

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE GRUPO ESTRUCTURADO EN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA DSPT EN ADULTOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO*

MARÍA CLARA RODRÍGUEZ DÍAZ¹
UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Recibido: junio 15 de 2006

Revisado: junio 27 de 2006

Aceptado: julio 17 de 2006

ABSTRACT

In this paper, an analysis is made on the efficacy of a structured group program in emotional, cognitive and social coping skills for the treatment of a sample of adults and adolescents that developed posttraumatic stress disorder after a forced displacement situation. The participants completed a 10-session intervention including pre and post assessments about the severity level of the symptoms using the PSD scale (Foa, 1995) and an additional measure one month after. The results showed significant improvements in symptoms in both groups and in each one of the possible comparisons. Recovery shows that the decrease in the severity level of symptoms affects the functioning level positively.

Keywords: Forced displacement, Posttraumatic Stress Disorder, Group therapy.

* Esta investigación fue apoyada en su proceso de ejecución por la Cruz Roja Colombiana, Seccional Cundinamarca, Bogotá. Agradecemos a Andrea Beltrán, trabajadora social, y a Hugo Gutiérrez, psicólogo, quienes nutrieron con sus aportes permanentes el trabajo desde el área de Bienestar Comunitario. También un agradecimiento especial a los estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de La Sabana.

¹ María Clara Rodríguez Díaz. Universidad de La Sabana, Campus Universitario, Puente del Común, Km 21 Autopista Norte de Bogotá, Chía, Cundinamarca, Colombia. Tels. 8615555 - 8616666. Correo electrónico: mariarb@unisabana.edu.co.

RESUMEN

Este estudio evalúa la eficacia de un programa de grupo estructurado en el desarrollo de estrategias de afrontamiento emocional, cognoscitivo y social para un grupo de adultos y adolescentes que desarrollaron estrés postraumático con posterioridad a una situación de desplazamiento. Los participantes completaron los diez encuentros de intervención, incluyendo las medidas pre y post en relación al nivel de severidad de los síntomas con la escala PSD (Foa, 1995) y una medida adicional un mes después. El análisis de los datos, muestra que la magnitud del cambio es significativa en ambos grupos y en cada una de las comparaciones posibles. La recuperación muestra que la reducción en el nivel de severidad de los síntomas, impacta positivamente el nivel de funcionamiento.

Palabras clave: Desplazamiento forzado, estrés postraumático, psicoterapia de grupo.

Colombia es el tercer país con mayor índice de desplazamiento en el mundo después de Angola y Sudán (Camacho, 2000). Esto ha sido un punto de partida para tomar conciencia de un fenómeno que ha existido desde hace muchos años, pero sólo comienza a tener importancia pública desde 1995, cuando se socializa la primera investigación sobre esta problemática. A partir de este momento, académicos e investigadores inician un proceso de acercamiento que busca describir, cuantificar, comprender, prevenir y hacer propuestas de intervención con el fin de atender las consecuencias psicológicas y sociales generadas por esta forma de violencia (Cervellin y Uribe, 2000).

Esta problemática compartida por ciudadanos de otros países del mundo, lleva a reconocer que tenemos la responsabilidad y el compromiso de darle respuesta no solamente desde nuestro saber como profesionales de las ciencias sociales, sino como miembros de una sociedad solidaria y democrática. Una primera aproximación con este compromiso, está representada por las intervenciones desde una perspectiva individual, que si bien no se constituyen en ideales sobre los cuales es necesario centrarse, son un punto de partida en el que han de confluír otras propuestas que incluyan la familia y la comunidad. Esta mirada ha sido compartida por Castaño (1994) cuando afirma que:

La intervención psicoterapéutica aislada e individual, permite la reflexión privada del individuo y lo dispone para emprender la búsqueda de alternativas concretas a su situación. Sin embargo, las alternativas individuales por sí mismas, no producen soporte social suficiente a las víctimas sino en la medida en que a través de ellas se reconstruyen identidades y pertenencias. (p.23)

Avanzar en esta dirección invita a conocer el fenómeno del desplazamiento, encontrando que múltiples fuentes pueden estar relacionadas. En la investigación realizada por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Pontificia Universidad Javeriana (2002), se muestra cómo el desplazamiento interno ha sido provocado por factores complejos y diversos. Se identifica por ejemplo que:

El incremento en el pie de fuerza de la guerrilla y los paramilitares, el mayor control territorial (expansión territorial) de los grupos armados y la riqueza adquirida por estos a través de actividades ilícitas como el narcotráfico, la extorsión y el secuestro, han generado situaciones de vulnerabilidad para la población civil que han provocado desplazamientos. (p. 29)

Si bien los anteriores factores han sido identificados como responsables, son el temor de la sociedad civil y los atentados contra la vida los que animan a los adultos, adolescentes y niños a salir de sus lugares de origen o de vivienda para buscar lugares de seguridad. Lo anterior se ha convertido en una amenaza permanente para la sociedad y a su vez en una de las experiencias de dolor y sufrimiento humano más significativas.

Estas experiencias por lo general han estado asociadas a la utilización de diferentes formas de violencia, como un medio de control social. Estas pueden ser descritas como amenazas directas, tortura, y homicidios entre otros. De igual manera, se observan alteraciones en las formas de relación de las familias, los vecinos y los amigos (OIM y Pontificia Universidad Javeriana, 2002).

Los factores anteriormente mencionados deberán ser tomados en consideración a la hora de

valorar el desplazamiento como un evento que genera impacto sobre la población, ya que estas condiciones que lo acompañaron o que actuaron como detonantes, son las que se reconocen como responsables de las experiencias de crisis de las personas o las familias. Las situaciones posibles que actúan como detonantes, fueron identificadas en una investigación llevada a cabo en población adulta por Rodríguez, Díaz, Niño, Samudio y Silva (2005), en la cual se encontraron las amenazas sobre la vida, las amenazas de reclutamiento generalmente a los hijos, los homicidios de personas cercanas, la presencia o la participación indirecta dentro de los enfrentamientos armados, las prácticas de torturas físicas y los atentados, como las más frecuentes en las historias de las personas víctimas de esta forma de violencia. Esta situación fue valorada también por Palacios (1999) cuando consideró que:

... Colombia es un país que ha sufrido de violencia a lo largo de toda su historia. Esta violencia ha generado un sinnúmero de transformaciones en la vida de todos sus habitantes y una de estas transformaciones la vemos reflejada en las consecuencias psicológicas de las personas desplazadas. Dentro de esta población son los niños y los jóvenes los más afectados, al lado de las mujeres y los ancianos. Este sufrimiento lo vemos reflejado, generalmente en el miedo, las pesadillas, los pensamientos repetitivos sobre los hechos dolorosos, el deseo de huir de lo que nos recuerda los momentos difíciles [...] esto es lo que llamamos estrés postraumático. (p. 1)

El estrés postraumático ha sido planteado como una problemática compleja, aun cuando se han hecho importantes avances en su descripción fenomenológica; si bien en la actualidad existen brechas para entender las reacciones psicológicas frente a los eventos traumáticos y el curso natural en el desarrollo de los síntomas, a futuro la investigación deberá centrarse en establecer la relación entre cada uno de los grupos de síntomas (Schell, Marshall & Jaycox, 2004). En el DSMIV, la descripción incluye tres categorías de síntomas que reflejan: a) La reexperimentación del evento persistentemente a través de recuerdos y sueños, b) la evitación persistente de estímulos, situaciones y personas asociadas al trauma y, c) síntomas persistentes de activación fisiológica incluyendo la hipervigilancia, el insomnio y respuestas exagera-

das de sobresalto. Esta caracterización, ha sido tomada como punto de referencia en la gran mayoría de investigaciones en este campo.

Un número importante de estudios en Colombia, han considerado la necesidad de comprender de qué manera esta perturbación ha limitado la capacidad de desarrollo de las personas, manifestándose en estados de desesperanza, ausencia de metas, lesión de su autoestima, pérdida de vínculos y, lo que es aún más grave, un aumento en la violencia (Codhes, 2000).

La variabilidad en las consecuencias observadas permite establecer que éstas en gran medida no dependen únicamente del evento doloroso, sino además de las características individuales, de la red de apoyo social y la cultura. De igual manera es importante revisar la situación traumática, en la que la forma de exposición, la magnitud del evento y la percepción de control y amenaza, afectan de una manera diferencial a la persona. En este mismo sentido, una vez que el evento ha ocurrido, es necesario atender a la pérdida de recursos, a los niveles de estrés actuales, a las condiciones de vida que se generan como consecuencia de esta nueva situación y a la posibilidad de acceder a nuevas redes de apoyo social (Flannery, 1998).

Rodríguez et al. (2005) reconocieron igualmente aspectos relacionados con la intensidad y la duración, así como con las fuentes de exposición. En este sentido se encuentra que la vivencia de manera directa es mayor frente a otras formas indirectas como la vicaria y la información verbal. En el caso de los adolescentes encontraron que las experiencias de abuso sexual y maltrato físico fueron valoradas como significativas en la vida de estas personas, especialmente cuando ellos priorizan el impacto de sus vivencias sobre la vida cotidiana. Los jóvenes les asignan un valor fundamental, centrado en las limitaciones y posibilidades de desarrollo, aunque es claro que la pérdida al tener que optar por el desplazamiento como una forma de seguridad, también es significativa.

La intensidad y el grado de exposición de la experiencia como una variable importante y que debe ser evaluada en la consideración del impacto sobre la vida de las personas ha sido reconoci-

da especialmente debido a una gran proporción en veteranos de combate que fueron capturados y torturados durante la segunda guerra mundial, en los que el estrés postraumático alcanzó el máximo nivel de severidad al compararlos con aquellos veteranos que no fueron capturados ni torturados (McNally, 2003). Sin embargo, hay que considerar que una amplia exposición no puede adicionar mucho a los niveles ya existentes de ajuste. Por ejemplo, una persona que ha sido torturada en dos oportunidades puede tener un número de síntomas mayor comparado con otra que nunca ha sido torturada mientras que una persona que ha sido torturada una docena de veces no es más sintomática que el primero.

Los estudios de carácter diagnóstico dan cuenta de este resultado, explorado en diferentes situaciones, poblaciones y contextos. De igual manera, los recursos de afrontamiento han sido revisados como componentes importantes de la adaptación frente a las condiciones desafiantes del entorno (Lazarus & Folkman, 1986). La persona puede actuar de diferentes maneras, solucionando el problema, regulando la emoción, tomando distancia de la situación o buscando apoyo social, diversidad de alternativas que le permiten asumir un rol activo en el buen ajuste psicológico. Rodríguez et al. (2005), encontraron que las estrategias y recursos de afrontamiento que los jóvenes utilizaron con más frecuencia, se relacionaron con la distracción física, la búsqueda de actividades relajantes y la preocupación. Wolchik y Sandler (1997), en una amplia revisión sobre la forma en que los jóvenes enfrentaban situaciones estresantes, encontraron en adolescentes víctimas del huracán Hugo, una relación positiva entre el número de estrategias de afrontamiento utilizadas y el nivel de severidad de los síntomas. Esta población tendía a utilizar la distracción, la solución de problemas y la búsqueda de soporte social como una fuente positiva de afrontamiento. Esta forma de relación con las situaciones generadoras de altos estados emocionales da cuenta del proceso activo que los seres humanos generan alrededor de situaciones altamente demandantes. Se hace necesario en este punto, considerar las posibles consecuencias que otros estilos de afrontamiento tienen sobre

las personas que tienden a evitar pensamientos no placenteros, las emociones y las memorias relacionadas con el evento. Por ejemplo, Weinberger (1990) estimó que este estilo de afrontamiento represivo parece operar primariamente a través de mecanismos centrados en la emoción, lo cual genera alteraciones en la forma de valoración del estrés y a largo plazo altos costos a nivel de salud.

En el trabajo con los adolescentes se encuentra que ellos perciben como amenazante cualquier cambio en la estabilidad familiar como consecuencia de múltiples factores -entre ellos el conflicto entre los padres- por cuanto la familia es considerada como la mayor red de soporte frente a las posibles adversidades que puedan experimentar. En investigaciones con niños, se encontró que un alto porcentaje desarrolló estrés postraumático cuando sus familias mostraban una baja capacidad de resiliencia o adaptabilidad (Fernández, Rodado & De la Rosa, 2003).

Por otro lado, la presencia de recursos o redes de apoyo social en el momento de experimentar la situación estresante, reduce los efectos nocivos de la misma (Fernández-Ballesteros, 1994). La red de apoyo social es considerada como un amortiguador o factor de protección, posiciona a la familia y a la comunidad como potencializadora de las estrategias de afrontamiento, frente a posibles eventos perturbadores. Sus vínculos, sus relaciones sociales establecidas y cimentadas en la confianza y la cooperación mutua están en sus lugares de procedencia, no en la nueva ciudad.

La presencia de redes de apoyo formal e informal para los sobrevivientes a eventos traumáticos naturales e inducidos por el hombre son de reconocida relevancia, por cuanto estas le permiten a los sobrevivientes contar con la posibilidad de participar en grupos u organizaciones que facilitan la exploración y resolución de duelos y pérdidas en relación con el evento traumático (Flórez, 2002). Así mismo, Flannery (1998) reconoce que este tipo de espacios facilitan a sus miembros aceptar la realidad del evento, experimentar la pena, aceptar las limitaciones y reevaluar los valores básicos, componentes fundamentales de una resolución adecuada de los conflictos y los problemas.

Existen otras formas de comprender el efecto del desplazamiento sobre la vida de las personas. Esta otra mirada, ha encontrado que como no todas las personas expuestas a las condiciones del desplazamiento desarrollan trauma, el reconocimiento de la resiliencia y la promoción de esta se convierten también en compromisos profesionales sobre los cuales se deben proyectar las acciones.

Esta lectura sigue considerando el desplazamiento como una condición crítica y de alta vulnerabilidad, sin embargo, pone de manifiesto la necesidad de no subestimar la capacidad de las personas para hacer frente a dicha situación. Una gran cantidad de estudios epidemiológicos muestran que una alta proporción de sobrevivientes a catástrofes retornan a su nivel anterior de funcionamiento (Green, Korol & Grace, 1991, citados por Abueg, Woods & Watson, 2000).

De igual manera, Bonanno (2004) en una revisión sobre la pérdida, el trauma y la resiliencia humana, consideró que no todas las personas afrontan los eventos dolorosos en la vida de la misma manera. Así, hay personas que experimentan estrés agudo del cual es difícil recuperarse; otras experimentan una crisis emocional menor y por un período de tiempo corto; otras, en cambio, se recuperan rápidamente pero luego empiezan a experimentar problemas de salud inesperados o dificultades para concentrarse. Un grupo aún mayor, asume la pérdida o el evento potencialmente traumático de una manera más adaptativa, sin una interrupción aparente en su capacidad para funcionar en el trabajo o en sus relaciones con los demás y parece que se moviliza de manera adecuada frente a los nuevos retos. Bonanno soporta teóricamente la importancia de considerar los factores protectores en la prevención de los problemas psicológicos y cita las investigaciones en psicología del desarrollo de Masten y Garmezy (1995) en las cuales la resiliencia es común entre los niños que crecen en condiciones de desventajas. En este sentido, a pesar de que la resiliencia es más común de lo que se podría esperar, es claro que un porcentaje significativo de las personas evaluadas en diferentes contextos y situaciones han desarrollado estrés postraumático. La investigación en este campo deberá continuar su desarro-

llo a fin de contribuir a la comprensión del sufrimiento y dolor que este fenómeno genera en las personas, así como también deberá avanzar, en la medida en que se pueda, en el perfeccionamiento de lineamientos concretos para potencializar los factores de protección.

Desde esta perspectiva, los planteamientos anteriores sustentan y proporcionan elementos para comprender la forma en que las personas desarrollan estrés postraumático. Es ahora importante revisar las condiciones de mantenimiento especialmente relacionados con la evitación, para sustentar el hecho de que los procedimientos de exposición prolongada son una alternativa válida desde el punto de vista de los resultados obtenidos por Resick (2001), y Wilson, Friedman y Lindy, (2001). En un gran número de estudios se prepara a la persona para confrontar la memoria traumática y las situaciones que evocan los miedos. La tarea central es proporcionar las condiciones para evocar los miedos.

Por su parte, Olasov y Foa (1999) y Olasov y Schwartz (2002) proponen que los métodos de exposición comparten la característica común de ayudar a los pacientes ansiosos a confrontar sus miedos. En este procedimiento el paciente deberá enfocarse y describir en detalle el evento traumático. Igualmente, consideran que los programas de atención no deben incluir únicamente la exposición, sino que deben ser acompañados de otros componentes importantes como la psicoeducación y el entrenamiento en relajación.

Feske (2001), partiendo de la consideración anterior, trabajó con un grupo de diez mujeres que habían desarrollado estrés postraumático con posterioridad a una situación de abuso, muerte o accidente. En su cotidianidad presentaban pensamientos intrusivos y pesadillas, lo cual las llevaba a evitar lugares y situaciones que evocaran altos niveles de ansiedad. La terapia de exposición prolongada enfocada en cada historia particular, mostró una reducción importante en los niveles de severidad de los síntomas y en la ansiedad y depresión, y retroalimentó la posibilidad de resolver los problemas interpersonales derivados de una intervención tardía. Bryant, Moulds, Guthrie, Dang, y Nixon, (2003) refuerzan estos resultados, al con-

siderar que la eficacia de la exposición se logra en conjunción con otros procedimientos que promueven el desarrollo de estrategias de afrontamiento, vitales en la reducción de los síntomas y en la potenciación de las competencias para afrontar la adversidad. En esta misma línea de trabajo, Nemer, Schauer, Klaschick, Karunakara, y Elbert (2004), evaluaron el impacto de la exposición narrativa en sobrevivientes de la guerra y en población expuesta a la migración forzada, encontrando disminución en los síntomas de evitación. Feeny, Foa, Treadwell y March (2004), reportan estos mismos resultados, en niños y jóvenes libaneses expuestos a la guerra prolongada.

En síntesis, son numerosas y eficaces las experiencias de intervención, sin embargo, es claro que la combinación de estrategias representan otra alternativa en la cual es posible validar la superioridad de una estrategia sobre otra, con el fin de optimizar el impacto de la intervención y mantener su efecto a largo plazo. Un ejemplo de lo anterior, se presenta en la investigación de Tarrrier y Sommerfield (2004), quienes utilizando procedimientos de exposición imaginaria y terapia cognoscitiva, con seguimiento a seis y doce meses y cinco años encontraron resultados positivos para la terapia cognoscitiva frente a la exposición imaginaria. Así se demuestra que enfocarse sobre las cogniciones tiene un mayor impacto que centrarse únicamente sobre las memorias traumáticas.

Son muchos los estudios que plantean la necesidad de implementar programas de intervención que incluyan estrategias cognitivas y conductuales. En este sentido, Blanchard et al. (2002), al trabajar con sobrevivientes de accidentes automovilísticos, encontraron que la exposición gradual a las situaciones críticas, el entrenamiento en relajación y técnicas cognoscitivas que retaran las creencias irracionales, permitían alterar la reactividad emocional y darle un curso promisorio a los síntomas de estrés. Así mismo, Brown (2005) llevó a cabo una revisión sobre la eficacia de los tratamientos cognoscitivos-conductuales soportados empíricamente en los desordenes de estrés, especialmente en jóvenes que vivenciaron el terremoto en Armenia. Resaltó el valor de estos procedimientos al ser comparados con otros jóvenes que no recibieron

intervención y que al ser evaluados posteriormente, presentaban mayores complicaciones en relación con la condición de evaluación inicial. En coherencia con estos resultados, Goenjian, Walling, Steinberg, Karayan, Najarian y Pynoos (2005), encontraron en un estudio de tipo prospectivo en jóvenes, la aparición de la depresión en el curso del desarrollo del estrés postraumático y a la vez mostraron la eficacia de la psicoterapia, al comparar cinco años después del terremoto de Armenia a jóvenes que habían recibido atención, en comparación con el grupo que no la había recibido. Lo anterior plantea la necesidad de desarrollar programas de intervención en los colegios, cuando los niños y jóvenes han estado expuestos a condiciones adversas, como una forma de reducir la probabilidad de aparición de psicopatologías particulares.

Desde una perspectiva conductual, Ramírez, Glickman, Weatherford y Ryser, (2000) consideran que como la evitación es exitosa, las personas continúan utilizándola en el futuro; aunque es claro que la ansiedad es reducida temporalmente, el temor al evento original se mantiene e incluso se hace más fuerte a través del tiempo. Es por esta razón que la evitación condicionada puede ser disminuida a través de una reexposición en el contexto del trauma, generando sentimientos de seguridad (Abueg et al. 2000). Se debe partir entonces de la potencialización de las estrategias de afrontamiento en los casos en los cuales estas se encuentran en condiciones de inhibición por el temor asociado o el aprendizaje como una alternativa de afrontamiento funcional. El objetivo es dar a las personas un sentido de control sobre las situaciones generadoras de temor. Se considera que esta aproximación es flexible y se desarrolla de acuerdo con las necesidades particulares de cada persona. En este sentido las investigaciones revisadas por Resick y Calhoun (2001), y Foa y Rothbaum (2003), dan cuenta de los cambios significativos en la percepción de control frente a situaciones que antes se consideraban como amenazantes y difíciles de afrontar. El desarrollo de las estrategias de afrontamiento va mucho más allá de facilitar la confrontación con el evento generador del malestar emocional: prepara también

para el manejo de los eventos relacionados con la vida diaria. Fallo y Harris, (2002) y Resick y Calhoun (2001) compararon cuatro condiciones diferentes, una terapia de exposición, reestructuración cognoscitiva, exposición combinada con reestructuración cognoscitiva y entrenamiento en relajación. Los participantes fueron hombres y mujeres que habían desarrollado estrés postraumático. Los autores encontraron que la exposición y la reestructuración y los tratamientos combinados fueron más efectivos que la relajación, con un mantenimiento durante seis meses de seguimiento. Pantaloni y Motta (1998) en este mismo sentido, reconocen que los enfoques de intervención multidimensionales generan cambios significativos en veteranos de guerra. Estos resultados, entran en armonía con aquellos en los cuales ha sido posible establecer que los tratamientos cognoscitivos conductuales combinados, son considerados de mayor impacto, con la salvedad de establecer como condición preliminar una fase psicoeducativa en la cual la persona comprenda el origen y el mantenimiento de los síntomas.

La anterior revisión, si bien muestra que los procedimientos de intervención desde este enfoque particular han sido reconocidos y validados por diferentes autores, muestra también que no hay resultados concluyentes que permitan de manera puntual hacer extrapolaciones a poblaciones que tengan características muy especiales y a eventos o circunstancias de vida diferentes a los que por lo general se reportan en la literatura científica como son los veteranos de guerra o las mujeres víctimas de abuso y violencia.

De igual manera, a partir del año 2001, el interés de muchos investigadores como Schell et al. (2004) se ha empezado a centrar en la realización de estudios longitudinales que den cuenta de la forma en que se comportan los síntomas de estrés postraumático en el tiempo, y cómo dependiendo de su niveles de severidad es posible hacer predicciones sobre la efectividad del tratamiento para cada grupo particular de síntomas. Es tan útil la medida sobre el nivel de severidad general como sobre el nivel de severidad en cada grupo de síntomas.

Por otro lado, si bien la literatura está bien documentada en relación con la eficacia de los

procedimientos de intervención, la pregunta sobre la forma en que éstas deben ser implementadas lleva a considerar que la terapia grupal se convierta en una alternativa de elección que contribuye en los resultados de la intervención. En párrafos anteriores se reconocían las ventajas de esta modalidad en el sentido de valorarla como una oportunidad en la que los jóvenes desarrollaban vínculos sobre los cuales se fortalecían la motivación por el cambio y la culminación del proceso de intervención.

Partiendo de esta consideración, Ovaert, Cashel y Sewell (2003) demostraron la eficacia potencial de una terapia grupal estructurada cognoscitivo-conductual en jóvenes infractores que habían desarrollado estrés postraumático. El protocolo utilizado se centraba en el desarrollo de estrategias de afrontamiento para la reducción del estrés, el manejo del miedo y la solución de problemas enfocada también sobre la exposición gradual como un componente central del tratamiento. La evaluación de los resultados permite concluir que en la medida en que los protocolos se van completando, no se observa únicamente supresión de los síntomas del estrés sino que paralelamente la depresión y las medidas de ansiedad van cediendo. Esta conclusión resalta la necesidad de promover este tipo de intervenciones, al ser comparados estos resultados con los grupos de jóvenes que no recibieron atención y que en el momento de la evaluación mostraban cuadros de estrés crónico.

De la misma manera que Ovaert et al. (2003), incluyeron en su programa de intervención grupal la psicoeducación, el entrenamiento en relajación, la exposición imaginaria y en vivo, la confrontación con los pensamientos negativos y la solución de problemas. Los resultados arrojan datos importantes en relación con la disminución de síntomas clínicos y ajuste psicosocial reportado por los padres para aquellos jóvenes que recibieron la intervención inmediata, en comparación con aquellos que la recibieron de manera demorada. Igualmente, resaltan el valor del grupo como fundamental en la adherencia y finalización de la intervención.

La terapia de grupo se propone entonces como una condición de intervención ideal en el sentido de minimizar las oportunidades de deser-

ción tan comunes en la terapia individual. A la vez se subraya el hecho de que los grupos se potencializan para garantizar el proceso de recuperación individual, restablecer el dominio sobre los eventos de la vida diaria y establecer nuevos vínculos y redes sociales.

Finalmente, unido a lo anterior, se debe considerar que la población que es afectada por las amenazas, es forzada a escapar a lugares más seguros, llevando consigo pérdidas que en el mediano plazo son difíciles de recuperar. Las alternativas frente a este panorama, hacen tomar conciencia a los profesionales de que deben hacerse partícipes de este proceso, formulando propuestas que en un primer momento atiendan contundentemente a los estados emocionales propios de esta situación y paralelamente construyan espacios de interacción que permitan dar curso a las estrategias de afrontamiento y posibiliten la creación de redes.

La presente investigación busca establecer si un programa de intervención grupal en estrategias de afrontamiento emocional, cognoscitivo y social es eficaz para disminuir el nivel de severidad de los síntomas de estrés postraumático en un grupo de adultos y adolescentes en situación de desplazamiento.

Método

Diseño

El problema bajo estudio, fue abordado a partir de un diseño preexperimental con medidas pretest, postest y una medida de seguimiento un mes después para un solo grupo, a fin de llevar a cabo comparaciones intra y entre grupos durante un periodo de tiempo determinado. Este tipo de diseño es frecuentemente utilizado en la investigación clínica, en la que se pretende evaluar los efectos de intervenciones conductuales a través del tiempo (Kerlinger y Lee, 2002).

Participantes

Se trabajó con un grupo de nueve adultos con edades comprendidas entre los 30 y 55 años y diez adolescentes con edades comprendidas entre los 15

y 18 años, con un nivel de escolaridad medio, quienes con posterioridad a la situación de desplazamiento desarrollaron estrés postraumático. Los participantes seleccionados de manera intencional, se encontraban en la condición de beneficiarios de la Cruz Roja Colombiana, Seccionales Cundinamarca y Bogotá, y una vez conocieron el programa dieron su consentimiento informado para participar.

Instrumentos

Escala de diagnóstico de estrés postraumático (PSD): desarrollada por Foa (1995), esta escala consta de 49 reactivos, los cuales incluyen la identificación del evento traumático vivido por la persona evaluada, el tiempo en el cual se presentó, el nivel de severidad de acuerdo con cada uno de los grupos de síntomas, la duración de los problemas reportados y la influencia de estos en cada una de las áreas de funcionamiento de la persona. Fue diseñada para adultos entre los 18 y 65 años de edad. El nivel de confiabilidad es de 0,74, su consistencia interna de 0,82 y su validez establecida, comparando el diagnóstico realizado por medio del PSD con la entrevista clínica estructurada para el DSMIII-R, obteniendo un coeficiente de 0,59. El puntaje obtenido en esta escala, permite establecer la presencia o no del trastorno y el nivel de severidad de los síntomas, así: Leve de 1 a 10; Moderado de 11 a 20; Moderado a Severo de 21 a 35 y Severo de 36 a 51.

En ausencia de una escala para adolescentes, fue necesario hacer una prueba piloto con 30 jóvenes entre los 12 y 18 años y 30 adultos entre los 18 y 65 años, que no presentaran malestar psicológico, para buscar indicadores que permitieran hacer uso de esta prueba para la población adolescente. Se utilizó la prueba estadística *t* de Student con un *á* de 0,05, cuyo resultado arrojó una *t* de -0,51, que indica que no existen diferencias significativas entre las medias de los dos grupos.

Entrevista clínica semiestructurada: Propuesta por Bobes, Bousono, Calcedo y González (2000) en la que se pretende caracterizar a los participantes e identificar la personalidad premorbida, naturaleza, severidad, frecuencia, duración y tiempo de exposición al evento traumático, con sus consecuencias a nivel de salud física y psicológica.

Procedimiento

Inicialmente se procedió a preseleccionar a los participantes tomando la base de datos de la población en situación de desplazamiento previamente evaluada a través del *Cuestionario de síntomas* desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud. Este instrumento permite valorar las problemáticas más frecuentes de la población en situación de riesgo tales como la ansiedad, depresión, psicosis y problemas psicosomáticos. A partir de estos datos se seleccionaron los participantes que presentaran niveles moderados de depresión y ansiedad. Posteriormente se entró en contacto telefónico para ofrecer el programa de atención grupal. Una vez que las personas aceptaron asistir, se procedió a aplicar el PSD, como una condición de selección y de medida inicial. Las personas que evidenciaron la presencia de los indicadores primarios de estrés postraumático, conformaron el grupo terapéutico. El grupo de personas que no evidenciaron la presencia de estrés postraumático pero que requerían atención por presentar otras problemáticas diferentes, fueron remitidas a consulta externa individual.

Programa

El tratamiento fue desarrollado utilizando como base la selección de procedimientos validados empíricamente y adaptados a las características de la población objeto de estudio. (Meichenbaum, 1994; Mackay, Davis & Franning, 1987; Sank & Shaffer, 1993; Loyd, 1998; Casas & Gossop, 1993; Flannery, 1998). El programa que consta de 10 sesiones incluyó cuatro etapas: 1) Evaluación inicial y Psicoeducación, 2) Promoción de recursos emocionales: identificar las respuestas emocionales, enfrentar las respuestas de ansiedad (relajación y respiración) y preparación para la exposición, 3) Promoción de recursos cognoscitivos: identificación de pensamientos automáticos, afrontando los pensamientos automáticos, afrontando las situaciones problema (reestructuración) y 4) Promoción de recursos sociales: habilidades de comunicación y solución de problemas. Lo anterior permitía en cada etapa una exposición salu-

dable y segura. Evaluación posttest una vez finalizado el programa y un mes después.

Resultados

Los resultados que se exponen a continuación, corresponden a 19 participantes: 9 adultos y 10 adolescentes, que participaron en la terapia grupal. Inicialmente, el análisis se lleva a cabo sobre la totalidad de los participantes para posteriormente pasar a analizar cada subgrupo en particular.

En la Figura 1, se observa que en la condición de evaluación inicial, el mayor porcentaje (60%) de participantes obtiene un nivel de severidad de moderado a severo tanto en el análisis por grupo como en la totalidad. Sin embargo, al discriminar por grupo, se encuentra que en la población adulta (35%) es más frecuente encontrar personas que presentan un nivel severo, frente a este mismo porcentaje para la condición de moderado en los jóvenes. Esta diferenciación se desvanece al mirar el grupo en su totalidad. Se observa igualmente que al valorar el efecto de la intervención en la primera medida, la reducción en los niveles de severidad, es escalonada, esto es, se pasa al nivel de severidad inmediatamente anterior: aquel porcentaje que se encontraba en el nivel moderado-severo pasa a moderado y en su defecto aquellos que estaban en moderado pasan a leve. Este comportamiento da cuenta en un primer momento del efecto de la intervención, que podrá ser valorado en el tiempo en la medición hecha un mes después, que como se define en la distribución se mantiene y se potencializa.

En la Figura 2, el comportamiento del grupo frente al nivel de funcionamiento en el caso de los adultos es bien particular. Se observa que los niveles de severidad afectan a un 55% en el nivel de moderado y al porcentaje restante en el nivel leve. No se encuentran personas cuyo nivel de funcionamiento no se encuentre afectado. Este caso no es aplicado a los jóvenes quienes se distribuyen de una manera diferente, un 60% presenta un nivel leve de afección en su funcionamiento e incluso en un 10% está ausente. El impacto de la reducción en el nivel de severidad de los síntomas, se explicita en la medida posttest, en la cual el nivel leve se equipara tanto en la distribución por grupo como total.

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EL NIVEL DE SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS

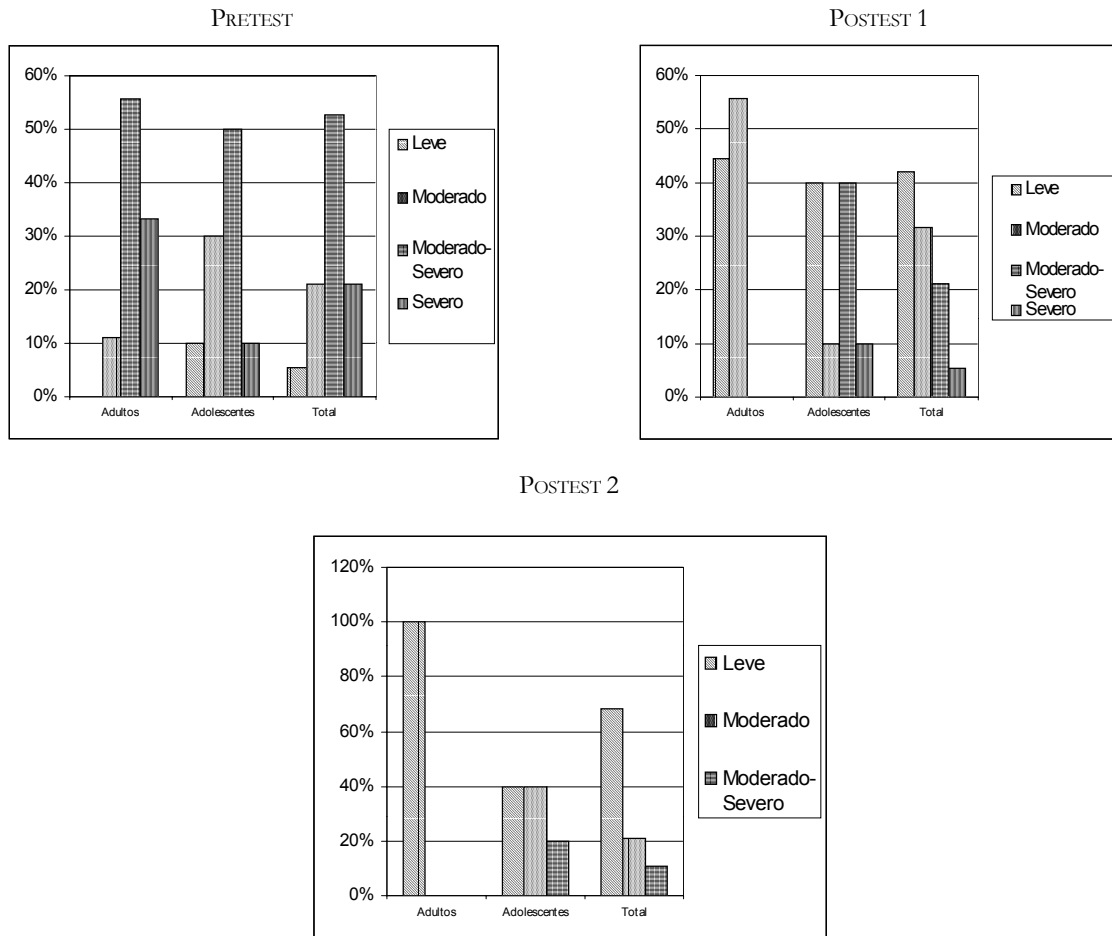
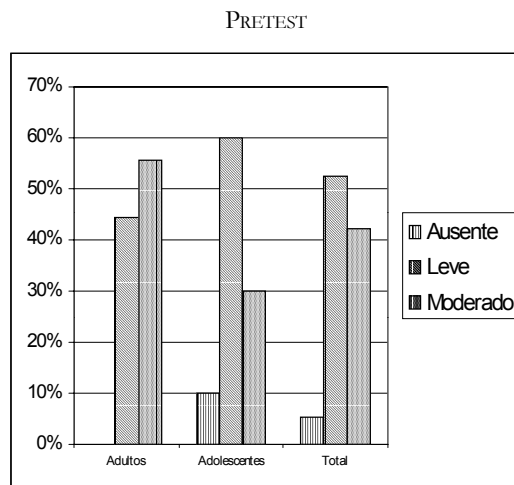
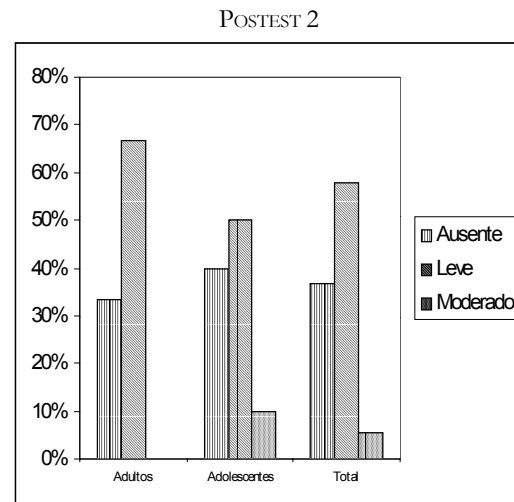
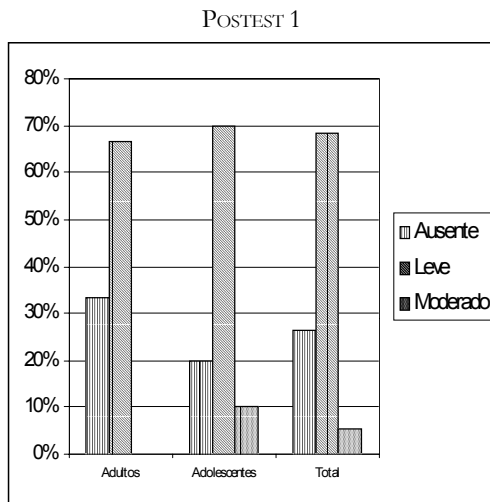


FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO





Es evidente, a partir de los datos presentados en las Figuras 1 y 2, que el tratamiento produjo una disminución en la severidad de los síntomas, sin embargo, se hace necesario aplicar la prueba de Friedman para grupos relacionados ya que ofrece la posibilidad de valorar si el tratamiento produjo algún efecto significativo. En la Tabla 1, se muestra que la magnitud del cambio en el nivel de severidad de los síntomas en las condiciones antes-después es estadísticamente significativo con un α de 0,05, en las siguientes comparaciones: Adultos, Adolescentes y grupo Total. Así mismo, para el nivel de funcionamiento en las comparaciones antes-después, la

magnitud del cambio fue significativo con un α de 0,05 en las comparaciones: Adultos y Grupo Total. En el caso de los adolescentes no fue significativo, se obtuvo un $p < 0,066$.

Debido a que la prueba de Friedman no determina las parejas de grupo en las que hay diferencias significativas, se aplicó la prueba de Wilcoxon. Esta permite establecer cuáles de las distintas comparaciones fueron significativas con un α de 0,05. En la Tabla 2 se observa una disminución significativa en la severidad de los síntomas entre cada una de las comparaciones posibles excepto para la comparación posttest 1-pretest en el grupo de adolescentes.

TABLA 1. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE FRIEDMAN QUE EVALÚA LOS CAMBIOS DE PRETEST A POSTEST DEL NIVEL DE SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS Y FUNCIONALIDAD DE LOS PARTICIPANTES

Variable	Grupo	Rangos promedio			N	X ²	gl	Sig
		Pretest	Postest 1	Postest 2				
Severidad de los síntomas	Adolescentes	2,45	2,05	1,50	10	6,50	2	0,039
	Adultos	3,00	1,78	1,22	9	16,75	2	0,000
	Total	2,71	1,92	1,37	19	21,90	2	0,000
Funcionalidad	Adolescentes	2,40	1,95	1,65	10	5,43	2	0,066
	Adultos	2,83	1,61	1,56	9	13,52	2	0,001
	Total	2,61	1,79	1,61	19	17,78	2	0,000

Igualmente, para el nivel de severidad de los síntomas en el grupo total y en el grupo de adultos, se encontraron cambios significativos en todas las comparaciones posibles. En cuanto al nivel de funcionalidad de los participantes, se encontraron diferencias significativas en las comparaciones de

pretest a postest 1 y pretest a postest 2, pero no al comparar el postest 1 a postest 2, en los grupos de Adultos y Total. Debido a que la prueba de Friedman no fue significativa para esta variable en el grupo de Adolescentes, no fue necesario evaluar cambios con la prueba de Wilcoxon.

TABLA 2. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE WILCOXON QUE EVALÚA LOS CAMBIOS DE PRETEST A POSTEST Y POSTEST A POSTEST DEL NIVEL DE SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS Y FUNCIONALIDAD DE LOS PARTICIPANTES

Variable	Grupo	Valor Z para rangos positivos			Niveles de significación de las comparaciones		
		Postest1/ Pretest	Postest2/ Pretest	Postest2/ Postest1	Postest1/ Pretest	Postest2/ Pretest	Postest2/ Postest1
Severidad de los síntomas	Adolescentes	0,95	-2,12	-2,00	0,340	0,033	0,046
	Adultos	-2,76	-2,72	-2,24	0,006	0,006	0,025
	Total	-2,77	-3,49	-3,00	0,006	0,000	0,003
Funcionalidad	Adolescentes	-	-	-	-	-	-
	Adultos	-2,53	-2,83	0,00	0,011	0,005	1,000
	Total	-2,84	-3,36	-1,00	0,005	0,001	0,317

Discusión

Los resultados mostraron una reducción significativa en el nivel de severidad de los síntomas en las condiciones antes y después en los criterios relacionados con la reexperimentación, la evitación y la activación fisiológica, tanto en los adultos como en los adolescentes. La presencia de niveles de severidad entre moderado y severo en un alto porcentaje (60%), da cuenta del impacto que el desplazamiento y otros eventos que lo acompañaron tiene sobre la población, al tiempo que aporta elementos que garanticen el diseño de las acciones que respondan positivamente a esta problemática. Desde esta perspectiva, se fortalece la promoción de estudios que permitan optimizar desde su implementación, el mayor número de ganancias para esta población en riesgo.

Otras observaciones complementarias muestran un efecto escalonado de interés para valorar la intervención a lo largo del tiempo. Se pasa de un nivel de severidad alto a uno moderado y de allí a uno leve. Las posibles explicaciones a esta observación están fundamentadas en el desarrollo de estrategias de afrontamiento para cada uno de los componentes identificados como centrales, en la exacerbación y mantenimiento de los síntomas, así como la retroalimentación de la ganancia de este aprendizaje en las interacciones en espacios y tiempos delimitados. La exposición, valorada en el pasado como amenazante, se convierte en una estrategia segura y saludable, que optimiza a futuro la posibilidad de afrontar situaciones difíciles, en las cuales la autorregulación como proceso de autonomía, cobra sentido.

Los resultados de este estudio, entran en armonía con otros, que se han propuesto delimitar formas de intervención apropiadas al DSPT y ajustadas a una población en particular. Blanchard et al. (2002); Terrier y Somerfiel, (2004); Ovaert et al. (2003) y Feske (2001), trabajando en diversas poblaciones, encuentran que los niveles de recuperación emocional impactan positivamente el funcionamiento de las personas en diversos ámbitos. En el caso de los adultos, se reduce la discrepancia entre las demandas del medio y sus posibilidades de respuesta. En este sentido, se viabiliza la percepción de autoeficacia, lo cual redundante en la manera como las personas se relacionan con su entorno (Plata, Trujillo, Uribe, & Rodríguez, 2000). De igual manera, a pesar de que los adolescentes muestran un comportamiento similar en la elaboración del proceso emocional, su nivel de funcionamiento es permeado levemente según su valoración, en las áreas académica y social. Un dato de interés que acompaña estos resultados se muestra en las apreciaciones de los jóvenes, que manifiestan que a pesar de la pérdida al salir de su lugar de origen, la ciudad representa una oportunidad.

La incertidumbre frente al futuro, la pérdida de redes de apoyo, la violencia en la ciudad, la falta de oportunidades, el cambio cultural, la necesidad de tener que convivir con otras culturas y el desempleo entre otros, son factores que contribuyen al mantenimiento de algunos síntomas. Estos resultados fueron comparados con los encontrados por Rothe, Castillo-Matos y Busquets (2000) quienes al preguntarle a los adolescentes

cubanos refugiados durante el confinamiento en los campos de Estados Unidos cual era el peor momento desde que salieron de Cuba, encontraron que la gran mayoría respondió que la vida en los campamentos. La situación de incertidumbre y la amenaza de agresión sexual se constituyeron en los factores más significativos del temor.

La vulnerabilidad psicológica y las condiciones y características de la situación presentes en el momento de la exposición al evento hacen a las personas más vulnerables, justificación aún mayor para enfatizar las estrategias de exposición, como las de mayor fortaleza y significación a la hora de planear la intervención.

La terapia grupal, es vista como una oportunidad, en la cual se hace posible la proyección, el acompañamiento y la resolución de los dilemas a los que se ven avocados los participantes. Por medio de esta, además, se preparan para el intercambio con otras comunidades, se fortalecen nuevos vínculos y el grupo se potencializa para garantizar el proceso de recuperación individual.

Una última reflexión sobre la forma en que deben ser evaluados los programas de atención psicológica se relaciona con la búsqueda de unas mejores condiciones en la calidad de vida de las personas que han desarrollado DSPT. Es conocido por todos aquellos que han trabajado en este campo, que la falta de atención oportuna lleva al desarrollo de otros problemas de ajuste psicológico. La comorbilidad, especialmente con la depresión y el alcoholismo, se presenta en personas que han enfrentado múltiples eventos dolorosos en sus vidas y que no han recibido atención oportuna, especialmente en el caso de los adultos. Esta observación ha sido reconocida por Keane y Wolfe, (1990) y Flannery (1998). De hecho esta situación, con el paso del tiempo afecta a la persona, en el sentido de limitar las posibilidades de funcionamiento social y personal y su calidad de vida. Zatzick, Marmar, Weiss y Browner (1997) encontraron que las personas que habían desarrollado estrés postraumático tenían compromisos grandes con este estado de bienestar más allá de los síntomas, lo cual representaba incluso altos costos para los sistemas de seguridad social. Otros investigadores (Mauro, Medlowitz & Stein, 2000)

han reconocido, que existen problemas relacionados con el ajuste marital, paternal y familiar, problemas que en el caso de la población objeto de nuestra atención también fueron reconocidos.

Frente a la complejidad que este fenómeno representa, el marco de trabajo planteará como guía, la atención sobre los procesos que se generan antes, durante y después del evento, como una forma de asumir un enfoque centrado en los factores de riesgo. Pensando en hacer una breve conclusión que recoja esta experiencia y la de otros investigadores como Abueg, Woods y Watson, (2000) debe reconocerse que factores tales como las características demográficas y culturales; experiencias previas traumáticas; eventos recientes; historia psiquiátrica; recursos de afrontamiento; red de apoyo social; características de la situación traumática tales como la forma de exposición, la magnitud del evento, la percepción de control y de amenaza así como el nivel de severidad de los síntomas y la pérdida de recursos, deberán ser considerados durante la evaluación e intervención, así como en las propuestas de prevención tan necesarias especialmente en países de tan alto riesgo como Colombia.

Finalmente, es claro que frente a esta situación, si bien son necesarias las propuestas desde un marco como el expuesto en el párrafo anterior, también se deberán estimular y promover políticas y programas de atención, así como el trabajo interdisciplinario e interinstitucional dado el reconocimiento de la complejidad que esta problemática representa. Las propuestas deberán contemplar la diversidad de los procesos, posibilidades, necesidades y expectativas como lo ha sugerido el estado del arte sobre el desplazamiento interno y la atención psicosocial llevado a cabo en el año 2002, por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Pontificia Universidad Javeriana.

Referencias

- Abueg, F. R., Woods, G. W. & Watson, D. S. (2000). Disaster Trauma. En F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.). *Cognitive Behavioral Strategies in Crisis Intervention* (pp. 243-272). New York: The Guilford Press.

- Blanchard, E., Hickling, E., Veazey, C., Buckley, T., Walsh, J. & Keefer, L. (2002). Treatment-Related Changes in Cardiovascular Reactivity to Trauma Cues in Motor Vehicle Accident-Related PTSD, *Behavior Therapy*, 33, 417-426.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. & González, M. P. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson S. A.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Brown, E. (2005). Efficacious Treatment of Stress Disorder in Children and Adolescents. *Pediatric Annals*, 34, 139-146.
- Bryant, R., Moulds, M., Guthrie, R., Dang, S. & Nixon, R. (2003). Imaginal Exposure Alone and Imaginal Exposure and Cognitive Restructuring in Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 203-212.
- Camacho, A. (2000). *La violencia en Colombia: Elementos para su interpretación*. Bogotá: Revista Foro.
- Casas, M. & Gossop, M. (1993). *Recaídas y prevención de recaídas*. Barcelona: Citran.
- Castaño, B. L. (1994). Violencia sociopolítica en Colombia: Repercusión en la salud mental de las víctimas. Bogotá: Corporación AVRE.
- CODHES (2000). Desplazamiento forzado y derechos de la infancia. *Boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento*. (p. 27). Autor.
- Cervellín, S & Uribe, F. (2000). *Desplazados. Aproximación psicosocial y abordaje terapéutico*. Bogotá: Kimpres.
- Cruz Roja Colombiana (2003). *Informe final*. Convenio Red de Solidaridad Social.
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2002). The Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM): Conceptual and Practical Issues in a Group Intervention Woman. *Community Mental Health Journal*, 38, 475-486.
- Feeny, N., Foa, E., Treadwell, K. & March, J. (2004). Posttraumatic Stress Disorder in Youth: A critical Review of the Cognitive and Behavioral treatment Outcome Literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 44-51.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, P., Rodado, S. & De la Rosa, A. J. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en población infantil escolarizada de tres Municipios de Cundinamarca, a eventos estresantes de tipo bélico*. Universidad del Rosario.
- Feske, U. (2001). Treating Low-Income and African-American Women with Posttraumatic Stress Disorder: A Case Series, *Behavior Therapy*, 32, 585-601.
- Flannery, R. (1998). Posttraumatic Stress Disorder: *The Victims Guide to Healing and Recovery*. Nueva York: Crossroad.
- Flórez, R. (2002). *Factores psicosociales intervinientes en la prolongación del estrés postraumático en víctimas del secuestro*. Facultad de Psicología Universidad de Los Andes.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. (2003). Augmenting Exposure Therapy with other CBT Procedures. *Psychiatrics Annals*, 33, 47-54.
- Goenjian, A., Walling, D., Steinberg, A., Karayan, I., Najarian, L. & Pynoos, R. (2005). A Prospective Study of Posttraumatic Stress and Depressive Reactions Among Treated and Untreated Adolescents 5 Years After a Catastrophic Disaster, *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2302-2308.
- Keane, T. M., & Wolfe, J. (1990). Comorbidity in Posttraumatic Stress Disorder. An Analysis of Community and Clinical Studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1776-1788.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en las Ciencias Sociales*. México: McGrawHill.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Loyd, S. (1998). *Cómo desarrollar asertividad positiva*. México: Iberoamericana.
- Mackay, M., Davis, M. & Franning, P. (1987). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Masten, A. S. & Garmezy, N. (1995). Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Development Psychopathology. En B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1-52). Nueva York: Plenum Press.
- Mauro, V., Medlowic, Z. & Stein, B. (2000). Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 669-683.
- Meichenbaum, D. (1994). *A Clinical Handbook: Practical Therapy Manual*. Ontario: Institute Press.
- McNally, R. J. (2003). Progress and Controversy in the Study of Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review Psychology*, 54, 229-252.
- Nemer, F., Schauer, M., Klaschick, C., Karunakara, T. & Elbert, T. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 104-116.
- OIM & Pontificia Universidad Javeriana (2002). *Desplazamiento interno y atención psicosocial: el reto de reinventar la vida, estado del arte*. Bogotá: Servigraphic.
- Olasof, B. & Foa, E. (1999). Exposure Therapy for PTSD. *The National Center for Post-traumatic Stress Disorder*, 10, 1-3.
- Olasov, B. & Schwartz, A. (2002). Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 59-76.
- Ovaert, L., Cashel, M. & Sewell, K. (2003). Structured Group Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Incarcerated Male Juveniles. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 294-301.
- Palacios, J. (1999). *Estrés postraumático y resistencia en jóvenes desplazados*. Centro de Investigación en Desarrollo Humano (CIDHUM). Nanterre: Universidad de París.
- Pantalón, M. V. & Motta, R.W. (1998). Effectiveness of Anxiety Management Training in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: a Preliminary Report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2, 21-29.
- Plata, S. J., Trujillo, M. V., Uribe, C. & Rodríguez, M. C. (2000). Relación entre las fuentes de exposición al estrés postraumático, la severidad de los síntomas y la percepción de autoeficacia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 9, 137-148.
- Ramírez, M., Glickman, M., Weatherford, P., & Ryser, N. (2000). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Why and How it Works. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 52-71.
- Resick, P. A. & Calhoun, K. S. (2001). Posttraumatic Stress Disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: Step by Step Treatment Manual* (3 Ed.) (pp. 60-113). Nueva York: The Guilford Press.
- Resick, P. A. (2001). *Stress and Trauma*. Philadelphia: Taylor and Francis.
- Rodríguez, M. C. (2005). Desplazamiento y crisis: una forma de comprensión e intervención desde la psicología. *Revista de Psiquiatría Biológica del Uruguay*, 5, 55-64.
- Rodríguez, M. C., Díaz, P., Niño, S., Samudio, M. & Silva, M. (2005). El desplazamiento como generador de crisis: un estudio en adultos y adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23, 33-43.
- Rothe, E. M., Castillo-Matos, H., & Busquets, R. (2002). Posttraumatic Stress Symptoms in Cuban Adolescent Refugees during Camp Confinement. *Adolescent Psychiatry*, 26, 97-128.
- Sank, L. & Shaffer, C. (1993). *Manual del terapeuta para la terapia cognitiva-conductual en grupos*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Schell, T. L., Marshall, G. N. & Jaycox, L. H. (2004). All Symptoms are not Created Equal: The prominent Role of Hyperarousal in the Natural Course Posttraumatic

- Psychological Distress *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 189-197.
- Tarrier, N. & Sommerfield, C. (2004). Treatment of Chronic PTSD by Cognitive Therapy and Exposure: 5 Year Follow-Up. *Behavior Therapy*, 35, 231-246.
- Weinberger, D. A. (1990). The Construct Validity of the Repressive Doping Style. En J. L., Singer (Ed.), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory* (pp. 337-386). Chicago: University of Chicago Press.
- Wilson, J. P., Friedman, M. J. & Lindy, J. (2001). *Treating Psychological Trauma and PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Wolchik, A. & Sandler, I. N. (1997). *HandBook of Childrens Coping: Linking Theory and Intervention*: Nueva York: Sherlene.
- Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Browner, W. S. (1997). Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1690-1696.