



**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
SECCIONAL MEDELLÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA DE NEUROPSICOLOGÍA**

**MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA Y SEMÁNTICA EN EL TRASTORNO POR
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DESMOVILIZADOS INDIVIDUALES
RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN**

Investigación, presentada para optar por el Título de Magister en Neuropsicología.

Autora: Catalina Quintero López
Asesor Teórico: David Antonio Pineda Salazar
Asesor Metodológico: Elizabeth Hoyos Zuluaga

Medellín, Colombia, 2011

Contenido

1. Planteamiento del Problema
 - 1.1 Antecedentes
 - 1.2 Formulación de Problema
 - 1.3 Pregunta de Investigación
 - 1.4 Justificación
 - 1.5 Propósito
 - 1.6 Hipótesis
 - 1.6.1 Hipótesis de Trabajo
 - 1.6.2 Hipótesis Estadística
2. Marco Teórico
 - 2.1 Modelo Neoconexionista
 - 2.2 Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT)
 - 2.2.1 Definición y criterios diagnósticos
 - 2.2.2 Clasificación de la Respuesta al Trauma
 - 2.2.3 Neurobiología del TEPT
 - 2.3 Memoria
 - 2.3.1 Definición y Clasificación
 - 2.4 Desmovilizados Individuales
3. Objetivos
 - 3.1 Objetivo General
 - 3.2 Objetivos específicos
4. Metodología
 - 4.1 Tipo de Investigación
 - 4.2 Nivel de Investigación
 - 4.3 Diseño de la Investigación
 - 4.4 Población
 - 4.5 Muestreo
 - 4.6 Muestra
 - 4.6.1 Rastreo
 - 4.6.2 Asignación a grupos para confirmación del TEPT y comparación
 - 4.7 Criterios de Inclusión para cada grupo
 - 4.8 Instrumentos
 - 4.9 Operacionalización de Variables
 - 4.10 Procedimiento
 - 4.11 Aspectos éticos de la investigación
5. Análisis Estadístico
 - 5.1 Grupos
 - 5.2 Resultados

- 6. Discusión
- 7. Conclusiones
- Referencias

TABLAS

Tabla 1.	Desmovilizados individuales en Colombia. Enero 2003 – Octubre de 2008
Tabla 2.	Caracterización desmovilizados individuales.
Tabla 3.	Operacionalización de variables
Tabla 4.	Desmovilizados negativos y positivos para síntomas de TEPT.
Tabla 5.	Resultados módulo de TEPT – MINI.
Tabla6.	Resultados CAPS.
Tabla 7.	Caracterización demográfica de los grupos.
Tabla 8.	Resultados Test de Memoria Autobiográfica AMT.
Tabla 9.	Categorial Autobiográfica AMT.
Tabla 10.	Descriptivos recuerdo libre a corto plazo – TAVEC.
Tabla 11.	Descriptivos recuerdo a corto plazo con claves semánticas – TAVEC.
Tabla 12.	Descriptivos recuerdo a largo plazo con claves semánticas – TAVEC.
Tabla 13.	Descriptivos reconocimiento - TAVEC .

FIGURAS

- Figura 1. Grupos
- Figura 2. Desmovilizados positivos y negativos para síntomas de TEPT.
- Figura 3. Relación eventos traumáticos – TEPT- Alteración de la memoria

MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA Y SEMÁNTICA EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DESMOVILIZADOS INDIVIDUALES RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN

1. Planteamiento del Problema

1.1 Antecedentes

Los desmovilizados individuales son excombatientes que desertan del grupo armado ilegal (grupos subversivos guerrilleros y paramilitares) voluntaria e individualmente, son atendidos inicialmente por el Ministerio de Defensa Nacional, a través del Programa de Atención Humanitaria al Desmovilizado, una vez se certifica su condición de desmovilizado por el Comité Operativo de Dejación de Armas (CODA) la etapa de Reintegración está a cargo de la Alta Consejería para la Reintegración (ACR), que coordina, asesora y ejecuta con entidades públicas y privadas la ruta de reintegración. (CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2008).

Esta investigación se propuso establecer la relación entre las destrezas de memoria autobiográfica y semántica con el diagnóstico del Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) en desmovilizados individuales activos en el proceso de Reintegración de la ACR y residentes en el municipio de Medellín. Estudios previos han reportado una prevalencia del TEPT en un 37,4% en población expuesta a traumas violentos (Davidson, 2000). Los sucesos traumáticos violentos que más frecuentemente ocasionan TEPT incluyen el combate militar, el asalto personal violento, el asalto sexual o la violación, el robo, el

secuestro, el ser retenido como rehén, el ataque terrorista, la tortura, el ser recluido en campos de prisioneros de guerra o en campos de concentración y las extorsiones. No es necesario ser víctima directa del suceso para padecer el TEPT; el solo hecho de ser testigo presencial de uno de estos sucesos, directa o indirectamente, puede ocasionar la aparición de los síntomas de TEPT (Pineda, Guerrero, Pinilla & Estupiñán, 2002). Se postula que los desmovilizados individuales por razón de sus actividades de excombatientes irregulares han estado expuestos a eventos violentos, relacionados con el conflicto armado. Hay investigaciones que postulan que los sujetos con TEPT presentan déficits neuropsicológicos (principalmente alteraciones en la memoria semántica y autobiográfica) que impactan de manera significativa en la posibilidad de dar respuesta a las demandas del entorno (Salazar, 2008).

En el presente apartado se realiza inicialmente una síntesis de investigaciones a nivel nacional e internacional, relacionadas con la exposición a eventos traumáticos violentos y el diagnóstico de TEPT, posteriormente se plantean estudios que establecen la asociación entre el diagnóstico de TEPT y las alteraciones de memoria semántica y autobiográfica.

La Espriella y Vladimir (2009), realizaron un estudio con el propósito de describir las características psiquiátricas de un grupo de desmovilizados, activos en el proceso de reintegración de la ACR. Tomaron un grupo de pacientes (76 desmovilizados) que fueron atendidos en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz (Bogotá – Colombia), les aplicaron la Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scale* [CAPS]), Los resultados arrojaron un porcentaje del 57% de positividad en la población evaluada. En el estudio se concluyó que TEPT existe en desmovilizados de grupos paramilitares y guerrilla; pero está pobremente reconocido y diagnosticado, por ser los victimarios se desconocen los eventos traumáticos violentos a los que fueron expuestos durante su permanencia en el grupo armado ilegal, en el estudio consideran que TEPT no permitiría un proceso de reintegración exitoso.

Marín, Palacio, Orrego, Barrios y Aguirre (2008), realizaron un estudio que buscó describir el estado de salud mental de personas que fueron expuestas a un evento

traumático violento tras ser víctimas del delito de asalto a mano armada. La muestra estuvo compuesta por 50 participantes (24 hombres y 26 mujeres). Se tuvo como criterios de inclusión para la muestra: 1) que las víctimas fueran mayores de 18 años, 2) que fueran habitantes de las comunas del municipio Medellín, 3) que la experiencia de violencia de asalto a mano armada se hubiese efectuado entre Octubre de 2006 a Marzo de 2007, y 4) que otorgaran su consentimiento para participar en el estudio. El instrumento utilizado para la exploración del estado de salud mental se realizó a través de la entrevista estructurada MINI (*MINI International Neuropsychiatric Interview*), entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV TR y el CIE-10. En los resultados se encontró que las personas víctimas de asalto a mano armada presentaron alteración en el estado de salud mental, presentaron síntomas del TEPT. El cuadro clínico TEPT mostró presencia del 38,0% en las mujeres participantes en la investigación y del 42,0% en los hombres. Concluyeron que un hecho traumático violento puede llevar a desarrollar cuadros clínicos específicos generalmente asociados con el TEPT.

Un estudio epidemiológico de carácter descriptivo de corte trasversal y de naturaleza retrospectiva (Rueda, Ortega & Orozco, 2006), expuso los resultados obtenidos con relación a la identificación y caracterización de síntomas propios del TEPT en población desplazada colombiana. Se valoró la presencia del TEPT en población desplazada por la violencia política en Colombia. La muestra estuvo compuesta por 851 adultos seleccionados por muestreo, estratificados en 15 asentamientos de población desplazada ubicados en el área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). Los instrumentos utilizados para evaluar la población fueron: La Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scale*) CAPS y el protocolo SCID, el cual valora los 17 síntomas descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición Revisada (DSM IV TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002). Todos los instrumentos fueron suministrados por el *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, Behavioral Science División, Boston VA Medical Center*. El CAPS mostró el mejor punto de corte en 40, con una sensibilidad de 0.8 y una especificidad de 0.98, valores predictivos

positivos de 0.81 y valores predictivos negativos de 0.98. Se identificó a 235 participantes con diagnóstico de TEPT y 616 sin diagnóstico de TEPT, lo cual correspondió a una prevalencia del 28%. Con respecto al género, se identificaron 145 mujeres (27.2%) y 90 hombres (28.4%) positivos para el diagnóstico del TEPT. Se concluyó que aunque el 97% de los evaluados reportaron vivencias de hechos traumáticos violentos, no todos presentaron el cuadro completo de TEPT, cerca del 43% de la muestra permaneció a nivel subclínico.

Pineda, Guerrero, Pinilla y Estupiñán (2002), realizan una investigación con el propósito de validar un cuestionario breve con los síntomas del TEPT persistentes, durante más de dos años, en una muestra representativa de un pequeño municipio colombiano (San Joaquín se localiza en el departamento de Santander) que se semidestruyó tras el ataque de un grupo de insurgentes de la guerrilla. La validez de criterio se estableció al comparar el grupo de personas con diagnóstico por entrevista estructurada de TEPT crónico con las personas del mismo municipio que no presentaron TEPT. El cuestionario con el que se evaluó la población fue una lista de síntomas (checklist) para el diagnóstico de TEPT: se construyó una escala breve con 24 síntomas correspondientes al diagnóstico de TEPT, para responder mediante autoinforme, y se usó una escala discreta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). La puntuación total se obtuvo mediante suma aritmética. Lo mínimo esperado fue 24 y lo máximo 96. La consistencia interna de la escala se estableció con el cociente alfa de Cronbach, mediante el cálculo del promedio de las correlaciones intraclases y con un intervalo de fiabilidad del 95%. Se compararon los promedios de las puntuaciones de la escala para dos grupos, mediante un análisis de varianza de una vía (ANOVA). Se establecieron los niveles de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para diversos puntos de corte. Para estos cálculos estadísticos se utilizó el programa informático SPSS 10.0, versión en español. La consistencia interna de la escala de 24 ítems mostró un cociente alfa de Cronbach, mediante cálculo del promedio de correlaciones intraclases, de 0,97, para un intervalo de fiabilidad del 95%, entre 0,96 y 0,97. Este hallazgo sugiere que la lista de síntomas para el diagnóstico TEPT es una escala con una estructura muy sólida, que permite su uso fiable, tanto en la clínica como en los estudios demográficos. La

entrevista estructurada encontró que 76 personas (37,6%) resultaron positivas para el diagnóstico de TEPT, mientras que 126 (62,4%) se catalogaron como negativas para este trastorno. El grupo de TEPT obtuvo una puntuación en la escala de TEPT de $70,4 \pm 22,9$ y el grupo sin TEPT obtuvo una puntuación de $37,2 \pm 13,7$ ($F=166,57$, $p < 0,0001$). Lo anterior da validez a la escala para diferenciar entre los pacientes con TEPT y los controles, en una muestra de la población general sometida a un suceso estresante común.

Algunas investigaciones acerca del TEPT (Palacio, Madariaga, & Sabatier, 1999; Raigoza, Toro & Mondragón, 2004), indicaron que luego de que una persona está expuesta a un trauma severo ya sea violencia física, violencia psicológica o grupos armados está en alto riesgo de desarrollar el TEPT. De acuerdo a los estudios mencionados desde el contexto nacional la prevalencia del TEPT en Colombia está entre el 28% (Rueda, Ortega & Orozco, 2006), y el 57% (La Espriella & Vladimir 2009), para sujetos que han sido expuestos a eventos traumáticos violentos. A nivel internacional se habla de una prevalencia del TEPT en población normal del 0.5% al 18.3% y para población expuestas a traumas violentos relacionados con el conflicto armado de un 30% (Marty & Cavajal, 2005).

Marty y Carvajal (2005), publicaron un estudio que reporta una prevalencia del TEPT en población general del 2,3%. Plantean que existen grupos de mayor riesgo como los individuos expuestos a situaciones de combate: en Estados Unidos alrededor del 30% de los veteranos de Vietnam experimentaron TEPT. (Carvajal, 2002). En el estudio concluyeron que el diagnóstico de TEPT constituye un problema de salud pública por su prevalencia, por afectar de preferencia a población activa, por presentarse tanto en población general como en combatientes, por la incapacidad que genera y por los altos costos de salud que implica. Destacaron algunos factores asociados con el TEPT: factores demográficos (bajos niveles de educación e ingresos), factores psiquiátricos y de personalidad (trastornos afectivos, ansiosos, abuso de sustancias, personalidades evitativas, antisociales), factores cognitivos (bajo nivel intelectual, signos neurológicos blandos), factores biológicos (hiperactivación noradrenérgica, hipofunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal),

factores genéticos, y exposición previa a sucesos traumáticos, especialmente a edad temprana (maltrato infantil). (Murburg, 2004).

Anke, Schaefer, Malta, Rohleder y Annett (2006), informaron en un meta-análisis de estudios que examinaron anomalías estructurales en el hipocampo y otras regiones del cerebro en personas con TEPT en comparación con grupos de control expuestos a trauma violento sin TEPT y no expuestos a traumas violentos. Los resultados mostraron volúmenes significativamente más pequeños del hipocampo en las personas con TEPT en comparación con los controles con y sin exposición al trauma, las diferencias en los grupos se vieron mediante una metodología de resonancia magnética, la gravedad de TEPT, la medicación, la edad y el género. Las personas expuestas al trauma sin TEPT mostraron un hipocampo significativamente menor en comparación con los controles no expuestos. El meta-análisis también encontró volúmenes más pequeños en la amígdala izquierda en adultos con TEPT en comparación con sanos y expuestos al trauma de control. Los resultados generales sugieren que en la psicopatología del TEPT: (1) existen diferencias volumétricas del hipocampo relacionadas con la severidad del TEPT, (2) y que el TEPT se asocia con anomalías múltiples en las estructuras del sistema frontal-límbico.

A continuación se hace una síntesis de estudios que plantean las alteraciones que aparecen a nivel cognitivo debidas al TEPT.

Gilbertson, Gurvits, Lasko, Orr y Pitman (2001), realizaron una investigación en la que evaluaron dos grupos de veteranos de guerra con TEPT y sin TEPT, utilizaron diferentes instrumentos para evaluar varios dominios cognitivos. Obtuvieron una disminución estadísticamente significativa en el rendimiento del grupo de veteranos con TEPT en todas las funciones cognitivas evaluadas. Sin embargo, la medida utilizada para atención (Amplitud de dígitos) y la medida obtenida de memoria (WMS-R) fueron las únicas que por sí mismas podían clasificar en un 61% a los veteranos con TEPT de los que no tenían diagnóstico de TEPT. Dentro del WMS-R, el recuerdo demorado, era significativamente muy diferente entre ambos grupos, con un peor rendimiento en el grupo de veteranos excombatientes con TEPT.

Kylie y Bryant (2006) realizaron un estudio que investigó la relación entre las percepciones de sí mismo y la recuperación de recuerdos autobiográficos en el TEPT. Se evaluaron 17 personas con el diagnóstico TEPT, y un grupo de 16 personas expuestas a traumas violentos sin diagnóstico TEPT. La edad promedio de los participantes fue de 20 a 36 años, los criterios de exclusión de la muestra fueron, la incapacidad para hablar inglés, administración de medicamentos opiáceos dentro de las 24 horas previas a la evaluación, diagnóstico de un trastorno mental orgánico, psicosis o abuso de sustancias. Los participantes fueron evaluados por un psicólogo clínico y el diagnóstico del TEPT se identificó con el terapeuta administrando una escala para el TEPT (CAPS). El CAPS es una entrevista clínica estructurada que mide los 17 síntomas descritos en el DSM IV-TR (APA, 2002) como criterios de TEPT. Cada síntoma se clasifica en una escala de 5 puntos en términos de la gravedad y frecuencia de los síntomas en la semana anterior a la evaluación. La memoria autobiográfica se evaluó mediante unas claves de recuerdos relacionados con el trauma (señales positivas y negativas), esta se compone de palabras claves divididas en 5 positivas y 5 negativas (Carroll, Davies & Richman, 1971; Robinson, 1976) se compararon en la frecuencia de uso. Las palabras positivas fueron felices, valientes, caja fuerte, el amor y especial. Las palabras negativas fueron: heridos, tenso, enojado, miedo y estrés. Cada palabra fue impresa en una tarjeta blanca (5 pulgadas X 3 pulgadas), el orden de presentación fue aleatorio salvo que se alternaban las palabras positivas y negativas. La evaluación de los participantes se completó con la valoración de la memoria de sí mismo con el cuestionario Selfdiscrepancy (Higgins, 1987). Esta tarea mide la percepción del yo ideal, las cualidades que ellos creen que deben tener (debe yo), y las cualidades que ellos creen que tienen (yo real). Los resultados arrojaron los siguientes hallazgos: los participantes con diagnóstico de TEPT reportaron más recuerdos que estaban relacionados con el trauma que aquellos sin diagnóstico de TEPT. Esto evidenció que las personas con TEPT son más propensas a informar de sus recuerdos experiencias traumáticas (Kangas, 2005; McNally, 1995). Los participantes con TEPT tienden a ser deficientes en recuperar recuerdos positivos autobiográficos (Kangas, 2005), se centran en la experiencia traumática, denotando pensamientos de minusvalía e incompetencia que generan un deterioro social significativo asociado a síntomas depresivos.

Jurado, Taborda, García, Ruiz, Mingote y Fernández (2007), investigaron con el propósito de analizar los procesos de aprendizaje y memoria en el TEPT; evaluaron 30 pacientes con TEPT y 26 controles. Los instrumentos utilizados para la evaluación neuropsicológica fueron: el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC), los subtest de letras y números (LyN) y dígitos (D) del WAIS-III y el test de la Figura Compleja de Rey. Los hallazgos mostraron que los pacientes con TEPT, muestran una curva de aprendizaje menos amplia, menor consolidación de la información, con niveles inferiores de recuerdo libre y bajos porcentajes de discriminación; se benefician menos de las claves semánticas y tienden a la interferencia retroactiva. También muestran una puntuación significativamente inferior en memoria semántica. Concluyeron que los sujetos con TEPT presentan alteraciones en el proceso de consolidación y recuperación de la información, con afectación de la memoria semántica.

Vasterling (2002), realizó un estudio en el que comparó dos grupos de excombatientes, uno con TEPT (26 sujetos) y otro sin trastornos psiquiátricos (21 sujetos). Obtuvo medidas de atención, memoria, nivel intelectual premórbido, gravedad del trauma y tiempo de exposición al combate. Encontró que el grupo con TEPT, respecto a las funciones atencionales, difería significativamente, con una amplitud atencional inferior y menos aciertos en pruebas de atención sostenida. En memoria, en la amplitud mnémica el resultado fue inferior, inclusive que el de atención. Concluyó que el grupo con TEPT, rinde menos eficazmente en tareas de atención sostenida, en memoria semántica (registro inicial de información verbal), hipotetiza que esto puede deberse a la alteración en los circuitos fronto-límbicos. Realizó una corrección de las medidas obtenidas con el nivel educativo, para comprobar que los resultados no se debían al nivel premórbido, afirma que el déficit encontrado es independiente del nivel intelectual de los sujetos.

Los estudios referenciados muestran alteraciones en la memoria autobiográfica y alteraciones en la memoria semántica.

1.2 Formulación del Problema

La presente investigación se propuso establecer la relación entre las destrezas de memoria autobiográfica y semántica con el diagnóstico de TEPT, en desmovilizados individuales expuestos a traumas violentos residentes en el municipio de Medellín. En este apartado se realizó una descripción del problema (desmovilizados individuales, eventos traumáticos violentos, TEPT y alteraciones de la memoria autobiográfica y semántica).

Hoy en día, el Estado colombiano está facultado para recibir dos tipos de población desmovilizada. Los desmovilizados colectivos, que se entregan como grupo, previa negociación y acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado para la Paz y los desmovilizados individuales, que se entregan individualmente y son atendidos por el Programa de Atención Humanitaria al Desmovilizado (PAHD) del Ministerio de Defensa. En ambos casos, y una vez se certifique su condición de desmovilizado, la etapa de Reintegración a nivel nacional está a cargo de la ACR, que coordina, asesora y ejecuta con entidades públicas y privadas la ruta de reintegración. (CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2008).

La ACR está organizada por Centros de Servicios que se encuentran distribuidos en todo el país, los desmovilizados se acogen al Centro de Servicio más cercano de su lugar de residencia; en el caso del municipio de Medellín existe una diferencia ya que la Alcaldía de Medellín de la mano de la ACR, teniendo como base la política de reintegración a nivel nacional se encarga del proceso de reintegración de los desmovilizados colectivos que residen en Medellín y área metropolitana, por ser la zona donde se han presentado más desmovilizaciones de tipo urbano y colectivas (grupos paramilitares: Bloque Cacique Nutibara y Bloque Héroes de Granada), la Alcaldía de Medellín acompaña el proceso de los desmovilizados colectivos a través del centro de Servicios de Paz y Reintegración, siendo entonces la ACR en la ciudad de Medellín la encargada del proceso de reintegración de los desmovilizados individuales que se desplazan a residir en dicho municipio, la atención al participante (nombre con el que se denomina al desmovilizado en proceso de reintegración)

se realiza en el Centro de Servicios Medellín (CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2008).

Según datos del CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación (2008), los departamentos de Antioquia, Cesar, Bolívar, Norte de Santander, Córdoba y Meta concentraron el mayor número de entregas de población desmovilizada colectivamente. En el caso de las desmovilizaciones individuales se observa que las regiones de mayor ocurrencia son: Bogotá, Meta, Antioquia, Caquetá, Valle del Cauca y Putumayo. El 63% de las personas en proceso de reintegración reside mayoritariamente en los departamentos de Antioquia, Bogotá-Cundinamarca, Córdoba, Cesar y Magdalena. El 37% restante se ubican de manera dispersa en los demás departamentos del país, en una extensión de más de 635 municipios.

Conforme a la base de datos de la Unidad de Reintegración Social (URS) del 8 de julio de 2010 (ACR, 2010), en el Centro de Servicios Medellín hay activos (sin novedad) en el proceso de reintegración 599 desmovilizados individuales que residen en Medellín. De estos participantes el 59,76% ingresaron al grupo armado ilegal siendo menores de edad (De los 8 años a los 18 años), La escolaridad al ingresar al proceso de reintegración era analfabetismo en el 5,68%, el 86,36% se encontraba con una escolaridad correspondiente a la primaria, el 6,81% con una escolaridad correspondiente a la básica secundaria y el 1,13% bachiller aprobado. El 6,51% de la población consume sustancias psicoactivas y/o Alcohol el 6,34% tiene una impresión diagnóstica de trastorno mental. Murburg (2004), plantea que existen factores que generan vulnerabilidad para TEPT como son la exposición a eventos traumáticos durante la infancia, consumo de sustancias, trastornos psicológicos y un bajo nivel educativo y cognitivo.

Se postula que los desmovilizados individuales por razón de sus actividades de excombatientes irregulares han estado expuestos a traumas violentos, relacionados con el conflicto armado. Algunos familiares de desmovilizados individuales reportan que la decisión para entrar al grupo surge por la presión de matar a sus seres queridos o matarlos

si no ingresaban al grupo armado. (Cuestionario de Seguimiento Familiar ACR, 2008). Durante la permanencia en el grupo armado los desmovilizados, presenciaron y/o participaron en acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, para lograr su desmovilización voluntaria, tuvieron que escaparse del grupo armado ilegal, por esta razón aparece miedo, horror e indefensión de que las personas del grupo ilegal los puedan encontrar. (Cuestionario de Seguimiento Familiar ACR, 2008). Algunas investigaciones del TEPT (Palacio, Madariaga, & Sabatier, 1999; Raigoza, Toro & Mondragón, 2004) indicaron que luego de que una persona está expuesta a un evento traumático violento está en alto riesgo de desarrollar el TEPT crónico, asociado con reacciones depresivas durante un tiempo prolongado. Siendo esta otra apología que se tuvo en cuenta para la indagación del tema planteado.

Los eventos traumáticos violentos que más frecuentemente ocasionan TEPT incluyen el combate militar (Breslau, Davis & Andreski, 2005; Southwick, Morgan, Damell, Bremner & Nagy, 1995), el asalto sexual o la violación, el secuestro, el ser retenido como rehén, el ataque terrorista, la tortura, el ser recluido en campos de prisioneros de guerra o en campos de concentración, y las extorsiones. No es necesario ser víctima directa del suceso para padecer el TEPT; el solo hecho de ser testigo presencial de uno de estos sucesos, directa o indirectamente, puede ocasionar la aparición de los síntomas de TEPT. (Pineda, Guerrero, Pinilla & Estupiñán, 2002). Marty y Carvajal (2005), consideran que la población que está en más alto riesgo de desarrollar TEPT son los combatientes y excombatientes, hablan de una prevalencia del 30% en esta población.

El TEPT se considera como un trastorno donde esta la presencia persistente de síntomas característicos de reexperimentación, evitación, horror, angustia y desesperanza, después de exponerse directamente a una situación realmente amenazante para la integridad física o la vida, o después de ser testigo de una situación realmente amenazante para la integridad física o la vida de otros, o sufrir heridas o maltrato físico de manera brusca e inesperada, o presenciar hechos que impliquen heridas, maltrato o muerte de otras personas. Todos los síntomas deben presentarse al menos durante un mes después del suceso traumático y causar trastornos importantes en el funcionamiento social, familiar o laboral. (DSM IV TR

- APA, 2002). Se ha informado que los sujetos con TEPT tienen alteraciones consistentes y permanentes de la memoria semántica, presentándose disfunción en la denominación de algunas palabras. (Gilbertson, Gurvits, Lasko, Orr & Pitman, 2001; Jurado, Taboada, García, Ruiz, Mingote & Fernández, 2007; Vasterling, 2002). También se ha afirmado que los pacientes con TEPT presentan alteraciones en la memoria autobiográfica con la tendencia a darle más importancia a los eventos negativos que a los positivos (Kylie & Bryant, 2006).

La memoria autobiográfica y la memoria semántica hacen parte de un tipo de memoria a largo plazo que ha sido denominada como memoria declarativa o memoria explícita. En la región del lóbulo temporal se localizan las principales estructuras nerviosas implicadas en la memoria declarativa, como el hipocampo y la corteza entorrinal (Buffalo, Bellgowa & Martin, 2006). Existen regiones, denominadas ‘moduladoras’, que actúan en la formación de las memorias declarativas; en estas se encuentra la amígdala localizada en la fase inicial del lóbulo temporal, la sustancia negra, los núcleos del rafe y el núcleo basal de Meynert (Hammond, Bond, Strassmaier & Adelman, 2006). La amígdala es la estructura que recibe el primer impacto de las hormonas periféricas (corticoides, adrenalina) liberadas en la sangre como resultado del estrés o fuertes emociones en el momento de formación de la memoria (Fell, Fernández, Klaver, Mormann & Haupt, 2006). La memoria semántica da cuenta de un almacén de conocimientos acerca de los significados de las palabras y las relaciones entre estos significados, constituyendo una especie de diccionario mental; Hammond, Bond, Strassmaier y Adelman, (2006), la definen como la memoria del conocimiento del mundo que se almacena independientemente del tiempo y el lugar donde fue adquirida ya que sigue una pauta conceptual, de manera que las relaciones entre los conceptos se organizan en función de su significado. La memoria autobiográfica es un sistema neurocognitivo que permite a los seres humanos recordar las experiencias pasadas. Es la memoria de las experiencias pasadas relativas a la propia persona. (Hammond, Bond, Strassmaier & Adelman, 2006). La organización de los contenidos en la memoria autobiográfica está sujeta a parámetros espacio-temporales.

El criterio de referencia para valorar el diagnóstico del TEPT en desmovilizados individuales se realizó por criterio de expertos y dos pruebas estandarizadas:

La entrevista estructurada MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview, 2000), versión en español Instituto IAP, Madrid (Ferrando, Bobes, & Gibert, 2000) entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. Se aplicó a los desmovilizados individuales activos en el proceso de reintegración de la ACR y residentes en el municipio de Medellín el módulo que valora síntomas del TETP, como un tamizaje inicial. Este módulo también fue aplicado al grupo control.

Los desmovilizados individuales que puntuaron con síntomas positivos para el TEPT, se les suministró la escala CAPS, llamada en inglés “*Clinician Administered PTSD Scales*” (Blake, Wather & Nagy, 1990), en español “escala para valoración del TEPT para ser administradas por un clínico”. La escala CAPS se concibe para dar respuesta tanto a necesidades relacionadas con la investigación como con la clínica. Las preguntas de la escala evalúan los 17 síntomas del DSM así como los 8 síntomas asociados al mismo (extraídos del DSM y de la literatura de investigación clínica al respecto). También se puntúan ítems relacionados con el funcionamiento social y laboral, una estimación global de la validez de la evaluación, así como la severidad global del trastorno.

Para estudiar la relación entre el diagnóstico de TEPT con la memoria semántica, se utilizó el Test de aprendizaje verbal TAVEC. (Benedet, 1998). El TAVEC es un test válido para determinar el déficit de memoria en pacientes con daño cerebral adquirido, dada su alta sensibilidad, su valor ecológico y su estructura interna. La memoria autobiográfica se evaluó con el Test de Memoria Autobiográfica (AMT, *Autobiographical Memory Test*) de Williams y Broadbent (1986). Es una sencilla prueba que consiste en la presentación de una lista de 10 palabras-estímulo (5 positivas y 5 negativas que se van intercalando) con las que se le pide al entrevistado que intente buscar un recuerdo específico de su vida. Se eligió una muestra de sujetos expuestos a eventos traumáticos violentos por ser miembros

desmovilizados individuales, divididos en 2 grupos: uno con diagnóstico de TEPT y otro sin diagnóstico de TEPT; también se eligió un grupo de personas no expuestas a eventos traumáticos violentos y sin TEPT como controles sanos.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre las destrezas de memoria autobiográfica y semántica con el diagnóstico de TEPT, en desmovilizados individuales expuestos a traumas violentos, activos en el proceso de reintegración de la ACR y residentes en el municipio de Medellín?

1.4 Justificación

El caso colombiano es atípico en el contexto internacional. Colombia es uno de los pocos países en el que se ha desarrollado un plan de Desarme, Desmovilización y Reintegración en medio de la violencia armada que ejercen Grupos Armados Ilegales con los que no se han logrado acuerdos de paz. Asimismo, se trata de la primera vez que se realizan de forma paralela dos desmovilizaciones una colectiva, y otra individual cuyas motivaciones difieren (CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2008).

Después que las personas desmovilizadas son certificadas como tal, el plan de reintegración esta a cargo de la ACR. Dentro del proceso de reintegración existen dos grandes unidades, la Unidad de Reintegración Social (URS) y la Unidad de Reintegración Económica (URE), (ACR, 2010).

La URE, se encarga de generar en los desmovilizados, competencias para el trabajo que posteriormente les permitan ser generadores de ingresos y competir como cualquier colombiano en el mercado laboral mediante el empleo o la creación de proyectos productivos. (ACR, 2010).

La URS, se encarga del acompañamiento psicosocial, la atención en salud y educación, ya que “La gran mayoría de los colombianos que hoy están en proceso de reintegración necesitan recomponer aspectos anímicos y psicológicos, y además, deben construir elementos de identidad individual y habilidades sociales para la convivencia pacífica” (ACR 2010, Disponible en: <http://www.reintegracion.gov.co>).

Como fue descrito anteriormente a nivel nacional la ACR se encarga del acompañamiento en el proceso de reintegración de las personas desmovilizadas, en el caso del municipio de Medellín existe una diferencia ya que la Alcaldía de dicho municipio acompaña el proceso de reintegración de los desmovilizados colectivos que residen en Medellín y área metropolitana, siendo entonces la ACR en la ciudad de Medellín la encargada del acompañamiento de los desmovilizados individuales que se desplazan a residir en dicho municipio. Por tal razón este estudio se centró en desmovilizados individuales residentes en Medellín.

Una de las pretensiones de la actual investigación fue convertirse en una herramienta para generar una matriz de intervención de los desmovilizados individuales con alguna alteración en la memoria autobiográfica y semántica asociada al TEPT, aunque la estrategia de intervención de la URS está estructurada sobre la base de la diversidad, pensada y organizada en función de las diferencias entre los desmovilizados, no existe una modalidad y énfasis de intervención que favorezcan la reintegración de los desmovilizados con afecciones neuropsicologías.

Según el CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación (2008), La desmovilización como fenómeno actual de nuestro país es un tema poco indagado, por tal razón las investigaciones que se realicen con dicha población favorecerán positivamente a la comunidad científica, a la sociedad y a las instancias del gobierno, investigaciones en el área permitirán el conocimiento de la población con fundamentación científica.

Se pensaría que analizar la memoria autobiográfica y semántica en el TEPT en personas desmovilizadas es algo poco adecuado, ¿no son los victimarios?, Las entidades privadas

toman diferentes posturas en cuanto al proceso de reintegración, algunos asumen un papel diligente que favorece espacios de educación, capacitación y oportunidades laborales para las personas desmovilizadas y sus familias; otras por el contrario son ajenas al proceso por la percepción que tienen de las personas que pertenecieron a grupos armados ilegales (temores, antipatías, hostilidades, desconfianza y rechazo); generando la no vinculación al programa, tienen poca convicción en la transformación psicológica y social del desmovilizado. (CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2008).

El presente trabajo más allá de pensar en la concepción de la comunidad en general con relación a los desmovilizados, consideró que la población objeto de estudio ha sido expuesta a eventos traumáticos violentos relacionados con el combate armado. Algunos desmovilizados reportaron “que la decisión para entrar al grupo surge por la presión de matar a sus seres queridos o matarlos si no ingresaban al grupo armado” (Cuestionario de Seguimiento Familiar ACR, 2008). El DSM IV - TR (APA; 2002) afirma, que el TEPT puede aparecer cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona. Durante la permanencia en el grupo armado estas personas experimentaron, presenciaron acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (criterio diagnóstico para el TEPT), para lograr su desmovilización voluntaria, tuvieron que escaparse del grupo armado ilegal, por esta razón aparece el miedo, horror e indefensión de que las personas del grupo los puedan encontrar. Algunas investigaciones acerca del TEPT (Palacio, Madariaga, & Sabatier, 1999; Raigoza, Toro & Mondragón, 2004) indicaron que luego de que una persona está expuesta a un evento traumático violento está en alto riesgo de desarrollar el TEPT crónico. Estudios han reportado una prevalencia del TEPT en un 37,4% en población expuesta a traumas violentos. (Davidson, 2000). Se plantea que existen grupos de mayor riesgo como los individuos expuestos a situaciones de combate: en Estados Unidos alrededor del 30% de los veteranos de Vietnam experimentaron TEPT (Carvajal, 2002). Siendo esta otra apología para el tema que se indagó.

La relación entre los trastornos de ansiedad y la neuropsicología es un tema que cada vez toma más interés. Se ha mencionado reiteradamente que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan déficits neuropsicológicos que impactan de manera significativa en sus posibilidades de dar respuesta a las demandas del entorno (Salazar, 2008). Un artículo relevante en la descripción de la neuropsicología de la ansiedad “sugiere presencia de déficits vinculados a atención y memoria en pacientes que presentan trastornos de ansiedad diversos como ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico y trastorno por estrés postraumático. Estos déficits disminuirían las posibilidades psicosociales de los sujetos que los sufren al interferir con su habilidad para resolver problemas y sostener aprendizajes funcionales” (Airaksinen, Larsson & Forsell 2005).

Retomar el tema planteado, dará elementos que favorecerán las acciones realizadas en la intervención de la población desmovilizada, convirtiéndose en una ganancia para toda la población colombiana.

Las áreas que fueron evaluadas son la memoria autobiográfica y la memoria semántica. Algunas investigaciones reportan que “los sujetos con TEPT se caracterizan por presentar alteraciones en las destrezas de la memoria principalmente en la memoria autobiográfica (capacidad de acceder a recuerdos relacionados con el trauma, almacenan información con contenido negativo)” (Sutherland, 2006) y la memoria semántica (dificultad en la incorporación de nuevos contenidos y elaborar hechos pasados). (Ruiz, 2002).

De los efectos de un proceso de reintegración no exitoso en Colombia podrían generarse disminución de las desmovilizaciones, los combatientes desconfiarían de las oportunidades que tienen en la civilidad; aumentarían los niveles de inseguridad, alimentando nuevamente el espiral de la violencia armada. De ahí que estudios dirigidos a esta población favorecerán a la comunidad en general.

1.5 Propósito

Dado que el TEPT genera alteraciones cognitivas principalmente en la memoria autobiográfica y semántica, este proyecto se propuso definir cuál es la magnitud de este problema de memoria en personas expuestas a eventos traumáticos similares, relacionados con el combate violento. Esto ayudaría a diseñar estrategias de entrenamiento cognitivo en memoria desde una intervención psicosocial, conjuntamente con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Este estudio tendrá impacto porque:

- No existe actualmente en la ACR una matriz con un énfasis dirigido a la intervención de los participantes con alteraciones neuropsicológicas. Los resultados de esta investigación serán los cimientos para generar esta matriz.
- El tema del estrés postraumático se empezaría a reconocer en población desmovilizada, ya que la mayoría de investigaciones en nuestro país con relación al tema sólo apuntan a población desplazada. El reconocimiento de la problemática en los participantes favorecerá las posibilidades terapéuticas para aquellas personas que reciben el diagnóstico de TEPT a causa de eventos traumáticos violentos.
- La desmovilización como fenómeno actual de nuestro país es un tema poco indagado, por tal razón las investigaciones que se realicen con dicha población favorecerán positivamente a la comunidad científica, a la sociedad y a las instancias del gobierno, investigaciones en el área permitirán el conocimiento de la población con fundamentación científica.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis de Trabajo

- En los desmovilizados individuales activos en el proceso de reintegración de la ACR y residentes en el municipio de Medellín con diagnóstico del TEPT hay una alteración con un sesgo negativo en la memoria autobiográfica y hay una alteración en la memoria semántica.

1.6.2 Hipótesis Estadísticas

- Hipótesis Alternativa: Se postula que las ejecuciones en las tareas de memoria autobiográfica y memoria semántica tienen diferencias estadísticamente significativas en las personas expuestas a eventos traumáticos violentos con diagnóstico de TEPT con relación a las expuestas a eventos traumáticos violentos que no desarrollaron el TEPT. Se supone que estas diferencias implican un peor rendimiento en memoria semántica y autobiográfica en las personas con diagnóstico de TEPT en relación con los expuestos a eventos traumáticos violentos sin TEPT y los no expuestos a eventos traumáticos.
- Hipótesis Nula: Se asume que las ejecuciones en las tareas de memoria autobiográfica y memoria semántica son semejantes en los desmovilizados individuales expuestos a eventos traumáticos violentos con y sin TEPT y las personas que no han sido expuestas a eventos traumáticos violentos

2. Marco Teórico

2.1 Modelo Neoconexionista

El modelo neoconexionista asume una posición neo – positivista y establece relaciones causales, las cuales suponen que la resolución de una tarea equivale a una destreza o habilidad, y estas a su vez son el resultado del funcionamiento de áreas cerebrales con sus respectivas conexiones. Se supone que las alteraciones en las habilidades cognitivas se interpretan no solo en relación con la lesión en centros corticales sino también a la lesión que interrumpe las vías que conectan estos centros. Debido al daño en estas vías, la información que generalmente pasa de una región cerebral para ser trasformada o integrada, no puede transmitirse (Geschwind, 1985) (citado en Ardila & Ostrosky, 1991).

Damasio (2001), propone que el cerebro es un super sistema de sistemas. Cada sistema esta compuesto por una compleja interconexión de regiones corticales y núcleos subcorticales, todos ellos pequeños pero macroscópicos, que están constituidos por circuitos locales microscópicos, que están formados por neuronas, las cuales a su vez están conectadas por medio de la sinapsis. Este autor plantea que las unidades que componen los sistemas están interconectados desde el punto de vista neuroanatómico y afirma que la mente es el resultado de la operación de cada una de estas unidades separadas y de la operación concertada de los múltiples sistemas constituidos por estas unidades.

Este estudio va dirigido a establecer la relación entre las destrezas de memoria autobiográfica y semántica con el diagnóstico de TEPT, en desmovilizados individuales expuestos a eventos traumáticos violentos. Las situaciones de estrés se acompañan de componentes cognitivos, emocionales y respuestas fisiológicas relacionadas con procesos de preparación del individuo para enfrentar una emergencia. Las manifestaciones fisiológicas pueden ser principalmente de tipo hormonal y de tipo neural autonómico. Las primeras, suelen relacionarse con aumento de los niveles de adrenalina suprarrenal, aumento de la hormona corticotrópica (ACTH) y los glucocorticoides como el cortisol

plasmático, y las segundas, con el aumento en las respuestas vegetativas. (Kaplan & Sadock, 1999). Las manifestaciones autonómicas se caracterizan por altos niveles de activación simpática que se traducen en aumento de la sudoración (mayor conductancia eléctrica de la piel) y aumento en las amplitudes y frecuencias respiratorias y de pulso cardiaco además de otros cambios cardiovasculares. Estas variaciones funcionales, también pueden ser inducidas en los procesos de evocación mnemónica de eventos con alta emocionalidad como en el caso del recuerdo de hechos traumático. (O'donnell , Hegadoren & Coupland, 2004). Algunos de los mecanismos neurales asociados con situaciones de estrés y trastornos de ansiedad (dentro de los que se incluyen el TEPT), incluyen los sistemas de inhibición GABAérgicos y los sistemas monoaminérgicos. En el primer caso, la literatura indica que defectos o bloqueos del sistema GABAérgico, inducen estados ansiogénicos.

La alteración de los recuerdos de sucesos estresantes, en pacientes afectados de TEPT resaltan el papel de la interacción de la amígdala y el hipocampo en el sistema de codificación mnésica (Vasterling, 2002), la amígdala participa en el almacenamiento de los estímulos con alto contenido emocional y en la formación del almacén a largo plazo de la memoria autobiográfica mientras que el hipocampo está implicado en la formación de la memoria semántica y su consolidación a largo plazo, en el procesamiento de la información contextual y espacial. (Eichenbaum, 1997).

2.2 Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

2.2.1 Definición y criterios diagnósticos

El inicio del estudio del TEPT está íntimamente vinculado con la guerra y sus secuelas. Sus síntomas principales habían sido descritos ya en el XIX, pero fue tras la I Guerra Mundial cuando los especialistas en Salud Mental, de la época, observaron que los excombatientes manifestaban, a menudo, un incremento respecto a la población general, de enfermedades psicosomáticas, generalmente caracterizado por una elevada ansiedad, dolor

en el pecho, taquicardias y vértigos. De nuevo tras la II Guerra Mundial y ante el incremento de alteraciones observadas se realizaron un importante número de investigaciones que concluyeron con la consideración de que se trataba de un nuevo tipo de trastorno de ansiedad y con características propias (DSM, 1952). En los sucesivos Manuales de Diagnóstico de Salud Mental (DSM) aparece con distintas denominaciones aunque no fue hasta 1980, tras la guerra de Vietnam, cuando se le definió como TEPT. En esta época se contextualizó de la siguiente manera:

“Respuesta retardada o prolongada a una grave amenaza, a un acontecimiento psicológicamente traumático que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia habitual”.

El TEPT, actualmente es definido como un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico o amenaza de daño físico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que la persona no pueden asimilarlo.(Coates & Schechter, 2004). En algunos casos, puede darse también debido a un profundo trauma psicológico o emocional y no necesariamente algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados. (Schechter & Willheim, 2009).

El DSM IV – TR (APA, 2002), afirma, que el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta o miedo, horror, o indefensión, catástrofes, inundaciones, terremotos, accidentes, incendios, choques de trenes o carros, los causados intencionalmente por los seres humanos como: agresiones sexuales, secuestros, torturas, guerras, prisiones. Según la Organización Mundial de La Salud (OMS, 1998), el estrés postraumático puede afectar al 1 o 2% de la población adulta, se ha estudiado en excombatientes de la guerra de Vietnam con una prevalencia del 30%.

Los planteamientos del DSM IV-TR (APA, 2002) consideran que un diagnóstico de estrés postraumático requiere la presentación de los síntomas anteriormente mencionados durante un periodo de un mes. En caso contrario se considera como un caso de estrés agudo cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses o de una forma crónica, cuando la duración de los mismos es superior a este periodo temporal. Incluso 10 o 15 años después de ocurrido el suceso aversivo, que puede darse hasta en el 30-50% de todos los pacientes.

Criterios diagnósticos para TEPT según DSM IV-TR (APA, 2002):

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 de flash back, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

(7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño

(2) irritabilidad o ataques de ira

(3) dificultades para concentrarse

(4) hipervigilancia

(5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

2.2.2 Clasificación de la respuesta al trauma

Como se mencionó anteriormente, desde el punto de vista temporal, es posible clasificar las respuestas post-traumáticas en agudas y crónicas. Las respuestas agudas son aquellas cuya duración fluctúan entre 2 días y 1 mes desde que ha ocurrido el evento traumático, denominándose trastorno por estrés agudo. Las respuestas de mayor duración a 1 mes se denominan TEPT y se sub-clasifican en: agudo si evoluciona en menos de 3 meses, crónico si evoluciona en más de 3 meses y de inicio diferido si los síntomas se inician luego de 6 meses de sucedido el trauma. Clínicamente se puede clasificar un TEPT como leve, moderado o severo de acuerdo a la repercusión que este tenga en la vida del paciente. (Mena, Correa, Canessa Arteaga & Nader, 2008).

Se entiende por trauma la presencia de trastornos emocionales, producto de exposición a eventos de naturaleza grave o catastrófica. Es la evaluación subjetiva y en primera persona del individuo afectado lo que imprime la característica de traumático a un evento y no las consideraciones realizadas por evaluadores externos. Puede entenderse el TEPT como una severa reacción psico-fisiológica, cuyo factor causante es un suceso traumático. El efecto de este evento se plasma en el organismo, modificando su neuro-biología. Sus

manifestaciones clínicas pueden clasificarse en 3 grupos sintomáticos a saber: síntomas por re-experimentación, síntomas evitativos y por anestesia emocional y síntomas por hiper-activación. (Mena, Correa, Canessa Arteaga & Nader, 2008).

Los síntomas por re-experimentación consisten en la aparición de expresiones sintomáticas que evocan el trauma o circunstancias riesgosas para el paciente o sus seres queridos. Dentro de estos síntomas están las pesadillas, los recuerdos intrusivos, flashbacks, sensaciones egodistónicas al enfrentar estímulos internos o externos que simbolicen el suceso y las respuestas psico-fisiológicas ante la exposición. Los síntomas evitativos corresponden a todas aquellas manifestaciones sintomáticas tendientes a evitar el recuerdo o la evocación del suceso traumático. Expresiones clínicas frecuentes de este grupo sintomático son: la evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones que recuerden el trauma, evitación de lugares, actividades o personas que se asocien al trauma, la presencia de amnesia disociativa y la pérdida de expectativas futuras (Davidson & Foa, 1991). Los síntomas por hiper-activación son todos aquellos en que se produce un aumento del líquido cefalorraquídeo (LCR); o hiper-vigilancia con respuesta de sobresalto ante estímulos mínimos. Destacan en este grupo la irritabilidad o ataques de ira, el insomnio, dificultades en concentración y la hiper-vigilancia anormal frente a estímulos cotidianos. (Mena, Correa, Canessa Arteaga & Nader, 2008).

2.2.3 Neurobiología del TEPT

La neurobiología del TEPT continúa siendo un campo controversial, a pesar de que se han realizado avances significativos en los últimos años. (Mena, Correa, Canessa Arteaga & Nader, 2008). La mayor parte de los hallazgos apuntan al rol que tendrían estructuras como hipocampo, amígdala, corteza pre-frontal, corteza órbito- frontal y corteza cingulada.

El hipocampo ha sido la estructura más estudiada hasta el momento. Tendría una función integradora al reunir la información de múltiples cortezas sensoriales, facilitando su evocación como un recuerdo único. Así, se relaciona primariamente con la memoria explícita o declarativa, asignándole a los recuerdos un marco temporo -espacial. Además,

tendría como función el formular respuestas condicionadas ante estímulos espaciales complejos. (Newport & Nemeroff, 2000).

El hipotálamo y tronco cerebral se relacionan con la capacidad de otorgarle una carga afectiva a los sucesos, modulando la actividad de corteza pre-frontal, la expresión del miedo y facilitando la expresión de respuestas conductuales autonómicas (Newport & Nemeroff, 2000).

El córtex pre-frontal dorsolateral participaría en la memoria explícita. Su región medial estaría involucrada en promover una interacción social adecuada. Así, la disfunción de esta estructura podría dar cuenta de los síntomas evitativos como del aislamiento social observado en los pacientes con TEPT. (Newport & Nemeroff, 2000).

Dentro de los neurotransmisores involucrados en la fisiopatología del TEPT es posible mencionar: Dopamina (DA), Serotonina (5HT), Norepinefrina (NE), Epinefrina (EP) y Factor Neurotrófico Derivado de Cerebro (BDNF). (Mena, Correa, Canessa Arteaga & Nader, 2008).

2.3 Memoria

2.3.1 Definición y clasificación

Según Lasprilla, Ardila y Guinea, (2003). La memoria es la función más vulnerable a las lesiones y disfunciones del sistema nervioso central. La definen como una de las principales funciones del cerebro humano, resulta de las múltiples conexiones sinápticas entre neuronas, siendo estas las responsables de que el ser humano pueda retener situaciones que se desarrollaron en el pasado. Este es el comienzo de los recuerdos, cuando las neuronas integradas en un eficiente circuito refuerzan la intensidad de la sinapsis.

La presente investigación se centró en la memoria declarativa o explícita, evaluó las destrezas de memoria autobiográfica y memoria semántica.

En la región del lóbulo temporal se localizan las principales estructuras nerviosas implicadas en la memoria declarativa, como el hipocampo y la corteza entorrinal (Buffalo, Bellgowa & Martin, 2006). Existen regiones, denominadas ‘moduladoras’, que actúan en la formación de las memorias declarativas, en estas se encuentran la amígdala localizada en la fase inicial del lóbulo temporal, la sustancia negra, los núcleos del rafe y el núcleo basal de Meynert (Hammond, Bond, Strassmaier & Adelman, 2006). La amígdala es la estructura que recibe el primer impacto de las hormonas periféricas (corticoides, adrenalina) liberadas en la sangre como resultado del estrés o fuertes emociones en el momento de formación de la memoria (Fell, Fernández, Klaver, Mormann & Haupt, 2006). Memoria autobiográfica: La memoria autobiográfica permite al individuo codificar, almacenar y recuperar acontecimientos específicos experimentados personalmente. Las huellas de memoria autobiográfica son representaciones multimodales (visual, táctil, olfativa, propioceptiva) y multidominio (semánticas, verbales, de objetos, rostros, de relaciones temporales y espaciales). Es el sistema que madura más lentamente en el niño y el que se ve más tempranamente afectado en los ancianos. (Lasprilla, Ardila & Guinea, 2003). Los contenidos incluyen significados conceptuales y su relación. Información genérica y descontextualizada. La organización de los contenidos sigue una pauta conceptual. Puede generar y manejar información que nunca se haya aprendido explícitamente, pero que esté implícita en sus contenidos («posee capacidad inferencial»). Tanto la incorporación de nuevos contenidos como la pérdida de información son mucho menos frecuentes.

- Memoria semántica: La memoria semántica se refiere al conocimiento de las palabras y de su significado, de los conceptos, de sus relaciones, de las reglas para su utilización, así como al conocimiento general acerca del mundo cuando tal conocimiento no está ligado al contexto espaciotemporal de su adquisición. Los contenidos incluyen significados conceptuales y su relación. Información genérica y descontextualizada. La organización de los contenidos sigue una pauta conceptual. Puede generar y manejar información que nunca se haya aprendido explícitamente, pero que esté implícita en sus contenidos («posee capacidad inferencial»). (Lasprilla, Ardila & Guinea, 2003).

2.4 Desmovilizados Individuales

Los desmovilizados individuales son excombatientes de grupos ilegales (FARC – AUC) que se entregan voluntaria e individualmente, en la etapa de desarme son atendidos por el Ministerio de Defensa Nacional, a través del PAHD. Una vez se certifica su condición de desmovilizado mediante el certificado emitido por el Comité Operativo para la dejación de armas (CODA), la etapa de Reintegración está a cargo de la ACR, que coordina, asesora y ejecuta con entidades públicas y privadas la ruta de reintegración. (CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2008).

Entre enero de 2003 y octubre de 2008 se han desmovilizado individualmente 17.311 personas en Colombia. La tabla 1, muestra la distribución de estas desmovilizaciones individuales.

Tabla 1. Desmovilizaciones individuales en Colombia - Enero 2003 – Octubre 2008. (CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2008).

Desmovilizados Individuales	Autodefensas Ilegales (AUI)	Enero 2003- octubre de 2007	3.682
	Subversión (Grupos Guerrilleros)	Agosto 2002- octubre 2008	13.620

El 63% de las personas en proceso de reintegración reside mayoritariamente en los departamentos de Antioquia, Bogotá-Cundinamarca, Córdoba, Cesar y Magdalena. El 37% restante se ubican de manera dispersa en los demás departamentos del país, en una extensión de más de 635 municipios.

La mayoría de los adultos que se encuentran en proceso de reintegración son hombres (91%) y la proporción de mujeres es del 9%. La cifra anual de mujeres que se han desmovilizado entre los años 2002 y 2008, creció, en promedio un 30%.

La mayoría de las personas en proceso de reintegración se encuentran en los rangos de edad económicamente activa. El 63.8% de los adultos desmovilizados registra edades entre los 26 y 40 años; el 26.6% se encuentra entre 18 y 26 años. El restante 9.6% corresponde a mayores de 40 años.

La ACR ejecuta el proceso de reintegración a través de Centros de Servicios que se encuentran distribuidos por todo el país. El presente estudio se centró en los desmovilizados individuales que residen en Medellín y que se encuentran activos en el Centro de Servicios Medellín. Según la base de datos de la URS del 8 de julio de 2010, hay 599 desmovilizados individuales sin novedad, que residen en Medellín.

La tabla 2, muestra la caracterización (grupo etario, sexo y etnia) de los 599 participantes activos en el Centro de Servicios Medellín a fecha del 8 de Julio de 2010.

Tabla 2. Caracterización desmovilizados individuales activos en el Centro de Servicios Medellín. (CONPES, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2008).

GRUPO ETARIO	ADULTO JOVEN [18 a 25]	ADULTO [26-61]	ADULTO MAYOR [62 o más]
	26,21%	73,28%	0,50%
SEXO	MASCULINO	FEMENINO	
	76,29%	23,70	
ETNIA	MESTIZO	AFROCOLOMBIANO	INDÍGENA
	88,14%	10,69%	1,16%

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

- Establecer la relación entre las destrezas de memoria autobiográfica y semántica con el diagnóstico de TEPT, en desmovilizados individuales residentes en el municipio de Medellín expuestos a eventos traumáticos violentos, comparados con un grupo sin exposición a eventos traumáticos violentos y sin TEPT.

3.2 Objetivos específicos:

- Determinar las características de las destrezas de la memoria autobiográfica y semántica en los desmovilizados individuales expuestos a trauma violento con diagnóstico del TEPT residentes en el municipio de Medellín.
- Identificar las características de las destrezas de la memoria autobiográfica y semántica en los desmovilizados individuales expuestos a trauma violento sin diagnóstico del TEPT residentes en el municipio de Medellín.
- Establecer las características de las destrezas de la memoria autobiográfica y semántica de un grupo control (no expuestos a hechos violentos y sin TEPT. Campesinos de la vereda el Llano de Santa Elena).
- Comparar la ejecución de los tres grupos, analizando la relación del TEPT con las destrezas de memoria autobiográfica y semántica.

4. Metodología

4.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación es **No experimental**: Esta investigación se realizó sin manipular deliberadamente variables.

4.2 Nivel de Investigación

El nivel es **correlacional mediante comparación**, se comparon las destrezas de memoria autobiográfica y semántica tanto en el grupo de sujetos expuestos a traumas violentos (con TEPT y sin TEPT) como en el grupo control.

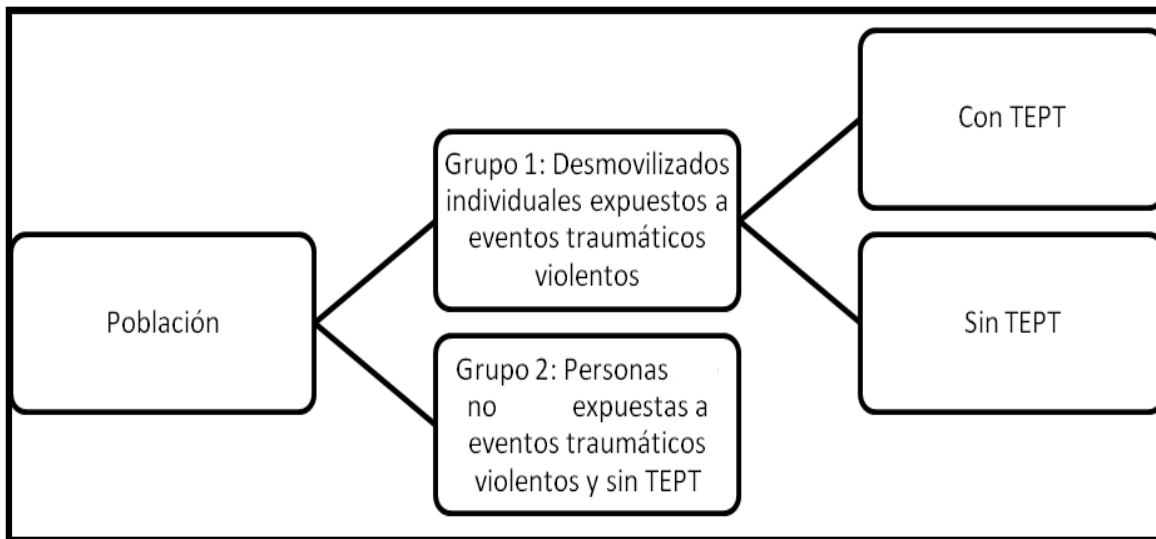
4.3 Diseño de investigación

El diseño es trasversal para dos grupos:

- Grupo 1: Desmovilizados individuales expuestos a eventos traumáticos violentos, este grupo se subdividió en dos:
 - Desmovilizados individuales expuestos a eventos traumáticos violentos con diagnóstico de estrés postraumático.
 - Desmovilizados individuales expuestos a eventos traumáticos violentos sin diagnóstico de estrés postraumático.
- Grupo 2: Personas que no han sido expuestas a eventos traumáticos violentos y sin diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. (Campesinos de la vereda el Llano de Santa Elena)

La asignación a los grupos se hizo mediante el diagnóstico del TEPT. La figura 1 muestra la organización de la población. Se asumió como variable criterio el TEPT y como variables dependientes las destrezas de memoria autobiográfica y semántica.

Figura 1. Grupos.



4.4 Población

La población que se investigó esta conformada por desmovilizados individuales activos dentro del proceso de reintegración de la ACR, pertenecientes al Centro de Servicios Medellín, que residen en el municipio de Medellín. El grupo control estuvo compuesto por personas residentes en el municipio de Santa Elena en la vereda Llano, población campesina que no ha sido expuesta a eventos traumáticos violentos.

4.5 Muestreo

Se realizó a través del cálculo de diferencias de promedios, utilizando el programa EPIDAT 3,1 (Xunta de Galicia Organización Panamericana de la Salud, 2006) en las variables de análisis, a partir de los datos obtenidos por una investigación sobre el rendimiento

neuropsicológico de pacientes con TEPT (Kylie & Bryant, 2006), en la cual fueron evaluados 17 pacientes expuesto a eventos traumáticos violentos con TEPT y 16 controles expuestos a traumas violentos sin diagnóstico TEPT.

4.6 Muestra

4.6.1 Rastreo

Estudios han reportado que la prevalencia del TEPT en la población general es del 2.3% (Marty & Cavajal, 2005), en personas expuestas a eventos traumáticos violentos la prevalencia del TEPT es del 37.4% (Davidson, 2000), y en excombatientes irregulares la prevalencia es del 57% (La Espriella & Vladimir, 2009). Se supuso que al aplicar la entrevista estructurada MINI como prueba de tamizaje del TEPT a los 599 desmovilizados individuales y asumir un nivel de confianza del 95% y un error del 1 al 10% se obtendría una muestra mínima de 13 sujetos (prevalencia en población normal) y una máxima de 341 sujetos (prevalencia en excombatientes irregulares) sospechosos de tener estrés postraumático.

4.6.2 Asignación a grupos para confirmación del TEPT y comparación

De los positivos y negativos para TEPT se seleccionaron aleatoriamente, por edad y escolaridad, el número de personas necesarias para obtener unas diferencias significativas en las variables de análisis, suponiendo un nivel de confianza del 95% y un poder de 80 a 90%, tratando de asignar dos grupos del mismo tamaño con características demográficas similares. El grupo de no expuestos se obtuvo de personas residentes en el municipio de Santa Elena, este grupo tuvo las mismas características demográficas (edad, escolaridad y estratos) de los expuestos. De acuerdo con los cálculos basados con la investigación de Kylie y Bryant (2006), el número de sujetos para cada grupo fue de 30.

4.7 Criterios de inclusión para cada grupo

Grupo 1: Personas expuestas a eventos traumáticos violentos.

- Desmovilizados individuales certificados como tal por el comité operativo de dejación de armas.
- Activos dentro de proceso de reintegración de la ACR.
- Pertenecientes al Centro de Servicios Medellín.
- Residentes del Municipio de Medellín.
- Nivel educativo de 1----13 años
- Estrato socio – económico 1 ó 2
- Personas en edades entre los 18 y 50 años.

Grupo 2: Personas no expuestas a eventos traumáticos violentos y sin diagnóstico de TEPT.

- Residentes del Municipio de Santa Elena (Vereda Llanada)
- Personas en edades entre 18 y 50 años.
- Nivel educativo de 1----13 años
- Estrato socio – económico 1 ó 2

4.8 Instrumentos

- Tamizaje del TEPT: La entrevista estructurada MINI (*MINI International Neuropsychiatric Interview, 2000*), versión en español Instituto IAP, Madrid (Ferrando, Bobes, & Gibert, 2000) entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría

diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Lecrubier (1997), plantea que en los estudios de validez y de confiabilidad realizados, entre calificadores y test-retest, se comprueba que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y que la sensibilidad y especificidad es buena para todos los diagnósticos con la excepción del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ($Kappa = ,36$), agorafobia (sensibilidad = ,59) y la bulimia ($kappa = ,53$). Se aplicó a los desmovilizados individuales activos en el proceso de reintegración de la ACR y residentes en el municipio de Medellín el módulo que valora síntomas del TETP, como un tamizaje inicial. Este módulo también se aplicó al grupo control.

- Diagnóstico TEPT: Los desmovilizados individuales que puntuaron con síntomas positivos para el TEPT (30 desmovilizados), se les suministró la escala CAPS, llamada en inglés “*Clinician Administered PTSD Scales*” (Blake, Wather & Nagy, 1990), en español “escala para valoración del TEPT para ser administradas por un clínico”, fue desarrollada en el Centro Nacional para el TEPT de la llamada “*Veterans Administration*” de los EE.UU. La escala CAPS se concibe para dar respuesta tanto a necesidades relacionadas con la investigación como con la clínica. Las preguntas de la escala evalúan los 17 síntomas del DSM así como los 8 síntomas asociados al mismo (extraídos del DSM y de la literatura de investigación clínica al respecto). También se puntúan ítems relacionados con el funcionamiento social y laboral, una estimación global de la validez de la evaluación, así como la severidad global del trastorno.
- Para estudiar la relación entre el diagnóstico de TEPT con la memoria semántica, se medió con el Test de aprendizaje verbal TAVEC. (Benedet, 1998). El TAVEC es un test válido para determinar el déficit de memoria en pacientes con daño cerebral adquirido, dada su alta sensibilidad, su valor ecológico y su estructura interna (Chirivella, 2003). En el TAVEC se utilizan 2 listas para Aprendizaje, Inferencia y

Reconocimiento. La interpretación de la prueba sigue una línea que supera el modelo «multialmacén» y se integra en las teorías de la modularidad de la mente y permite determinar la «normalidad» del sujeto (comparando con una muestra similar en edad, sexo y nivel educativo), describir el modo de funcionamiento de su sistema de memoria semántica, determinar forma y motivo de su desviación (en caso de que la hubiera).

- La memoria autobiográfica se evaluó con el Test de Memoria Autobiográfica AMT (AMT, Autobiographical Memory Test) de Williams y Broadbent (1986). Es una sencilla prueba que consiste en la presentación de una lista de 10 palabras-estímulo (5 positivas y 5 negativas que se van intercalando) con las que se les pidió al entrevistado que intente buscar un recuerdo específico de su vida ("Trate de recordar algún momento específico en su vida en el que usted se haya sentido..."). Las 5 palabras positivas fueron "Amor", "seguro", "especial", "exitoso" y "feliz", y las 5 palabras negativas fueron "miedo", "enojado", "estrés", "herido" y "tenso". Para la corrección de esta prueba se clasifican los recuerdos obtenidos en "extendidos", "categóricos", "específicos", y "asociación semántica o no recuerda" (cuando la información recuperada es una asociación semántica en lugar de un recuerdo autobiográfico o cuando la persona es incapaz de recuperar algún recuerdo).

4.9 Operacionalización de variables

Figura 3. Operacionalización de variables.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE	NATURALEZA	CRITERIO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
DEMOGRÁFICAS				
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	RAZON	18 ----- 50
ESCOLARIDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALO	1-----13
GENERO	CUALITATIVA	DISCRETA	NOMINAL	1: MASCULINO 2: FEMENINO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	DISCRETA	NOMINAL	1 SOLTERO 2 UNIÓN LIBRE 3 CASADO 4 SEPARADO 5 VIUDO

CRITERIO				
MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	CUALITATIVA	DISCRETA	RAZÓN	0: NO 1: SI
ESCALA PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ADMINISTRADA POR EL CLÍNICO				
SUCESO TRAUMÁTICO	CUALITATIVA	DISCRETA	RAZON	0:NO 1:SI
SÍNTOMAS REEXPERIMENTADOS	CUALITATIVA	DISCRETA	INTERVALO	ACTUAL : F- I- F+I CURSO VITAL: F- I- F+I
SÍNTOMAS DE EVITACIÓN Y PARALIZACIÓN	CUALITATIVA	DISCRETA	INTERVALO	ACTUAL : F- I- F+I CURSO VITAL: F- I- F+I
SÍNTOMAS DE HIPERVIGILANCIA	CUALITATIVA	DISCRETA	INTERVALO	ACTUAL : F- I- F+I CURSO VITAL: F- I- F+I
DURACIÓN DE LA MOLESTIA	CUALITATIVA	DISCRETA	RAZON	O: NO 1: SI
ANALISIS				
TEST DE APRENDIZAJE VERBAL ESPAÑA-COMPLUTENSE – TAVEC				
LISTA A				
Correctas	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Instrusiones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Perseveraciones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
RECUERDO LIBRE A CORTO PLAZO				
Correctas	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Intrusiones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Perseveraciones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
RECUERDO A CORTO PLAZO CON CLAVES SEMÁNTICAS				
Correctas	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Intrusiones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Perseveraciones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
RECUERDO A LARGO PLAZO				
Correctas	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Intrusiones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Perseveraciones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15

RECUERDO A LARGO PLAZO CON CLAVE SEMANTICA				
Correctas	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Intrusiones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
Perseveraciones	CUANTITATIVA	DISCRETA	INTERVALOS	1-----15
AMT – TEST PARA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA	CUANTITATIVA	DISCRETA	RAZÓN	RECUERDO AUTOBIOGRÁFICO: 1 ASOCIACIÓN SEMÁNTICA – NO RECUERDA: 0

4.10 Procedimiento

Fase A:

- Presentación del proyecto al nivel Central de la ACR, URS con la que se obtuvo la aprobación, aval de la Unidad de Planeación e Investigaciones de la ACR.

Fase B:

- Contacto con líderes del municipio de Medellín y área metropolitana para la presentación del proyecto y obtención de las personas que conformaron el grupo control. La población evaluada estuvo constituida por campesinos de la Vereda Llano perteneciente al municipio de Santa Elena.
- Aplicación de instrumentos – Grupo 2 (No expuestos a eventos traumáticos violentos, y sin síntomas de TEPT)
- Se le aplicó a 30 personas residentes de la vereda el Llano de Santa Elena (previa aprobación de consentimiento informado), de estratos socio económicos 1-2, escolaridad de 1---13, las baterías completas (para TEPT y memoria), con el objetivo de que no hayan sido expuestas a eventos traumáticos violentos, que no tuvieran TEPT.

Fase C: Aplicación de instrumentos – Grupo 1 (expuestos a eventos traumáticos violentos)

- Aplicación grupal de la prueba de tamizaje → La entrevista estructurada MINI (*MINI International Neuropsychiatric Interview, 2000*), versión en español Instituto IAP, Madrid (Ferrando, Bobes, y Gibert, 2000), módulo de estrés postraumático. Cada profesional psicosocial acompaña el proceso de reintegración de un promedio de 100 desmovilizados individuales, que son convocados mínimo dos veces al mes para actividades grupales (espacio que se utilizó para la aplicación de la MINI y Consentimiento Informado). → Tomó un promedio de 20 minutos en cada taller la aplicación de la prueba, que se aplicó de forma grupal ya que es muy básica. La investigadora y contratista de la ACR se desplazó a cada grupo para aplicar la prueba de tamizaje.
- A partir de los resultados obtenidos en la en MINI se clasificó la población que conformó el grupo 1 (desmovilizados individuales expuestos a eventos traumáticos violentos con síntomas de TEPT y sin síntomas de TEPT).
- De los desmovilizados que puntuaron con TEPT se obtuvo la muestra (Grupo 1 con TEPT) se les aplicó el CAPS y las baterías para valorar las destrezas de memoria – de los desmovilizados que puntuaron sin síntomas de TEPT se obtuvo la muestra (Grupo 1 sin TEPT) a este grupo se les aplicó las baterías para valorar las destrezas de memoria. (La investigadora y contratista de la ACR se encargó de contactar y convocar a los participantes seleccionados para la aplicación de pruebas sin intervenir con las actividades propias de la URS.

Fase D: Análisis

Se construyó la base de datos con los resultados de las evaluaciones.

Fase F: interpretación de resultados

A partir de los resultados obtenidos de los análisis estadísticos se hizo la interpretación, discusión y conclusiones.

4.11 Aspectos Éticos de La Investigación

Consentimiento Informado entregado a los grupos:

- Introducción

A usted señor (a) _____ le estamos invitando a participar en una investigación de la maestría de neuropsicología de la Universidad de San Buenaventura

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Es posible que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio actual. Los estudios de investigación como éste sólo producen conocimientos que podrían ser usados para diseñar estrategias de entrenamiento cognitivo en memoria, conjuntamente con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Segundo, algunas personas tienen creencias personales, ideológicas y religiosas que pueden estar en contra de los procedimientos que se desarrollan dentro de las investigaciones psicológicas y psiquiátricas, como contestar preguntas sobre la conducta privada, hablar de sus emociones, aceptar un diagnóstico psiquiátrico etc. Si usted tiene creencias de este tipo, por favor hágalo saber al investigador antes de firmar acuerdos para participar en la investigación.

- Información sobre el estudio de investigación.

A continuación se describirá en detalle en qué consiste el estudio de investigación. Antes de tomar cualquier decisión de participación, por favor tómese el tiempo que necesite para

preguntar, averiguar y discutir todos los aspectos relacionados con este estudio con el investigador, con sus amigos, con sus familiares, con otros psicólogos, o con otros profesionales en quienes usted confíe.

- Propósito

El propósito de este estudio es establecer la relación entre las destrezas de memoria autobiográfica y semántica con el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, en desmovilizados individuales expuestos a eventos traumáticos violentos, comparados con un grupo sin exposición a eventos traumáticos violentos y sin trastorno de estrés postraumático. Para lograr éste objetivo se aplicara una batería de pruebas dirigidas a establecer la presencia o ausencia de un trastorno de estrés postraumático, y pruebas dirigidas a evaluar la memoria autobiográfica y semántica. Los resultados obtenidos de la calificación de dichas pruebas, serán utilizados en la fases de análisis, discusión y conclusiones del estudio investigativo.

Dado que varias investigaciones plantean que el estrés postraumático genera alteraciones de la memoria, este proyecto se propone generar conocimiento que defina la magnitud de este problema de memoria en personas expuestas a eventos traumáticos similares, relacionados con combate violento.

- Procedimiento

Se formarán dos grupos que estarán constituidos en total por 90 personas. El grupo 1 estará conformado por personas expuestas a traumas violentos (desmovilizados individuales), este grupo se subdividirá en dos: personas expuestas a traumas violentos con diagnóstico del trastorno de estrés postraumático y personas expuestas a eventos traumáticos violentos y sin diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. El segundo grupo estará conformado por personas que no han sido expuestas a eventos traumáticos violentos y sin diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Para la formación de estos grupos a todos los participantes se les aplicará las pruebas para el diagnóstico del estrés postraumático y las pruebas para valorar las destrezas de memoria autobiográfica y semántica.

- Inconvenientes, malestares y riesgos

El responder a las preguntas de los instrumentos se considera un procedimiento sin riesgo a nivel de la salud. El único inconveniente que puede presentarse es con relación a las preguntas sobre conductas privadas, que pudieran causar algún tipo de molestia al responderla. Se garantiza su derecho a la intimidad, se manejará esta información a un nivel confidencial absoluto. No se dará esta información personal a nadie.

- Beneficios

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su aporte es una contribución muy valiosa para generar estrategias de intervención desde la Unidad de Reintegración Social de La Alta Consejería de la Presidencia.

- Reserva de la información y secreto

Para la aplicación de los instrumentos no se requieren datos de identificación de quien los responde. Son completamente anónimos.

- Derecho a negarse a diligenciar el instrumento de investigación

Usted tiene el derecho de elegir en forma voluntaria y con plena libertad si desea participar en el estudio de investigación.

- Consentimiento informado

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación al estudio de investigación “memoria autobiográfica y semántica en el trastorno por estrés postraumático de los desmovilizados individuales residentes en el municipio de Medellín” y de haber recibido las explicaciones verbales y respuestas a inquietudes, habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que he resuelto autorizar mi participación.

Además, expresamente autorizo a la Universidad de San Buenaventura sede Medellín para usar la información en otras futuras investigaciones.

Estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto y autorizo que la información que arroje la calificación del instrumento aplicado, sea utilizada en otras investigaciones en el futuro.

Cédula de Ciudadanía #:

de:

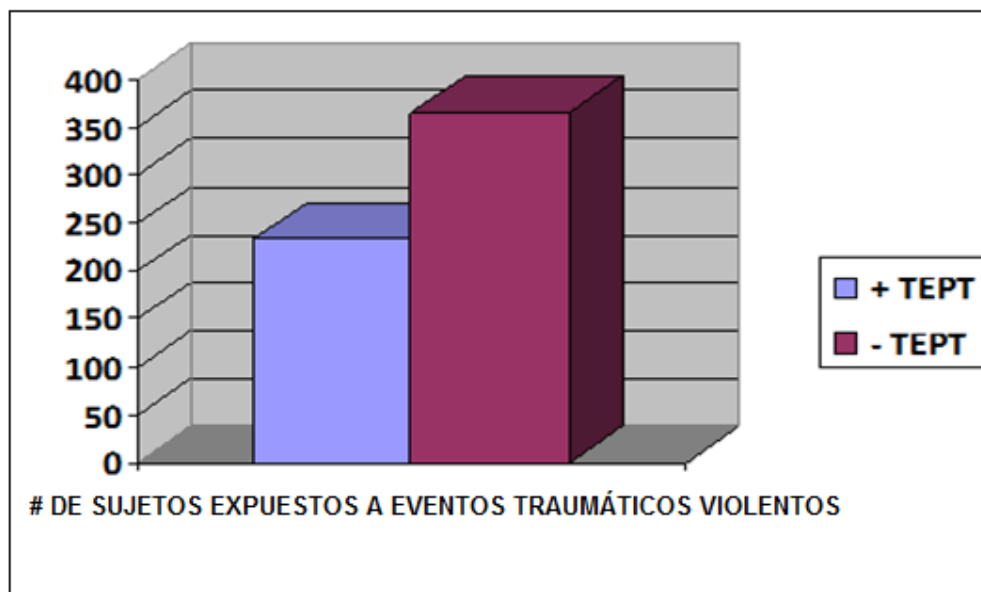
5. Análisis Estadísticos

Se hizo un análisis de frecuencias para describir las variables categóricas de los grupos. Se establecen promedios y su variabilidad para las variables de escala o de razón. Se realizó comparaciones entre los promedios y la varianza de las evaluaciones, usando procedimientos no paramétricos para 3 muestras relacionadas (Wilcoxon), por el tamaño de la muestra, aunque presente una distribución normal. Se asume como estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. Para estos análisis se usó el programa estadístico para computadora SPSS 19.0.

5.1 Grupos

A los 599 desmovilizados individuales, residentes en el municipio de Medellín, activos dentro del proceso de reintegración de la ACR, se les aplicó el módulo que evalúa síntomas de TEPT de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI *International Neuropsychiatric Interview*, 2000), con el fin de detectar posibles positivos y negativos para TEPT, y dividir el grupo 1 (expuestos a eventos traumáticos violentos) en dos subgrupos → Grupo con TEPT y grupo sin TEPT. La figura 2 visualiza los resultados de la evaluación.

Figura 2. Desmovilizados positivos y negativos para síntomas de TEPT.



De los 599 desmovilizados individuales, residentes en el municipio de Medellín, activos dentro del proceso de reintegración de la ACR, 365 salieron negativos para síntomas de

TEPT y 234 resultaron positivos para síntomas de TEPT, según los resultados del módulo que evalúa síntomas de TEPT de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI *International Neuropsychiatric Interview, 2000*). La tabla 4 muestra la frecuencia y el porcentaje de los desmovilizados con síntomas y sin síntomas de TEPT.

Tabla 4. Desmovilizados negativos y positivos para síntomas de TEPT.

Desmovilizados	N	%
Negativos para TEPT	365	61,0%
Positivos para TEPT	234	39,0%
Total	599	100%

N:Frecuencia; % Porcentaje de participación.

La tabla sugiere una prevalencia del TEPT de un 39% en la población desmovilizada evaluada.

De los desmovilizados positivos y negativos para TEPT (grupo 1) se seleccionaron aleatoriamente, por edad y escolaridad, el número de personas necesarias para obtener unas diferencias significativas en las variables de análisis, con un nivel de confianza del 95% y un poder de 80 a 90%, tratando de asignar dos subgrupos del mismo tamaño con características demográficas similares. El grupo de no expuestos se obtuvo de personas residentes en el municipio de Santa Elena, este grupo tuvo las mismas características demográficas (edad, escolaridad y estratos) de los expuestos, se les aplicó el módulo que evalúa síntomas de TEPT de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI *International Neuropsychiatric Interview, 2000*), para descartar presencia de TEPT. De acuerdo con los cálculos basados con la investigación de Kylie y Bryant (2006), el número de sujetos para cada grupo fue de 30. La tabla 5, muestra los resultados del módulo de TEPT de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI *International Neuropsychiatric Interview, 2000*), se evidencia la presencia de síntomas de TEPT solo en el grupo 1 de desmovilizados con TEPT.

Tabla 5. Resultados del módulo de TEPT de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

Criterios TEPT – MINI	Grupo 1				Grupo 2	
	Desmovilizados sin TEPT		Desmovilizados con TEPT		Recuento	% del N de la tabla
	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla		

CRITERIO A	Ausencia	30	33,3%	0	,0%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	30	33,3%	0	,0%
CRITERIO B	Ausencia	30	33,3%	0	,0%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	30	33,3%	0	,0%
CRITERIO C-A	Ausencia	30	33,3%	2	2,2%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	28	31,1%	0	,0%
CRITERIO C-B	Ausencia	30	33,3%	9	10,0%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	21	23,3%	0	,0%
CRITERIO C-C	Ausencia	30	33,3%	1	1,1%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	29	32,2%	0	,0%
CRITERIO C-D	Ausencia	30	33,3%	7	7,8%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	23	25,6%	0	,0%
CRITERIO C-E	Ausencia	30	33,3%	5	5,6%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	25	27,8%	0	,0%
CRITERIO C-F	Ausencia	30	33,3%	16	17,8%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	14	15,6%	0	,0%
CRITERIO D-A	Ausencia	30	33,3%	2	2,2%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	28	31,1%	0	,0%
CRITERIO D-B	Ausencia	30	33,3%	0	,0%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	30	33,3%	0	,0%
CRITERIO D-C	Ausencia	30	33,3%	2	2,2%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	28	31,1%	0	,0%
CRITERIO D-D	Ausencia	30	33,3%	1	1,1%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	29	32,2%	0	,0%
CRITERIO D-E	Ausencia	30	33,3%	1	1,1%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	29	32,2%	0	,0%
CRITERIO E	Ausencia	30	33,3%	12	13,3%	30	33,3%
	Presencia	0	,0%	18	20,0%	0	,0%

Para determinar el diagnóstico clínico del TEPT, a los desmovilizados del grupo 1 con síntomas de TEPT se les aplicó la Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scale [CAPS]*), que evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV. La tabla 6, muestra los resultados de esta prueba.

Tabla 6. Resultados de la Escala para el TEPT Administrada por el Clínico.

Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (<i>Clinician Administered PTSD Scale [CAPS]</i>),	Media	Desviación típica	Recuento	% del N de la tabla
--	-------	-------------------	----------	---------------------

# DE SINTOMAS REEXPERIMENTADOS	4	1		
FRECUENCIA	10	4		
INTENSIDAD	8	3		
# DE SINTOMAS DE EVITACION	6	1		
FRECUENCIA	12	3		
INTENSIDAD	11	3		
# DE SINTOMAS DE HIPERVIGILANCIA	5	1		
FRECUENCIA	11	4		
INTENSIDAD	10	4		
DURACION DE SINTOMAS DE AL MENOS UN MES	1	0		
SUCESO TRAUMÁTICO	GRUPO SUBVERSIVO			30 100,0%
	Total			30 100,0%
ANGUSTIA IMPORTANTE E INTERFERENCIA FUNCIONAL	Ausencia			6 20,0%
	Presencia			24 80,0%
	Total			30 100,0%
TEPT AGUDO/CRONICO	Agudo			8 26,7%
	Crónico			22 73,3%
	Total			30 100,0%

X: Media; D.S. Desviación Estándar; N:Frecuencia; % Porcentaje de participación.

La tabla muestra que los desmovilizados con TEPT, presentan el diagnóstico clínico del trastorno por estrés postraumático, que el evento que detonó el trastorno, tiene que ver con vivencias experimentados durante su permanencia en el grupo armado ilegal. 22 de los desmovilizados tienen TEPT crónico y 8 presentan TEPT agudo. Muestran recuerdos molestos e intrusivos del evento traumático, sueños angustiosos y recurrentes, malestar psicológico intenso, evitación de estímulos asociados al trauma, incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma y aislamiento social.

5.2 Resultados

Las características demográficas se presentan en la tabla 7 para dos grupos establecidos de acuerdo al planteamiento metodológico. Grupo 1: Personas expuestas a eventos traumáticos violentos (desmovilizados individuales, residentes en el municipio de Medellín, activos dentro del proceso de reintegración de la ACR), dividido en dos subgrupos (desmovilizados con TEPT – Desmovilizados sin TEPT) Grupo 2: Personas no expuestas a eventos

traumáticos violentos y sin TEPT (Campesinos de Santa Elena vereda el Llano, con características demográficas similares al grupo de expuestos).

El grupo 2 presentó una edad media de 31 años y una escolaridad de 8 años. El grupo 1 con TEPT una edad media de 28 años y una escolaridad de 6 años. Por su parte el grupo 1 sin TEPT en promedio tenían 29 años de edad y una escolaridad de 7 años. Los grupos estuvieron constituidos en su gran mayoría por hombres y el estado civil unión libre se presentó con mayor porcentaje en los grupos.

Tabla 7. Caracterización demográfica de los grupos.

DATOS DEMOGRÁFICOS		Grupo 2				Grupo 1							
						Desmovilizados con TEPT				Desmovilizados sin TEPT			
		X	D.S.	N	%	X	D.S.	N	%	X	D.S.	N	%
EDAD		31	13			28	4			29	6		
ESCOLARIDAD		8	4			6	3			7	2		
SEXO	Hombre			20	66,7%			20	66,7%			26	86,7%
	Mujer			10	33,3%			10	33,3%			4	13,3%
	Total			30	100,0%			30	100,0%			30	100,0%
ESTADO CIVIL	Soltero			10	33,3%			11	36,7%			10	33,3%
	Unión Libre			13	43,3%			18	60,0%			19	63,3%
	Casado			3	10,0%			0	,0%			0	,0%
	Separado			3	10,0%			1	3,3%			1	3,3%
	Viudo			1	3,3%			0	,0%			0	,0%
	Total			30	100,0%			30	100,0%			30	100,0%

X: Media; D.S. Desviación Estándar; N:Frecuencia; % Porcentaje de participación.

A cada uno de los grupos se les hizo una valoración neuropsicológica de las destrezas de memoria semántica y de la memoria autobiográfica, que permitió definir y comparar el desempeño de cada uno de los grupos.

Memoria Autobiográfica: se evaluó con el Test de Memoria Autobiográfica AMT (*AMT, Autobiographical Memory Test*) de Williams y Broadbent (1986). A cada uno de los participantes en la investigación se les presentó una lista de 10 palabras-estímulos (5 positivas y 5 negativas que se van intercalando) con las que se les pidió que buscaran un recuerdo específico de su vida que se relacionara con el estímulo. La tabla 8, muestra los resultados de este test de todos los grupos.

Tabla 8. Resultados - Estímulos Test de Memoria Autobiográfica AMT (*AMT, Autobiographical Memory Test*).

AMT, <i>Autobiographical Memory Test</i>		Grupo 2		Grupo 1			
				Desmovilizados con TEPT		Desmovilizados sin TEPT	
		N	%	N	%	N	%
Estímulo Positivo (Amor)	Asociación semántica o no recuerda	9	30,0%	26	86,7%	7	13,4%
	Recuerdos Autobiográficos	21	70,0%	4	13,3%	23	86,6%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%
Estímulo Positivo (Feliz)	Asociación semántica o no recuerda	3	10,0%	28	93,3%	4	13,3%
	Recuerdos Autobiográficos	27	90,0%	2	6,7%	26	86,7%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%
Estímulo Positivo (Especial)	Asociación semántica o no recuerda	3	10,0%	9	70,0%	8	26,7%
	Recuerdos Autobiográficos	27	90,0%	21	30,0%	22	73,3%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%

Estímulo Positivo (Seguro)	Asociación semántica o no recuerda	7	23,3%	17	56,7%	6	20,0%
	Recuerdos Autobiográficos	23	76,7%	13	43,3%	24	80,0%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%
Estímulo Positivo (Exitoso)	Asociación semántica o no recuerda	6	20,0%	22	73,3%	6	20,0%
	Recuerdos Autobiográficos	24	80,0%	8	26,7%	24	80,0%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%
Estímulo Negativo (Miedo)	Asociación semántica o no recuerda	8	26,6%	2	6,7%	3	10,0%
	Recuerdos Autobiográficos	20	73,4%	28	93,3%	27	90,0%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%
Estímulo Negativo (Enojado)	Asociación semántica o no recuerda	8	26,7%	5	16,7%	8	26,7%
	Recuerdos Autobiográficos	22	73,3%	25	83,3%	22	73,3%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%
Estímulo Negativo (Estrés)	Asociación semántica o no recuerda	11	36,7%	13	56,7%	7	23,3%
	Recuerdos Autobiográficos	19	63,3%	17	43,3%	23	76,7%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%
Estímulo Negativo (Herido)	Asociación semántica o no recuerda	10	33,3%	4	13,3%	12	40,0%
	Recuerdos Autobiográficos	20	66,7%	26	86,7%	18	60,0%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%

Estímulo Negativo (Tenso)	Asociación semántica o no recuerda	9	30,0%	12	40,0%	10	33,3%
	Recuerdos Autobiográficos	21	70,0%	18	60,0%	20	66,7%
	Total	30	100,0%	30	100,0%	30	100,0%

N:Frecuencia; % Porcentaje de participación.

En la tabla se observa→

Con relación a los estímulos positivos: El porcentaje más alto para todos los estímulos corresponde a los desmovilizados con TEPT en asociaciones semánticas - no recuerdos. Existe un mayor porcentaje de recuerdos autobiográficos en el grupo 2 y en los desmovilizados sin TEPT.

Con relación a los estímulos negativos de miedo, enojado y herido existen un porcentaje mayor de asociaciones semánticas - no recuerdos de los desmovilizados sin TEPT y el grupo 2. En los estímulos de estrés y tenso existe un mayor porcentaje de los desmovilizados con TEPT que realizan asociaciones semánticas - no recuerdos.

El Test de Memoria Autobiográfica AMT (*AMT, Autobiographical Memory Test*) de Williams y Broadbent (1986), permite realizar una categoría autobiográfica de los recuerdos reportados por los evaluados, la tabla 9 muestra estas categorías.

Tabla 9. Categoría autobiográfica. AMT, *Autobiographical Memory Test*.

AMT, <i>Autobiographical Memory Test</i>		Grupo 2		Grupo 1					
				Desmovilizados con TEPT		Desmovilizados sin TEPT		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Categoría Autobiográfica	Dinero	1	3,3%	0	,0%	0	,0%	1	1,1%
	Dinero/Familia	1	3,3%	0	,0%	0	,0%	1	1,1%
	Estudio	1	3,3%	0	,0%	0	,0%	1	1,1%
	Familia	11	36,7%	0	,0%	14	46,7%	25	27,8%
	Familia/Estudio	2	6,7%	0	,0%	2	6,7%	4	4,4%

	Familia/Trabajo	14	46,7%	0	,0%	0	,0%	14	15,6%
	Familia/Grupo Subversivo	0	,0%	12	40,0%	14	46,7%	26	28,9%
	Grupo Subversivo	0	,0%	18	60,0%	0	,0%	18	20,0%
	Total	30	100,0 %	30	100,0%	30	100,0%	90	100,0 %

N:Frecuencia; % Porcentaje de participación.

La tabla muestra que las categorías autobiográficas del grupo 2 para todos los estímulos se relacionan con: la familia, el estudio, el trabajo y el dinero. Para el grupo de desmovilizados sin TEPT se relaciona con la familia, estudio y el grupo subversivo y para los desmovilizados con TEPT se relaciona con la familia y el grupo subversivo, presentándose mayor porcentaje en la categoría de grupo subversivo.

Memoria Semántica: Fue evaluada en los grupos con el TAVEC - Test de aprendizaje verbal (Benedet, 1998). El TAVEC es un test válido para determinar las destrezas de memoria semántica, se evaluó el almacenamiento y codificación, el recuerdo (evocación) a corto plazo con y sin clave semántica, el recuerdo a largo plazo con y sin clave semántica y el reconocimiento. La tabla 10 muestra la comparación de los tres grupos en el recuerdo libre a corto plazo.

Tabla 10. Descriptivos - Recuerdo libre a corto plazo. TAVEC.

TAVEC	Grupo 2		Grupo 1				Total	
			Desmovilizados con TEPT		Desmovilizados sin TEPT			
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.	Estadístico	Valor p
Recuerdo libre a corto plazo – Correctas	12	2	7	3	10	1	41,824	,000**
Recuerdo libre a corto plazo Intrusiones	1	1	2	2	2	2	3,909	,142
Recuerdo libre a corto plazo Perseveraciones	0	0	0	1	0	0	,002	,999

** diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$; X: Media; D.S. Desviación Estándar

Con el 95% de confianza se definen diferencias estadísticamente significativas frente a la variable recuerdo libre a corto plazo (correctas), con un valor $p = ,000^{**}$. El grupo de desmovilizados con TEPT mostró el peor rendimiento seguido por el grupo de desmovilizados sin TEPT y el mejor rendimiento lo tuvo el grupo 2.

La tabla 11, muestra el rendimiento de los grupos en el recuerdo a corto plazo con claves semánticas.

Tabla 11.Descriptivos - Recuerdo a corto plazo con claves semánticas. TAVEC

TAVEC	Grupo 2		Grupo 1				Estadístico	Valor p
			Desmovilizados con TEPT		Desmovilizados sin TEPT			
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.		
Recuerdo a corto plazo con claves semánticas correctas	14	2	8	3	12	1	46,832	,000^{**}
Recuerdo a corto plazo con claves semánticas Intrusiones	1	1	2	2	2	2	3,909	,142
Recuerdo a corto plazo con claves semánticas Perseveraciones	1	1	2	2	2	2	3,909	,142

** diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$; X: Media; D.S. Desviación Estándar

En la tabla se observa que el rendimiento de los tres grupos en la evocación mejoró con las claves semánticas. Con el 95% de confianza se definen diferencias estadísticamente significativas frente a la variable recuerdo a corto plazo con claves semánticas (correctas), con un valor $p = ,000^{**}$. El grupo de desmovilizados con TEPT mostró el peor rendimiento seguido por el grupo de desmovilizados sin TEPT y el mejor rendimiento lo tuvo el grupo

2.

Los resultados del recuerdo libre a largo plazo no mostraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, el recuerdo a largo plazo con claves semánticas sí evidenció diferencias, como se observa en la tabla 12.

Tabla 12. Descriptivos - Recuerdo a largo plazo con claves semánticas. TAVEC

TAVEC	Grupo 2		Grupo 1				Estadístico	Valor p
			Desmovilizados con TEPT		Desmovilizados sin TEPT			
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.		
Recuerdo a Largo plazo con claves semánticas correctas	11	2	6	3	12	1	49,876	,000**
Recuerdo a Largo plazo con claves semánticas Intrusiones	2	2	2	3	2	2	1,412	,494
Recuerdo Largo plazo con claves semánticas Perseveraciones	,23	,68	,13	,35	,03	,18	2,250	,325

** diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$; X: Media; D.S. Desviación Estándar

Con el 95% de confianza se definen diferencias estadísticamente significativas frente a la variable recuerdo a largo plazo con claves semánticas (correctas), con un valor $p = ,000^{**}$. El grupo de desmovilizados con TEPT mostró el peor rendimiento seguido por el grupo de desmovilizados sin TEPT y el mejor rendimiento lo tuvo el grupo 2.

La tabla 13 muestra el reconocimiento realizado por los grupos, donde se evidencian diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 13. Descriptivos – Reconocimiento. TAVEC (Quintero, 2011)

TAVEC	Grupo 2		Grupo 1				Estadístico	Valor p
			Desmovilizados con TEPT		Desmovilizados sin TEPT			
	X	D.S.	X	D.S.	X	D.S.		

RECONOCIMIENTO Correcta	15	1	12	2	14	1	13,414	,001**
RECONOCIMIENTO Intrusión	2	2	3	2	3	3	,683	,711
RECONOCIMIENTO OMISIONES	1	2	4	2	2	3	14,080	,001**
RECONOCIMIENTO FALSOS POSITIVOS	2	2	3	2	2	2	6,279	,043**

Con el 95% de confianza se definen diferencias estadísticamente significativas frente a la variable reconocimiento (correcta, omisiones, falsos positivos) con un valor $p = ,000^{**}$. El grupo de desmovilizados con TEPT mostró el peor rendimiento seguido por el grupo de desmovilizados sin TEPT y el mejor rendimiento lo tuvo el grupo 2.

6. Discusión

La presente investigación tuvo como finalidad establecer la relación entre las destrezas de memoria autobiográfica y semántica con el diagnóstico de TEPT, en desmovilizados individuales expuestos a eventos traumáticos violentos, comparados con un grupo sin exposición a eventos traumáticos violentos y sin TEPT. Hay investigaciones que postulan que los sujetos con TEPT presentan déficits neuropsicológicos (principalmente alteraciones en la memoria) que impactan de manera significativa en la posibilidad de dar respuesta a las demandas del entorno (Salazar, 2008). Un artículo relevante en la descripción de la neuropsicología de la ansiedad, sugiere la presencia de déficits vinculados a memoria en pacientes que presentan TEPT. Estos déficits disminuirían las posibilidades psicosociales de los sujetos que lo sufren al interferir con su habilidad para resolver problemas y sostener aprendizajes funcionales. (Airaksinen, Larsson & Forsell 2005).

La investigación partió del supuesto que los desmovilizados individuales por razón de sus actividades de excombatientes irregulares han estado expuestos a traumas violentos, relacionados con el conflicto armado. Estudios han reportado una prevalencia del TEPT en un 37,4% en población expuesta a traumas violentos (Davidson, 2000). Los sucesos traumáticos violentos que más frecuentemente ocasionan TEPT incluyen el combate militar, el asalto personal violento, el asalto sexual o la violación, el robo, el secuestro, el ser retenido como rehén, el ataque terrorista, la tortura, el ser recluido en campos de prisioneros de guerra o en campos de concentración y las extorsiones. No es necesario ser víctima directa del suceso para padecer el TEPT; el solo hecho de ser testigo presencial de uno de estos sucesos, directa o indirectamente, puede ocasionar la aparición de los síntomas de TEPT. (Pineda, Guerrero, Pinilla & Estupiñán, 2002).

Para establecer la relación entre el diagnóstico de TEPT y las alteraciones de memoria, se hizo necesario, en primera instancia, identificar la prevalencia del TEPT en la población desmovilizada evaluada. A los 599 desmovilizados individuales, residentes en el municipio de Medellín, activos dentro del proceso de reintegración de la ACR, se les realizó una prueba de tamizaje (módulo TEPT de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional -MINI

International Neuropsychiatric Interview, 2000). Se eligió el módulo de TEPT de la MINI, porque existen evidencias en los estudios de validez y de confiabilidad que comprueban que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y que la sensibilidad y especificidad es buena para establecer diagnósticos. (Lecrubier, 1997).

Los resultados arrojaron una prevalencia del TEPT en los desmovilizados evaluados del **39%**. De los 599 sujetos estimados, 365 puntuaron negativos para síntomas de TEPT y 234 puntuaron positivos para síntomas de TEPT. (Quintero & Pineda, 2011). De los desmovilizados positivos y negativos para TEPT se seleccionaron aleatoriamente, por edad y escolaridad, el número de personas necesarias para obtener unas diferencias significativas en las variables de análisis (destrezas de memoria autobiográfica y memoria semántica), con un nivel de confianza del 95% y un poder de 80 a 90%. Cada uno de los grupos quedó constituido por 30 sujetos (grupo de no expuestos a eventos traumáticos violentos, desmovilizados con TEPT y desmovilizados sin TEPT). A los 30 desmovilizados con TEPT se les comprobó el diagnóstico clínico con la Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scale [CAPS]*), que evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV, se eligió esta escala porque dentro de la clínica e investigación se considera la prueba de oro para el diagnóstico del TEPT (Blake, Wather, & Nagy, 1990).

La Espriella y Vladimir (2009), realizaron un estudio en el que encontraron positividad para el TEPT en población desmovilizada, concluyeron que el TEPT existe en desmovilizados de grupos paramilitares y guerrilla; pero está pobremente reconocido y diagnosticado, por ser los victimarios se desconocen los eventos traumáticos violentos a los que fueron expuestos durante su permanencia en el grupo armado ilegal, en el estudio consideran que TEPT no permitiría un proceso de reintegración exitoso.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación, son coherentes con el estudio de La Espriella y Vladimir (2009), y se soportan con otros estudios que asocian la exposición a eventos traumáticos violentos con el TEPT (Davidson, 2000; Marín, Palacio, Orrego, Barrios & Aguirre 2008; Palacio, Madariaga, & Sabatier, 1999; Raigoza, Toro & Mondragón, 2004). Con los resultados de la prueba de tamizaje (MINI), y el diagnóstico clínico (CAPS) se

puede establecer que el TEPT es un trastorno común en los desmovilizados, que se manifiesta:

- En su forma crónica principalmente.
- Por las vivencias traumáticas dentro del grupo subversivo (combates, secuestros, prisioneros de guerra, abusos sexuales de grupos adversos, masacres).
- Con la aparición de recuerdos molestos e intrusivos del acontecimiento.
- Con sueños angustiosos y recurrentes del evento traumático.
- Con flashbacks → los sujetos sienten, actúan como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo de nuevo.
- Con malestar psicológico intenso.
- Con respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos externos o internos que recuerdan el trauma.
- Con evitación persistente de estímulos asociados al trauma.
- Con marcada disminución del interés y participación en actividades sociales.
- Con sensación de desapego o aislamiento de los demás.
- Con hipervigilancia, dificultades para concentrarse, respuestas exageradas de sobresalto.

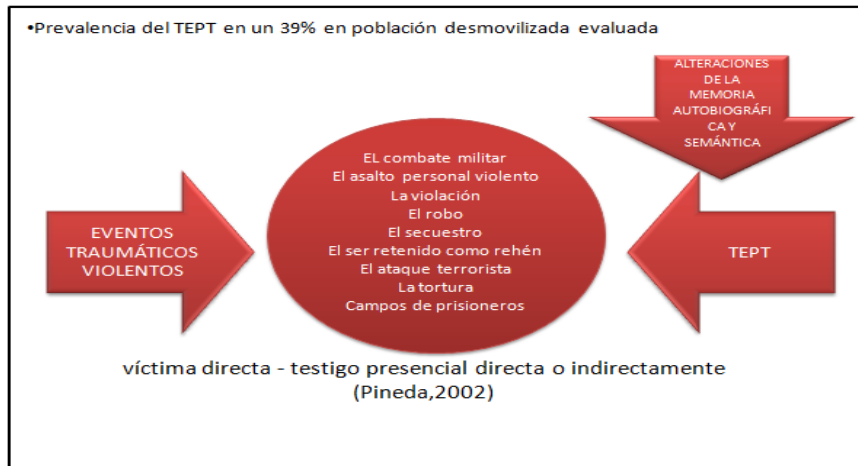
Los hallazgos obtenidos en esta investigación llevaron a confirmar la hipótesis alterna que se planteó:

- Hipótesis Alterna: Se postula que las ejecuciones en las tareas de memoria autobiográfica y memoria semántica tienen diferencias estadísticamente significativas en las personas expuestas a eventos traumáticos violentos con diagnóstico de TEPT con relación a las expuestas a eventos traumáticos violentos que no desarrollaron el TEPT. Se supone que estas diferencias implican un peor

rendimiento en memoria semántica y autobiográfica en las personas con diagnóstico de TEPT en relación con los expuestos a eventos traumáticos violentos sin TEPT y los no expuestos a eventos traumáticos.

La figura 3, gráfica la relación establecida en la investigación.

Figura 3. Relación eventos traumáticos – TEPT – Alteraciones en la memoria.



Memoria Autobiográfica y TEPT: A los grupos se les aplicó el Test de Memoria Autobiográfica AMT (*AMT, Autobiographical Memory Test*). El grupo 2 (no expuestos a eventos traumáticos violentos y sin TEPT), mostró el mejor rendimiento seguido del grupo de desmovilizados sin TEPT para los estímulos positivos. Los sujetos de estos grupos reportaron recuerdos autobiográficos extendidos, categóricos y específicos. Los desmovilizados con TEPT presentaron el peor rendimiento realizando asociaciones semánticas o no reportando recuerdos autobiográficos. Con los estímulos negativos el grupo de desmovilizados con TEPT mostró el mejor rendimiento, realizando asociaciones autobiográficas del estímulo tenso y estrés. Kylie y Bryant (2006) realizaron un estudio que investigó la relación entre las percepciones de sí mismo y la recuperación de recuerdos autobiográficos en el TEPT. Los resultados arrojaron los siguientes hallazgos: los participantes con diagnóstico de TEPT reportaron más recuerdos que estaban relacionados con el trauma que aquellos sin diagnóstico de TEPT. Esto evidenció que las personas con TEPT son más propensas a informar de sus recuerdos experiencias traumáticas (Kangas, 2005; McNally, 1995). Los participantes con TEPT tienden a ser deficientes en recuperar

recuerdos positivos autobiográficos (Kangas, 2005), se centran en la experiencia traumática, denotando pensamientos de minusvalía e incompetencia que generan un deterioro social. Estos hallazgos son coherentes con los resultados de esta investigación:

Los desmovilizados con TEPT, tienen dificultad en evocar recuerdos autobiográficos positivos. Presentan un sesgo en los recuerdos autobiográficos realizando siempre asociaciones negativas de sus vivencias. La categoría autobiográfica de los recuerdos evocados por los desmovilizados con TEPT se asocia a experiencias del grupo subversivo, los desmovilizados sin TEPT realizan categorías autobiográficas sobre la familia y el grupo subversivo, los sujetos no expuestos a eventos traumáticos violentos, realizan categorías autobiográficas asociadas a la familia, el trabajo, el estudio y el dinero.

Memoria Semántica y TEPT: Fue evaluada en los grupos con el TAVEC - Test de aprendizaje verbal (Benedet, 1998). El TAVEC es un test válido para determinar las destrezas de memoria semántica.

Con el 95% de confianza se definen diferencias estadísticamente significativas frente a la variable recuerdo libre a corto plazo (correctas), recuerdo a corto plazo con claves semánticas (correctas), recuerdo a largo plazo con claves semánticas y reconocimiento (correcta, omisiones, falsos positivos) con un valor $p = ,000^{**}$. El grupo de desmovilizados con TEPT mostró el peor rendimiento seguido por el grupo de desmovilizados sin TEPT y el mejor rendimiento lo tuvo el grupo 2. Se plantea que el TEPT genera alteraciones en el recuerdo a largo plazo, en una investigación realizada por Gilbertson, Gurvits, Lasko, Orr y Pitman (2001), en veteranos de guerra con TEPT. Jurado, Taboada, García, Ruiz, Mingote y Fernández (2007), realizaron un estudio sobre las alteraciones neuropsicológicas en el TEPT, en el que concluyen que los sujetos con TEPT presentan alteraciones en el proceso de consolidación y recuperación de la información, con afectación de la memoria semántica. Vasterling (2002), realizó un estudio en el que comparó dos grupos de excombatientes, uno con TEPT (26 sujetos) y otro sin trastornos psiquiátricos (21 sujetos). Concluyó que el grupo con TEPT, rinde menos eficazmente en tareas de memoria semántica (registro inicial de información verbal), hipotetiza que esto puede deberse a la alteración en los circuitos fronto-límbicos. Realizó una corrección de las medidas

obtenidas con el nivel educativo, para comprobar que los resultados no se debían al nivel premórbido, afirma que el déficit encontrado es independiente del nivel intelectual de los sujetos.

Con los hallazgos de este estudio se puede determinar que el TEPT, genera alteraciones en las destrezas de memoria autobiográfica, generando un sesgo negativo en los recuerdos referentes al sí mismo, además de generar alteraciones en el recuerdo a corto y largo plazo con y sin claves semánticas al igual que en el reconocimiento.

7. Conclusiones

- ✓ En los desmovilizados individuales activos en el proceso de reintegración de la ACR y residentes en el municipio de Medellín con diagnóstico del TEPT hay una alteración con un sesgo negativo en la memoria autobiográfica y hay una alteración en la memoria semántica.
- ✓ El TEPT está presente en población desmovilizada, no ha sido reconocido, ni diagnosticado.
- ✓ En la población de desmovilizados evaluados se presentó una prevalencia del 39% del TEPT.
- ✓ El TEPT genera alteraciones en la memoria autobiográfica y semántica que impiden un adecuado funcionamiento personal y social.
- ✓ Esta investigación genera soportes con evidencia científica para establecer una ruta de intervención que favorezca el proceso de reintegración social y económica de personas desmovilizadas.
- ✓ Las estructuras a nivel anatómico que se alteran en el TEPT impactando en las destrezas de memoria se encuentran en la región del lóbulo temporal, (Buffalo, Bellgowa & Martin, 2006). Existen regiones, denominadas ‘moduladoras’, que actúan en la formación de las memorias declarativas, en estas se encuentran la amígdala localizada en la fase inicial del lóbulo temporal, la sustancia negra, los núcleos del rafe y el núcleo basal de Meynert (Hammond, Bond, Strassmaier & Adelman, 2006). La amígdala es la estructura que recibe el primer impacto de las hormonas periféricas (corticoides, adrenalina) liberadas en la sangre como resultado del estrés o fuertes emociones en el momento de formación de la memoria (Fell, Fernández, Klaver, Mormann & Haupt, 2006).

Referencias

- Ardila, A., y Ostrosky, F. (1991). El Diagnostico del Daño Cerebral: Un Enfoque Neuropsicologico. Mexico: Editorial Trillas.
- Airaksinen, E., Larsson, M. y Forsell, Y. (2005) *Neuropsychological functions in anxiety disorders in population based samples: evidence of episodic memory dysfunction. Journal Psychiatry.*
- Alta Consejería para la Reintegración. (2010). ACR. Base de Datos de la Unidad de Reintegración Social.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (APA). (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV- TR). Barcelona España: 4 ed. Masson.
- Anke, K., Schaefer, M., Malta, L. Rohleder, B. y Annett, K. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. University of Southampton: Neuroscience and Biobehavioral Reviews No. 30.
- Benedet, J. (1998). Test de aprendizaje verbal España-Complutense – TAVEC.
- Blake, D., Wather, F. y Nagy, L. (1990). Escala para el Trastorno de Estrés Postraumatico Administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scales – CAPS*).
- Breslau, N., Davis, H. y Andreski, C. (2005). Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in posttraumatic stress disorder. *Psychol Med*, 29: 813-21.

- Buffalo, E., Bellgowa, P., y Martin, A.(2006). *Distinct roles for medial temporal lobe structures in memory*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Vol. 47.
- Carroll, J., Davies, P. y Richman, B. (1971). *Word frequency book*. New York: American Heritage.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Vol. 40: 20-34.
- Coates, S. y Schechter D. (2004). *Preschoolers traumatic stress post-9/11: relational and developmental perspectives*. Disaster Psychiatry Issue. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(3), 473-489.
- CONPES. (2008). Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, número 3554, Bogotá D.C., 01 de diciembre.
- Cuestionario de Seguimiento Familiar (2008). Evaluación de atributos del individuo desde la perspectiva de la familia. Versión del 5 de marzo del 2008, Alta Consejería para la reintegración.
- Damasio, A. (2001). La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia. Ed. Debate. Madrid.
- Davidson, J. (2000). *Post- Traumatic stress disorder in the community; an epidemiological study*. Milan: Psychol Med.

- Eichenbaum, H. (1997). How does the brain organize memories?. *Science*; 277: 330-332.
- EPIDAT 3.1. (2006). Servicio de Información sobre Saúde Pública de la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia). Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).
- Fell, J., Fernández, G., Klaver, P., Mormann, F. y Haupt, S. (2006). *Rhinal-hippocampal coupling during declarative memory formation: dependence on item characteristics. Neurosci Lett 407:37-41.*
- Ferrando, L., Bobes, J. y Gibert, J. (2000). *MINI International Neuropsychiatric Interview.- MINI versión en español Instituto IAP, Madrid.*
- Gilbertson, M., Gurvits, T., Lasko, N., Orr, S., y Pitman, R. (2001). *Multivariate Assessment of explicit memory function in combat veterans with Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress. 14. 413 – 432.*
- Hammond, R., Bond, C., Strassmaier, T. y Adelman J. (2006). Modulates hippocampal learning, memory, and synaptic plasticity. *Journal Neurosis* ; 26: 1844-53.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación. DF, México: McGraw-Hill.*

- Higgins, E. (1987). *Self-discrepancy: A theory relating self and affect*. *Psychological Review*, 94, 319–340.
- Jurado, B., Taboada, D., García, B., Ruiz, D., Mingote, A. y Fernández, G. (2007). Implicación del hipocampo y la amígdala en el rendimiento neuropsicológico de pacientes con trastorno por estrés postraumático. MAPFRE Medicina, Vol. 18 No.2.
- Kangas, M. (2005). *A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 293–299.
- Kaplan, C. y Sadock, C. (1999). C. Sinopsis de Psiquiatría. 8a edición. Editorial medica panamericana.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. DF, México: McGraw Hill Interamericana.
- Kylie, S. y Bryant, R. (2006). *Autobiographical memory and the self-memory system in posttraumatic stress disorder*. *Journal of Anxiety Disorders*. No. 22 - 555–560.
- La Espriella, R. y Vladimir, J. (2009). Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 38 No. 2.
- Lasprilla, J., Ardila, A., y Guinea, S. (2003). Las demencias: Aspectos Clínicos. Barcelona: manual Moderno.

- Lecrubier, Y. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiat*; 12: 224-231.
- Marín, C.A., Palacio, Y., Orrego, Y., Barrios, M. y Aguirre, D.C. (2008). Descripción del estado de salud mental y estrategias de afrontamiento en víctimas de asalto a mano armada en la ciudad de Medellín (Colombia). Universidad de San Buenaventura - Medellín, Colombia: *International Journal of Psychological Research* Vol. 1, No. 2, pp. 31-40.
- Marty, C. y Carvajal, C. (2005). *Childhood maltreatment as a risk factor for posttraumatic stress disorder in adulthood*. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol. 4 No.3.
- McNally, R. (1995). *Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 619– 630.
- Mena, I., Correa, R., Canessa, R., Arteaga, M. Y Nader, A. (2008). *Trastorno por Estrés Postraumático Diagnóstico y Tratamiento Integrado*, Buenos Aires , Argentina: Ed. Imaginador.
- Murburg, M. (2004). *Catecholamine Function in Post Traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Newport, D. y Nemeroff, C. (2000) *Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. *Current Opinion in Neurobiology*, 10: 211-218.

- O'donnell, T., Hegadoren, K., y Coupland, N. (2004). *Noradrenergic mechanisms in the pathophysiology of post-traumatic stress disorder. Neuropsychobiology.* 50(4):273-83.
- Palacio, S., Madariaga, C. y Sabatier, C. (1999). Lazos predominantes en las redes sociales personales de desplazados por violencia política. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia: Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales, Vol. 9 No. 1.
- Pineda D., Guerrero, O., Pinilla, M. y M. Estupiñán. (2002). Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población colombiana. Colombia: Acta de Neurología Colombiana. Vol. 18 No. 3.
- Raigoza, J., Toro, L y Mondragón, L. (2004). Perfil cognitivo de las personas víctimas de la violencia política en la Comuna 1 de la ciudad de Quibdó y el municipio de Bojaya que presentaron trastorno por estrés postraumático. Medellín: Trabajo de Grado Universidad San Buenaventura. Facultad de Psicología.
- Robinson, J. (1976). *Sampling autobiographical memory. Cognitive Psychology*, 8, 578–595.
- Rueda, G., Ortega, M. y Orozco, L. (2006). Estudio Epidemiológico del Trastorno por Estrés Postraumático en Población Desplazada por la violencia política en Colombia. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander: *Universitas Psychologica*. Vol.6 No. 3.

- Ruiz, J. (2002). *Memoria y Olvido: Perspectivas evolucionista, cognitiva y neurocognitiva*. Madrid:Trotta.
- Salazar, F. (2008) *Neurocognitive endophenotypes (endophenocognitypes) from studies of relatives of bipolar disorder subjects: A systematic review. Neuroscience and biobehavioral reviews*.
- Schechter, D. y Willheim E. (2009). *Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. Infant and Early Childhood Mental Health Issue. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 18(3), 665-687.
- Southwick, S., Morgan, C., Damell, A., Bremner, D. y Nagy, L (1995). *Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. Journal Psychiatry*, 152 (8) 1150 -5.
- Sutherland, G. (2006). «Memory trace reactivation in hippocampal and neocortical neuronal ensembles». *Neurobiología*.
- Vasterling, J. (2002). *Attention, Learning and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons*.
- Williams, J., Broadbent, K. (1986). *Autobiographical memory in attempted suicide patients. J Abnorm Psicol* 1986; 95:144-9.