas se encuentran trabajando exponiéndose a deportaciones por quebrantar la ley.

Las mujeres en un mayor porcentaje trabajan a tiempo parcial, mientras los hombres a tiempo completo.

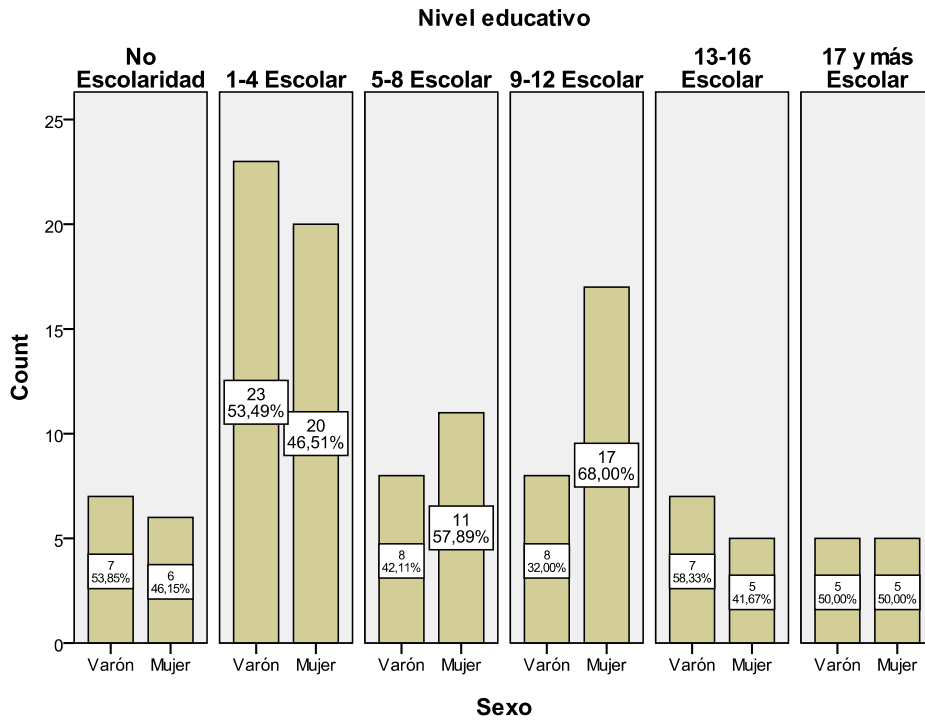
Figura 12: Gráfica escolaridad



La figura 12 muestra que un 10% de la población no ha recibido educación formal, 35,25% han cursado de 1 a 4 años de escolaridad concentrando el más alto número de personas. Al sumar estas dos primeras categorías de educación, nos indica que alrededor de 45% de las personas poseen entre 0 a 4 años de educación.

Un 15,75% ha cursado entre 5 a 8 años de escolaridad. Un 20,49% de las personas ha cursado entre 9 a 12 años de escolaridad. Las personas que han cursado entre 13 a 16 años de escolaridad están constituidas por 9,84%. Quienes han cursado más de 17 años de educación constituyen el 8,20% de las personas.

Figura 13: Gráfica escolaridad y género



En la figura 13 se observa que de las personas que no han obtenido educación formal los varones constituyen el 53,85% y las mujeres el 46,14%. De las personas que han cursado de 1 a 4 años de educación los varones constituyen el 53,49 y las mujeres el 46,51%. Las personas que han cursado entre 5 y 8 años de educación los varones conforman el 42,11% y las mujeres el 57,89. Quienes han cursado entre 9ª 12 años de escolaridad los varones constituyen el 32% y las mujeres el 68%.

De las personas que han cursado entre 13 y 16 años de escolaridad se constituye con un porcentaje de 58,33% de varones y 41,67 de mujeres. Quienes han cursado 17 o

más años de estudio está constituido por un 50% de varones y 50% de mujeres respectivamente.

Tabla 4: Diagnóstico clínico de los participantes

Diagnóstico	Varones %	Mujeres %
TEPT	6.9	6.2
TEPT, Depresión.	44.8	57.8
TEPT, Depresión, .Alcoholismo.	5.2	1.6
TEPT, Depresión, Psicosis	1.7	1.6
TEPT, Depresión, Trastorno de Personalidad	1.7	0
TEPT. Trastorno de Adaptación.	0	1.6
Depresión	12.1	18.8
Depresión, TEPT	13.8	9.4
Depresión, Alcoholismo, déficit atencional	1.7	0
Trastorno de adaptación	5.2	0
Trastorno Bipolar	1.7	0
Psicosis	1.7	0
Trastorno de personalidad.	3.4	1.6
Depresión. Trastorno de Adaptación	0	1.6

En la tabla 3 de Diagnóstico Clínico de los participantes se observa una alta prevalencia de TEPT. La comorbilidad TEPT y Depresión Mayor se presenta como diagnóstico en un 44,8% de los varones y en un 57,8% de las mujeres, constituyendo el 50,8% de los diagnósticos en población total. El siguiente diagnóstico es la Depresión Mayor que se observa en 12,1% de los varones y 18,8% de las mujeres constituyendo el 15,3% de los diagnósticos en la población total.

La comorbilidad de Diagnóstico primario Depresión Mayor acompañado de Diagnóstico secundario TEPT representa el 13,8% de los varones y 9,4% de las mujeres constituyendo el 11,3 % de los diagnósticos en la población total.

El Diagnóstico de TEPT por sí sólo se presenta en 6,9% de los varones y 6,2% de las mujeres constituyendo el 6,5% de los diagnósticos en la población total.

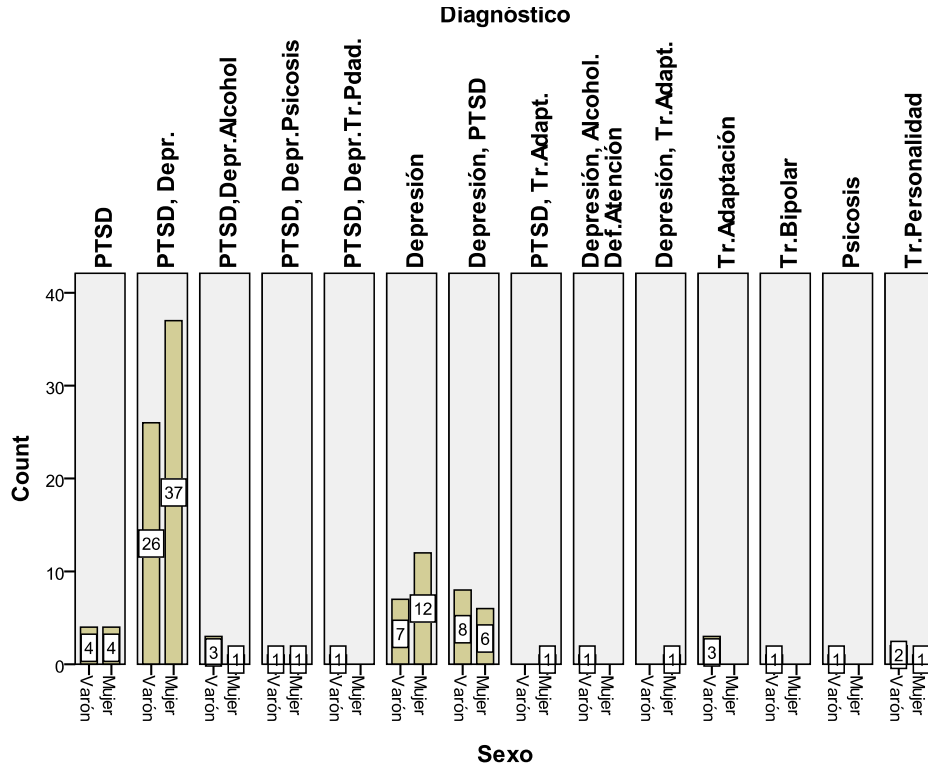
Luego encontramos la presencia del TEPT en combinación con Depresión Mayor y Alcoholismo, que se presenta en un 5.2% de los varones y un 1,6% de las mujeres constituyendo el 3,2% de los diagnósticos en la población total.

El Trastorno de Personalidad se presenta en 3,4% de los varones y en 1,6% de las mujeres constituyendo el 2,4% de los diagnósticos en la población total. El trastorno de Adaptación ha sido diagnosticado solamente en varones y constituye el 5,2% constituyendo el 2,4% de los diagnósticos de la población total.

La combinación de Diagnósticos TEPT, Depresión, Psicosis aparece en 1,7% de los varones y 1,6% de las mujeres constituyendo el 1,6% de los diagnósticos de la población total. La combinación de Diagnósticos TEPT, Depresión, trastorno de personalidad aparece en un varón lo que constituye el 1,7% y un 0.8% de la población total.

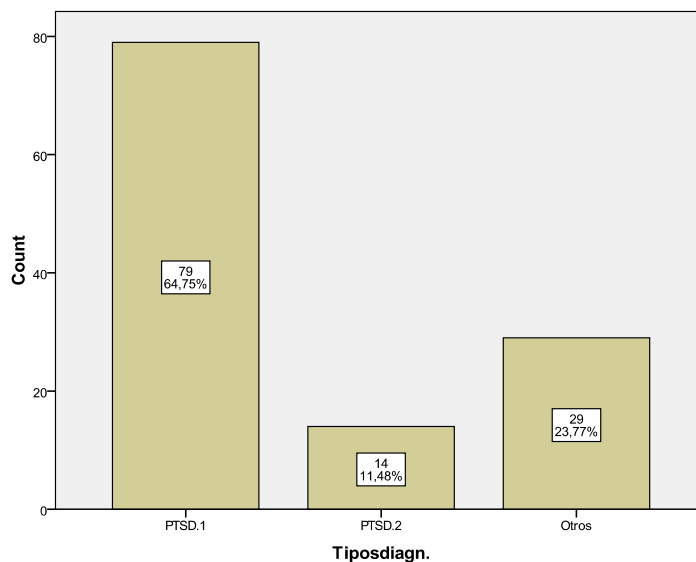
La combinación de Diagnostico Depresión, Alcoholismo, Déficit Atencional se presenta en un varón lo que constituye el 1,7% y un 0.8% de la población total. El Diagnósticos de Psicosis aparece en un varón (1,7%) constituyendo un 0,8% de los diagnósticos de la población total. El Diagnósticos Trastorno Bipolar aparece en un varón (1,7%) constituyendo un 0,8% de los diagnósticos de la población total.

Figura 14: Gráfica diagnóstico y género



La figura 14 presenta el número de personas en cada diagnóstico clínico de acuerdo al género. Expresando un número más elevado de mujeres que presentan la comorbilidad TEPT y Depresión Mayor (26 hombres versus 36 mujeres). También se observa un mayor número de mujeres que hombres diagnosticadas con Depresión Mayor (12 mujeres versus 7 hombres).

Figura 15: Gráfica presencia diagnóstico TEPT

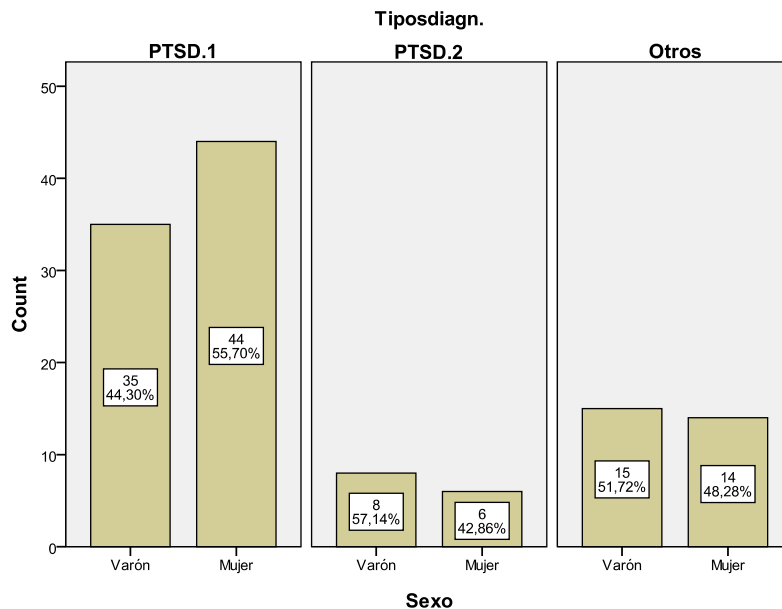


La figura 15 nos indica la presencia de TEPT como diagnóstico primario en 64,75% de la población que consulta. El TEPT se presenta como diagnóstico secundario es decir en comorbilidad con otro diagnóstico en 11,48% de quienes consultan.

Al complementar estas categorías de presencia de TEPT como diagnóstico primario y secundario podemos observar una alta presencia de la constelación de síntomas en esta población.

La gráfica nos indica que 23,77% de la población no presentan en su diagnóstico primario o secundario de TEPT, lo que ha sido graficado como otros diagnósticos o la ausencia de TEPT.

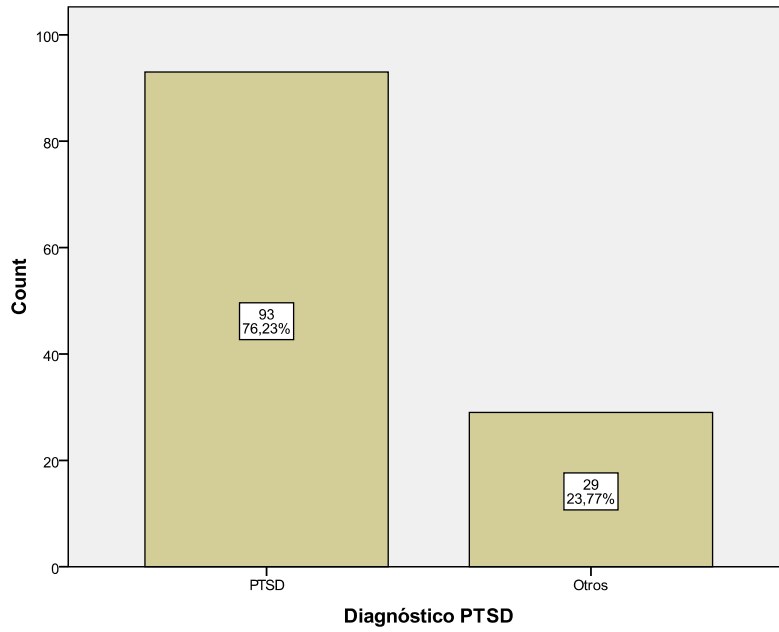
Figura 16: Gráfica diagnóstica de TEPT y género



La figura 16 nos indica que de las personas que presentan TEPT como diagnóstico primario el 44,30% son hombres y 55,70% son mujeres. De las personas que presentan TEPT como diagnóstico secundario el 57,14% son hombres y el 42,86% son mujeres.

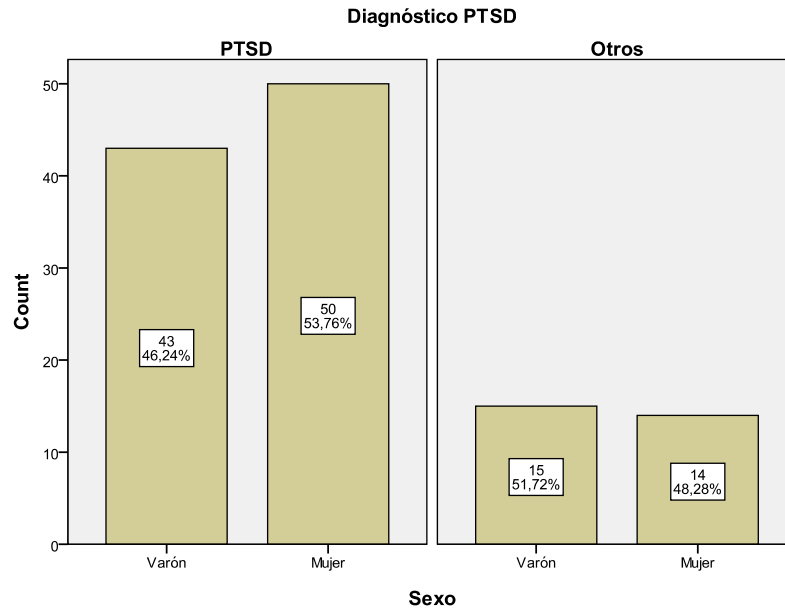
De las personas que no presentan TEPT en el diagnóstico clínico 51,72% son hombres y 48,28% son mujeres. Esta figura nos muestra la alta prevalencia del TEPT tanto en hombre como en mujeres señalando una pequeña tendencia de las mujeres a poseer TEPT como diagnóstico primario y en los varones una tendencia a presentar TEPT como diagnóstico secundario.

Figura 17: Gráfica diagnóstico de TEPT



Esta figura 17 nos muestra que 76,23% de personas presentan TEPT en el diagnóstico clínico ya sea como diagnóstico primario o secundario. Quienes no presentan TEPT constituyen el 23,77 de las personas.

Figura 18: Gráfica diagnóstica de TEPT y género



La figura 18 nos muestra que de las personas que presentan TEPT en el diagnóstico clínico 46,24% son varones y 53,76% son mujeres. Las personas que no presentan TEPT están constituidos por 52,72 de varones y 48,28 de mujeres.

La gráfica nos indica una leve tendencia de las mujeres a desplegar síntomas de TEPT como diagnóstico primario y en los hombres existiría una pequeña tendencia a que los síntomas se presenten como diagnóstico secundario.

III.2. Desempeño por ítem del Cuestionario Harvard

A continuación se presenta la distribución de desempeño de adscripción a las cuatro alternativas de respuesta de las personas, en cada uno de los 16 ítems del Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard. Por cada ítem se

presenta la gráfica de desempeño del total de la población y posteriormente se presenta la distribución por género en cada una de las cuatro alternativas de respuesta de los ítems.

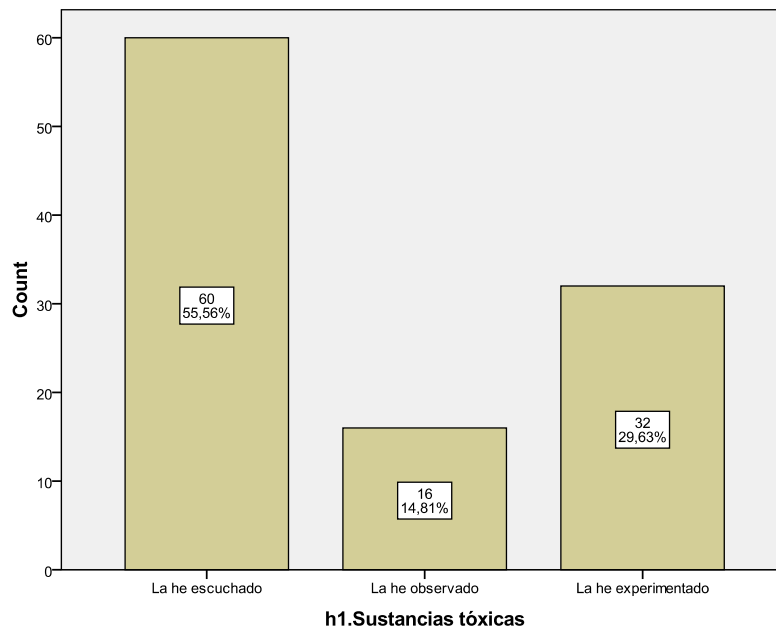
a) Esto le ha pasado a usted personalmente: 3 (Experiencia)

b) Usted observó que le sucedió a otra persona: 2 (Observó)

c) Usted escuchó y se enteró de esto: 1 (Escuchó)

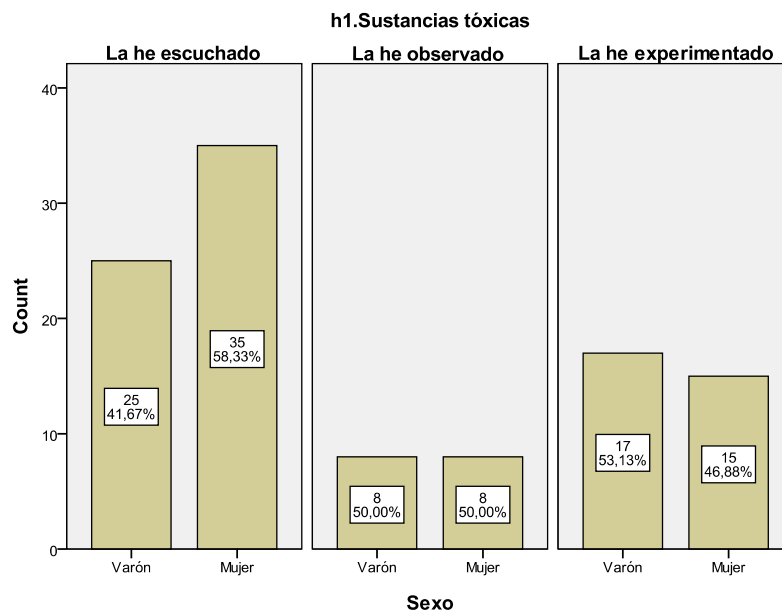
d) Usted no está seguro(a): 0 (No está seguro)

Figura 19: Gráfica Ítem 1. Exposición a sustancias tóxicas



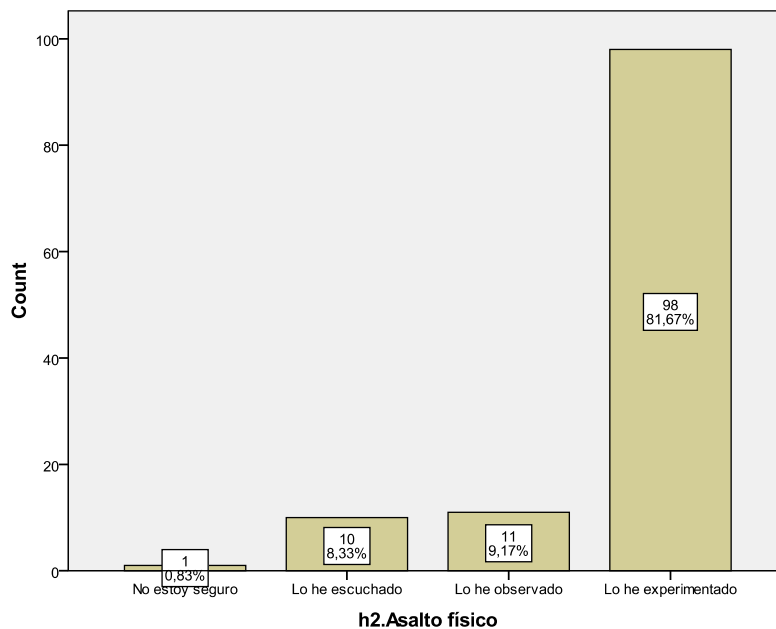
La figura 19 nos muestra que 55,56% de las personas se adscribe al haber escuchado acerca de exposición a sustancias tóxicas. Un 14,81% lo ha observado y un 29,63% lo ha experimentado. En este ítem ninguna persona se adscribió a la alternativa no estoy seguro de haberme enterado de ese tipo de experiencia por lo que nos aparece en la gráfica.

Figura 20: Gráfica Ítem 1. Exposición a sustancias tóxicas y género



La figura 20 nos muestra del total de personas que han escuchado acerca de sustancias tóxicas 41,67% son hombres y 58,33% son mujeres. Quienes han observado la exposición de sustancias tóxicas están constituidos por un 50% de mujeres y 50% de hombres. Quienes han estado expuestos a sustancias tóxicas 46,88% mujeres. Observándose una exposición muy equitativa a este evento entre hombres y mujeres.

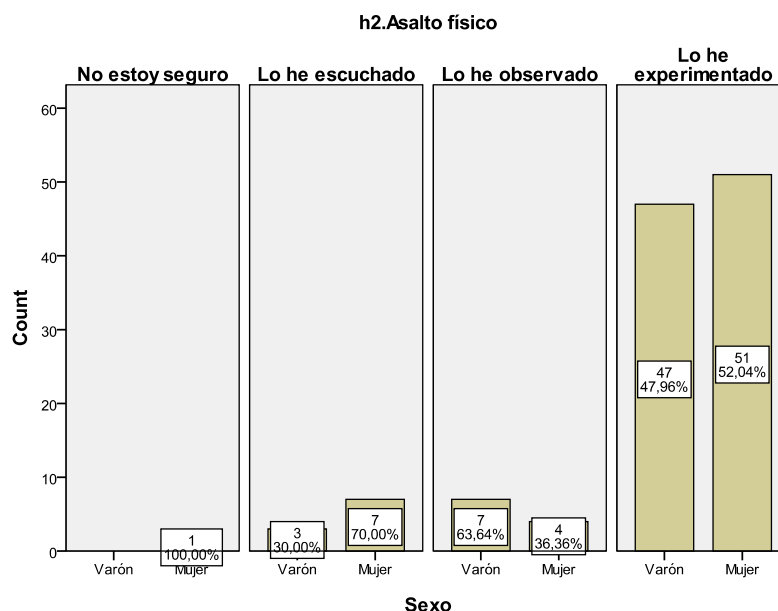
Figura 21: Gráfica Ítem 2. Exposición a asalto físico



La figura 21 nos muestra que las personas responden al ítem exposición a un evento de asalto físico: 0,83% no está seguro; 8,33% ha escuchado de otras personas que han estado expuestas a asalto físico. Un 9,11% lo ha observado y 81,67% lo ha experimentado.

Indicando la presencia de un evento que vulnera la seguridad de la persona.

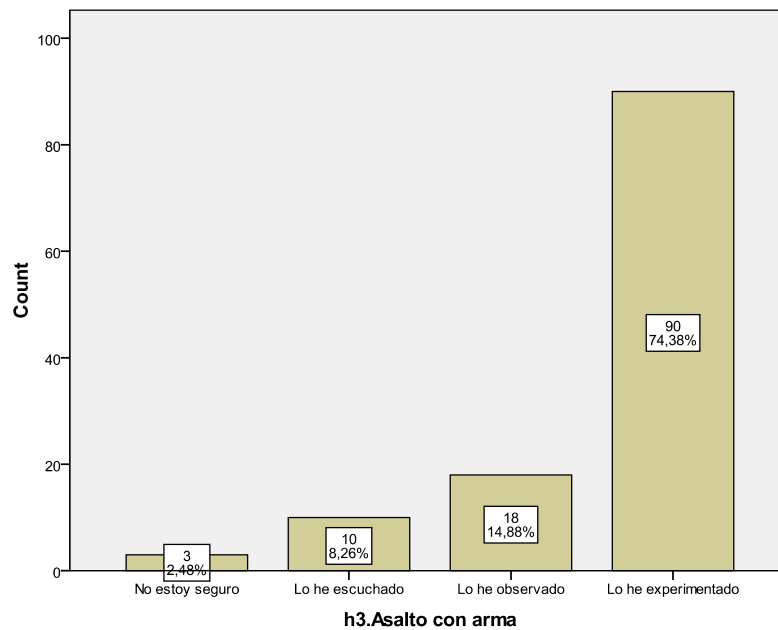
Figura 22: Gráfica Ítem 2. Exposición a asalto físico y género



La figura 22 nos muestra del total de personas que no están seguras de haber escuchado acerca de eventos de asalto físico es una mujer constituyendo el 100% de este subgrupo. Quienes han escuchado de asalto físico a otras personas están constituidos por 30% de varones y 70% de mujeres. Los que han observado asalto físico a otras personas está compuesto por 63,64% de varones y 36,36% mujeres. Los que han experimentado un evento de asalto físico constituyen un 47,96% de varones y 52,04 de mujeres.

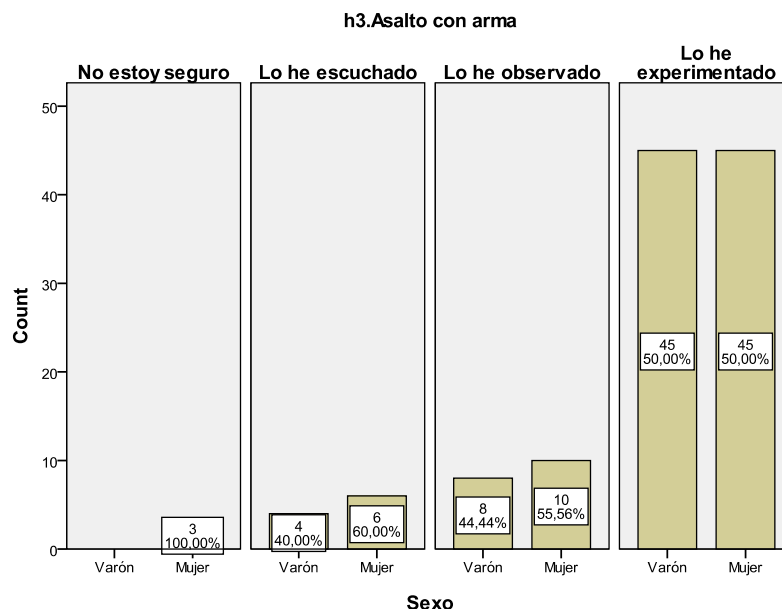
El asalto físico como experiencia se presenta de modo bastante equitativo entre hombres y mujeres. Los hombres manifiestan un porcentaje más elevado de observación del evento.

Figura 23: Gráfica Ítem 3. Exposición a asalto con arma



La figura 23 nos muestra que 2,48% de las personas no está seguro de haber escuchado de la exposición a un evento de asalto con arma. Un 8,26% de las personas ha escuchado de personas que han sido asaltadas con arma. Un 14,88% ha observado el asalto con arma a otras personas y 74,38% lo ha experimentado.

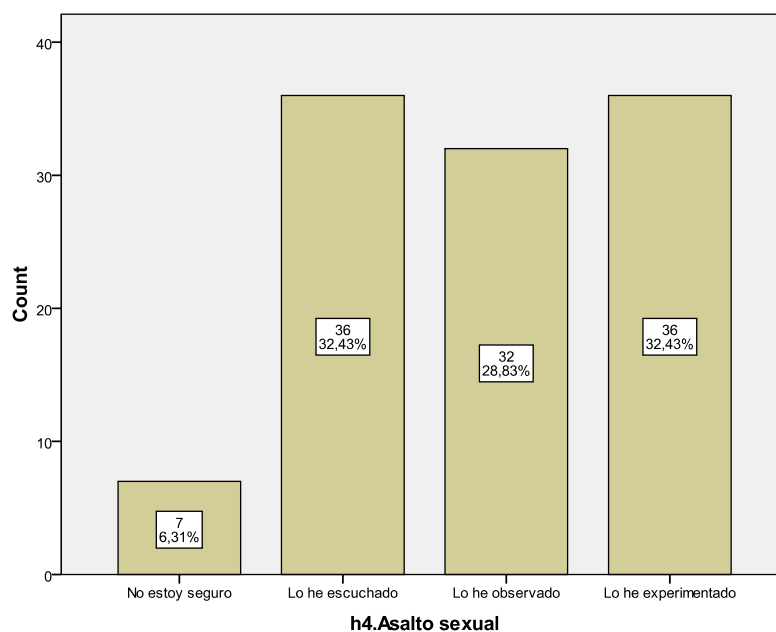
Figura 24: Gráfica Ítem 3. Exposición a asalto con arma y género



La figura 24 nos muestra que del total de quienes no están seguros de haber escuchado acerca de asalto con arma está constituido por 3 mujeres, constituyendo el 100% de este subgrupo. Los que han escuchado acerca de asalto con arma a otras personas están constituidos por 40% de varones y 60% de mujeres. Quienes han observado asalto con arma a otras personas está constituido por 44,44% de varones y 55,56% mujeres. Aquellos que han experimentado asalto con arma están constituidos por un 50% de varones y 50,0% de mujeres.

Esta grafica señala que tanto hombres como mujeres han estado expuestos a la experiencia de asalto con arma de modo muy equitativo.

Figura 25: Gráfica Ítem 4. Exposición a asalto sexual

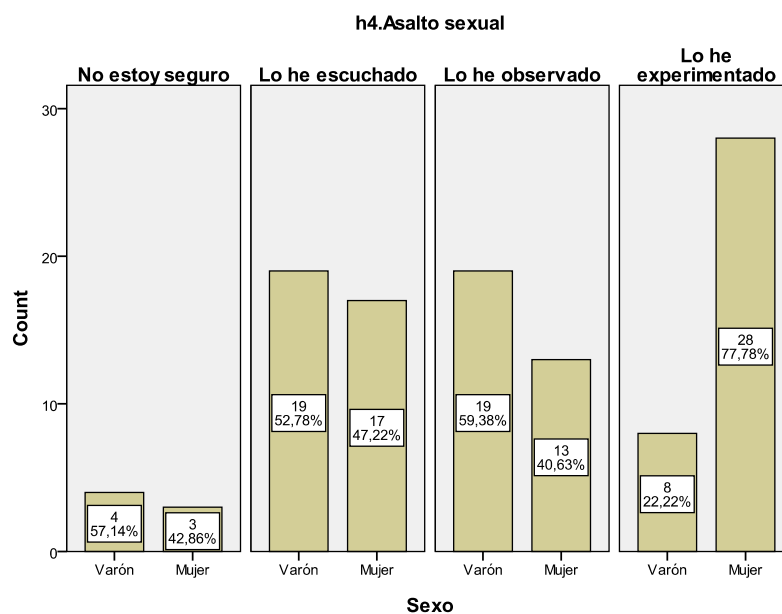


La figura 25 nos muestra que 6,31% de las personas no está seguro de haber escuchado acerca de la exposición a un evento de asalto sexual. Un 32,43% ha escuchado de personas que han sido asaltadas sexualmente.

Un 28,83% ha observado el asalto sexual a otra persona y 32,43% dicen haberlo experimentado.

La sumatoria de la experiencia de haber observado un evento de asalto sexual y de haberlo vivenciado el evento afecta a más del 50% de las personas.

Figura 26: Gráfica Ítem 4. Exposición a asalto sexual y género

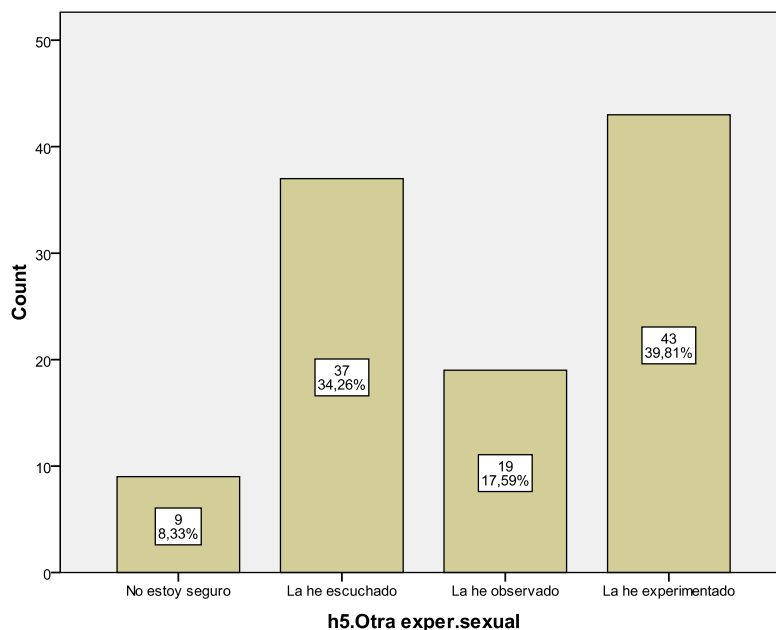


La figura 26 nos muestra del total de personas que no están seguras de haber escuchado acerca de eventos de asalto sexual está constituido por 4 varones constituyendo el 57,14% y 3 mujeres constituyendo el 42,86% de este subgrupo. Quienes han escuchado acerca de asalto sexual a otras personas está constituido por 52,78% de varones y 47,22% de mujeres.

Quienes han observado asalto sexual a otras personas está constituido por 59,38% de varones y 40,63% mujeres. Quienes han experimentado un evento de asalto sexual están constituidos por 22,22% de varones y 77,78% de mujeres.

Esta grafica evidencia el alto porcentaje de mujeres que han estado expuestas a asalto sexual.

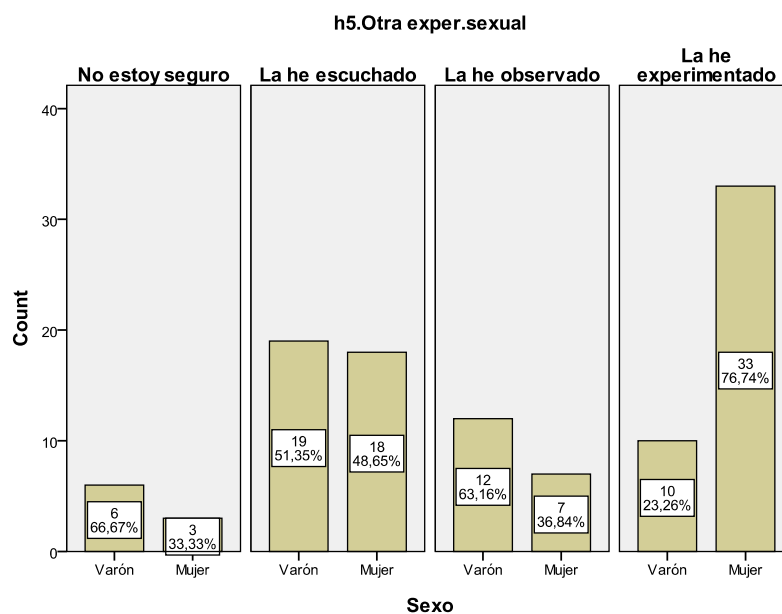
Figura 27: Gráfica Ítem 4. Exposición a otra experiencia sexual indeseada



La figura 27 nos muestra que 8,33% de las personas dicen no estar seguras de haber escuchado de evento de experiencia sexual indeseada.

Un 34,26% ha escuchado de personas que han sido expuestas a experiencias sexuales indeseadas. Un 17,59% ha observado cuando otras personas han sido expuestas a experiencias sexuales indeseadas. Las personas que han sufrido un evento de experiencia sexual indeseada constituyen el 39,82%.

Figura 28: Gráfica Ítem 5. Experiencia sexual indeseada y género

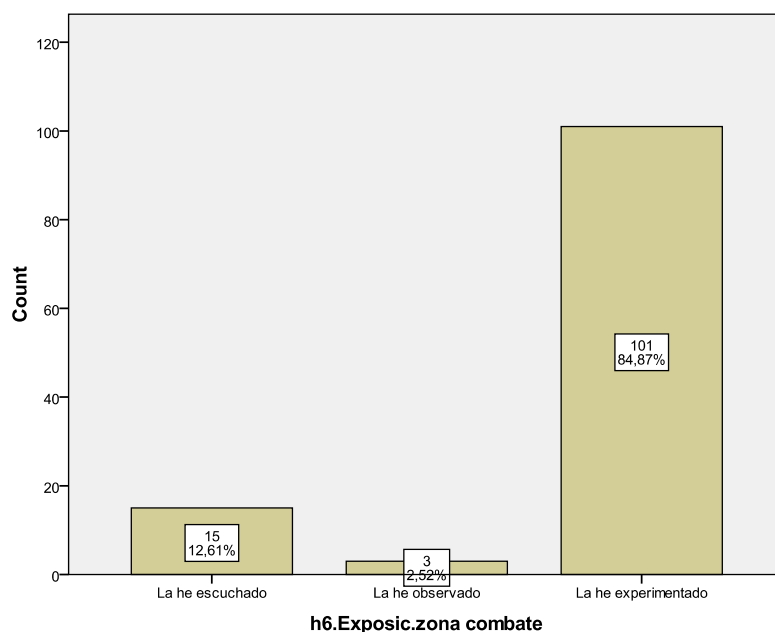


La figura 28 nos muestra del total de personas que no están seguras de haber escuchado acerca de experiencias sexuales indeseadas está constituido por 6 varones siendo el 66,6% de este subgrupo y 3 mujeres constituyendo el 33,33% de este subgrupo. Quienes han escuchado acerca de experiencias sexuales indeseadas en otras personas están constituidos por 51,35% de varones y 48,65% de mujeres.

Quienes han observado la exposición de situaciones sexuales indeseadas a otras personas está constituido por 63,16% de varones y 36,84% mujeres. Las personas que han sufrido una experiencia sexual indeseada están constituidas por 23,26% de varones y 76,74% de mujeres.

Una vez mas esta grafica nos indica la alta incidencia en el grupo de mujeres de experiencia sexual indeseada.

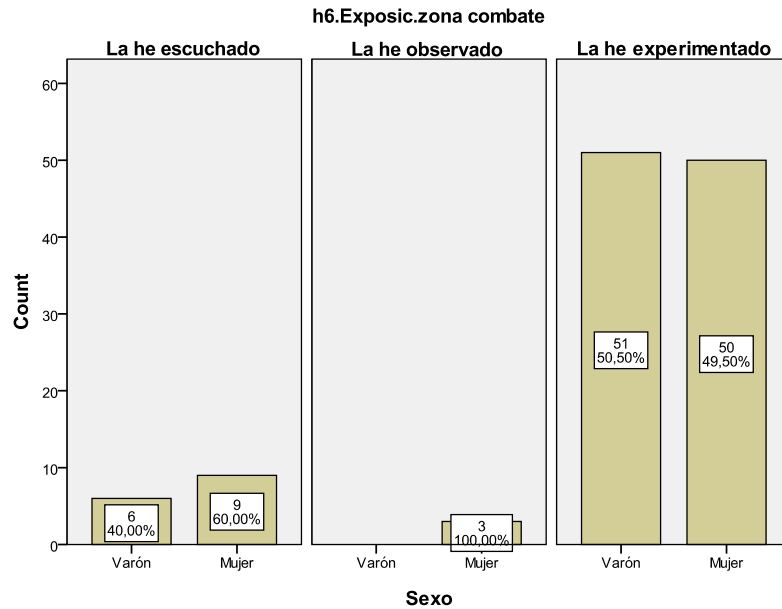
Figura 29: Gráfica Ítem 6. Exposición a zona de conflicto armado



La figura 29 nos muestra que 12,61% ha escuchado de personas que han estado expuestas a zonas de conflictos armados; 2,52% ha observado cuando otras personas han sido expuestas a zonas conflictos armados. Las personas que han estado expuestas a zonas de conflictos armados son 84,87% de la población.

La gran cantidad de personas que han estado expuestas a áreas donde ha habido enfrentamientos armados revela la inseguridad y el riesgo vital al que las personas han debido confrontar.

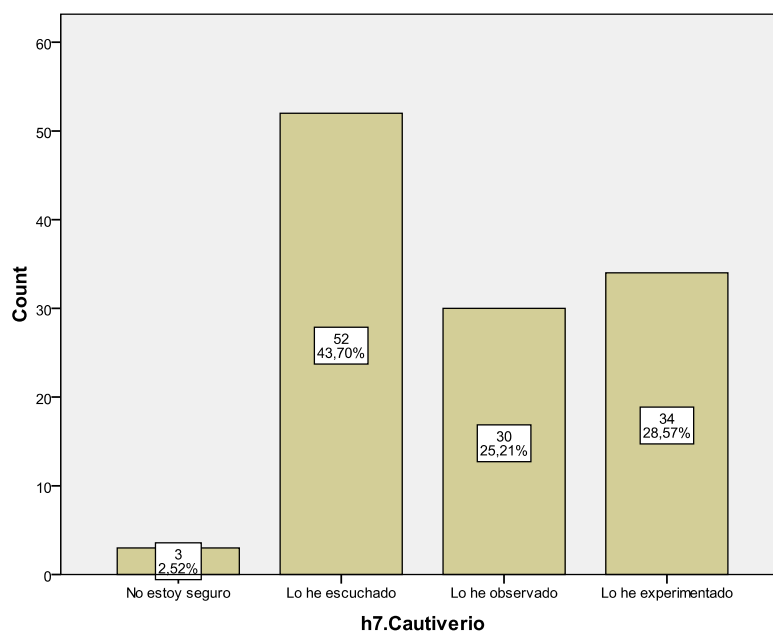
Figura 30: Gráfica Ítem 6. Exposición a zona de conflicto armado y género



La figura 30 nos muestra que quienes han escuchado de otras personas expuestas a zonas de conflictos armados está constituido por 6 varones siendo el 40% de este subgrupo y 9 mujeres constituyendo el 60% de este subgrupo. Quienes han observado a otras personas que han estado en zonas de conflicto armado está constituido por 3 mujeres quienes conforman el 100% de este subgrupo. Quienes personalmente han estado en zonas de conflictos armados están constituidos por 50,50% de varones y 49,50% de mujeres.

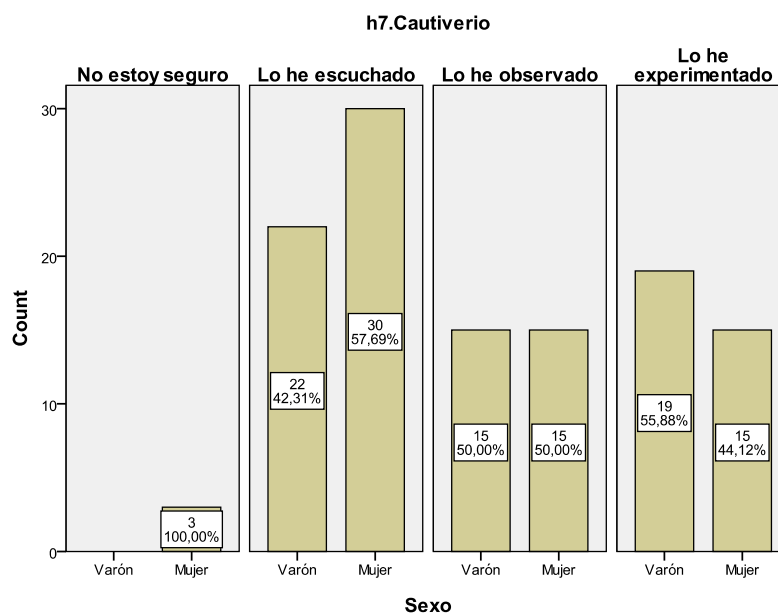
Evidenciando que un porcentaje muy similar de hombre y mujeres han estado expuestos a áreas de conflictos armados.

Figura 31: Gráfica Ítem 7. Cautiverio



La figura 31 nos muestra que 2,52% no está seguro de haberse enterado de personas detenidas. Un 43,70% ha escuchado de personas que han estado bajo detención o cautiverio. El 25,21% ha observado cuando otras personas han sido detenidas. Las personas que han sido detenidas o han estado bajo cautiverio constituyen el 28% de la población.

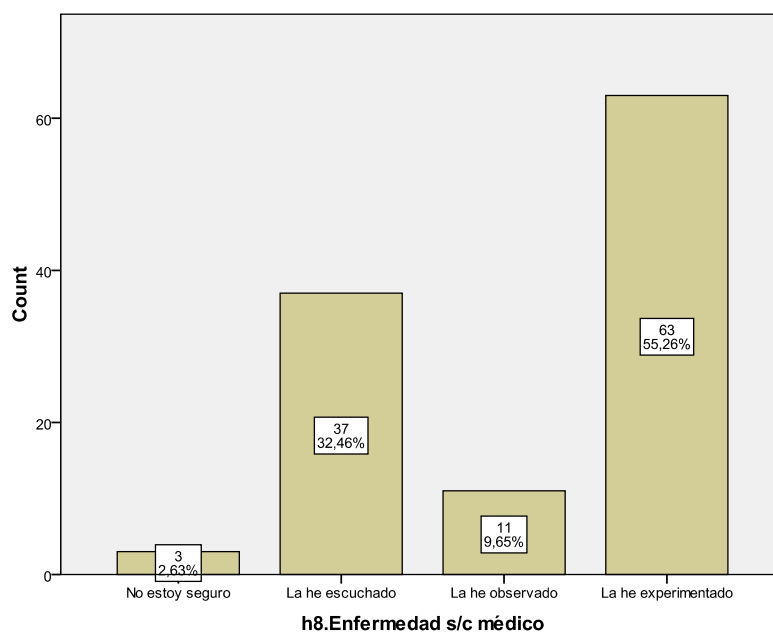
Figura 32: Gráfica Ítem 7. Cautiverio y género



La figura 32 indica que quienes no están seguras de haber escuchado de personas en detención o cautiverio está compuesto por 3 mujeres. Quienes han escuchado de otras personas en detención son 22 varones constituyendo el 42,31% de este subgrupo y 30 mujeres constituyendo el 60% de este subgrupo.

Quienes han observado a otras personas siendo detenidas está constituido por 15 mujeres quienes conforman el 50% de este subgrupo y 15 varones con 50% respectivamente. Quienes personalmente han estado en detención o cautiverio son 19 varones constituyendo el 55,88% de y las mujeres son 16 conforman el 49,50% de este subgrupo.

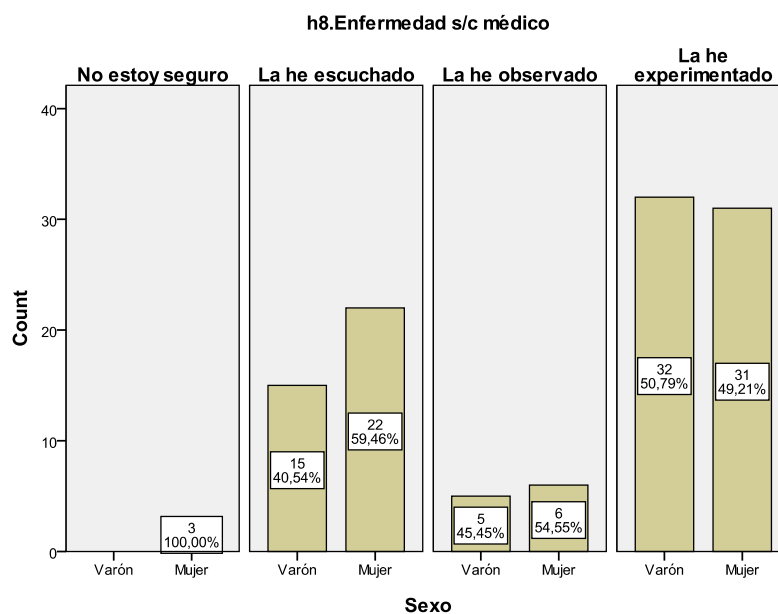
Figura 33: Gráfica Ítem 8. Enfermedades sin cuidado médico



La figura 33 nos muestra que 2,63% no está seguro de haberse enterado de personas que no hubiesen recibido cuidado médico al confrontar una enfermedad de salud física o riesgo vital. Un 32,46% ha escuchado de personas que no han tenido cuidado de salud ante una enfermedad o riesgo vital.

Un 9,65% ha observado cuando otras personas no han recibido servicios de salud al confrontar un problema de salud. Las personas que no han recibido cuidado de salud cuando confrontaban una enfermedad son el 55,26%.

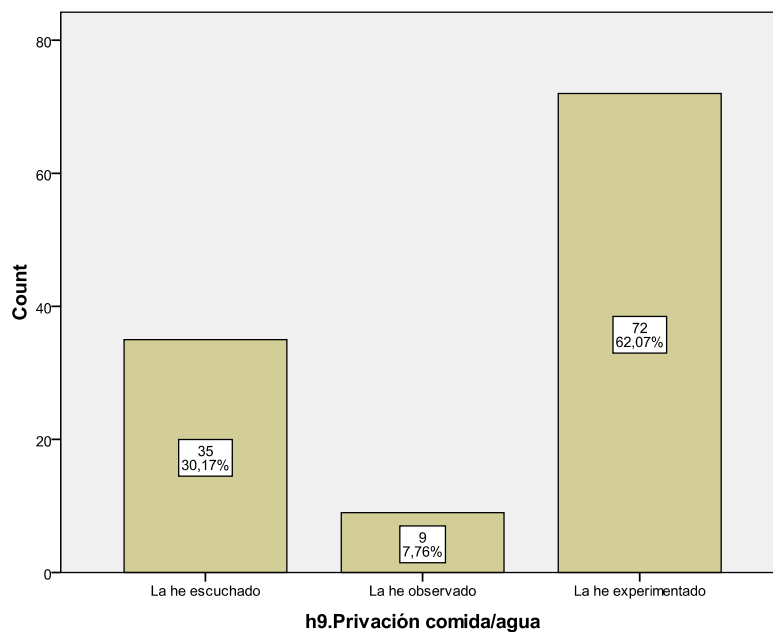
Figura 34: Gráfica Ítem 8. Ausencia de cuidado médico y género



La figura 34 indica que quienes no están seguras de haber escuchado de personas en que no cuentan con cuidado de salud ante una enfermedad son 3 mujeres. Quienes han escuchado de personas que no recibieron cuidado médico ante una enfermedad son 15 varones constituyendo el 40,54% de este subgrupo y 22 mujeres constituyendo el 59,46% de este subgrupo.

Los que han observado a personas que no recibieron cuidado de salud están constituidos por 5 varones y 6 mujeres quienes conforman el 45,45% y respectivamente 54,55% de este subgrupo respectivamente. Quienes personalmente no han contado con cuidado de salud al enfrentar una enfermedad son el 50,79% de los varones y las mujeres constituyen el 49,21% de este subgrupo.

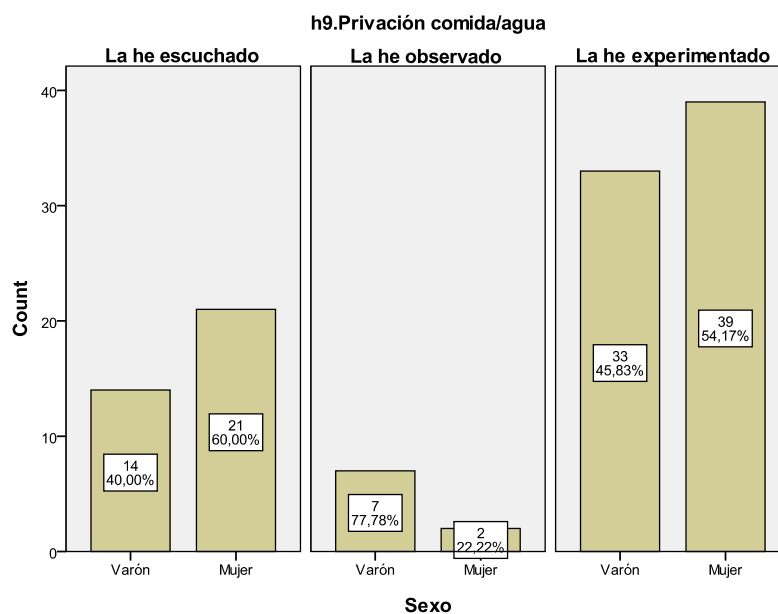
Figura 35: Gráfica Ítem 9. Privación de comida y agua



La figura 35 nos muestra que un 30,17% ha escuchado de personas que han estado privados de comida y agua. Un 7,76% dice haber observado a personas que han estado privadas de comida y agua.

Las personas que han experimentado la privación de comida y agua constituyen el 62,07% de la población. Indicando las circunstancias de alta vulnerabilidad de este grupo de personas.

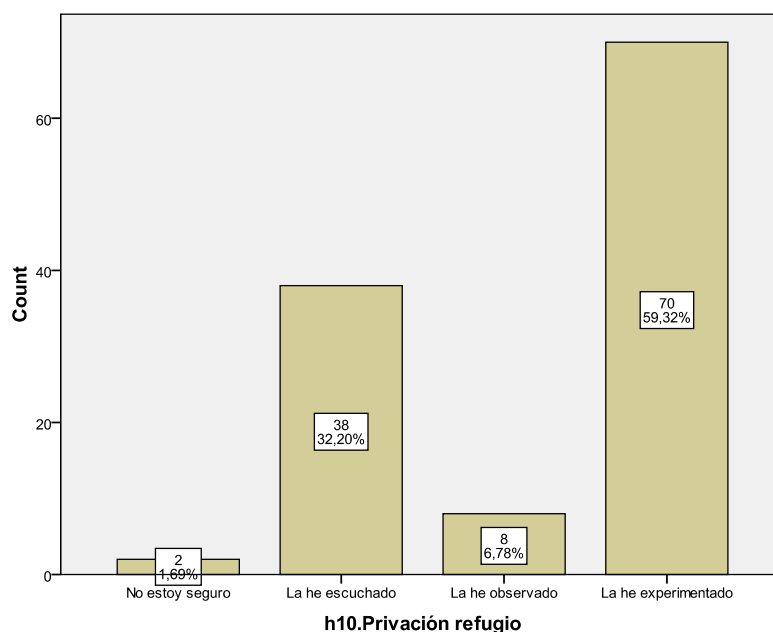
Figura 36: Gráfica Ítem 9. Privación de comida/agua y género



La figura 36 indica que quienes han escuchado de personas privadas de comida y agua está constituida por 14 varones conformando el 40% de este subgrupo y 21 mujeres constituyendo el 60% de este subgrupo.

Quienes han observado a personas que han estado privadas de comida y agua están constituidos por 7 varones y 2 mujeres quienes conforman el 77,78% y respectivamente 22,22% de este subgrupo respectivamente. Quienes personalmente han estado privados de comida y agua son 33 varones conformando el 46,83% de este subgrupo, las 39 mujeres constituyen 54,17% del subgrupo.

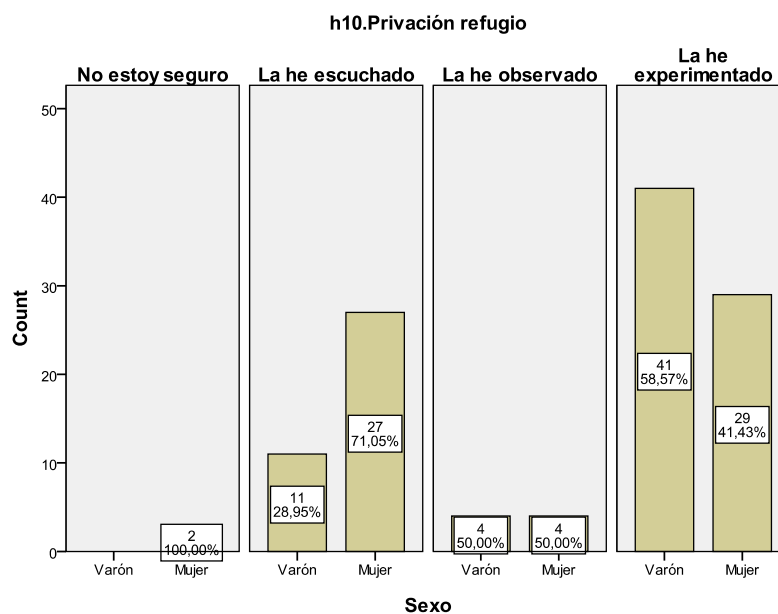
Figura 37: Gráfica Ítem 10. Privación de refugio



La figura 37 nos muestra que 2 personas no están seguras de haber escuchado de personas que han estado sin albergue. Un 32,20% ha escuchando de personas que han estado privados de albergue.

Un 6,78% dice haber observado a otras personas que han estado privadas refugio. Las personas que han experimentado la privación de refugio constituyen el 59,32% de la población. Indicando las circunstancias de vulnerabilidad al que este grupo de personas ha debido confrontar.

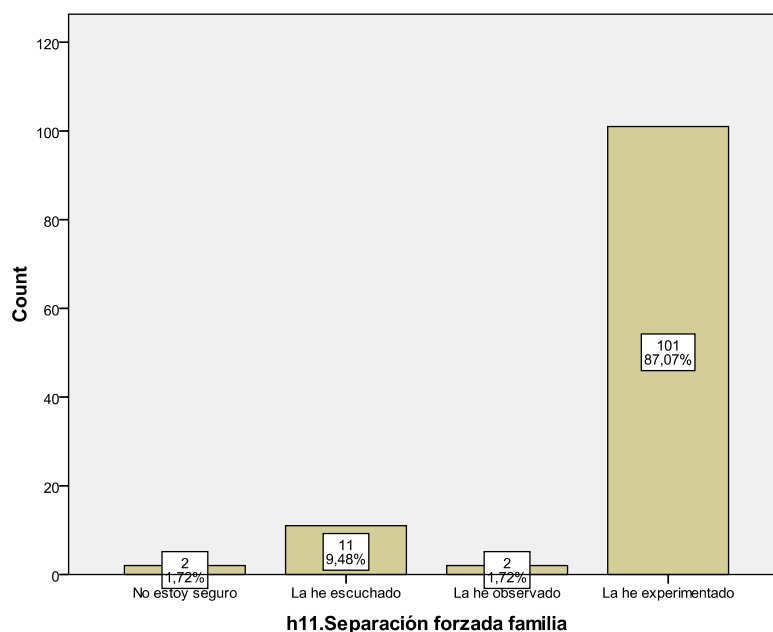
Figura 38: Gráfica Ítem 10. Privación de refugio por género



La figura 38 indica que 2 mujeres no están seguras de haberse enterado de personas expuestas a la falta de albergue. Quienes han escuchado de otras personas que han estado privadas de refugio está constituida por 11 varones conformando el 28,95% de este subgrupo y 27 mujeres constituyendo el 71,05% de este subgrupo.

Quienes han observado a otras personas que han estado privadas de refugio está constituido por 4 varones y 4 mujeres, es decir 50% son mujeres y un 50% son hombres en este subgrupo respectivamente. Quienes personalmente han estado privados de refugio son 41 varones conformando el 58,57% de este subgrupo, las 29 mujeres constituyen 41,43% del subgrupo.

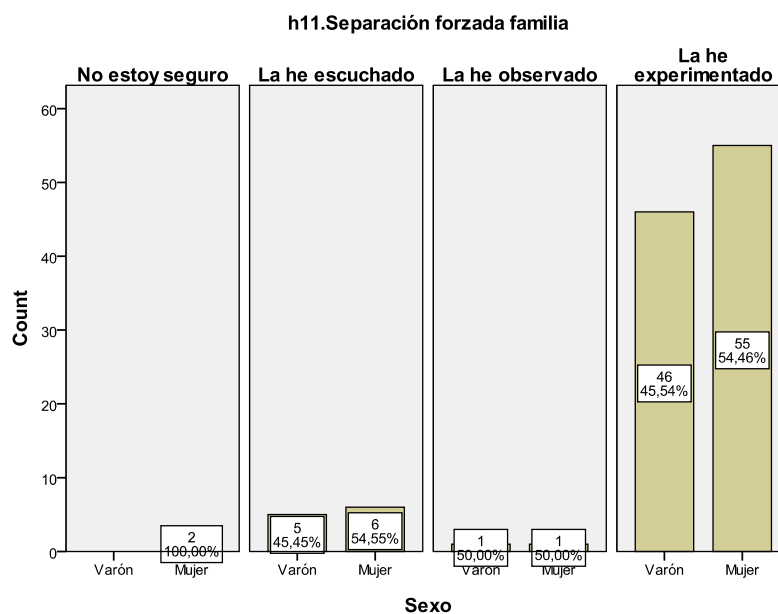
Figura 39: Gráfica Ítem 11. Separación forzada de la familia



La figura 39 nos muestra que 1,72% no están seguras de haber escuchado de otras personas que han sido forzadas a dejar a su familia. Un 9,48% ha escuchando de personas que han debido separarse forzosamente de sus familias.

Un 1,72% dice haber observado a otras personas que han sido separadas forzosamente de sus familias. Las personas que han debido separarse de sus familias constituyen el 87,07% de la población. Indicando las circunstancias de desplazamiento forzado que este grupo de personas ha debido confrontar.

Figura 40: Gráfica Ítem 11. Separación forzada de la familia por género

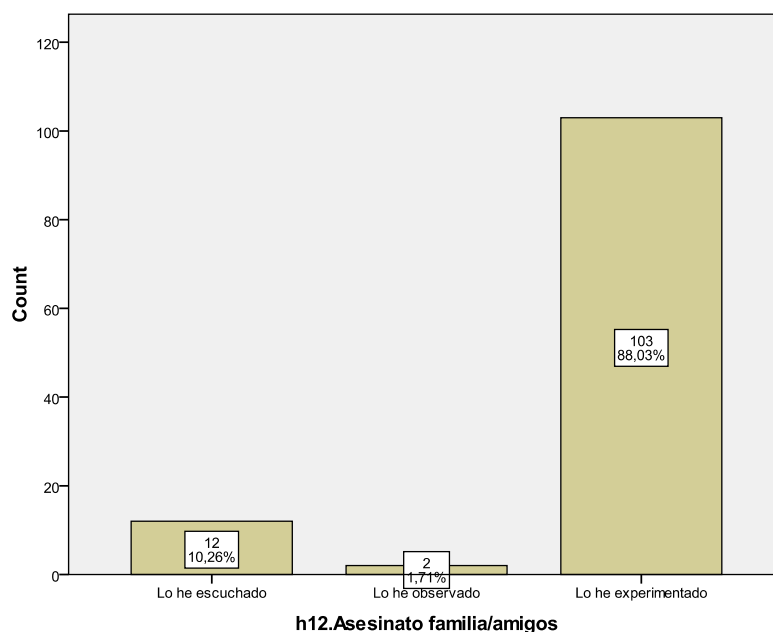


La figura 40 indica que 2 mujeres no están seguras de haberse enterado de personas forzadas a separarse de la familia. Quienes han escuchado de otras personas que forzadas a separarse de la familia está constituida por 5 varones conformando el 45,45% de este subgrupo y 6 mujeres constituyendo el 54,55% de este subgrupo.

Quienes han observado a otras personas que han estado forzadas a separarse de la familia está constituido por 1 varón y 1 mujer, es decir 50% son mujeres y un 50% son hombres en este subgrupo respectivamente.

Quienes personalmente han debido separarse de la familia son 46 varones conformando el 45,54% de este subgrupo, las 55 mujeres constituyen 54,46% del subgrupo.

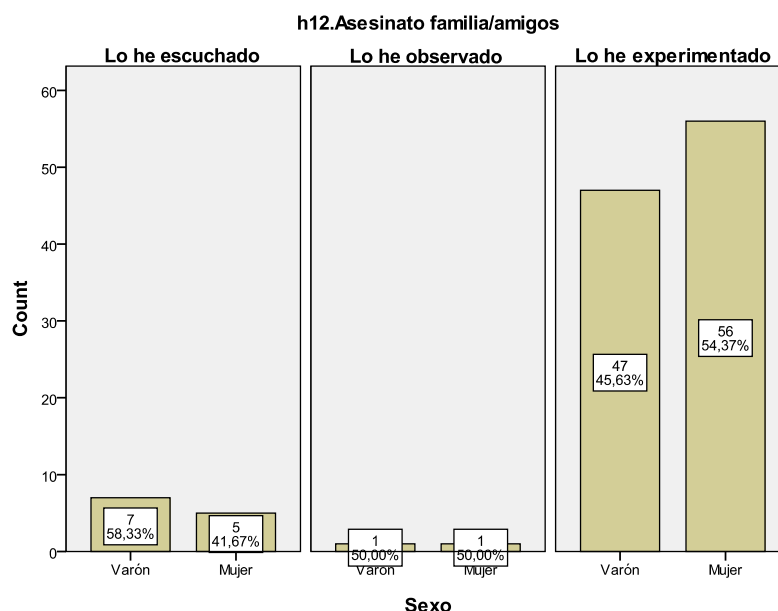
Figura 41: Gráfica Ítem 12. Asesinato de familia y amigos



La figura 41 nos muestra que un 10,26% ha escuchado de personas que han sufrido el asesinato de un amigo y/o familiar. Un 1,72% dice haber observado el asesinato de un amigo y/o familiar.

Las personas que sufrido la pérdida por el asesinato de un amigo y/o familiar constituyen el 88,03% de la población. Indicando que un porcentaje muy elevado de aquellos que consultan han experimentado la pérdida de seres queridos por muerte violenta, implicando gran impacto en la vida de la persona y dolor emocional.

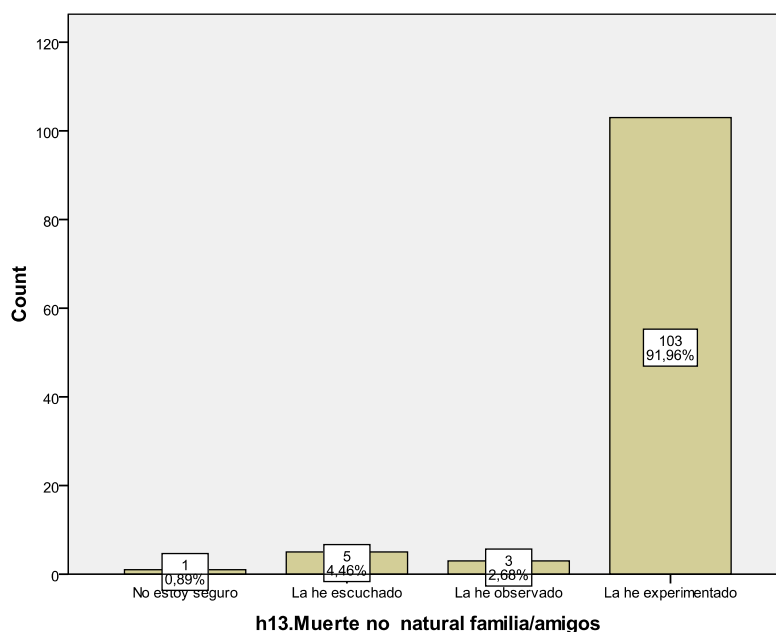
Figura 42: Gráfica Ítem 12. Asesinato de familia y amigos/por género



La figura 42 nos muestra que los que han escuchado de personas que han sufrido el asesinato de un amigo y/o familiar están constituidos por 7 varones conformando el 58,33% de este subgrupo y 5 mujeres constituyendo el 41,67% de este subgrupo.

Quienes han observado el asesinato de un amigo y/o familiar está constituido por 1 varón y 1 mujer, es decir 50% son mujeres y un 50% son hombres en este subgrupo respectivamente. Quienes personalmente han sufrido la pérdida un amigo y/o familiar por asesinato son 47 varones conformando el 45,63% de este subgrupo y 56 mujeres quienes constituyen 54,37% del subgrupo.

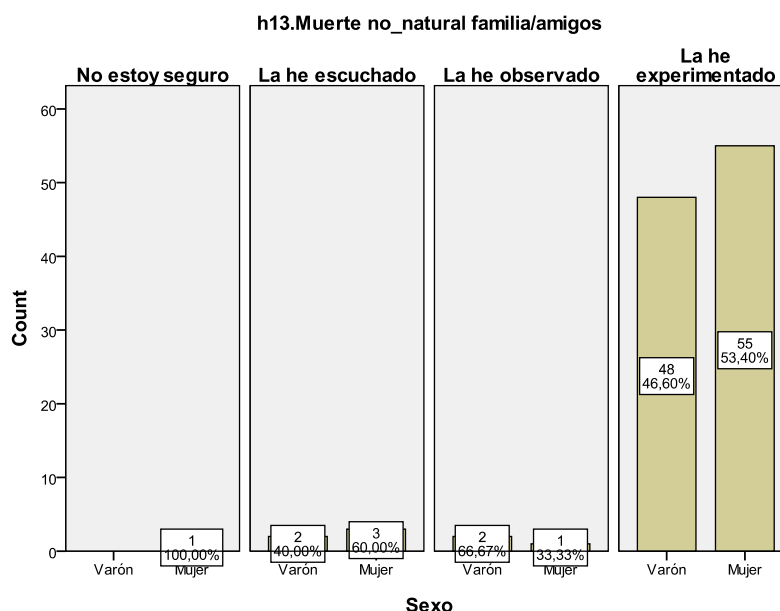
Figura 43: Gráfica Ítem 13. Muerte no natural familia y amigos



La figura 43 nos muestra que una persona no está segura de haberse enterado de la pérdida de familiares y amigos por causas no naturales, constituyendo el 0,89% de la población. Un 4,46% ha escuchado de personas que han sufrido la pérdida de amigo y/o familiar por causa no natural.

Un 2,68% dice haber observado la muerte de un amigo y/o familiar por causas no naturales. Las personas que han sufrido la pérdida de un amigo y/o familiar por causas no naturales constituyen el 91,96% de la población. Indicando que un porcentaje muy elevado de quienes consultan han experimentado la pérdida de seres queridos por muerte violenta, implicando gran dolor emocional.

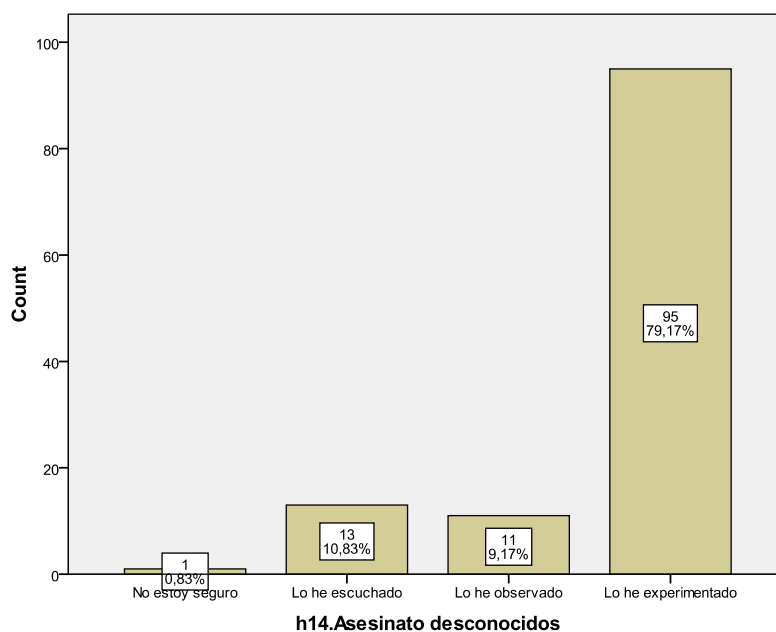
Figura 44: Gráfica Ítem 13. Muerte no natural de familia/amigos por género



La figura 44 indica que una mujer no está segura de haberse enterado de la pérdida de familiares y amigos por causas no naturales. Quienes han escuchado de otras personas que han sufrido pérdida de familiares y amigos por causas no naturales, está constituida por 2 varones conformando el 40% de este subgrupo y 3 mujeres constituyendo el 60% de este subgrupo.

Quienes han observado la muerte de un amigo y/o familiar por causas no naturales está constituido por 2 varones y una mujer, es decir 66,67% son varones y un 33,33% son mujeres en este subgrupo respectivamente. Quienes personalmente han sufrido la pérdida un amigo y/o familiar por causas no naturales son 48 varones conformando el 46,60% de este subgrupo y 55 mujeres quienes constituyen 53,40% del subgrupo.

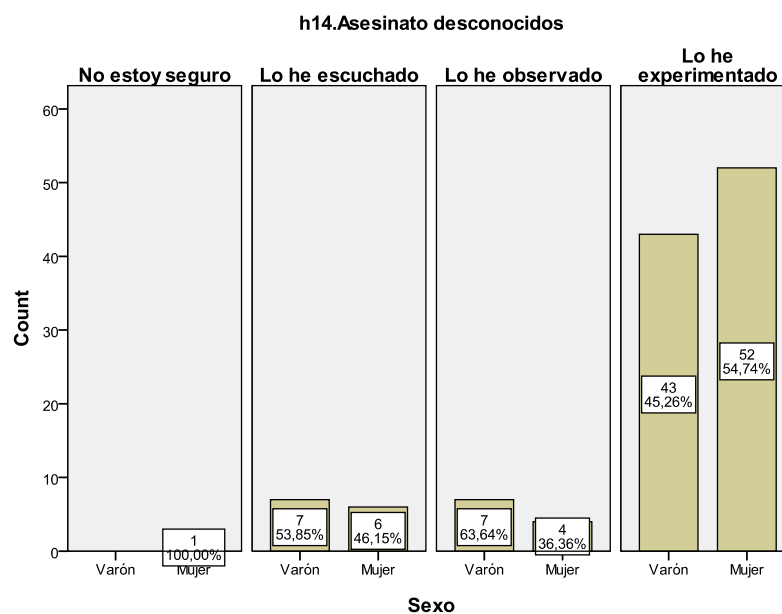
Figura 45: Gráfica Ítem 14. Asesinato de desconocidos



La figura 45 nos muestra que una persona no está segura de haberse enterado del asesinato de una persona desconocida, constituyendo el 0,89%. Un 10,83% ha escuchado de personas desconocidas que han sido asesinadas. Un 9,17% dice haber observado el asesinato de una persona desconocida.

Las personas que estado expuestas en su medio a al asesinato de desconocidos constituyen el 79,17% de la población. Indicando que un porcentaje muy elevado de los que consultan han experimentado en su entorno la muerte violenta de personas desconocidas, suponiendo gran impacto emocional.

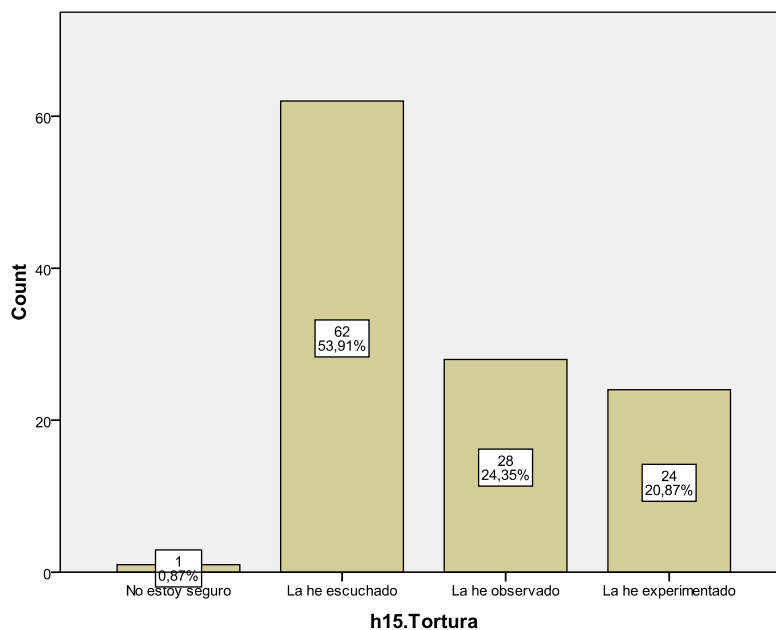
Figura 46: Gráfica Ítem 14. Asesinato de desconocidos por género



La figura 46 indica que una mujer no está segura de haberse enterado del asesinato de algún desconocido. Quienes han escuchado de personas desconocidas que han sido asesinadas, están constituidos por 7 varones conformando el 53,85% de este subgrupo y 6 mujeres constituyendo el 46,15% de este subgrupo.

Quienes han observado la muerte de un desconocido son 7 varones y 4 mujeres, es decir 63,64% son varones y un 36,36% son mujeres en este subgrupo respectivamente. Quienes personalmente han experimentado en su en son 48 varones conformando el 46,60torno el asesinato de un desconocido está constituido por 43 varones conformando 45,26% de este subgrupo y 52 mujeres quienes constituyen 54,74% del subgrupo.

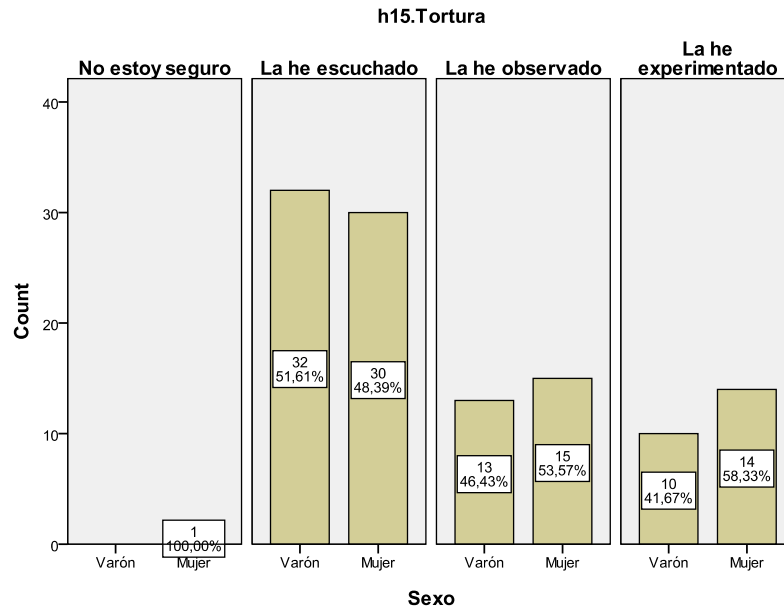
Figura 47: Gráfica Ítem 15. Tortura



La figura 47 nos muestra que una persona no está segura de haberse enterado de personas sometidas a tortura, constituyendo el 0,87%. Un 53,91% ha escuchado de personas que han sido sometidas a tortura.

Un 24,35% dice haber observado a otras personas mientras sufrían tortura. Las personas que han estado expuestas a tortura constituyen el 20,87% de la población. Indicando que un porcentaje muy elevado de quienes consultan han observado o experimentado tortura suponiendo gran impacto emocional.

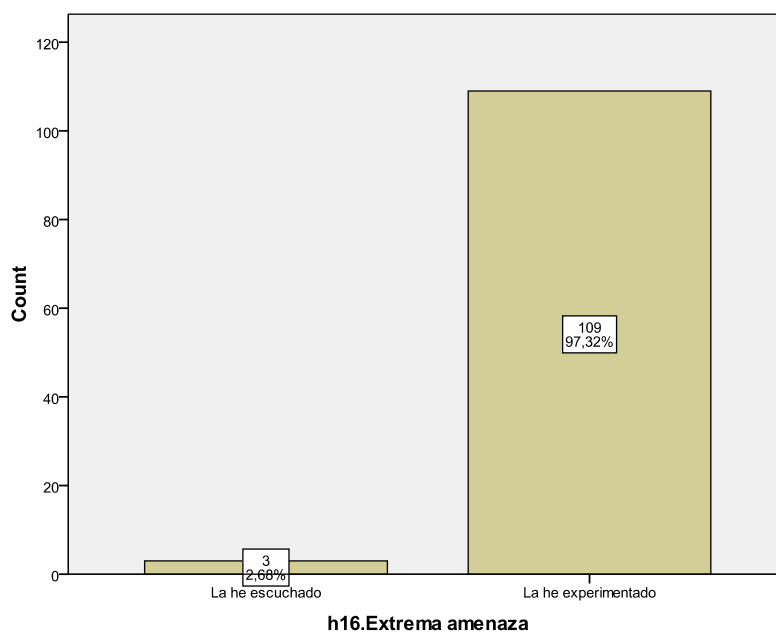
Figura 48: Gráfica Ítem 15. Tortura y género



La figura 48 indica que una mujer no está segura de haberse enterado de personas a las que se les ha aplicado tortura. Quienes han escuchado de personas quienes han sido sometidas a tortura, está constituida por 32 varones conformando el 51,61% de este subgrupo y 30 mujeres constituyendo el 48,39% de este subgrupo.

Quienes han observado la aplicación de tortura a otras personas son 13 varones y 15 mujeres, es decir 46,43% son varones y un 53,57% son mujeres en este subgrupo respectivamente. Quienes personalmente han experimentado tortura en sus vidas son 10 varones conformando el 41,67% de este subgrupo y 14 mujeres quienes constituyen 58,33% del subgrupo. Se observa equidad en la distribución de los eventos que han experimentado hombres y mujeres.

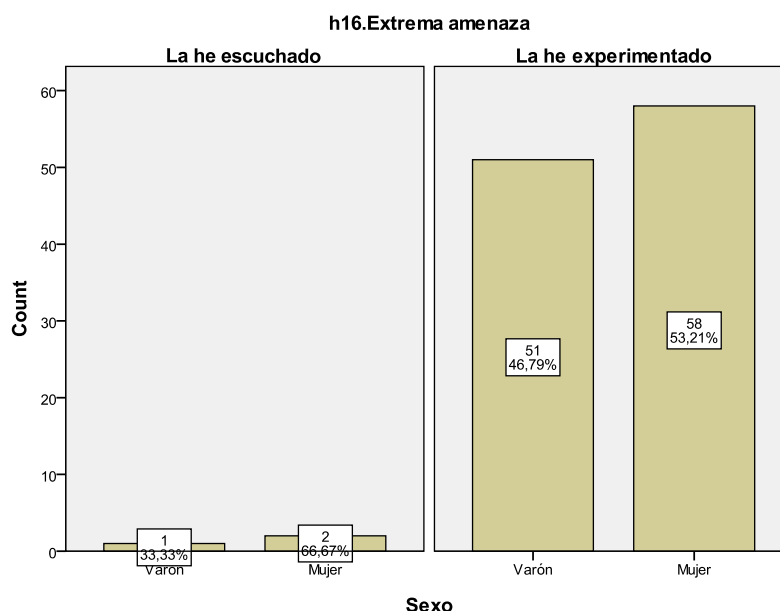
Figura 49: Gráfica Ítem 16. Amenaza a la vida



La figura 49 nos muestra que 3 personas dicen haber escuchado de otros que han sentido que su vida estuvo en peligro lo que constituye un 2,68%.

Un 97,32% dice haberse sentido expuesto a incidentes en que su vida corrió peligro. Indicando que un porcentaje muy elevado de quienes consultan han experimentado situaciones en las que sintieron que sus vidas estaban en peligro.

Figura 50: Gráfica Ítem 16. Amenaza a la vida y género



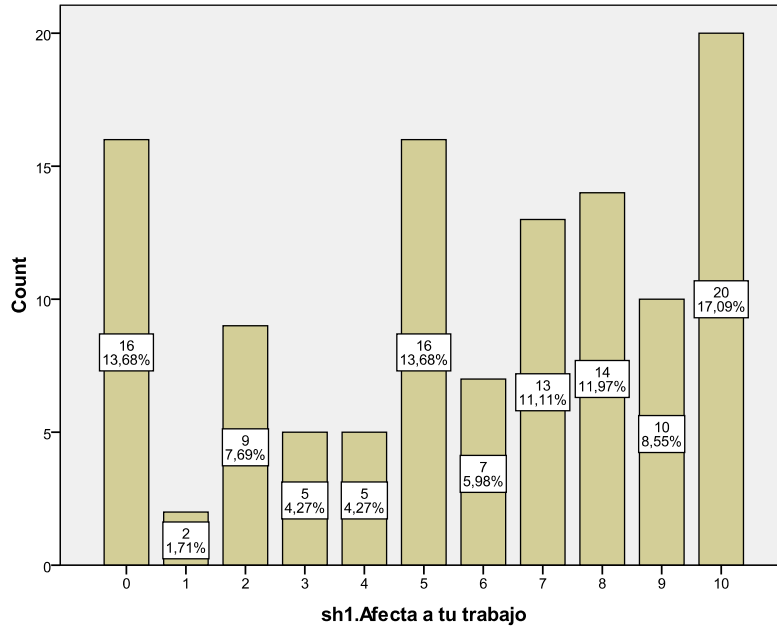
La figura 50 indica que quienes han escuchado de personas expuestas a circunstancias en que la vida ha estado en peligro constituye el 33,33% de varones en este subgrupo y las mujeres constituyendo el 66,67% de este subgrupo.

Quienes personalmente han experimentado un gran riesgo a sus vidas son 51 varones conformando el 46,79% de este subgrupo y 58 mujeres quienes constituyen 53,21% del subgrupo. Lo que nos indica que tanto mujeres como hombres se han visto equitativamente expuestos a circunstancias en que sintieron que sus vidas corrían peligro.

III.3. Desempeño por ítem Escala Sheehan

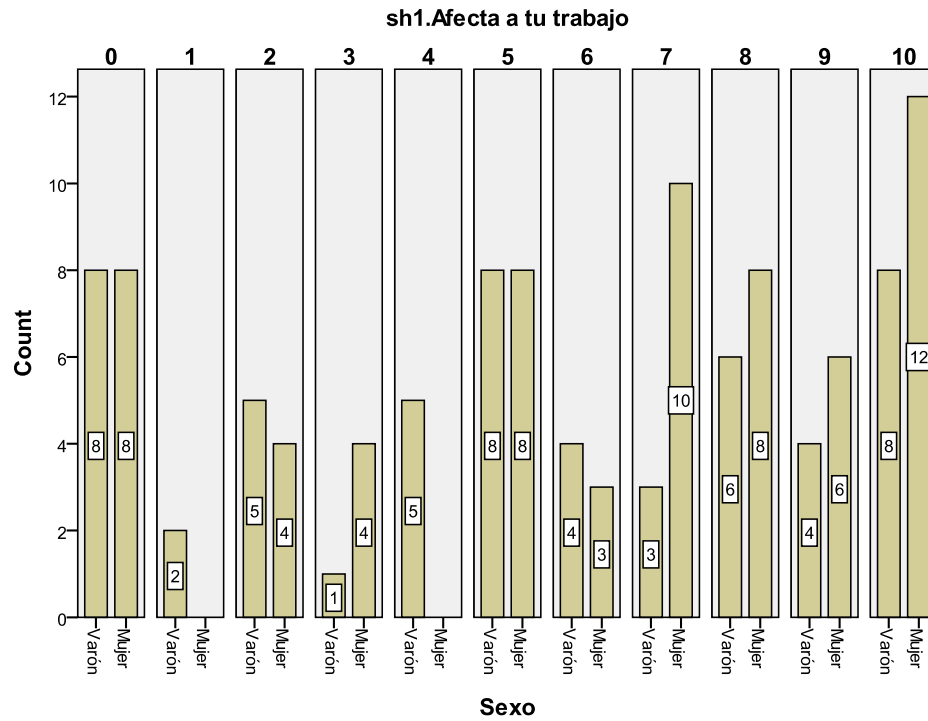
A continuación se presenta la distribución de los desempeños de respuesta de las personas en la Escala Sheehan de autopercepción de impacto de los síntomas, en los ámbitos del trabajo, social y familiar. Se les ofrece a las personas la opción de expresar en una escala ordinal de 0 a 10 cuanto sus síntomas afectan en cada ámbito.

Figura 51: Gráfica Impacto en la vida del trabajo



La figura 51 nos muestra la distribución en el desempeño de las personas en la escala ordinal de 0 a 10. Un 17,09% de personas señalan que sus síntomas emocionales impactan en la puntuación máxima de la escala 10. Alrededor de 50% de las personas se ubican entre 7 a 10 en la escala de auto percepción de impacto de los síntomas Sheehan. Indicando que un grupo elevado de personas se muestra altamente afectadas en su funcionalidad laboral.

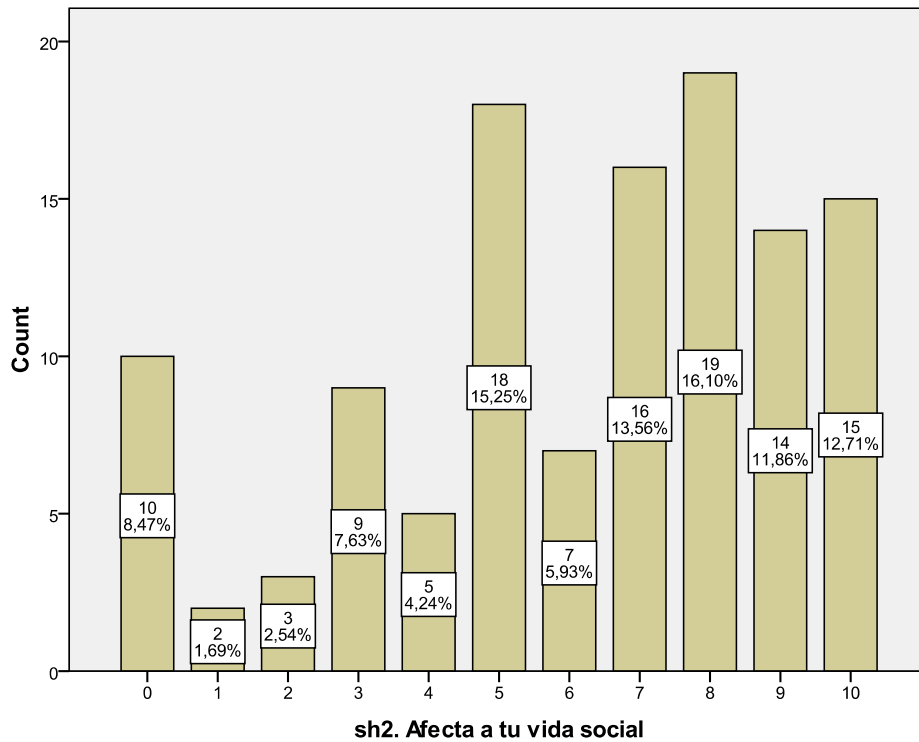
Figura 52: Gráfica Impacto en la vida del trabajo por género



La figura 52 nos indica el número de personas por género en cada una de las posibilidades de respuesta de la escala ordinal de 0 a 10 con respecto al impacto de los síntomas en la vida del trabajo.

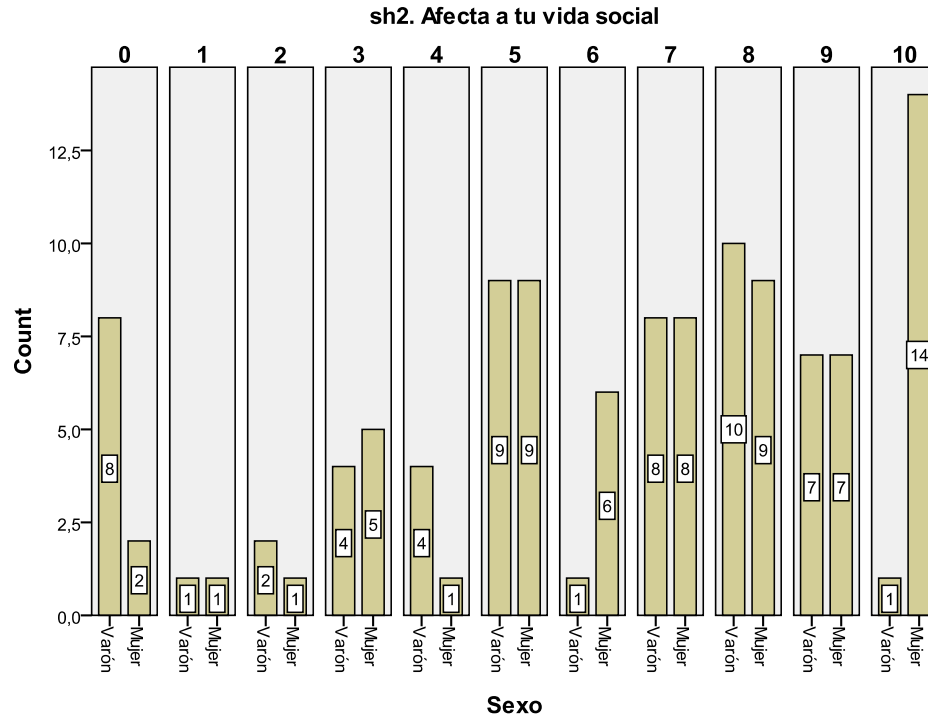
Las mujeres localizan sus respuestas en la escala entre 7 a 10 en mayor número que los hombres. Manifestándose una tendencia de mayor impacto de los síntomas en las mujeres en la vida del trabajo.

Figura 53: Gráfica Impacto en la vida del social



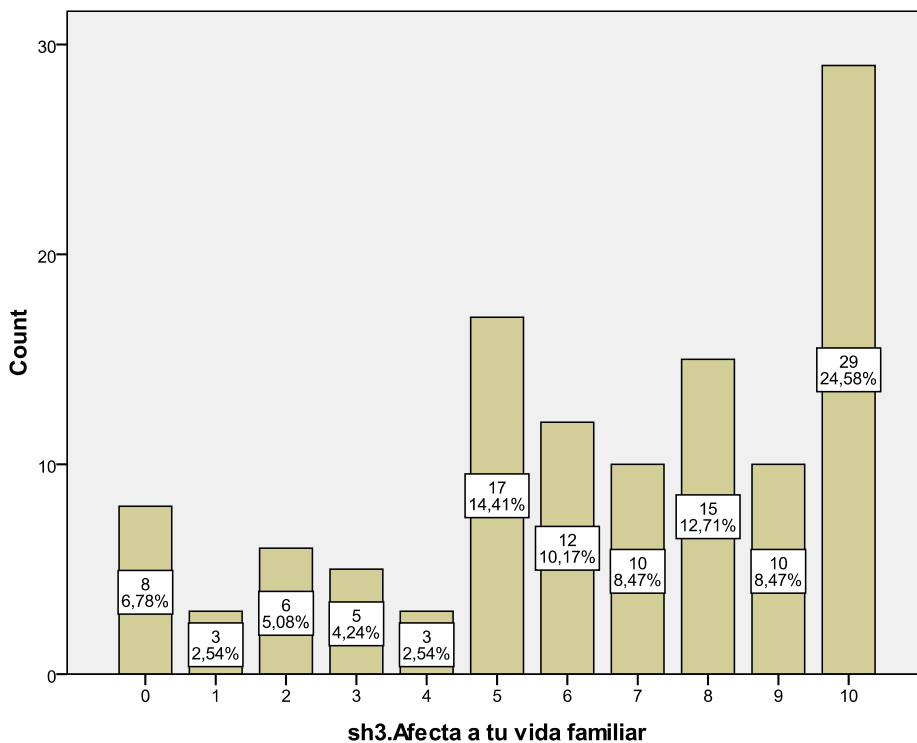
La figura 53 nos muestra como se distribuyen las respuestas de las personas en la escala ordinal de 0 a 10, en que reportan el impacto de los síntomas emocionales en la vida del social. Alrededor de 50% de personas se localizan entre el 7 y 10 en la escala, manifestando el alto impacto de la sintomatología en el desempeño social de las personas. Indicando que es un grupo de personas que se muestra altamente afectada en su funcionalidad social.

Figura 54: Gráfica Impacto en la vida de social por género



La figura 54 nos indica el número de personas por género en cada una de las alternativas de respuesta con respecto al impacto de los síntomas en la vida del social. Las mujeres y hombres se localizan bastante equitativamente con excepción de los límites inferior y superior de la escala. En el límite inferior con la alternativa 0 impacto, hay un mayor número de hombres (8) que dicen no estar afectados por sus síntomas en la vida social versus 2 mujeres. Por otra parte en el límite superior de la escala son 14 mujeres quienes perciben que sus síntomas emocionales les impactan intensamente en la vida social. Manifestándose una tendencia de mayor influencia negativa de los síntomas en las mujeres en la vida del social.

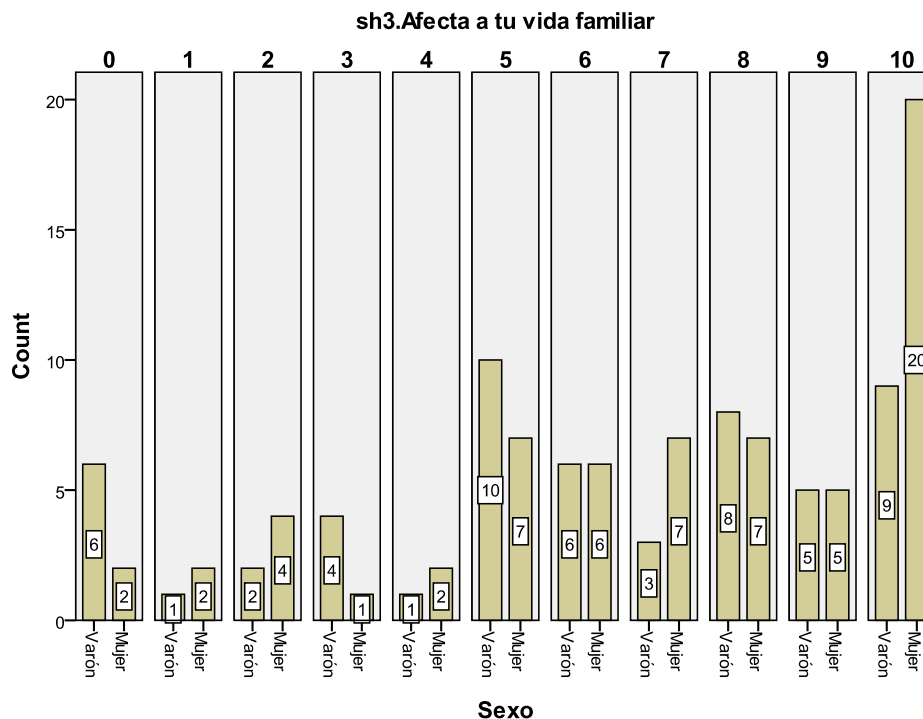
Figura 55: Gráfica Impacto en la vida del familiar



La figura 55 nos muestra como se distribuyen las personas en la escala ordinal de 0 a 10 en el reporte del impacto de los síntomas emocionales en la vida familiar. Se observa que existe una alta adscripción desde la alternativa 5 a 10 en la escala ordinal. Un 25% de las personas han elegido la alternativa que denota el mayor impacto de los síntomas en la esfera familiar.

Alrededor de 50% de personas se localizan entre el 7 y 10 de la escala manifestando el impacto de la sintomatología en el ámbito más íntimo de la persona que es la familia. Indicando que es un grupo de personas que se muestra altamente afectada en sus relaciones familiares por la sintomatología.

Figura 56: Gráfica Impacto en la vida de familiar por género



La figura 56 nos indica el número de personas por género en cada una de las alternativas de respuesta de la escala ordinal de 0 a 10 con respecto al impacto de los síntomas en la vida familiar. Las mujeres y hombres se localizan bastante equitativamente con excepción del límite superior de la escala.

En el límite superior de la escala con la alternativa 10 se localizan 20 mujeres versus 9 hombres. Ellos perciben que sus síntomas emocionales le impactan intensamente en la vida familiar. Manifestándose una tendencia en las mujeres de mayor impacto de los síntomas en las relaciones intrafamiliares.

III.4. Análisis Estadístico del Cuestionario Harvard

III.4.1. Fiabilidad

Tabla 5: Fiabilidad (Alfa de Cronbach) del Inventario de Experiencia Traumáticas

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos	Número de elementos
,660	,680	16

De acuerdo a lo que indica la tabla 4 el Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard presentó un alfa de Cronbach de 0,660 basado en los 16 elementos tipificados de 0,680. Podemos considerar, según la tabla, que el índice de consistencia (Alfa de Cronbach) es aceptable.

III.4.2. Análisis Factorial (exploratorio)

Podemos apreciar, a través de la Tabla 4, que la carga de la varianza del Inventario se reparte entre 4 elementos que explican el 53,073% de la carga total, conteniendo el primero de ellos 19,39%.

Tabla 6: Carga de la Varianza o Varianza Total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Suma de la saturación al cuadro de la extracción			Suma de la saturación al cuadro de la rotación		
	Total	% Varianza	% Acumulado	Total	% Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	3,101	19,381	19,381	3,101	19,381	19,381	2,346	14,666	14,666
2	2,017	12,604	31,985	2,017	12,604	31,985	2,274	14,214	28,880
3	1,814	11,339	43,323	1,814	11,339	43,323	1,999	12,492	41,372
4	1,560	9,750	53,073	1,560	9,750	53,073	1,872	11,701	53,073
5	1,339	8,366	61,439						
6	1,123	7,021	68,460						
7	,961	6,009	74,469						
8	,694	4,341	78,810						
9	,658	4,111	82,921						
10	,588	3,673	86,594						
11	,537	3,358	89,953						
12	,494	3,089	93,042						
13	,436	2,725	95,767						
14	,293	1,834	97,601						
15	,285	1,784	99,385						
16	,098	,615	100,000						

Método de extracción : Análisis de componentes principales..

A continuación se presenta la matriz de componentes rotados con la salvedad de que se hará referencia a los componentes cuyo valor supere el valor 0,50.

La Tabla 7 (Ver página siguiente) nos informa de que estos 4 factores, el primer componente, con un 19,39% de carga, está saturado con los ítems correspondientes al ítem 13 “muerte no natural de un familiar o amigo” (,736); ítem 14 “asesinato de desconocido” (,770); ítem 16 “sintió una amenaza a su vida” (,786). El conjunto de estos ítems podrían evidenciar la exposición de las personas a eventos de “terror a la muerte” de las víctimas.

El segundo elemento importante en la composición del Inventario de Harvard, con un 12,60% de la carga de varianza, está compuesto por los siguientes ítems: ítem 4 “Asalto sexual” (,919) e ítem 5 “Otra experiencia sexual indeseada” (,922). Estos dos ítems pudiesen expresar la exposición de las personas a eventos de “agresión y

humillación sexual” como otro componente importante que evalúa el Inventario de Harvard.

El tercer elemento en la composición del Inventario, con un 11,34 % de la carga de varianza en dicho cuestionario, se especifica por los siguientes ítems: ítem 1 “Exposición a sustancias tóxicas” (,654); ítem 9 “Privación de comida y agua” (,742) e ítem 10 “Privación de refugio” (,786) que, en general podrían evidenciar los eventos referidos *“Tortura y privación física”*.

Tabla 7: Matriz de los componentes rotados

	Componentes			
	1	2	3	4
h1.Sustancias tóxicas			,645	
h2.Asalto físico				
h3.Asalto con arma				,507
h4.Asalto sexual		,919		
h5.Otra experiencia.sexual		,922		
h6.Exposic.zona combate				,503
h7.Cautiverio				,780
h8.Enfermedad s/c médico				
h9.Privación comida/agua			,742	
h10.Privación refugio			,789	
h11.Separación forzada familia				
h12.Asesinato familia/amigos				
h13.Muerte no_natural familia/amigos	,736			
h14.Asesinato desconocidos	,770			
h15.Tortura				,645
h16.Extrema amenaza	,786			

Método de Extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con Kaizer.

El cuarto elemento, constituido por el 9,75% de la carga, muestra su reflejo en los siguientes ítems: ítem 3 “asalto con arma” (,507); ítem 6 “exposición a una zona de conflicto armado” (,503); ítem 7 “cautiverio” (,780) e ítem 15 “tortura” (,645) que podrían estarnos informando de “Tortura psicológica”.

Sobre estos cuatro elementos principales nos está informando el Cuestionario de Harvard.

Para hacer un análisis en profundidad de estos cuatro componentes se ha tomado los ítems de cada uno de estos cuatro factores, se han sumado sus puntuaciones y se ha efectuado una comparación de sus puntuaciones con el fin de determinar diferencias de género en el desempeño por ítem en el inventario de experiencias traumáticas de Harvard.

III.4.3 Análisis medias de los cuatro componentes principales

Tabla 8: Diferencias de medias entre hombres y mujeres en los cuatro factores

		N	Media	Desviación Estandar	Error Estandar	95% Confianza Intervalo para la media		Mínimo	Máximo
						Límite Inferior	Límite Superior		
COMPUTO Amenaza muerte h13 + h14 + h16	Varón	49	8,51	1,063	,152	8,20	8,82	3	9
	Mujer	57	8,54	1,166	,154	8,23	8,85	3	9
	Total	106	8,53	1,114	,108	8,31	8,74	3	9
COMPUTO Agresion sexual h4 + h5	Varón	46	3,09	1,697	,250	2,58	3,59	0	6
	Mujer	60	4,25	1,945	,251	3,75	4,75	0	6
	Total	106	3,75	1,923	,187	3,38	4,12	0	6
COMPUTO Privacion h1 + h9 + h10	Varón	49	6,65	2,037	,291	6,07	7,24	3	9
	Mujer	56	5,93	2,303	,308	5,31	6,55	2	9
	Total	105	6,27	2,203	,215	5,84	6,69	2	9
COMPUTE Tortura Psíquica h3 + h6 + h7 + h15	Varón	53	9,04	1,881	,258	8,52	9,56	5	12
	Mujer	59	8,73	2,016	,262	8,20	9,25	4	12
	Total	112	8,88	1,950	,184	8,51	9,24	4	12

La tabla nos indica que las medias entre hombres y mujeres son bastante similares en cada uno de los cuatro componentes conformados por los ítems de cada factor.

Posteriormente al comparar la variable género en el desempeño de cada componente entre las puntuaciones promedios de hombres y mujeres a través de la medida estadística ANOVA, se observa que el factor referido a agresión sexual muestra

diferencias significativas ($,002$) en el Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard, lo que se observa en la siguiente tabla.

Tabla 9: *Análisis de varianza de los cuatro componentes factoriales*

		Suma de cuadrados	df	Media Cuadrada	F	Sig.
Harvard Ítems Terror muerte= h13 + h14 + h16	Entre Grupos	,030	1	,030	,024	,878
	En los Grupos	130,385	104	1,254		
	Total	130,415	105			
Harvard Ítems Agresión sexual h4 + h5	Entre Grupos	35,220	1	35,220	10,379	,002
	En los Grupos	352,902	104	3,393		
	Total	388,123	105			
Harvard Ítems Tortura Física h1 + h9 + h10	Entre Grupos	13,717	1	13,717	2,879	,093
	En los Grupos	490,816	103	4,765		
	Total	504,533	104			
Harvard Ítems Tortura Psíquica h3 + h6 + h7 + h15	Entre Grupos	2,664	1	2,664	,699	,405
	En los Grupos	419,586	110	3,814		
	Total	422,250	111			

III.4.4. *Análisis Discriminante:*

El objetivo fue saber si el Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard discrimina la presencia de Trastorno por Estrés Postraumático. Para ello se creó una variable dicotómica en las que se diferenció la presencia o no del Trastorno por Estrés Postraumático. Es decir, todos los participantes que fueron diagnosticados, como diagnóstico principal o secundario, con Trastorno por Estrés Postraumático, fueron considerados como muestra conjunta con este tipo de trastorno. Todos los demás que no presentaban este diagnóstico (algunos con graves problemas de alcoholismo, trastornos de adaptación, depresión, etc.) fueron considerados como que no eran Trastorno por Estrés Postraumático.

Se utilizó el Análisis discriminante, precisamente, para que nos aportaran la información sobre el porcentaje de acierto y/o errores que hemos tenido al diagnosticar a nuestros pacientes. Los resultados parciales nos muestran que del total de 62 sujetos que hemos diagnosticado con TEPT, hemos acertado con un total de 60 (96,8%) y sólo hemos cometido error en 2 (3,2%) de ellos. En los diagnosticados de “otros” (trastornos), de un total de 18, hemos acertado en el diagnóstico con 12 (66,7%) y hemos cometido error en 6 (33,3%) de ellos. Los resultados totales nos indican que el 82,5% de los sujetos evaluados han sido clasificados correctamente con TEPT y podemos cometer un error de 17,5% de los casos evaluados. Es decir, podemos cometer el error de que el inventario no sea fiable (creyendo que lo es) en el casi 18% de los casos.

Tabla 10: Análisis discriminante entre diagnóstico TEPT y “Otros”

		Diagnóstico TEPT	Grupo de pertenencia diagnosticado		
			TEPT	Otros	Total
Original	Recuento	TEPT	60	2	62
		Otros	12	6	18
	%	TEPT	96,8	3,2	100,0
		Otros	66,7	33,3	100,0

Clasificado correctamente el 82,5% de los casos agrupados originales.

III.4.4.1. Diagnóstico TEPT primario/secundario y otros diagnósticos

El objetivo fue saber si los ítems del Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard discrimina la presencia de Trastorno por Estrés Postraumático como Diagnóstico Clínico primario en conjunto con quienes tienen TEPT como diagnóstico clínico secundario. Estos resultados nos indican que el 71,3 de los sujetos evaluados han sido clasificados correctamente con TEPT primario o secundario.

Solamente podemos cometer un error de 28,7 de los casos evaluados. Es decir, podemos cometer el error de que no sea fiable (creyendo que lo es) en el casi 29% de los casos.

Tabla 11: Resultados de TEPT (1)/ TEPT (2) y otros diagnósticos*

	Diagnóstico.	Grupo de pertenencia diagnosticado			Total
		TEPT.1	TEPT.2	Otros	
Recuento	TEPT 1	50	0	2	52
	TEPT 2	10	0	0	10
	Otros	11	0	7	18
%	TEPT 1	96,2	,0	3,8	100,0
	TEPT 2	100,0	,0	,0	100,0
	Otros	61,1	,0	38,9	100,0

* clasificado correctamente a. 71,3% de los casos agrupados originalmente.

III. 4.5. Diferencias de medias entre sexos:

Tabla 12: Diferencias de medias en el Inventario Harvard entre hombres y mujeres

Sexo	Media	N	Desviación Estandard
Varón	37,41	34	4,398
Mujer	37,61	46	5,568
Total	37,52	80	5,074

La tabla nos indica que las medias entre hombres y mujeres de la puntuación total del cuestionario son muy similares, con una media para los hombres de 37,41 y una media para mujeres 37,61.

Posteriormente para estudiar en profundidad el comportamiento de las variables género en el desempeño de la escala de experiencias traumáticas se utilizó la medida estadística ANOVA para análisis de varianza.

Tabla 13: Análisis de la Varianza

	Suma de cuadrados	df	Media Cuadrada	F	Sig.
Harvard total * Sexo					
Entre Grupos (Combinados)	,758	1	,758	,029	0,865
En los Grupos	2033,192	78	26,067		
Total	2033,950	79			

Como se aprecia en la tabla 13 no existen diferencias significativas con ($p = 0,865$) entre las puntuaciones promedios de hombres y mujeres en el Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard.

III.4.6. Correlación entre Inventario Harvard y Escala Sheehan

Se efectuó una correlación de los puntajes totales de ambos instrumentos encontrándose correlación con un nivel de significancia de 0.05

Tabla 14: Correlaciones Inventario Harvard y Escala Sheehan

		Harvard Total	Sheehan Total
Harvard Total	Correlación de Pearson	1	,243*
	Sig. (2-tailed)		,033
	N	80	77
Sheehan Total	Pearson Correlation	,243*	1
	Sig. (2-tailed)	,033	
	N	77	117

*. Correlación nivel de significación 0.05 l.

Tabla 15: Baremacion del las respuestas del Inventario Harvard

Estadísticos Descriptivo

	N	Minimo	Maximo	Media	. Desviacion Estandar	Skewness		Kurtosis	
	Estadistico	Estadistico	Estadistico	Estadistico	Estadistico	Estadistico	Error Estandar	Estadistico	Std. Error
	Harvard total	80	23	48	37,53	5,074	-,674	,269	,615
Valid N (listwise)	80								

La baremación efectuada nos ofrece la posibilidad de delimitar la magnitud de la traumatización, al indicarnos como las personas distribuyen sus puntajes de respuestas. Siendo 37,5 el puntaje promedio, con una desviación estándar de 5,1. Los puntos de corte en los que se indicaría severidad son 42,6 , con una desviación estándar, desde donde puede determinar traumatización extrema. Indicando alto riesgo y vulnerabilidad emocional.

Con menos una desviación estándar es decir 32,1 en la sumatoria del puntaje nos indicaría una menor exposición a eventos y tal vez menor nivel de traumatización. Lo que permitiría discriminar y categorizar la distribución de respuestas en torno a la acumulación de eventos traumáticos. Este aspecto facilita la creación de estrategias de tratamiento en el que se considera la acumulación de eventos traumáticos como un indicador del impacto en la vida de la persona.

En síntesis los resultados obtenidos están en el marco de los objetivos de la investigación que pretendían caracterizar a la población, explorar las experiencias traumáticas en víctimas de violencia política a través del Cuestionario Harvard,

autopercepción del impacto de la sintomatología con la Escala Sheehan y las diferencias atribuibles al género en torno a cada variable estudiada.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

Considerando que el objetivo de este estudio se centró en la exploración de las experiencias traumáticas en víctimas de violencia política a través del Cuestionario Harvard y la exploración de auto percepción de impacto de los síntomas en relación a las diferencias atribuibles al género, los resultados muestran lo siguiente.

De acuerdo al análisis de estadísticos descriptivo se aprecia una gran diversidad de personas provenientes de diez diferentes países de Latino América, en cuanto a nivel educativo, procedencia rural o urbana, situación civil, actividad.

Los resultados descriptivos nos indica la presencia de TEPT como Diagnóstico primario en 60,3% de los varones y en un 68,8% de las mujeres. El TEPT se presenta como diagnóstico secundario es decir en comorbilidad con otro diagnóstico en 13,8% de los varones y en un 9,4% de las mujeres. Esto nos revela la presencia de TEPT como diagnóstico primario o secundario en 74,1% de varones y 78,1% de mujeres.

Dando respuesta a la *hipótesis 1* (H1): Hipótesis 1 (H1). El Cuestionario de Experiencias Traumáticas de Harvard, elaborado por Richard Mollica (1992), evalúa eventos traumáticos que se asocian a la constelación de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

Por tanto, se confirma la H1 y se observa una alta prevalencia de TEPT asociado a las experiencias traumáticas vivenciadas por víctimas de violencia política.

Como se aprecia en lo referente a la fiabilidad del instrumento, éste presenta un Alfa de Cronbach de 0,660 basado en los 16 elementos tipificados en 0,680, lo que nos demuestra una consistencia interna aceptable entre sus ítems.

Según el análisis factorial el instrumento muestra 4 componentes principales, la varianza se reparte entre 4 elementos que explican el 68,46% de la carga total. Se presentan los valores más representativos que son el 1,2 y 3 con valores de 3,101; 2,017 y 1,814 respectivamente. La matriz de componentes rotados muestra cómo estos valores corresponden con los siguientes supuestos factores: “Terror psicológico”, “Agresión y humillación sexual”, “Tortura física” y “Tortura psíquica” . Indicándonos que éstas son las experiencias que mayor peso presentan en el Inventario de Experiencias traumáticas de Harvard.

Entendemos que, de acuerdo al análisis discriminante realizado con el Inventario de Experiencias Traumáticas, nos indica que el 82,5% de los sujetos evaluados ha sido clasificado correctamente con TEPT y podemos cometer un error de 17,5% de los casos evaluados. Es decir, podemos cometer el error de que el inventario no sea fiable (creyendo que lo es) en el casi 18% de los casos.

Los resultados sobre el análisis discriminante del inventario de experiencia traumática del Cuestionario Harvard nos indican que el 71,3 de los sujetos evaluados ha sido clasificado correctamente con TEPT primario o secundario. Solamente podemos cometer un error de 28,7 de los casos evaluados. Es decir, podemos cometer el error de que no sea fiable (creyendo que lo es) en el casi 29% de los casos.

Podemos decir que el inventario discrimina la presencia de Trastorno de Estrés Post traumático como Diagnóstico Clínico primario en conjunto con quienes manifiestan TEPT como diagnóstico clínico secundario.

Esto nos indica que hay un casi 30% de personas que padecen otra sintomatología que no ha sido diagnosticada como TEPT.

Dando respuesta a la *Hipótesis 2* (H2): Existen diferencias en el tipo de eventos traumáticos reportados por hombres y mujeres en el en el desempeño por ítem del Cuestionario de Experiencias Traumáticas de Harvard.

En respuesta a la Hipótesis 2 (H2) que predecía diferencias atribuibles al género en el desempeño en relación a los eventos experimentados por hombres y mujeres. Se rechaza esta hipótesis debido a que los resultados en las diferencias de medias entre sexo *no* indican diferencia en el comportamiento global. Es importante indicar que al hacer un análisis en el comportamiento por ítem en el inventario entre hombres y mujeres, se aprecian diferencias significativas en los ítems 4 y 5.

Para estudiar en profundidad el comportamiento de las variables género en el desempeño de la escala de experiencias traumáticas se utilizó la medida estadística ANOVA. Con $p=0,865$ nos indica que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones promedios de hombres y mujeres en el Inventario de Experiencias Traumáticas.

Al realizar un análisis de medias de los 4 componentes que surgen del análisis factorial se aprecian diferencias significativas del componente dos constituido por los

ítems 4 y 5; es decir en los eventos referidos a agresión sexual y experiencias sexuales indeseadas, lo que hemos denominado “agresión y humillación sexual”

Se observa que las personas que han sufrido agresión sexual el 77,78% está constituido por mujeres y el 22,22% está constituido por varones. De las personas que informan experiencias sexuales indeseadas 76,74% está constituido por mujeres y 23,26% está constituido por hombres. Las diferencias significativas se reflejan en el alto porcentaje de mujeres que indica haber experimentado agresión sexual (45%) y experiencias sexuales indeseadas (50%) del total de mujeres.

Los únicos eventos en los que se distinguen hombres y mujeres son los ítems 4 y 5 del Inventario Harvard, los que se refieren a “agresión sexual. Mujeres y hombres experimentan en modo bastante equitativo los otros 14 eventos evaluados por el inventario.

En respuesta a la Hipótesis 3 (H3). Existen diferencias de género en autopercepción del impacto de los síntomas en los ámbitos de trabajo, social y familiar en el desempeño por ítem de la Escala Sheehan. Se rechaza esta hipótesis debido a que los resultados de diferencias de medias entre sexo *no* indican diferencia en el comportamiento global o en comportamiento por ítem en la Escala Sheehan entre hombres y mujeres.

Aunque al observar la distribución de las respuestas de las mujeres se observa en ellas una tendencia en los tres ámbitos (laboral, social y familiar) ha expresar mayor impacto de los síntomas. Las mujeres concentran sus respuestas con mayor frecuencia en

el límite superior de la escala. Lo que expresaría el gran impacto de los síntomas emocionales en las esferas laboral, social y familiar.

Es importante señalar que el 50% de las respuestas, tanto de hombres como de mujeres, se concentran en las alternativas de respuestas en la Escala Sheehan de 7 a 10. Esta localización de respuestas indica que el 50% de las personas, que consultan en el programa, perciben marcadamente el alto impacto de sus síntomas emocionales en las esferas del trabajo, social y laboral, afectando la funcionalidad y evidenciando dolor emocional.

En consideración a los resultados y conclusiones obtenidas el siguiente capítulo desarrolla la discusión de esta investigación.

CAPITULO V: DISCUSION

Nuestro interés en la investigación buscó desde un modelo ecológico aproximarnos al fenómeno de los efectos de las experiencias traumáticas en víctimas de violencia política, el diseño metodológico cuantitativo utilizado guió nuestra investigación y favoreció el entendimiento de las complejidades de este fenómeno.

Esta investigación exploratoria descriptiva correlacional tiene carácter único al caracterizar a un grupo clínico tan diverso, nos permitió dimensionar la alta presencia del TEPT en quienes consultan en el Centro de Tratamiento.

El estudio además la exploró las propiedades psicométricas del Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard. Se exploró a través del inventario el tipo de eventos traumáticos experimentados por las personas y el impacto percibido de los síntomas de TEPT en la vida social a través de la Escala Sheehan. Todos estos aspectos se abordan a continuación.

V.1. Antecedentes contextuales.

Los antecedentes teóricos revisados en el Capítulo I nos facilita el entendimiento de la complejidad de los conflictos políticos que se resuelven a través de la violencia y la multiplicidad de sus efectos en las sociedades contemporáneas. El impacto de la violencia organizada desde los estados genera desafíos a las ciencias médicas, jurídicas y sociales.

La revisión de los planteamientos emanados desde organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas,

nos ha ofrecido un marco conceptual para comprender los esfuerzos en la creación de políticas internacionales que promueven la implementación de estrategias nacionales y locales para la prevención y reparación de la violencia organizada. Este desafío pudiese entenderse como un llamado a la prevención a través de la documentación de los efectos de las violaciones a los derechos humanos.

Los centros de tratamiento para víctimas de violencia organizada han surgido durante los últimos treinta años, estos centros generalmente están constituidos por equipos multidisciplinarios debido a las diversas necesidades que deben confrontar las víctimas de violaciones a los derechos humanos. Por su especificidad y por los conocimientos surgidos del quehacer profesional, desde estos centros se ofrece constante retroalimentación a los organismos internacionales para la creación de normativa internacional.

La comunidad internacional a través de la ONU y OMS sanciona la práctica de abusos a los derechos humanos, promueve la prevención de la violencia y establece estándares profesionales en la documentación de delitos de lesa humanidad.

En este contexto se ubica el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de Oregon, como miembro de una Red Internacional de Centros de Tratamiento para Víctimas de Tortura (IRCT) que actúa como organismo consultor para Naciones Unidas en temas de violaciones de derechos humanos.

Desde la práctica profesional nos percatamos que los efectos de la violencia organizada en inmigrantes Latinos Americanos que residen en Estados Unidos no había

sido suficientemente investigada por lo que nos pareció relevante indagar el tipo de Traumatización al que las personas habían sido sometidas.

V.2. Aspectos demográficos y clínicos

La revisión de los antecedentes demográficos y clínicos de las personas nos evidencia la gran diversidad que caracteriza a la población de refugiados que consulta en el Centro de Tratamiento. Hombres y mujeres provenientes de 10 diferentes países, con gran diversidad étnica y lingüística. El elemento unificador fue el haber vivido en una zona de conflicto armado.

El alto porcentaje de TEPT revela que es una población que ha debido confrontar una serie de circunstancias pre y post migratorias que ha impactado en la salud mental. Los desafíos que implica adaptarse al país de acogida exponen a las personas a una gran presión, las personas experimentar cambios significativos en las dinámicas familiares, laborales e incluso en las expectativas de los roles de género, debiendo adaptarse a los roles de género del país de acogida.

El modelo ecológico ofrece un entendimiento de la multidimensionalidad histórico, política, económica y social del origen de la población que consulta en el Centro de Tratamiento y además favorece el entendimiento de las circunstancias que las personas vivencian como nuevos inmigrantes.

V.3. Eventos traumáticos e impacto en la sintomatología

Existe consenso de acuerdo a la revisión bibliográfica que el TEPT presenta una alta incidencia en la población de refugiados. La intensidad de las experiencias traumáticas y su relación con la severidad de la sintomatología de estrés post traumático no ha sido suficientemente estudiada en refugiados y escasamente ha sido estudiada en refugiados Latino Americanos.

En investigaciones previas se ha correlacionado positivamente la severidad de los síntomas de estrés post traumático con el número de eventos traumáticos. (D. Eisenman, et al., 2006). Los instrumentos psicométricos en la evaluación de trauma en víctimas de violencia política y refugiados son limitados. Mencionándose como el instrumento más usado el Cuestionario Harvard. Los estudios en refugiados latinoamericanos son aun más escasos, encontrándose solamente cuatro experiencias (Hollifield, et al., 2002).

En un estudio efectuado con inmigrantes Latino Americanos se indica que las personas no informarían acerca de sus experiencias de violencia política de modo espontáneo, solamente 3% de las personas que reportan experiencias de violencia política dice haber compartido con su médico o con algún profesional de salud sus experiencias previas. El motivo de ello es que los profesionales de salud no han preguntado acerca de ellas. Con posterioridad se tomo una muestra parcial aleatoria de quienes no habían dado una respuesta positiva de haber estado expuestos a violencia política. Cuando el Inventario de Experiencias Traumáticas fue aplicado el 54% de 618 personas declaro haber tenido experiencias de violencia política (D. P. Eisenman, et al., 2003) .

Eisenman no menciona el origen del cuestionario de experiencias traumáticas pero su clasificación se aproxima al Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario Harvard. En su investigación en una muestra de 685 personas el encuentra lo siguiente: 8% informa tortura, 15% ha observado violencia contra su familia, 27% informa de la desaparición de miembros de sus familia, 26% ha observado violencia masiva, 32% ha sentido que su vida ha estado en peligro por bombas o ataque con armas, 5% informa haber observado tortura o ejecuciones, 3% informa haber vivido violación sexual. De ellos 36 % tenía síntomas depresivos y 18% síntomas de TEPT, comparado al 20% y 8% de de aquellos que no habían experimentado historia de violencia política. Las personas de Centro América comparadas con las personas de México presentan un mayor porcentaje de experiencias traumáticas.

Con el fin de evaluar la salud mental de desplazados de Guatemala en campos de refugiados de las Naciones Unidas en Chiapas, se estudio la relación entre violación a derechos humanos, eventos traumáticos y la condición de refugiados. La investigación se realizó con 126 refugiados de Guatemala que han vivido en Chiapas por los últimos 20 años. Los síntomas de TEPT fueron medidos a través de la escala Hopkins (Hopkins-25) y el Cuestionario Harvard. Todas las personas informaron haber vivido al menos un evento traumático, con un promedio de 8,3 eventos por individuo. El número de síntomas de TEPT resultaron ser entre 7 a 12 eventos traumáticos (Sabin, et al., 2003).

Una investigación con población inmigrante que consulta en los centros de salud en los Ángeles, California, encontró que la violencia política estaba presente en un 11% de los inmigrantes y 76% describía experiencias traumáticas. Quienes habían

experimentado eventos de violencia política tendían a consultar con mayor frecuencia en los centros de salud y los hombres tendían a solicitar atención de salud con menor frecuencia que las mujeres (Fortuna, et al., 2008) .

De acuerdo a los antecedentes teóricos parece relevante el uso de instrumentos que complementen la información que surge de la entrevista clínica estructurada para determinar con mayor precisión los eventos a los que las personas han estado expuestas.

V.4. Eventos Traumáticos e Inventario Harvard

A nuestro entendimiento el Cuestionario Harvard ha sido usado con mayor frecuencia en las investigaciones con refugiados, pero no existe un inventario de eventos traumáticos validada al español. Por esta razón nos pareció importante evaluar el desempeño psicométrico del inventario clínico con el que se ha explorado los eventos traumáticos en los 124 pacientes Latino Americanos que consultan en el Centro de Tratamiento para Víctimas de Tortura de la Universidad de Ciencias de la Salud en Oregón .

Al aproximarnos cuantitativamente nos percatamos de su capacidad discriminativa en la población que presenta trastorno de estrés post traumático como diagnóstico primario y aquellos que lo presentan como diagnóstico secundario.

Por otra parte la baremación efectuada nos ofrece la posibilidad de delimitar la magnitud de la traumatización, al indicarnos cómo las personas distribuyen sus puntajes de respuestas. Lo que permitiría discriminar y categorizar la distribución de respuestas en torno a la intensidad de traumatización y riesgo al que la persona esta expuesta por la

acumulación de eventos traumáticos. Parece relevante explorar el riesgo de suicidio o la presencia de ideas suicidas por la vulnerabilidad emocional de las personas. Este aspecto facilita la creación de estrategias de tratamiento en el que se considera la acumulación de eventos traumáticos como un indicador del impacto en la vida de la persona.

Por lo demás la comprensión específica de cada evento al que ha estado sometida la persona permite colaborar en la creación de estrategias individualizadas que promuevan el manejo del sufrimiento emocional. Porque entendemos que la detección y comprensión del impacto que las situaciones traumáticas han generado en la persona es el primer paso en el proceso de recuperación e integración social.

Los resultados contribuyen a la teoría de que las experiencias traumáticas generan la constelación de síntomas del TEPT y también desde un modelo sistémico ecológico observamos el efecto de la violencia política en las personas. Se constata los aspectos destructivos de la violencia política debido a los eventos que las personas han debido enfrentar en circunstancias de conflictos armados y el espacio clínico aparece como un espacio de solidaridad en el que se hace reconocimiento al dolor al que la persona ha estado sometida.

V.4.1 Eventos traumáticos y género

Nuestro estudio evidencia un alto índice de violencia sexual en las personas que consultan en el Centro de Tratamiento, el 45% de las mujeres indica haber experimentado episodios de violencia sexual y el 50% de las mujeres señala haber experimentado una experiencia sexual indeseada.

Los hombres que indican episodios de violencia sexual son significativamente menos, 5% reporta asalto sexual y 8% experiencias sexuales indeseadas. Las investigaciones indican que las personas que han padecido violencia sexual tienden a desarrollar TEPT en índices más elevados que quienes padecen trauma no asociado a violencia sexual, y se indica de la alta vulnerabilidad de la población de mujeres refugiadas a este tipo de experiencias de traumatización (Chung & Breslau, 2008; Gagnon, Tuck, & Barkun, 2004; Olf, et al., 2007; Punamaki, et al., 2005)

En las últimas décadas ha surgido especial consideración a la alta incidencia de violencia sexual que afecta a las mujeres en zonas de conflictos armados, y muchas veces la violencia sexual se repite durante los procesos de desplazamiento por la alta inseguridad a la que están expuestas las mujeres en los procesos migratorios (Moser & Clark, 2001).

Esta conciencia ha surgido durante la década de los noventa ante los descarnados hallazgos de la extendida agresión sexual a la que fueron sometidas las mujeres europeas durante la guerra de los Balcanes, se estima que el número de violaciones sexuales entre 1992 y 1995 efectuadas por soldados puede alcanzar las 50.000. Afectando alrededor del 3% del total de mujeres en el área de conflicto (Tata Arcel, 1998; Tata Arcel, Folnegovic-Smale, Kosaric-kovacic, & Marusic, 1999)

Las circunstancias a las que continúan siendo sometidas contemporáneamente las mujeres en las zonas de conflictos armados en África, Medio Oriente, Asia y América Latina ha promovido la clasificación de la violencia sexual como un crimen de guerra,

ratificación efectuada recientemente en el año 2008 por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

En consideración a los resultados y los antecedentes teóricos, nos parece importante en los procesos diagnósticos indagar acerca de experiencias de violencia sexual especialmente en la población de refugiados. Entendemos que muchas veces se espera por la creación de un vínculo entre el profesional y la persona, pero la teoría nos indica que las personas tienden a responder al terapeuta que muestra interés por comprender la gama de experiencias a la que la persona ha sido sometida. Y es especialmente importante de abordar en mujeres y hombres que han vivido en áreas de conflictos armados.(R. Mollica, 2006; R. F. Mollica, et al., 2004)

La comprensión de los efectos de largo plazo que este tipo de experiencia genera en la mujer, su familia y comunidad es consistente al modelo teórico escogido. Ya que acoge el dolor de la persona, le da nombre al evento experimentado y visibiliza los devastadores efectos de la violencia social sobre la persona y sociedad. De igual modo reconocería los factores protectores que pudiesen conectar a la persona con la recuperación (R. Campbell, Dworkin, & Cabral, 2009; Harvey, 1996)

V.5. Autopercepción del impacto de los síntomas

Sostenemos que el impacto provocado por la traumatización psicosocial crea un efecto bastante devastador, sin embargo aproximarnos a ello cuantitativamente a través de la Escala Sheehan nos ha permitido entender como estas experiencias provocan impacto en la funcionalidad de la persona.

En un reciente estudio con inmigrantes Latino Americanos se evaluaron 155 personas y 35% fueron diagnosticadas con TEPT. Con ellos se efectuaron entrevistas en profundidad para determinar el significado de la enfermedad en esta población. Se les pidió describir las experiencias “amenazantes” vividas y que les hicieron sentir desamparados y cuales serian las secuelas psicológicas de ese tipo de experiencias. La mayoría de las personas uso un lenguaje remarcablemente similar, las palabras usadas fueron tristeza, enojo, miedo, nerviosismo. Al preguntarles si estos síntomas afectaban su salud, las personas respondieron que les afectaba directamente a través del estrés. La mitad de los pacientes mencionó síntomas de salud mental como estrés, nerviosismo, ansiedad, dificultades para dormir debido al estrés y pesadillas. Afectando sus relaciones y su trabajo. Un número muy reducido no reconoce influencia del trauma en su salud (Chung & Breslau, 2008; D. P. Eisenman, et al., 2008).

La Escala Sheehan es una breve escala, simple de comprender para la persona que consulta y de muy fácil manejo para el clínico. La escala dimensiona el impacto de los síntomas en las esferas sociales del paciente. En esta investigación el instrumento ha permitido delimitar la alta magnitud de la disrupción de los síntomas emocionales en las tres esferas evaluadas. El 50% de las personas en los tres ítems localizan sus respuestas entre 7 y 10, ante la pregunta cuánto sus síntomas emocionales impactan su vida del trabajo, social y familiar.

El entendimiento del impacto de los síntomas en las diferentes esferas de la vida del paciente insta al clínico a promover en la persona estrategias de enfrentamiento considerado las circunstancias pasadas y actuales de las víctimas de violencia política y le

ofrece a la persona la posibilidad de entender la influencia de la vida emocional en la vida social.

V.6. Relevancia de los instrumentos de evaluación

En síntesis el proceso de investigación nos ha permitido: a) Caracterizar a la población que busca tratamiento. b) Delimitar el trauma y diagnóstico asociados. c) Evaluar la confiabilidad y validez de la escala de experiencias traumáticas a través del análisis psicométrico. d) Analizar el comportamiento global y por ítem de las personas ante el Inventario Harvard y Escala Sheehan. e) Analizar el desempeño por género ante los instrumentos. f) Detectar y evaluar el riesgo a través de la baremación.

La entrevista clínica estructurada es la herramienta fundamental en la evaluación diagnóstica y el vínculo que surge de este contacto va a guiar las futuras estrategias de tratamiento. Es importante destacar que al determinar el uso del inventario de experiencias traumáticas se considero que era una lista de chequeo relativamente corta, que sería aplicada por el clínico y que se ajusta a la diversidad educativa que caracteriza a los refugiados. Pero fundamentalmente entendíamos que nos permitiría una mayor comprensión de las circunstancias que las personas han experimentado. Del mismo modo la Escala Sheehan nos impresionó como un instrumento de baja complejidad y efectivo.

Sugerimos que los instrumentos debiesen ser cortos y simples de comprender debido a que el propósito no es agobiar a la persona con largos inventarios de múltiples alternativas. La idea es comprender a la persona, por lo que no se sugiere el uso de instrumentos de lápiz y papel. Es deseable que sea el terapeuta quien a través de

preguntas al paciente complete el inventario, de ese modo el terapeuta tendrá libertad de explorar las circunstancias a la que la persona estuvo expuesta.

Planteamos que el diagnóstico clínico y la relación terapéutica que reconoce estas experiencias promueve un reconocimiento social de las atrocidades cometidas y un intento por aminorar el daño al que han estado sometidas las personas. Justificamos la entrevista clínica como una modalidad para obtener y profundizar en la información referidas a experiencias traumáticas, de modo verbal por entender las características clínicas y de alta traumatización de la población con que se trabaja.

Es importante destacar el uso de este tipo de medición y escalas referidas a experiencias traumáticas porque esta información enriquece el entendimiento clínico de la persona y puede ser usado como una herramienta forense en los procesos de petición de asilo político. El uso de este tipo de instrumento puede colaborar a generar sensibilidad en la comunidad de profesionales acerca de las características de las personas desplazadas, refugiados y víctimas de violencia política. Estos instrumentos pueden colaborar al mejoramiento de la calidad de los servicios ofrecidos a refugiados y pueden ser la base de iniciativas de investigación (Hollifield, Warner, Krakow, Jenkins, & Westermeyer, 2009; Hollifield, et al., 2002; Shoeb, et al., 2007).

V.7. Consideraciones éticas

Un aspecto importante al que queremos referirnos y que no se abordó anteriormente pero que estuvo presente durante todo el proceso investigativo es lo referente a las consideraciones éticas en el trabajo terapéutico con refugiados y víctimas

de delitos de lesa humanidad. Existe gran consenso en los desafíos prácticos, teóricos y éticos que surgen en el abordaje de las profundas secuelas de largo plazo vivenciadas por los refugiados y víctimas de violencia organizada (Allden, et al., 2009; Gurr & Quiroga, 2001; Kinzie & Boehnlein, 1993; Quiroga, 2009; J. Quiroga & Jaranson, 2005). Los autores señalados coinciden en que se requiere un diagnóstico y plan de tratamiento coordinado que considera intervenciones comprensivas desde lo biológico, lo psicológico, lo jurídico y lo social.

Es relevante que este entendimiento de las consideraciones éticas debiese ser promovido en la formación profesional de los clínicos. Al igual que el entendimiento de la multidimensionalidad que caracteriza los fenómenos de violencia organizada y la sintomatología que se asocia a las víctimas de estos delitos. Es relevante familiarizar a los profesionales con modalidades de tratamiento multiprofesional que se requieren para abordar las consecuencias polifacéticas de los conflictos violentos (Alegria, et al., 2004; J. K. Boehnlein, et al., 2008; Fortuna, et al., 2008; Fortuna, Porche, & Alegría, 2009; Sluzki, 1993).

V.8. Modelo ecológico y evaluación clínica

Trauma y violencia fueron conceptualizados en esta investigación no solamente como un evento y emociones personales sino también como un proceso social, íntegramente interconectado. Nos parece relevante en la comprensión de los fenómenos de violencia y sus efectos, entender el contexto del conflicto político acaecido y el tipo de actos violentos que le caracteriza. Las distinciones del tipo de conflicto político permiten entender el impacto de la exposición a la violencia. Entender que la sintomatología

desplegada se asocia a una experiencia social. Y que cada contexto puede requerir distinto manejo en el abordaje de los síntomas y posterior tratamiento (Cummings, Goeke-Morey, Schermerhorn, Merrilees, & Cairns, 2009; Dubow, Huesmann, & Boxer, 2009; Giacaman, et al., 2007).

El diagnóstico clínico debiese considerar los sistemas sociales e individuales. Ofreciendo énfasis al reconocimiento de los factores de riesgo individual, familiar y social que favorecen a la exposición a eventos traumáticos y a la mantención de la sintomatología asociada (J Barudy & Marquebreucq, 2006).

El estudio desde una mirada ecológica nos revela la inequidad social, económica, étnica y de género a la que las personas han estado expuestas y promueve en el terapeuta la creación de vínculos en los que se reconoce la trama de opresión en las relaciones abusivas y se promueven relaciones basadas en el respeto (Duran, 2006).

Con los elementos teóricos y clínicos que surgen durante la sistematización de esta investigación se me hacía evidente la analogía del desplazamiento que las personas deben activar para desplazarse desde el dolor emocional provocado por el trauma a un lugar emocional de paz en el territorio que emerge en la terapia. Aparecían elementos en el que en el contexto del desplazamiento al nuevo país las personas habían confrontado una serie de desafíos, muchos de los cuales las personas los han superado, incluso en el contexto del dolor emocional.

Por un lado emergían en las conversaciones diagnósticas una serie de eventos referidos a las circunstancias de tensión en la vida de las personas, relaciones que se

habían caracterizado por el abuso emocional, físico; experiencia de discriminación, pobreza, invisibilidad del dolor, negación del idioma original y de la cultura con la que la persona se identificaba. Estas relaciones estaban basadas en la dominación y exclusión (Duran, 2006).

Por otro lado en estas circunstancias diagnósticas surgían aspectos que la persona mencionaba y que se refieren a relaciones basadas en el respeto, aceptación, colaboración y reciprocidad en el ámbito familiar, social, laboral. Al inicio de la investigación no me percaté de que estos elementos pudiesen ser considerados como factores protectores y que pudiesen favorecer el balance emocional. El visitar estos lugares promovería la resiliencia, entendida como la capacidad humana de confrontar la adversidad (Alayarian, 2007; Atkinson, et al., 2009).

Recientemente enmarqué estos elementos en un modelo que le he denominado Modelo de Coexistencia y que pudiese complementar nuestro enfoque que inicialmente se había focalizado en los aspectos contextuales del dolor, al evaluar los eventos traumáticos experimentados y sintomatología post traumática.

La comprensión de los aspectos traumáticos debiese complementarse con los aspectos protectores que la persona ha experimentado. Mi sugerencia es indagar por las experiencias en que la persona a experimentado relaciones de reconocimiento y cuidado emocional, en las que ha experimentado relaciones de reciprocidad, colaboración y respeto. Relaciones en la que se promueve el bienestar.

Para ello es necesario entender la trama social desde donde proviene la persona, en el modelo aparece un núcleo en el que he ubicado la identidad, que está rodeada por la dimensión persona, familia, comunidad y territorio (ontosistema and microsistema). A su vez rodeado con los componentes sociales que caracterizan a las sociedades: Arte, Recreación, Religión, Salud, Educación, Medios de Comunicación, Política, Economía, Seguridad, Justicia, Roles atribuidos a la femenino y masculino en la cultura (exosistema y macrosistema). La imagen está sostenida por una membrana permeable que permite el flujo de información en ambas direcciones con el entendimiento de que los individuos influyen a las instituciones y a su ambiente ecológico (U. Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

Muchas personas que consultan en el Centro de Tratamiento, han debido abandonar su lugar de origen y el idioma que les comunicaba a sus familias. Es común encontrar personas que tienen un idioma indígena, quienes debieron aprender español en los procesos de desplazamiento y posteriormente se enfrentan a una cultura en la que el inglés es el idioma dominante.

La opción de presentar este modelo en tres idiomas es porque creo que los pacientes que consultan llevan consigo a su lugar de destino y al espacio clínico, conceptos culturales que les identifican, y la comprensión de la persona debiese valorar y visibilizar los contextos de origen, porque pueden ser elementos aliados en la promoción del bienestar emocional (ver anexo 4, 5 y 6).

Por lo que para futura investigaciones es altamente recomendable desarrollar investigaciones cuantitativas y cualitativas que documenten con el paciente los aspectos

protectores que fomentan la recuperación y el enfrentamiento saludable a los desafíos contextuales en las personas.

También creemos importante investigar sobre el impacto en la salud mental de los procesos de adaptación al país de acogida. Se entienden los desafíos que impone el trabajar con refugiados en los países de acogida debido a las barreras del idioma, en este caso la terapeuta tiene como su primer idioma español favoreciendo el entendimiento cultural y la creación del vínculo.

V.7. Limitaciones de la investigación

Esta investigación posee limitaciones debido a que no existe estandarización de instrumentos para evaluar experiencias traumáticas en refugiados hispano parlantes. La baremación de los ítems es una primera aproximación.

Otra limitación se refiere al uso del Cuestionario Harvard de modo parcial, lo que hemos justificado clínicamente por entender las dificultades de las personas desplazadas a aproximarse a un instrumento de lápiz y papel.

Además no incorporo en el proceso diagnóstico la evaluación de experiencias y relaciones protectoras que pudiesen favorecer el desplazamiento gradual hacia el bienestar emocional.

V.8. Implicaciones de la investigación

Desde el punto de vista de la psicología clínica esta investigación tiene implicaciones teóricas como generadora de conocimiento, al evaluar las experiencias

traumáticas y contrastarlo con el tipo de diagnóstico clínico, invitando a la comunidad científica a explorar modelos de intervención cultural y contextualmente apropiados.

El estudio desafía a los profesionales de la Salud Mental a estar atentos a las demandas éticas que implica el trabajo con desplazados por razones de violencia política. Y destaca la responsabilidad de documentar los eventos traumáticos a modo de visibilizar específicos actos violentos que generalmente son minimizados en las sociedades que enfrentan conflictos violentos.

Provee un marco de normativas internacionales desde el cual los profesionales pueden enmarcar el desempeño profesional debido a la contemporaneidad de la violencia política en Latino América, la que afecta principalmente a las comunidades indígenas.

De igual modo se considera que tiene implicaciones políticas al proveer a los Sistemas de Salud con información que les invita a crear modelos de atención culturalmente apropiados e incluyentes de las minorías, en un marco de pluralidad de profesiones, disciplinas y actores sociales Favoreciendo las relaciones basadas en el respeto, reciprocidad y aceptación de la diversidad.

Consideramos que también posee implicaciones epistemológicas porque desde el modelo ecológico se favorece la aceptación de diversas epistemologías, la idea de que diversos paradigmas pueden coexistir y comprenderse mutuamente. Sin forzar la imposición de un estilo de acercamiento a la realidad social. El elemento vinculante entre diversas epistemologías y paradigmas es el lenguaje de la aceptación como fundamento

ético de la subjetividad (Corning, 2008; Maturana & Davila, 2008; Mesoudi, 2009; Mesoudi & Danielson, 2008).

REFERENCIAS

- Adanu, R. M., & Johnson, T. R. (2009). Migration and women's health. *Int J Gynaecol Obstet*, 106(2), 179-181.
- Alayarian, A. (2007). *Resilience, Suffering and Creativity: The Work of the Refugee Therapy Centre*. London, UK: Karnac Books.
- Alderdice, J. T. (2009). Sacred values: psychological and anthropological perspectives on fairness, fundamentalism, and terrorism. *Ann N Y Acad Sci*, 1167, 158-173.
- Alegria, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., et al. (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups. *Am J Psychiatry*, 165(3), 359-369.
- Alegria, M., Shrout, P. E., Torres, M., Lewis-Fernandez, R., Abelson, J. M., Powell, M., et al. (2009). Lessons learned from the clinical reappraisal study of the Composite International Diagnostic Interview with Latinos. *Int J Methods Psychiatr Res*, 18(2), 84-95.
- Alegria, M., Takeuchi, D., Canino, G., Duan, N., Shrout, P., Meng, X. L., et al. (2004). Considering context, place and culture: the National Latino and Asian American Study. *Int J Methods Psychiatr Res*, 13(4), 208-220.
- Allden, K., Jones, L., Weissbecker, I., Wessells, M., Bolton, P., Betancourt, T. S., et al. (2009). Mental health and psychosocial support in crisis and conflict: report of the mental health working group. *Prehosp Disaster Med*, 24 Suppl 2, s217-227.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision DSM-IV-TR (2000). (4th ed.). Washington, D.C. : American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM III (1980). Washington. DC.: American Psychiatric Association.
- Amnesty International (2009). Annual Report. Retrieved on December 26, 2009 at <http://thereport.amnesty.org/sites/report2009.amnesty.org/files/documents/air09-es.pdf>.)
- Atkinson, P. A., Martin, C. R., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(2), 137-145.
- Barudy, J. (1989). A programme of mental health for political refugees: dealing with the invisible pain of political exile. *Soc Sci Med*, 28(7), 715-727.

- Barudy, J., & Marquebreucq, A. (2006). *Hijas e Hijos de madres resilientes: Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de genero, guerra, genocidio, persecucion y exilo.* (Segunda Edicion ed.). Barcelona, Espanha: Editorial Gedisa.
- Beinstein, C. (2005). Desafios para la democracia y la convivencia social. En: Instituto Internacional para la Democracia y la Asistencia Electoral / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Verdad, justicia y reparacion.
- Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *Int Rev Psychiatry*, 20(3), 317-328.
- Bisson, J. I. (2008). Pharmacological treatment to prevent and treat post-traumatic stress disorder. *Torture*, 18(2), 104-106.
- Boehnlein, J., & Alarcon, R. (2000). Aspectos culturales del Trastorno de Estrés Postraumático. *Monografias de psiquiatria.*, XXII,(4), 18-23.
- Boehnlein, J. K., & Kinzie, J. D. (1992). Commentary. DSM diagnosis of posttraumatic stress disorder and cultural sensitivity: a response. *J Nerv Ment Dis*, 180(9), 597-599.
- Boehnlein, J. K., Kinzie, J. D., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K., & Rosborough, B. (2004). A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. *J Nerv Ment Dis*, 192(10), 658-663.
- Boehnlein, J. K., Leung, P. K., & Kinzie, J. D. (2008). Cross-cultural psychiatric residency training: the Oregon experience. *Acad Psychiatry*, 32(4), 299-305.
- Borja, H., Barreto, I., Alzate, M., Sabucedo, J. M., & Lopez Lopez, W. (2009). [Beliefs about the adversary, political violence and peace processes.]. *Psicothema*, 21(4), 622-627.
- Brentlinger, P. E., & Hernan, M. A. (2007). Armed conflict and poverty in Central America: the convergence of epidemiology and human rights advocacy. *Epidemiology*, 18(6), 673-677.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design.* Boston, EU: Harvard College.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspective on human development.* Thousand Oaks, E.U.: Sage Publisher.

- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychol Rev*, 101(4), 568-586.
- Campbell, D. G., Felker, B. L., Liu, C. F., Yano, E. M., Kirchner, J. E., Chan, D., et al. (2007). Prevalence of depression-PTSD comorbidity: implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *J Gen Intern Med*, 22(6), 711-718.
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma Violence Abuse*, 10(3), 225-246.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2009). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry*.
- Caspi, Y., Poole, C., Mollica, R. F., & Frankel, M. (1998). Relationship of child loss to psychiatric and functional impairment in resettled Cambodian refugees. *J Nerv Ment Dis*, 186(8), 484-491.
- Catani, C. (2009). Pattern of cortical activation during processing of aversive stimuli in traumatized survivors of war and torture. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259(6), 340-351.
- Census Oregon (2000) visita mayo 16 2007
<http://www.census.gov/census2000/states/or.html>.
- Corning, P. A. (2008). Holistic Darwinism: the new evolutionary paradigm and some implications for political science. *Politics Life Sci*, 27(1), 22-54.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., Schermerhorn, A. C., Merrilees, C. E., & Cairns, E. (2009). Children and political violence from a social ecological perspective: implications from research on children and families in Northern Ireland. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 12(1), 16-38.
- Cuya, E. (2001). El impacto de las Comisiones de la Verdad en América Latina. Ponencia presentada en el Encuentro Internacional organizado en Lima por la Asociación Paz y Esperanza, en octubre del 2001. "Sociedad Civil y Comisiones de la Verdad en América Latina". Consultado Enero 4, 2010 en <http://www.derechos.org/nizkor/doc/articulos/cuya.html>
- Chung, H., & Breslau, N. (2008). The latent structure of post-traumatic stress disorder: tests of invariance by gender and trauma type. *Psychol Med*, 38(4), 563-573.

- De Jong, J. T. (2009). A public health framework to translate risk factors related to political violence and war into multi-level preventive interventions. *Soc Sci Med*.
- de Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., et al. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Jama*, *286*(5), 555-562.
- Dillenburger, K., Fargas, M., & Akhonzada, R. (2008). Long-term effects of political violence: narrative inquiry across a 20-year period. *Qual Health Res*, *18*(10), 1312-1322.
- Dubow, E. F., Huesmann, L. R., & Boxer, P. (2009). A social-cognitive-ecological framework for understanding the impact of exposure to persistent ethnic-political violence on children's psychosocial adjustment. *Clin Child Fam Psychol Rev*, *12*(2), 113-126.
- Duran, E. (2006). *Healing the Soul Wound: Counseling With American Indians And Other Native Peoples*. New York, NY, EE.UU.: Teachers College, Columbia University.
- Duran, E., & Duran, B. (1995). *Native American Postcolonial Psychology*. New York, E.U.: State University of New York Press.
- Eisenman, D., Weine, S., Green, B., de Jong, J., Rayburn, N., Ventevogel, P., et al. (2006). The ISTSS/Rand guidelines on mental health training of primary healthcare providers for trauma-exposed populations in conflict-affected countries. *J Trauma Stress*, *19*(1), 5-17.
- Eisenman, D. P., Gelberg, L., Liu, H., & Shapiro, M. F. (2003). Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *Jama*, *290*(5), 627-634.
- Eisenman, D. P., Meredith, L. S., Rhodes, H., Green, B. L., Kaltman, S., Cassells, A., et al. (2008). PTSD in Latino patients: illness beliefs, treatment preferences, and implications for care. *J Gen Intern Med*, *23*(9), 1386-1392.
- Elklit, A., & Petersen, T. (2008). Exposure to traumatic events among adolescents in four nations. *Torture*, *18*(1), 2-11.
- Fernandez, M., Pissioti, A., Frans, O., von Knorring, L., Fischer, H., & Fredrikson, M. (2001). Brain function in a patient with torture related post-traumatic stress disorder before and after fluoxetine treatment: a positron emission tomography provocation study. *Neurosci Lett*, *297*(2), 101-104.

- Foa, E. B., & Street, G. P. (2001). Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry, 62 Suppl 17*, 29-34.
- Foa, E. B., & Tolin, D. F. (2000). Comparison of the PTSD Symptom Scale-Interview Version and the Clinician-Administered PTSD scale. *J Trauma Stress, 13*(2), 181-191.
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Alegria, M. (2008). Political violence, psychosocial trauma, and the context of mental health services use among immigrant Latinos in the United States. *Ethn Health, 13*(5), 435-463.
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Alegria, M. (2009). A qualitative study of clinicians' use of the cultural formulation model in assessing posttraumatic stress disorder. *Transcult Psychiatry, 46*(3), 429-450.
- Gagnon, A. J., Tuck, J., & Barkun, L. (2004). A systematic review of questionnaires measuring the health of resettling refugee women. *Health Care Women Int, 25*(2), 111-149.
- Giacaman, R., Shannon, H. S., Saab, H., Arya, N., & Boyce, W. (2007). Individual and collective exposure to political violence: Palestinian adolescents coping with conflict. *Eur J Public Health, 17*(4), 361-368.
- Gill, J. M., Page, G. G., Sharps, P., & Campbell, J. C. (2008). Experiences of traumatic events and associations with PTSD and depression development in urban health care-seeking women. *J Urban Health, 85*(5), 693-706.
- Gurr, R., & Quiroga, J. (2001). Approaches to torture rehabilitation: A desk study covering effects, cost effectiveness, participation and sustainability. *Torture, 1*, 1-35.
- Harris, M., & Zwar, N. (2005). Refugee health. *Aust Fam Physician, 34*(10), 825-829.
- Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *J Trauma Stress, 9*(1), 3-23.
- Hedges, C. (2002). *War Is a Force that Gives Us Meaning* New York, NY, EE.UU.: Public Affairs.
- Hollifield, M., Eckert, V., Warner, T. D., Jenkins, J., Krakow, B., Ruiz, J., et al. (2005). Development of an inventory for measuring war-related events in refugees. *Compr Psychiatry, 46*(1), 67-80.
- Hollifield, M., Warner, T. D., Krakow, B., Jenkins, J., & Westermeyer, J. (2009). The range of symptoms in refugees of war: the New Mexico Refugee Symptom Checklist-121. *J Nerv Ment Dis, 197*(2), 117-125.

- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., et al. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *Jama*, 288(5), 611-621.
- Hondius, A. J., van Willigen, L. H., Kleijn, W. C., & van der Ploeg, H. M. (2000). Health problems among Latin-American and middle-eastern refugees in The Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *J Trauma Stress*, 13(4), 619-634.
- Horton, S. (2009). A mother's heart is weighed down with stones: a phenomenological approach to the experience of transnational motherhood. *Cult Med Psychiatry*, 33(1), 21-40.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims. (2008) Annual Report. Retrieved December 26, 2009 <http://www.irct.org/library/irct-annual-reports.aspx>.
- Johnsen, G. E., & Asbjornsen, A. E. (2009). Verbal learning and memory impairments in posttraumatic stress disorder: the role of encoding strategies. *Psychiatry Res*, 165(1-2), 68-77.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. *Clin Psychol Rev*, 28(1), 36-47.
- Keller, A., Lhewa, D., Rosenfeld, B., Sachs, E., Aladjem, A., Cohen, I., et al. (2006). Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services. *J Nerv Ment Dis*, 194(3), 188-194.
- Kinzie, J. D. (1978). Lessons from cross-cultural psychotherapy. *Am J Psychother*, 32(4), 510-520.
- Kinzie, J. D. (1981). Evaluation and psychotherapy of Indochinese refugee patients. *Am J Psychother*, 35(2), 251-261.
- Kinzie, J. D. (2001). Psychotherapy for massively traumatized refugees: the therapist variable. *Am J Psychother*, 55(4), 475-490.
- Kinzie, J. D. (2006). Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcult Psychiatry*, 43(4), 577-591.
- Kinzie, J. D., & Boehnlein, J. K. (1993). Psychotherapy of the victims of massive violence: countertransference and ethical issues. *Am J Psychother*, 47(1), 90-102.

- Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Riley, C., & Sparr, L. (2002). The effects of September 11 on traumatized refugees: reactivation of posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis, 190*(7), 437-441.
- Kinzie, J. D., Cheng, K., Tsai, J., & Riley, C. (2006). Traumatized refugee children: the case for individualized diagnosis and treatment. *J Nerv Ment Dis, 194*(7), 534-537.
- Kinzie, J. D., Denney, D., Riley, C., Boehnlein, J., McFarland, B., & Leung, P. (1998). A cross-cultural study of reactivation of posttraumatic stress disorder symptoms: American and Cambodian psychophysiological response to viewing traumatic video scenes. *J Nerv Ment Dis, 186*(11), 670-676.
- Kinzie, J. D., & Fleck, J. (1987). Psychotherapy with severely traumatized refugees. *Am J Psychother, 41*(1), 82-94.
- Kinzie, J. D., Fredrickson, R. H., Ben, R., Fleck, J., & Karls, W. (1984). Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *Am J Psychiatry, 141*(5), 645-650.
- Kinzie, J. D., & Goetz, R. R. (1996). A century of controversy surrounding posttraumatic stress stress-spectrum syndromes: the impact on DSM-III and DSM-IV. *J Trauma Stress, 9*(2), 159-179.
- Kinzie, J. D., & Leung, P. (1989). Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis, 177*(9), 546-550.
- Kluft, R. P., Bloom, S. L., & Kinzie, J. D. (2000). Treating traumatized patients and victims of violence. *New Dir Ment Health Serv*(86), 79-102.
- Kolassa, I. T., Eckart, C., Ruf, M., Neuner, F., de Quervain, D. J., & Elbert, T. (2007). Lack of cortisol response in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD) undergoing a diagnostic interview. *BMC Psychiatry, 7*, 54.
- Koonings, K., & Krujit, D. (1999). *Societies of Fear: The Legacy of Civil War, Violence and Terror in Latin America*. London: Zed Books.
- Laurie, M., & Petchesky, R. P. (2008). Gender, health, and human rights in sites of political exclusion. *Glob Public Health, 3 Suppl 1*, 25-41.
- Lears, L. O., & Abbott, J. S. (2005). The most vulnerable among us. *Health Prog, 86*(1), 22-25, 60.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brahler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med, 69*(2), 246-257.

- Lira, E. (1996). *Reparación, derechos humanos y salud mental*. Santiago: Ediciones Chile-América CESOC. . Santiago, Chile CESOC.
- Lira, E., Becker, D., & Castillo, M. (1989). *Psicoterapia de la represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico, político y político*. En Becker & Lira. *Derechos Humanos: Todo es según el dolor con que se mira*. (p.22-54). Santiago, Chile: ILAS.
- Madariaga, C. (2001). Tortura y trauma psicosocial. *Reflexion*, 27, 5-9.
- Madariaga, C. (2002). *Trauma psicosocial, trastorno de estrés post traumático y tortura* (Vol. Serie Monográfica 11). Santiago, Chile: Ediciones CINTRAS.
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M., & Chun, C. A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *Jama*, 294(5), 571-579.
- Martin-Baro, I. (1988). La violencia política y la guerra como causas en el país del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*, 28, 123-141.
- Maturana, H., & Davila, X. (2008). *Habitar Humano en seis ensayos de biología-cultural*. Santiago, Chile: Instituto Matriztico.
- Maturana, H., Mpodozis, J., & Carlos Letelier, J. (1995). Brain, language and the origin of human mental functions. *Biol Res*, 28(1), 15-26.
- Mesoudi, A. (2009). How cultural evolutionary theory can inform social psychology and vice versa. *Psychol Rev*, 116(4), 929-952.
- Mesoudi, A., & Danielson, P. (2008). Ethics, evolution and culture. *Theory Biosci*, 127(3), 229-240.
- Miller, K., & Rasco, L. (2004). *The Mental Health of Refugees Ecological Approaches To Healing and Adaptation*. Mahwah, NJ, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, K. E. (1996). The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: a mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Dev*, 67(1), 89-106.
- Mollica, R. (2006). *Healing Invisible Wounds: Paths to Hope and Recovery in a Violent World*. Orlando: Hourtcourt.
- Mollica, R. F. (1996). Human rights reflections in daily medical practice. *Med J Aust*, 165(11-12), 594-595.

- Mollica, R. F. (2004). Surviving torture. *N Engl J Med*, 351(1), 5-7.
- Mollica, R. F., Cardozo, B. L., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A., & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, 364(9450), 2058-2067.
- Mollica, R. F., Caridad, K. R., & Massagli, M. P. (2007). Longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and changes in traumatic memories over time in Bosnian refugees. *J Nerv Ment Dis*, 195(7), 572-579.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis*, 180(2), 111-116.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Sarajlic, N., Lavelle, J., Sarajlic, I., & Massagli, M. P. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Jama*, 282(5), 433-439.
- Moser, C., & Clark, F. (2001). *Victims, Perpetrators or Actors?: Gender, Armed Conflict and Political Violence* London, UK: Zed Books.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull*, 133(2), 183-204.
- Organizacion de Naciones Unidas(2007) Consejo de Derechos Humanos. Convención Internacional contra las Desapariciones Forzadas.Geneva, Suiza. .
- Organizacion de Naciones Unidas, (2005). Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. Resolucion Comite de Derechos Humanos. Geneva , Suiza.
- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., & Lopez-Carrillo, L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Publica Mex*, 50 Suppl 1, S29-37.
- Pedersen, D., Tremblay, J., Errazuriz, C., & Gamarra, J. (2008). The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands. *Soc Sci Med*, 67(2), 205-217.
- Peirce, J. M., Burke, C. K., Stoller, K. B., Neufeld, K. J., & Brooner, R. K. (2009). Assessing traumatic event exposure: comparing the Traumatic Life Events Questionnaire to the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Psychol Assess*, 21(2), 210-218.

- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*, 294(5), 602-612.
- Punamaki, R. L., Komproe, I. H., Qouta, S., Elmasri, M., & de Jong, J. T. (2005). The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *Am J Psychiatry*, 162(3), 545-551.
- Quiroga (2009). Torture in children. *Torture*, 19(2), 66-87.
- Quiroga, J., & Jaranson, J. (2005). Politically-motivated torture and its survivors. A desk study review of the literature. *Torture*, 13(2-3), 1-111.
- Roberts, B., Ocaka, K. F., Browne, J., Oyok, T., & Sondorp, E. (2008). Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 8, 38.
- Robertson, C. L., & Duckett, L. (2007). Mothering during war and postwar in Bosnia. *J Fam Nurs*, 13(4), 461-483.
- Rondon, M. B. (2003). From Marianism to terrorism: the many faces of violence against women in Latin America. *Arch Womens Ment Health*, 6(3), 157-163.
- Sabin, M., Lopes Cardozo, B., Nackerud, L., Kaiser, R., & Varese, L. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *Jama*, 290(5), 635-642.
- Sabin, M., Sabin, K., Kim, H. Y., Vergara, M., & Varese, L. (2006). The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*, 19(3), 163-171.
- Sagi-Schwartz, A., Van, I. M. H., Grossmann, K. E., Joels, T., Grossmann, K., Scharf, M., et al. (2003). Attachment and traumatic stress in female holocaust child survivors and their daughters. *Am J Psychiatry*, 160(6), 1086-1092.
- Salkind, N. (1999). *Métodos de Investigación*. (3Ed. ed.). Mexico: Prentice Hall.
- Scharf, M. (2007). Long-term effects of trauma: psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Dev Psychopathol*, 19(2), 603-622.
- Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2008). Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *Int Clin Psychopharmacol*, 23(2), 70-83.

- Shoeb, M., Weinstein, H., & Mollica, R. (2007). The Harvard trauma questionnaire: adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. *Int J Soc Psychiatry*, 53(5), 447-463.
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *J Nerv Ment Dis*, 187(4), 200-207.
- Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., et al. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: a longitudinal study. *Am J Disaster Med*, 2(6), 321-329.
- Sluzki, C. E. (1993). Toward a model of family and political victimization: implications for treatment and recovery. *Psychiatry*, 56(2), 178-187.
- Sondergaard, H. P., Ekblad, S., & Theorell, T. (2003). Screening for post-traumatic stress disorder among refugees in Stockholm. *Nord J Psychiatry*, 57(3), 185-189.
- Tata Arcel, L. (1998). *War, Violence, Trauma and the Coping Process: Armed conflicts in Europe and survivor responses*. Copenhagen, Dinamarc: International Reahabilitation Council for Torture Victims.
- Tata Arcel, L., Folnegovic-Smale, V., Kosaric-kovacic, D., & Marusic, A. (1999). *Psychosocial Help to War Victims: Women Refugees and Their Families*. Copenhagen International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT).
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull*, 132(6), 959-992.
- United Nations (1999) Declaración de Derechos de Restitución para las Víctimas de Violaciones Graves a los Derechos Humanos. Comite de Derechos Humanos. Geneva, Suiza.
- United Nations.1993 Declaration on the elimination of violence against women. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations. (1985) Declaration of Basic Principles of Justice for Victims of Crime and Abuse of Power. Visita Decembre 27, 2009. <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/victims.pdf>. Retrieved from <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/victims.pdf>.

- United Nations. Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. 10 December 1984. In *Human Rights 1945 – 1995*. Volume VII: Documents pp 294-300. Geneva: United Nations
- Van der Kolk, B. a., Mc Farlane, A.c.& Weisaeth, L (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Vetere, E., & Melup, I. (1996). *Criminal Activity: Victims of Crime*. In Y. Daniely, N. Rodley, L. Weisaeth (Eds.), *International Response to Traumatic Stress*. New York, E.U.: Baywood Publishing on Behaf of United Nations.
- Weinstein, C. e. a. (2001). Neuropsychological issues in the assessment of refugees and victims of mass violence. *Neuropsychol Rev*, 11(3), 131-141.
- World Health Organization (2002) Report on violence and health. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap8_eng.pdf Visita Enero 24 2009.
- World Health Organization. (2009). Reducing violence through victim identification, care and support programmes. briefings on violence prevention: the evidence. Geneva, Switzerland).
- Yellow Horse Brave Heart, M. (1995). *The return to the sacred path: Healing from historical trauma and historical unresolved grief among the Lakota*. Smith College, Northhamton, Massachussetts.

ANEXOS

ANEXO 1: EVALUACION DE SALUD MENTAL

**Evaluación de Salud Mental
Programa de Psiquiatría Intercultural
Un servicio de Salud Mental No Residencial
Universidad de Ciencias de la Salud de Oregon**

Nombre: _____ **Fecha:** _____ **Edad:** _____
Fecha de nacimiento
Género: hombre mujer **Situación marital:** casado soltera viuda divorciada
 separada
Fuente de información: _____ **Seguro de salud:** _____
Fuente de referencia: _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código:** _____
Teléfono: -
País de origen: _____ **Número de paciente:** _____

*Include history for each domain as well as information regarding current status.
Complete each domain as relevant to client and treatment modality.
Incluir historia de cada dominio así como la información del actual estatus legal.*

- A. Motivo de consulta:**
(Eventos precipitante, historia del problema, síntomas actuales)

B. Examen mental: (Please check all that apply.)

- Apariencia** bien vestido Descuidado Bizarro Delgado/ gordo
 Inapropiado
- Actitud** Cooperativa Distante Sospechoso Hostil no cooperativo
- Lenguaje** Normal Apresurado Incoherente Suave/fuerte Lento/
Perseverante
- Actividad Motora** Calmada Agitada Retardada
 Hiperactiva Temblorosa/Tics
- Animo** tranquilo Disfórico Eufórico Ansioso Enojado
- Afectos** Amplia gama Apropiado Labilidad Plano
 Constreñido
- Pensamiento** Coherente Asociación Circunstancial
 Tangencial Sobre inclusivo
- Percepción** Normal Alucinaciones Flashbacks
 Grandiosidad Delirante Suicida/Homicida
- Orientación** Completamente orientado Desorientado
- Memoria** Intacta Reciente Remota
- Cognitiva** Intacta Pobre concentración Calculo
intacto Pobre atención
- Juicio** Intacto Mínimamente afectada
 Severamente afectada
- Insight** Intacto Mínimamente Afectada
 Severamente Afectada
- Abstracción** Intacta Afectada mínimamente Afectada
severamente

Comentarios:

C. Nivel de Funcionamiento:

(Social, educacional, vocacional, actividades de la vida diaria; participación en actividades intereses aficiones, y habilidades)

D. Conductas de riesgo:

(Intentos suicidas, ideación suicida, o conductas de auto agresión, amenaza de agresión o agresiones cometidas, arrestos legales, condenas, libertad vigilada)
¿Apuesta? ¿Qué tipo de apuestas?:

¿En los últimos treinta días ha apostado? ¿Cuánto dinero?

¿En el último mes ha sentido que necesita apostar para recuperar el dinero que perdió?

E. Historia de Salud Mental:

(Ha recibido antes tratamiento psiquiátrico medicamentos psiquiátricos, hospitalización tratamiento, psicológico, fecha y duración del tratamiento, historia familiar de salud menta)

F. Abuso de sustancia:

(Tipo y frecuencia del abuso de sustancia, tratamiento, conciencia del problema, historia familiar)

· ¿En los últimos treinta días cuantas veces ha consumido alcohol?

· ¿Cuantos tragos usted bebe cada vez que usa alcohol?
(Cerveza = vino= alcohol)

· En el último año ha usado:

Marihuana: S N Si responde sí, ¿Cuántas veces al mes?

Cocaína: S N Si responde sí, ¿Cuántas veces al mes?

Anfetaminas: S N Si responde sí, ¿Cuántas veces al mes?

Otras drogas: S N Si responde sí, ¿Cuántas veces al mes?

· ¿Usted fuma cigarrillos? S Si responde si, ¿Cuántos al día y en una semana?:

G. Historia Física:

(Medicamentos actuales, cirugías, accidentes, lesiones en la cabeza, historia familia de enfermedades, condición médica actual, tratamiento y alergias))

¿Usted padece de alergias? Si responde sí, describa que alergia:

¿Toma usted algún tipo de suplemento alimenticio o medicinas alternativas?
Que tipo:

H. Historia Familiar:

(Relaciones actuales y pasada, nivel de apoyo, aspectos evolutivos, factores culturales, padres sustitutos o custodia de niños de la familia)

I. Cultura:

(Etnicidad, cultura, apoyo social, lenguaje y barreras culturales)

J. Social:

(Actividades de esparcimientos, habilidades sociales, red de apoyo)

K. Educación/ Vocación:

(Participación en actividades educativas, interés educacional, vocación, interés y habilidades)

L. Problemas legales:

(Detenciones, condenas, libertad vigilada)

M. Diagnóstico DSM-IV : (Listar código y nombre del diagnóstico)

Eje I: _____

Eje II: _____

Eje III: _____

Eje IV: _____

Eje V: GAF: _____

N. Prioridad de los servicios:

Prioridad 1

- Inmediato riesgo de hospitalización debido a enfermedad o desorden mental.
- Necesidad de continuar servicios para evitar hospitalización, debido a desorden de salud mental.
- Significa una amenaza a sí mismo o a otros debido a su desorden emocional.

Prioridad 2

Posee un desorden de salud mental o emocional que no requiere hospitalización en el futuro cercano pero que significa un impacto en la habilidad para funcionar en la vida diaria.

Prioridad 3

Posee un desorden de salud mental o emocional y sería beneficioso recibir servicios de salud mental pero no necesarios para funcionar en la vida diaria.

O. Plan de tratamiento inicial:

(Tipo de servicios; cantidad y frecuencia y persona responsable)

Firma Profesional calificado de salud mental : _____ **Fecha:** _____

ANEXO 2: CUESTIONARIO HARVARD

Cuestionario Harvard Lista de Chequeo de Eventos Modificada (Algunos Ítems de la Escala de Trauma de Harvard)

Nos gustaría preguntarle acerca de algunos aspectos de su pasado y presente. Si alguna de estas preguntas usted la considera muy fuerte por favor siéntase libre de responder. Las respuestas son confidenciales.

Abajo está listado un número de dificultades y cosas estresantes que a veces le pasan a las personas. Por ejemplo una o más de las cajas a la derecha indica que : a) esto le ha pasado a usted personalmente, b) usted presenció que esto le pasó a otra persona, C) usted se enteró que esto le paso a otra persona cercana a usted, d) usted no está seguro , e) esto no le aplica a usted. Este seguro que considera su vida entera (infancia y adultez) como va en la lista de eventos.

Evento	Me ha sucedido	Lo he observado	Me he enterado	No seguro	No aplica
1.-Expuesto a sustancias toxicas (por ejemplo químicos peligrosos, radiación)					
2. Asalto físico (por ejemplo, haber sido atacado, bofetadas, patadas)					
3. Asalto con un arma(por ejemplo, haber sido disparado, apuñalado, amenazado con un cuchillo, arma o bomba)					
4. Asalto Sexual (violación, intento de violación, forzado ejecutar cualquier tipo de acto sexual bajo amenaza de daño)					
5. Otra experiencia sexual indeseada o no desagradable					
6. Exposición a una zona de combate o guerra (como militar o como civil)					
7.- Cautiverio (por ejemplo haber sido secuestrado, detenido, rehén, prisionero de Guerra)					

8. Enfermedad o herida que amenazó su vida sin cuidado medico					
9. Privación de comida y agua					
10. Privación de Refugio					
11. Separación forzada de miembros de la familia					
12. Asesinato de miembros de la familia					
13. Muerte no natural de familiares o amigos					
14. Asesinato de extraños o desconocidos					
15 Tortura					
16. Otra situación que fue amenazante o en que sintió que su vida estaba en peligro					
Lesiones en la Cabeza	Si	No	Fecha		
17. Le ha sucedido algo de lo siguiente:					
Ahogándose					
Sofocación					
Golpe en la cabeza					
18. Pérdida de la consciencia					
Si le ha sucedido. Por cuánto tiempo?					

ANEXO 3: ESCALA SHEEHAN

Escala de Autopercepción de Síntomas Sheehan

Por favor indique:

1. En que medida sus síntomas emocionales interrumpen su vida en el trabajo en los últimos meses.

No del todo Medianamente Moderadamente Marcadamente
Extremadamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. En que medida sus síntomas emocionales han interrumpido su vida social en los últimos meses:

No del todo Medianamente Moderadamente Marcadamente
Extremadamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

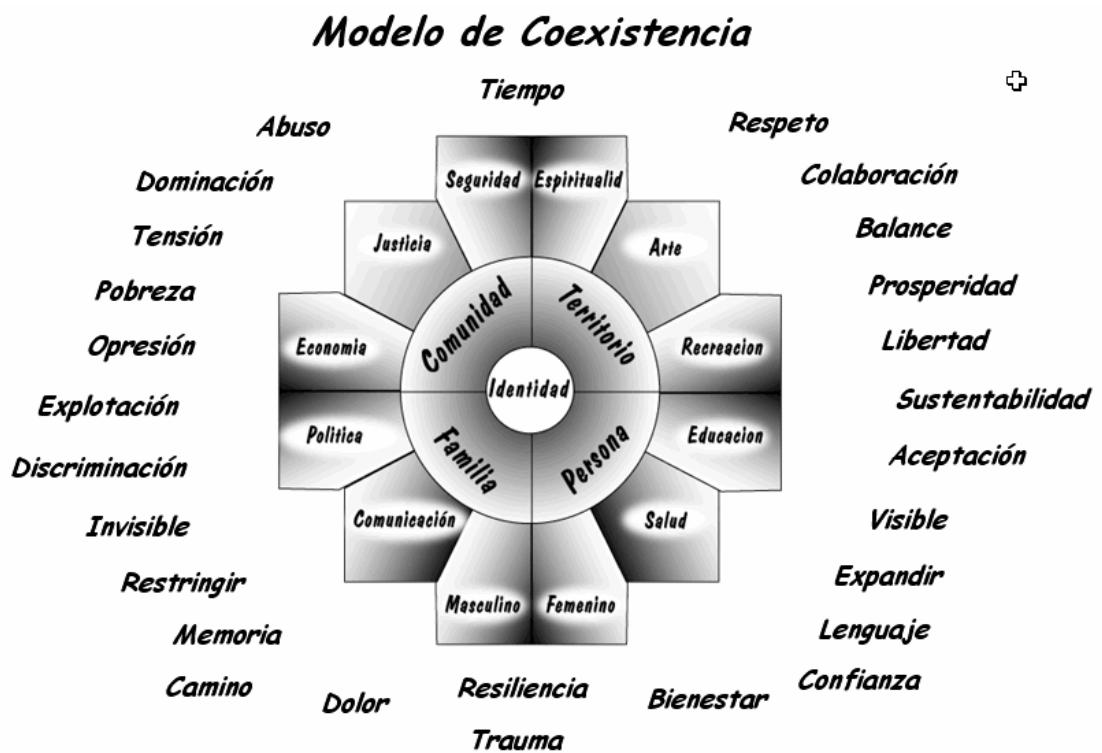
3. En que medida sus síntomas emocionales han interrumpido su vida familiar/ responsabilidades en el hogar en los últimos meses.

No del todo Medianamente Moderadamente Marcadamente
Extremadamente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

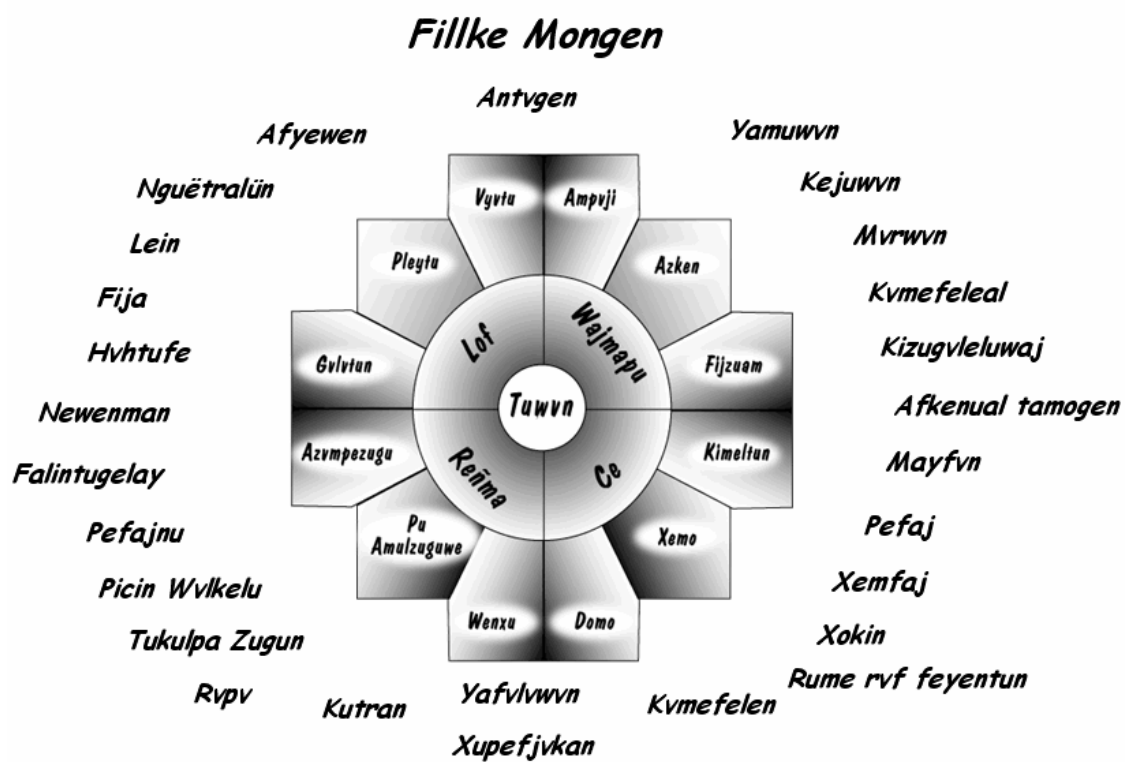
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reproduced with permission of D.V. Sheehan, M.D. 1983
Reproducido con permiso de D.V. Sheehan, MD. 1983

ANEXO 4: MODELO COEXISTENCIA (CASTELLANO)



ANEXO 5: MODELO COEXISTENCIA (MAPUZUGUN)



ANEXO 6: MODELO COEXISTENCIA (INGLES)

