

# MÁS ALLÁ DEL ESTRÉS POSTRAUMA: lo emocional en el excombatiente

## **Autores**

Joan Sebastián Soto Triana

Catalina Gómez Villamizar

Carlos Alberto Rincón Oñate

Rocio Venegas Luque

COLECCIÓN **INVESTIGACIÓN**

Serie Psicología



**LOS LIBERTADORES**  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

**Catalogación en la Publicación Fundación Universitaria Los Libertadores**

Más allá del estrés postrauma: lo emocional en el excombatiente / Joan Sebastián Soto Triana, Catalina Gómez Villamizar, Carlos Alberto Rincón Oñate, Roció Venegas Luque

Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores, 2018.

124 páginas; 26 cm (Colección Investigación. Serie Psicología)

ISBN 978-958-5478-23-7 (impreso) | 978-958-5478-24-3 (digital)

1. Conflicto armado – Aspectos psicológicos – Investigaciones – Colombia – Siglo XXI 2. Estrés postraumático – Aspectos psicológicos – Aspectos sociales – Investigaciones – Colombia – Siglo XXI 3. Proceso de paz – Aspectos sociales – Aspectos psicológicos – Investigaciones – Colombia – Siglo XXI 4. Neurosis traumáticas – Aspectos sociales – Aspectos psicológicos – Investigaciones – Colombia – Siglo XXI 5. Psicología social – Investigaciones – Colombia – Siglo XXI 5. Adaptación social – Investigaciones – Colombia – Siglo XXI I. Soto Triana, Johan Sebastián, autor II. Gómez Villamizar, Catalina, autora III. Rincón Oñate, Carlos Alberto, autor IV. Venegas Duque, Roció, autora V. Fundación Universitaria Los Libertadores.

**SCDD 155.9042 E823m –dc23**

Primera edición: Bogotá, diciembre de 2018

© Fundación Universitaria Los Libertadores  
Bogotá, D.C., Colombia.

Cra. 16 No. 63A-68 / Tel.: 254 47 50  
www.ulibertadores.edu.co

**Juán Manuel Linares Venegas**  
Presidente del Claustro

**María Angélica Cortés Montejo**  
Vicerrectora General

**Luis Ignacio Aguilar Zambrano**  
Vicerrector de Investigación

**Joan Sebastián Soto Triana**  
**Catalina Gómez Villamizar**  
**Carlos Alberto Rincón Oñate**  
**Rocio Venegas Luque**  
Coautores

**Laura Rodríguez Mejía**  
Corrección de estilo

**Dayro González Vargas**  
Diagramación

**Diego A. Martínez Cárdenas**  
Coordinador Editorial

Los autores declaran que esta investigación fue financiada por la Fundación Universitaria Los Libertadores en el marco de la Convocatoria de Investigaciones internas de la institución.

Los conceptos emitidos en esta publicación son responsabilidad expresa de sus autores y no comprometen de ninguna forma a la Institución. Se autoriza la reproducción del texto citando autor y fuente, únicamente con fines académicos. En caso distinto, se requiere solicitar autorización por escrito al editor.

# Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>1. Capítulo 1 El estrés postrauma: una revisión de las clásicas formas de presentación y sus posibilidades interventivas</b>	15
<b>2. Capítulo 2 ¿Qué es lo traumático en la insurgencia? El sujeto, su verdad y su síntoma</b>	37
<b>3. Capítulo 3 De la descripción del síntoma a la comprensión del sujeto relacional: reflexiones en torno a los y las excombatientes del conflicto armado en Colombia</b>	81
<b>CONCLUSIONES</b>	119
<b>ÍNDICE TEMÁTICO</b>	122

# Agradecimientos

El equipo de investigación del Centro de Estudios y Acción Psicosocial PSIRCULAR quiere agradecer a los hombres y mujeres que participaron en la construcción de las ideas que sustentan este libro, no solo por sus aportes conceptuales y sus vivencias, sino por el coraje de asumir un nuevo destino a pesar de la adversidad. Para ellos y ellas un reconocimiento y nuestro deseo porque los tiempos por venir se conviertan en un testimonio de su fuerza y valor.

# Introducción

La propuesta de este libro surge a partir de los sucesos relacionados con la firma de los acuerdos de La Habana celebrados entre el Estado - Gobierno de Colombia y la guerrilla de las FARC-EP en el año 2016. En torno a este momento histórico particular y decisivo para la concreción de un proceso de socialización novedoso en el país y como parte del compromiso académico y profesional se conformó un equipo de trabajo con el fin de presentar un proyecto de investigación que permitiera la construcción de propuestas analíticas y reflexivas sobre las condiciones subjetivas y sociales de los actores del conflicto que los sucesos posteriores a la firma del acuerdo visibilizaron.

Sobre la premisa de generar procesos de reflexión, se propone la ejecución del proyecto de investigación en el año 2017: Afectaciones emocionales en el posconflicto y construcciones psicosociales hacia la búsqueda de una paz estable y duradera, inscrito en el Grupo de Investigación Psicología Integral del Programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales y la línea de investigación Desarrollo Humano en el Contexto Social Colombiano de la Fundación Universitaria Los Libertadores, que dio lugar a la formulación de rutas de exploración de los fenómenos que por mucho tiempo estuvieron marginados por ocasión de la lucha armada que se extendió por todo el territorio colombiano.

El proyecto de investigación es un esfuerzo por visibilizar la diversidad de problemáticas que derivan de las condiciones de conflicto social y que tienen una directa implicación en las formas subjetivas de los individuos, que sumado a la firma de los acuerdos, permite abrir los espacios de visibilización de sujetos sociales que antes fueron esquivos a la interlocución como es el caso de los exguerrilleros. El panorama de acción de las propuestas académicas encuentra una apertura a la posibilidad de inclusión de actores relevantes para la comprensión de la historia del conflicto, las formas de subjetivación de los individuos y la resignificación a partir del acceso a nuevas fuentes de información de los actores sociales involucrados en una de las etapas más dolorosas de la historia del país.

Los contenidos del texto están relacionados con una aspiración por comprender las afectaciones emocionales de las personas que han participado en la vivencia de la guerra y particularmente en las afectaciones de los excombatientes de grupos guerrilleros, quienes como consecuencia de los procesos de negociación política deben transitar por la experiencia de la dejación de las armas y la vida en la clandestinidad hacia la vida civil.

La premisa que sostiene la revisión de la categoría de estrés postrauma como foco central del análisis se sustenta en el uso cada vez más frecuente de la misma como explicación, clasificación y definición de los abordajes de las condiciones psicológicas de las personas que han estado expuestas a la guerra. Sin embargo, ella se convierte en este caso en la excusa conceptual para reconocer las afectaciones y buscar comprensiones distintas de la particularidad y complejidad de los componentes de lo psicológico y por ende de las construcciones psicológicas de los excombatientes de grupos guerrilleros en Colombia.

### **Aproximación investigativa**

La reflexión en torno al proyecto del que surgió este texto involucro diferentes fases en el proceso de búsqueda, recolección y análisis de la información necesarios para la producción de los tres capítulos que se presentan en el texto. Cada uno de los capítulos es producto de procesos específicos de síntesis de información recabada a partir de los diferentes momentos del plan investigativo del proyecto.

La estrategia metodológica configura diferentes formas de acercamiento conceptual y práctico a las categorías analíticas que se problematizan y proponen en los diferentes capítulos. El diseño metodológico de la investigación propone dos grandes fases de búsqueda, recolección y análisis de la información distribuidas en la síntesis de los tres apartes que tiene el texto.

Para mayor claridad y con la intención de que el lector tenga las posibilidades necesarias para un ejercicio comprensivo de los diferentes acápite del libro, referimos a continuación las formas metodológicas que fueron utilizadas para la producción de los sistemas conceptuales que derivan en la formulación de problemas y categorías analíticas para el desarrollo investigativo.

En un primer momento, el desarrollo metodológico de la investigación invita a la caracterización de los elementos conceptuales que la tradición asociada a la psicología clínica ha formulado sobre la categoría de estrés postraumático y el cuadro clínico nominado trastorno de estrés postrauma (TEPT). Para la caracterización se utilizó una metodología de análisis documental que tiene como objetivo la utilización de fuentes primarias o secundarias que permiten

el acercamiento a sistemas conceptuales asociados a la producción académica sobre temas específicos pertinentes al proceso de investigación (Valles, 2012).

En el capítulo 1 del texto se presenta la información derivada del proceso de búsqueda, clasificación y análisis de artículos de investigación asociados a bases de datos de revistas académicas como Redalyc, Scielo y Science Direct. Adicionalmente, se utilizó el motor de búsqueda de Google Académico, que incluye libros de texto que fueron posteriormente consultados para la conceptualización sobre el estrés postrauma y el TEPT.

La búsqueda se impulsó a través de la utilización de las siguientes palabras clave en inglés: posttraumatic stress disorder, traumatic stress, traumatic event, y en español: trastorno de estrés postrauma, estrés postrauma, evento traumático. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos se definieron por la pertinencia de la relación del texto con una presentación de lo que se considera el estrés postrauma y el TEPT y la mención de los criterios diagnósticos. La metodología antes descrita permitió la consolidación de la información necesaria para el desarrollo de las secciones del primer capítulo relacionadas con la formulación del estrés postrauma y TEPT, los criterios diagnósticos y la base explicativa del fenómeno desde diferentes teorías de la psicología.

Para la configuración de las secciones sobre opciones terapéuticas, se tomaron las bases de datos ya mencionadas, junto al motor de búsqueda señalado, con la inclusión de las siguientes palabras clave en inglés: anxiety treatment, treatment, posttraumatic stress disorder, virtual reality. En español: tratamiento estrés postraumático, tratamiento realidad virtual, tratamiento ansiedad. El criterio de inclusión para los artículos estuvo determinado por la pertinencia en la descripción de los tratamientos, los usos y la forma de aplicación de los mismos que son característicos para la intervención clínica.

En síntesis, el primer capítulo presenta una revisión de los estudios que plantean la definición del trauma, las consecuencias conductuales en el sujeto y la prevalencia del mismo en la población vinculada a la guerra. Sumado a esto se presentan las recientes investigaciones en las cuales se describen resultados del abordaje y la aplicación de prácticas terapéuticas alrededor del TEPT y termina con algunos cuestionamientos que dan lugar a los hallazgos producto de la investigación con participantes en Colombia, con los que se problematiza el uso de la categoría.

El capítulo 2 del texto presenta una amplia discusión sobre los conceptos clínicos a partir de algunas reflexiones que entretienen un puente comunicacional entre los conceptos de trauma provenientes del psicoanálisis y las formas de abordaje de los sucesos traumáticos desde un escenario de conflicto armado. Esta revisión da lugar a un camino para problematizar el trauma como elemento simbólico de la psicoterapia y su pertinencia a la hora del abordaje en sujetos que han sido participes del conflicto armado en Colombia puesto que la infor-

mación recabada a través de la conversación con excombatientes muestra otras formas de asumir la vivencia, diferente a la significación de evento traumático.

Para la consolidación del proceso de investigación de este segundo momento, se utilizó como recurso la investigación acción (IA) con la Red de Mujeres Excombatientes de la Insurgencia constituida por personas de las organizaciones que hicieron parte del proceso de negociación con el Estado en los años 90. Como menciona Valles (2012) la IA permite el contacto con grupos o comunidades que tienen consigo una perspectiva identitaria, que busca tender puentes comprensivos para lograr una caracterización y comprensión de los elementos significativos de la cotidianidad y la manera en que significan la realidad.

En este sentido, la utilización de la IA como estrategia metodológica permitió el acercamiento y conversación con 30 participantes que constituyen la organización de excombatientes para caracterizar los significados de lo que fue el proceso de conflicto y sus implicaciones en la constitución de un sujeto que emerge en el contexto de la guerra. Para lograr el cometido se utilizaron estrategias de interacción de trabajo cooperativo entre mujeres excombatientes e investigadores, grupos focales y entrevistas a profundidad lo que permitió la recolección de la información y la posterior definición de categorías de análisis.

De acuerdo con lo anterior, el capítulo 2 del texto presenta en primera instancia una reflexión sobre el concepto de trauma y su problematización para el uso en contextos como el colombiano. Adicionalmente, presenta como posibilidad analítica la vivencia y los significados de participantes que fueron parte del conflicto armado en Colombia con el fin de aportar recursos comprensivos a la forma de interpretar la noción de trauma y reivindicar la necesidad de apelar a diferentes recursos desde la psicología para comprender las consecuencias subjetivas del conflicto en los actores que la vivieron.

El capítulo 3 plantea la noción de sujeto relacional que emerge de la interacción entre diferentes instancias del contexto histórico del conflicto. Desde la perspectiva de trabajo ya mencionada, la IA permitió a partir de entrevistas a profundidad la apertura a los significados que construyeron los excombatientes en sus años de participación en el conflicto y su posterior acontecer. Tomando como elemento de análisis el contenido de los relatos se producen categorías analíticas que permiten ver los vínculos relacionales que posibilitan la definición de aspectos emocionales, creencias y comportamientos que emergieron en el proceso de vivencia en el conflicto y posconflicto. El capítulo plantea una comprensión del sujeto relacional como alternativa compleja frente a la simplificación de la mirada del síntoma como todo explicativo, apoyado en las narrativas de los y las excombatientes como base para la redefinición de su lugar social y la búsqueda de alternativas a un proceso de construcción de los escenarios sociales que consoliden la convivencia y la paz en el país.

Como se ha visto, el lector encontrará en cada uno de los capítulos momentos específicos del proceso de investigación, que van desde la presentación de las categorías tradicionales del estrés postrauma y el TEPT, pasando por los relatos de personas que han vivenciado el conflicto armado y la problematización a la que invita su análisis sobre las categorías tradicionales clínicas de la psicología para llegar a la construcción de categorías analíticas relacionales de la experiencia de la guerra que permiten visibilizar un sujeto emergente en la sociedad colombiana.

# CAPÍTULO 1

## **El estrés postrauma: una revisión de las clásicas formas de presentación y sus posibilidades interventivas**

**Catalina Gómez Villamizar y Joan Sebastián Soto Triana<sup>1</sup>**

El estrés postrauma se ha convertido en la contemporaneidad de la psicología, en una herramienta para la intervención clínica, que en su trayectoria ha dejado diversas historias y formas de abordaje desde la explicación de su aparición hasta las posibilidades de intervención. Ya a finales del siglo XIX Oppenheim había acuñado el término neurosis traumática para describir una serie de síntomas que se presentaban en la cotidianidad de los individuos expuestos a cierto tipo de traumas. Posteriormente, Freud relaciona las neurosis con un origen común en el trauma y define así una línea de estudio sobre las relaciones causales existentes entre los eventos traumáticos y la aparición de síntomas específicos que configuran problemas patológicos en los sujetos que las viven (Alarcón, 2002).

Los efectos de las guerras acaecidas en el siglo XX en lo ancho del globo permitieron revelar consecuencias importantes en los actores que intervenían de manera directa sobre los conflictos. Las consecuencias se relacionan con el trauma que procura la confrontación y el escenario de la guerra, y los síntomas tienen una relación particular que se puede rastrear en diferentes escenarios de conflictos en diferentes momentos del siglo XX (Kardiner, 1951; Strange & Brown, 1970).

Es importante entonces mencionar que la fuerza histórica del concepto radica en la posibilidad de abordar una realidad notable en los escenarios clínicos de los individuos que han afrontado un proceso de conflicto bélico. El concepto estrés postrauma tiene su nacimiento en la posibilidad de relación causal existente entre la vivencia de eventos traumáticos por parte del sujeto en un contexto de confrontación donde la integridad física y la vida están en riesgo.

---

<sup>1</sup> Catalina Gómez Villamizar. Docente Programa de psicología. Fundación Universitaria Los Libertadores. [cgomezv@libertadores.edu](mailto:cgomezv@libertadores.edu).

Joan Sebastián Soto Triana. Docente Programa de Psicología de la Fundación Universitaria Los Libertadores. [jssotot@libertadores.edu.co](mailto:jssotot@libertadores.edu.co).

Ahora bien, no es desdeñable el esfuerzo que se ha realizado para profundizar en los aspectos más importantes del trauma, sus consecuencias y las posibilidades interventivas en los escenarios de conflicto. Es en este sentido que la psicología colombiana ha logrado apropiarse de distintos discursos asociados a la explicación del estrés postrauma a la realidad del país y desarrollar formas de lidiar con el tema en la población afectada por los procesos de conflicto interno que han dejado millones de víctimas a lo largo de 50 años de confrontaciones.

Es notable que el trastorno por estrés postraumático es una herramienta de la psicología para desarrollar formas de intervención en población afectada por los escenarios del conflicto interno colombiano. El trastorno requiere de atención ya que quienes lo presentan, experimentan un importante nivel de ansiedad que excede por mucho la realidad amenazante. Aunque tanto el miedo como la evitación pueden manifestarse de formas muy variadas, limitan las posibilidades de desarrollo personal y afectan la calidad de vida en general a través de diferentes grados de interferencia interpersonal, emocional y cognitiva en el funcionamiento cotidiano. Cuando se presenta la comorbilidad con trastornos del ánimo o problemas asociados como otros trastornos de ansiedad aumenta la gravedad de la sintomatología que causa mayor deterioro e incremento en la tasa de suicidios en estos pacientes (American Psychological Association, 2000)

En adelante, se presentarán las formas en las que se ha definido el trastorno de estrés postrauma, las teorías explicativas sobre el fenómeno, las opciones de tratamiento e intervención y algunos detalles de la configuración de estudios sobre la realidad del trastorno en el contexto colombiano.

### **Definición y aspectos diagnósticos**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) se define como un conjunto de síntomas seguidos de la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza; este suceso puede ser de única ocurrencia o de exposición repetida —no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías—. Los síntomas del TEPT se dividen en cuatro grupos: (a) intrusión, (b) evitación, (c) alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo, y (d) alteraciones en la excitación y reactividad. Esto es un cambio respecto al DSM-IV, dado que en la actualidad se requiere al menos un síntoma de evitación para el diagnóstico de TEPT (Saccinto, 2014).

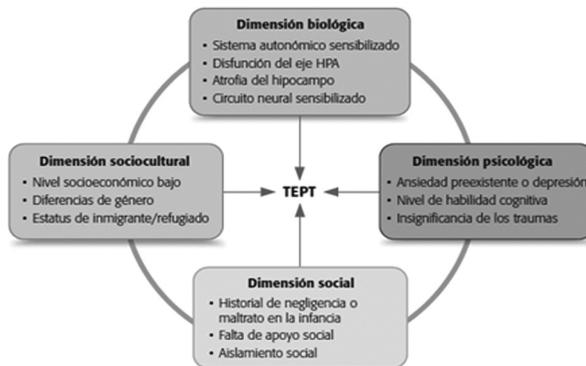
Los síntomas se relacionan con recuerdos angustiosos recurrentes e intrusivos, sueños recurrentes con contenido relacionado al suceso, reacciones disociativas expresadas en acciones o sentimientos de repetición del suceso e intenso malestar psicológico cuando la persona se expone a estímulos que pueden parecerse al evento. Otros síntomas son las reacciones fisiológicas

intensas, comportamiento irritable, hipervigilancia, problemas en el sueño y la concentración, así como la evitación constante de estímulos y recuerdos relacionados con el suceso o la incapacidad para recordar detalles de él (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). El TEPT también se relaciona con alteraciones en el estado de ánimo, sentimientos de desapego, incapacidad para experimentar emociones positivas y disminución en el interés o participación en actividades que antes del suceso eran significativas para la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según Sarason y Sarason (2006), la frecuencia del TEPT en la población general es de 0.5% en hombres y de 1.2% en mujeres. Bados (2009) menciona que la prevalencia es más alta en personas que han vivenciado algún trauma y que al menos la mitad de las personas ha experimentado uno o más sucesos traumáticos.

Respecto a los factores de riesgo o de vulnerabilidad, varias investigaciones demuestran que la preexistencia de dificultades emocionales y conductuales incrementan la probabilidad de desarrollar el TEPT; entre los diagnósticos previos se destacan la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, así como no poseer habilidades de afrontamiento adecuadas o apoyo social. Otro factor de vulnerabilidad es la tendencia a reaccionar con excesiva calma a los eventos o sucesos que amenazan la vida, es decir, aquellos individuos que rechazan la realidad de un evento estresante tienen mayor probabilidad de desarrollar un TEPT. Según Shalev et al. (1996, citados por Sarason y Sarason, 2006) y Gil (2015) las personas con características de personalidad relacionada con el retraimiento social, irritabilidad, pesimismo e impulsividad presentan factores de riesgo para el desarrollo de TEPT. Sue, Sue y Sue (2010) plantean el modelo de vías múltiples en el cual se evidencia que componentes de la dimensión biológica, psicológica, sociocultural y social interactúan dando como resultado el TEPT (figura 1).

**Figura 1.** Modelo de vías múltiples para el TEPT



**Fuente:** Sue, Wing Sue y Sue (2010).

## Teorías explicativas

Existen varias teorías explicativas sobre el TEPT, una de estas lo conceptualiza como un trastorno de la memoria entre un condicionamiento clásico aversivo y la extinción. Esto es múltiples señales sensoriales se asocian con un suceso o experiencia traumática formando fuertes recuerdos. Esto puede explicarse desde dos perspectivas: la primera fue demostrada por Pavlov al hacer condicionamiento simultáneo a varios estímulos condicionados (zumbido, metrónomo y estimulación táctil); la segunda se relaciona con la generalización del estímulo. Lo anterior puede indicar que las personas con TEPT desencadenan la respuesta de miedo condicionado a múltiples estímulos ambientales y recuerdos sensoriales (van Elzaker, Dahlgren, Davis, Dubois & Shin, 2014).

Desde el paradigma conductista, la situación traumática es una situación de condicionamiento clásico en la que los estímulos incondicionados son las vivencias del individuo en la situación traumática, que producen una respuesta incondicionada de ansiedad y miedo extremo. Mediante un condicionamiento clásico por contigüidad física o temporal diversos estímulos relacionados con la situación traumática se convierten en estímulos condicionados que provocan respuestas de ansiedad y miedo extremo (Echeburúa & Corral, 2009). Keane, Zimering y Caddell (1985, citados por Brewin & Holmes, 2003) propusieron que una amplia variedad de estímulos asociados adquirirán la capacidad de despertar el miedo a través de los procesos de generalización del estímulo y condicionamiento de orden superior. Los postulados desde el paradigma conductista dan explicación a los síntomas de ansiedad y miedo de los afectados por una experiencia traumática; sin embargo, no abordan otros síntomas presentes en el TEPT.

Por otro lado, la teoría de respuesta al estrés, propuesta por Horowitz (1986, citado por Brewin & Holmes, 2003), se sustenta en observaciones de las reacciones de duelo normal y anormal y plantea que cuando un individuo se enfrenta a un trauma la primera reacción es de desaprobación o rechazo a la situación traumática, seguido del intento de asimilación de la nueva información con el conocimiento previo al trauma. En ese punto, los individuos pueden presentar sobrecarga de información que activa los mecanismos de defensa psicológicos para evitar recuerdos del trauma. No obstante, la necesidad psicológica fundamental para conciliar la información nueva con la antigua hace que la información del evento traumático emerja en forma de intrusiones como los flashbacks y las pesadillas.

Otra teoría explicativa es la de “los supuestos destrozados” propuesta por Janoff-Bulman (1992, citado por Brewin & Holmes, 2003) la cual plantea que los individuos tienen unos supuestos o creencias acerca de que el mundo es bueno y significativo y el yo es digno; es decir, las personas que habitan el mundo son

buenas, morales y de buenas intenciones, por ello el momento en el que es afectado por un suceso como ser atacado por otro o vivenciar un accidente de tránsito, contradice los supuestos de bondad del mundo que genera su actualización, produce un intenso conflicto entre creencias y sentimientos y deriva en los síntomas relacionados con alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo. Esta teoría explica el ajuste al suceso traumático a largo plazo dado que si se hace una valoración y reevaluación negativa del suceso, surge el TEPT.

Las teorías de procesamiento de información las cuales se han centrado principalmente en el propio evento traumático, que de forma especial se representa en la memoria y no se procesa de forma adecuada, se convierte en patológico. El recuerdo causante del miedo surge de la interconexión de tres nodos informacionales: el primero es la información sobre el suceso traumático (imágenes-sonidos); el segundo es la información sobre la respuesta emocional y fisiológica de la persona ante el suceso, y el tercero es el significado que se le da a la información, es decir, el grado de amenaza (Brewin & Holmes, 2003).

Otra propuesta es el modelo metacognitivo, es decir, los procesos cognitivos involucrados en la evaluación, seguimiento y control del pensamiento. Dentro de estos procesos cognitivos se encuentra el síndrome cognitivo atencional encargado del monitoreo a la amenaza, la preocupación y la rumiación cognitiva sobre esta, el cual se convierte en el factor principal para la formación del TEPT (Wells, 2000, citado por Mazloom, Yaghubi & Mohammadkhani, 2016).

La teoría del procesamiento emocional, desarrollada por Foa, Steketee y Rothbaum (1989), integra varias teorías mencionadas anteriormente. Esta propone que existe una vulnerabilidad respecto a la información y conocimientos que se tengan antes, durante y después del trauma; es decir, existe una mayor vulnerabilidad para los individuos rígidos en sus creencias acerca de su propia competencia para afrontar sucesos y sobre el mundo —creencias polarizadas tanto positivas como negativas—, que pueden conflictuar o confirmar el evento traumático.

Por otro lado, esta teoría plantea que existen tres factores para el surgimiento del TEPT. El primero es que la exposición a un suceso traumático posibilita una ruptura de los esquemas cognitivos de la persona en que los recuerdos, los pensamientos y las imágenes no pueden asimilarse en los esquemas cognitivos preexistentes que da paso a los síntomas de intrusión y evitación, ya que son parte del proceso de asimilación e integración de viejos esquemas preexistentes con las nuevas informaciones aportadas por el suceso traumático. En el segundo factor se asumen los postulados de la teoría de procesamiento de información denominada red del miedo (fear network). El tercer factor son las reacciones propias y las de los demás.

## Sucesos traumáticos

Bados (2005) menciona que los sucesos que se relacionan con el TEPT son el combate militar, ataques personales violentos, el secuestro, desastres naturales o provocados por el hombre y accidentes graves. Según Kessler et al. (1995, citados por Bados, 2005), los sucesos más frecuentes son ser testigo o afectado por una agresión grave o un asesinato, catástrofe natural y accidentes graves de tráfico. Al revisar la población por género, en los hombres, adicional a los anteriormente nombrados, se encuentran experiencias de combate y ser amenazado con un arma o secuestrado, en las mujeres se destacan los delitos sexuales, el abandono y el maltrato físico en la infancia.

Respecto a los sucesos enmarcados en ataques personales, según Butcher, Mineka y Hooley (2007) se encuentra el acceso carnal violento, definido como todo acto sexual establecido por la fuerza. En Colombia, en el 2016, el 86.06% de los casos se concentró entre los 0 a 17 años de edad, las víctimas más frecuentes son las mujeres con un 73.98%, la prevalencia en hombres es del 26.02%; respecto a factores de vulnerabilidad se encontraron los niños, niñas y adolescentes en estado de abandono, los consumidores de sustancias psicoactivas y las personas bajo custodia especial (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2017).

Según Ullman y Filipas (2001, citado por Butcher, Mineka & Hooley, 2007), existen diferencias en cuanto a la reacción de la víctima dependiendo de la naturaleza del victimario; es decir, si el victimario es un conocido, la víctima además de sentirse aterrorizada, siente que se ha traicionado su confianza, es más, dado que el victimario es conocido, puede llegar a sentir culpa y responsabilidad por lo sucedido, razón por la cual las denuncias en estos casos tienden a ser escasas o nulas. Por otro lado, cuando los victimarios son desconocidos, la víctima siente miedo extremo a daño físico y/o muerte.

Otro suceso traumático son los accidentes de tránsito, Wiederhold y Wiederhold (2010) mencionan que los individuos con trastorno de estrés postraumático relacionados con choques o accidentes presentan comportamientos evitativos tales como eludir calles transitadas, evitar ciertas carreteras con características similares a las del evento, incluso cuando se es pasajero. Estos comportamientos pueden llegar a ser disfuncionales hasta el punto que los afectados no salen de casa. En el 2016 en Colombia se reportaron 52536 casos por accidentes de transporte, el 86.14% corresponden a personas con lesiones no fatales las cuales pueden estar en riesgo de desarrollar TEPT (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2017).

Una población que presenta un mayor riesgo y vulnerabilidad para desarrollar TEPT es el personal de los equipos e instituciones de emergencia (policías, bomberos, paramédicos y defensa civil, entre otros) dado que la mayoría de sus

labores implica la confrontación rutinaria con sucesos traumáticos que por lo general implican la exposición de la vida y su amenaza ya sea directamente o como testigo (Haugen, Evces & Weiss, 2012). Martínez León, Salinas Obando, Murillo Cardozo, Colmenares Castañeda y Castiblanco Serrano (2010) mencionan que una red de apoyo social óptima y niveles adecuados de resiliencia constituyen factores protectores en militares colombianos vinculados a situación de combate frente a la aparición del TEPT.

### **Enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático**

Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo y RothBaum (2009) exponen los diferentes enfoques terapéuticos que se han abordado para el tratamiento del TEPT. Una de las terapias más utilizadas es la terapia de pareja y familia dado que es conocido que el TEPT se asocia con problemas de relación especialmente conyugales y familiares caracterizados por agresión hacia los miembros de la familia, distanciamiento emocional y en ocasiones disfunción sexual. Riggs (2000, citado por Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo, & RothBaum, 2009) menciona dos enfoques de la terapia de familia, el primero busca restablecer la afectación del sistema familiar a causa de TEPT y sus síntomas, es decir, busca reinstaurar las dinámicas familiares. El segundo enfoque se centra en cómo el sistema familiar se engrana para ayudar a la persona con TEPT a recuperarse.

Otro enfoque que aborda el TEPT es la psicoterapia interpersonal, cuyo objetivo es centrarse en los aspectos sociales del funcionamiento del individuo, que busca principalmente el restablecimiento de la autoestima y confianza en los individuos mejorando notablemente su interacción social. Sin embargo, no se evidencia que se aborde efectivamente otra sintomatología del TEPT como la activación fisiológica (Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo & RothBaum, 2009).

Respecto a las terapias comportamentales, estas tienen varias vertientes de abordaje. Por un lado, se encuentra la activación conductual que busca incrementar el involucramiento del individuo en actividades importantes y relevantes, es especialmente efectiva cuando se presentan síntomas de retraimiento y aislamiento social. Otro enfoque de las terapias comportamentales es la exposición interoceptiva, que implica la inducción de sensaciones fisiológicas que son inofensivas asociadas con la excitación y busca la habituación a estas sensaciones fisiológicas. Por último, se encuentra la terapia de exposición in vivo que implica que el individuo se exponga sistemática y gradualmente a estímulos internos y externos que evoquen la situación temida (Bados, 2005; Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo & RothBaum, 2009).

Los tratamientos basados en imaginería, al igual que las terapias comportamentales, tienen diferentes modalidades; una de ellas es la reescritura de imágenes la cual consiste en cambiar el significado de los acontecimientos.

Otro abordaje es la terapia de ensayo imaginario a través de la cual se enseña al individuo a reemplazar imágenes o pensamientos desagradables asociados con el evento por unos agradables, de tal forma se le provee al individuo control sobre estos pensamientos e imágenes intrusivos generadores de malestar (Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo & RothBaum, 2009).

Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo y RothBaum (2009) mencionan las terapias enfocadas en la tolerancia de la angustia. Dentro de ellas se encuentra la terapia de comportamiento dialéctica de tipo cognitivo-conductual, que se centra en la desregulación emocional y busca un equilibrio entre la aceptación y el cambio. La terapia de aceptación y compromiso busca el control eficaz de los pensamientos no deseados y sentimientos y recuerdos relacionados con el trauma.

Resick y Schnicke (1993, citado por Schumm, Dickstein, Walter & Owens, 2015) desarrollaron la terapia de procesamiento cognitivo la cual pretende la modificación de pensamientos y cogniciones disfuncionales, generadas a partir del suceso traumático con el fin de reducir los síntomas del TEPT dado que estas cogniciones están asociadas a los síntomas intrusivos y la angustia emocional propia de este.

Una de las terapias que se basa en el modelo de metacognición es el control de la atención, que pretende la desactivación de la atención temporalmente o se desvíe de información que puede ser relevante y estar relacionada con la amenaza (Bardeen, Fergus & Orcutt, 2015).

Dentro de las terapias tradicionales, la que ha demostrado a través de diversas investigaciones mayor efectividad es la de exposición prolongada. Sin embargo, en algunas circunstancias se hace imposible hacer la exposición in vivo por lo cual se toma como alternativa la exposición por imaginación; también se utilizan estrategias como escribir acerca del suceso traumático y en los últimos años se inició el uso de la realidad virtual como estrategia para la exposición (Bados, 2005).

El procedimiento de exposición prolongada de Rothbaum y Foa (citado por Bados, 2005) es una intervención individual que involucra psicoeducación, entrenamiento en relajación por respiración, exposición por imaginación y en vivo. Según McLean y Foa (2013), la terapia de exposición prolongada es un programa específicamente diseñado para personas con TEPT porque permite el procesamiento emocional de los sucesos traumáticos; implica que el individuo imagina y narra repetidamente los recuerdos de la situación traumática de la forma más detallada posible (exposición por imaginación), y adicionalmente el individuo debe hacer aproximaciones a circunstancias que pueden suscitar los recuerdos traumáticos y que son evitadas sistemáticamente por el individuo (exposición in vivo).

Botero García (2004) realiza una investigación respecto a los efectos de tratamiento de exposición prolongada e inoculación de estrés para TEPT en la

que participaron 42 miembros de las fuerzas armadas colombianas en proceso de rehabilitación. Evaluaron las diferencias entre la sintomatología del estrés postraumático antes, durante y después del proceso de intervención mediante la escala de diagnóstico del desorden por estrés postraumático (PDS) de Foa y el inventario de depresión de Beck. Los resultados mostraron que la sintomatología y severidad de la misma disminuyeron significativamente después de la intervención. Además de reducir considerablemente los síntomas de TEPT, disminuyeron los síntomas de depresión, ansiedad general, culpa, ira y mejoró el funcionamiento social y la salud (McLean & Foa, 2013).

En este sentido, la exposición prolongada es un tratamiento de primera línea para el TEPT; sin embargo, de acuerdo con una investigación realizada por Blount, Cigrang, Foa, Ford y Peterson (2014) en la población militar se debe hacer modificaciones al protocolo de intervención de exposición prolongada, que consisten en realizar una intervención ambulatoria intensiva o tratamiento comprimido. El tratamiento consistió de 10 sesiones ambulatorias de jornada completa durante 2 semanas. Se evidenció una reducción de la depresión y la ansiedad de los participantes, así como de los indicadores clínicos y sintomatológicos de TEPT. En un metaanálisis realizado por Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa (2010), se encontró que el 86% de los pacientes tratados con exposición prolongada mantenía los efectos de reducción de los síntomas a lo largo del tiempo en el que se hicieron los seguimientos, que demostraron que esta terapia es un tratamiento altamente efectivo para el TEPT.

Una investigación realizada por Smith, Duax y Rauch (2013) se centró en la “perpetración percibida” la cual se relaciona con las creencias y sentimientos de culpa que tiene un individuo, quien ha vivenciado un suceso traumático y ha causado daño a otros en este (por ejemplo excombatientes). Los autores muestran que las características propias de los pacientes determinan la utilización adecuada de la terapia de exposición prolongada, es decir, sugieren restricciones de aplicación de esta debido a la compleja naturaleza de los sucesos traumáticos relacionados con combate. Es importante evaluar la presencia de rasgos de personalidad, especialmente verificar si los individuos presentan un patrón de actos antisociales, ausencia de culpa y preocupación excesiva por evaluación social negativa dado que estas características harían que el individuo no sea un candidato idóneo para la terapia de exposición prolongada. Otro estudio realizado por Bluett, Zoellner y Feeny (2014) sugiere que la reducción de la angustia es un mecanismo clave que debe subyacer en la terapia de exposición prolongada.

El National Research Council (2008, citado por Xenakis, 2014) menciona que las terapias tradicionales para TEPT solo son efectivas en la mitad de los pacientes; a las personas que no mejoran las denominan como resistentes. Un estudio realizado por Brady, Warnock-Parkes, Barker y Ehlers (2015) encontró

que los consultantes perseverantes con pobre expresión de pensamientos y emociones, así como un deficiente establecimiento de rapport estaban asociados a bajos resultados de la terapia.

En este sentido las terapias tradicionales que han demostrado a través de diversas investigaciones presentar mayor efectividad son la de procesamiento cognitivo y la de exposición prolongada (Raza & Holohan, 2015).

Un estudio de Aderka, Gillihan, McLean y Foa (2013) realizado con mujeres sobrevivientes a asaltos encontró que la técnica de exposición prolongada afecta los síntomas postraumáticos en el 80.3%, que a su vez afectan los síntomas depresivos. Lo anterior constituye una evidencia de la efectividad de esta técnica.

Respecto a la realidad virtual, denominada así por Jaron Lanier en 1989, que consiste en ambientes interactivos generados por un computador, en 1993 esta tecnología incursionó en los tratamientos y terapias en el ámbito de la salud mental especialmente utilizados en el tratamiento de trastornos de ansiedad y alteraciones de la imagen corporal (Cárdenas, Muñoz & González, 2005; Wiederhold & Wiederhold, 2010; Riva, Cárdenas-López, Durán, Torres-Villalobos & Gaggioli, 2012; Cárdenas-López et al., 2014). Un metaanálisis realizado por Turner y Casey (2014) apoya las intervenciones basadas en realidad virtual dado que son formas eficaces y prometedoras para los tratamientos psicológicos.

Según Rothbaum, Rizzo y Difede (2010) la realidad virtual proporciona una interacción en la cual los individuos no solo son observadores externos, sino que se convierten en participantes activos dentro de un ambiente tridimensional generado por computador. El mecanismo más común para el ambiente virtual es un dispositivo que se coloca en la cabeza, el cual constituye unas pantallas de visualización, auriculares y sensores de movimiento; el ambiente virtual se transforma y adapta dependiendo del movimiento de la cabeza y el cuerpo. Otro mecanismo usa un segundo sensor el cual le permite a la persona manipular el ambiente virtual. La naturaleza de inmersión de los entornos de realidad virtual produce una sensación de “Estar ahí”, esencial para la realización de la terapia de exposición dado que facilita el compromiso emocional con los recuerdos del evento traumático.

Según Wiederhold y Wiederhold (2010), las terapias basadas en realidad virtual (TBRV) brindan unas ventajas sobre los enfoques terapéuticos tradicionales; por un lado, se fortalece la confidencialidad de la terapia dado que la exposición se lleva a cabo en la oficina del terapeuta por lo cual se protege a la persona de los sentimientos de vergüenza pública o humillación. Otra ventaja es la seguridad de los individuos porque esta se puede ver afectada con la exposición in vivo, en situaciones tales como volar en un avión, conducir y combatir, entre otros. En relación con lo anterior, el individuo puede hacer modificaciones comportamentales de tal forma que puede establecer una relación en tiempo real de la causa-efecto de los comportamientos. Por otro lado, la

TBRV tiene un beneficio de costo-efectividad ya que los recursos invertidos en la TBRV son menores que la terapia de exposición in vivo, lo cual la convierte en más rentable y asequible no solo porque se puede reducir el número de sesiones, sino porque los individuos evalúan la exposición por realidad virtual como menos amenazante y se sienten más seguros de experimentar el suceso debido a que cuentan con la creencia de seguridad brindada por encontrarse en un entorno como el consultorio.

Otra ventaja de la TBRV es que el paciente tiene el control sobre el medio ambiente simulado, es decir, los individuos pueden avanzar o retroceder, e incluso escapar de la situación lo cual les genera una sensación de control y dominio sobre su terapia, que redundan en control sobre la situación y sobre el comportamiento. Una de las principales ventajas de la TBRV es que no depende de las habilidades de imaginación de los individuos lo cual permite que la experiencia de exposición sea más realista que la terapia de exposición por imaginación (Wiederhold & Wiederhold, 2010). Es importante resaltar que la activación del miedo antes de iniciar el tratamiento ha demostrado tener efectividad del mismo en seguimientos de hasta seis meses de los síntomas (Shiban, Brütting, Pauli & Mühlberger, 2015).

Según Berra y Cárdenas-López (2010) es imprescindible para la eficacia de una intervención el considerar la forma como se vivencia personalmente el suceso traumático. Sin embargo, el disponer de un ambiente virtual individualizado no es factible por lo cual es necesario preparar ambientes flexibles que se centren en el significado del trauma y no a las características físicas del acontecimiento.

Kramer, Savary, Pyne, Kimbrell y Jegley (2013) realizaron una investigación en la que se indaga sobre las percepciones de los militares veteranos hacia la realidad virtual como una herramienta de evaluación y tratamiento del TEPT a través de entrevistas semiestructuradas. Los participantes de este estudio informaron que esta herramienta permite una buena capacidad de inmersión en los entornos de combate ya que hay una percepción subjetiva de reactividad fisiológica, pensamientos y comportamientos similares a los experimentados por lo cual se desencadenaron recuerdos. Mas los participantes también expresaron preocupaciones acerca de las posibles reacciones negativas que se pudiesen originar después de la inmersión en la realidad virtual.

La TBRV surge como una herramienta terapéutica viable en áreas de evaluación e intervención, en especial para trastornos de ansiedad; las primeras investigaciones se centraron en fobias específicas. Rothbaum, Rizzo y Difede (2010) exponen que se han realizado varias en los últimos 10 años y tres meta-análisis los cuales argumentan y demuestran la eficacia clínica de la TBRV como terapia para los trastornos de ansiedad.

Baños et al. (2011) realizaron una investigación sobre el uso de una pantalla adaptativa VR para el tratamiento de trastornos relacionados con el estrés. Los resultados indicaron que la TBRV fue tan eficaz como el tratamiento cognitivo conductual de exposición in vivo o por imaginación. Esta eficacia estuvo mediada por las variables de depresión, ansiedad, relajación y funcionamiento social; incluso, los participantes de la TBRV obtuvieron mejores resultados que los que recibieron tratamiento tradicional. Este estudio se realizó con 39 participantes de los cuales 10 estaban diagnosticados con TEPT, 16 con duelo patológico y 13 con desordenes adaptativos. Se asignaron al azar los participantes al grupo control (terapias cognitivo conductuales tradicionales N=20) y al grupo experimental (TBRV N=19).

DiMauro (2014) realizó un metaanálisis en el que comparó los resultados de investigaciones sobre la eficacia y viabilidad de tratamientos del TEPT ya sea en la forma tradicional de la terapia de exposición o TBRV. Los análisis estadísticos se realizaron en 26 estudios y se encontró una tendencia a favor de la terapia de exposición tradicional; sin embargo, resalta el número limitado de estudios pertinentes sobre todo en TBRV lo cual constituye una limitación para un adecuado análisis. Esta investigación recomienda que futuras investigaciones sobre TBRV para el TEPT se orienten a diseños experimentales con muestras más grandes y un mayor uso de grupos de control; esta misma recomendación fue hecha por Harmon, Goldstein, Shiner y Watts (2014).

Montagner Rigoli y Haag Kristensen (2014) realizaron una revisión sistemática sobre el uso de la terapia de exposición basada en realidad virtual para el tratamiento de TEPT, que incluyó 28 investigaciones en las cuales el tratamiento osciló entre 3 y 22 sesiones. Es de resaltar que en todos estos estudios los resultados fueron prometedores dado que se logró reducir la sintomatología del TEPT.

McCann et al. (2014) realizaron un estudio sobre los estándares de calidad investigativa respecto a la efectividad de la TBRV para el tratamiento de trastornos de ansiedad. En él, mencionan que las TBRV son prometedoras para el tratamiento de trastorno de ansiedad. No obstante, encontraron que las investigaciones realizadas en este campo no evidencian la magnitud de la efectividad de las TBRV y resaltan la necesidad de realizar estudios más rigurosos. Resultados similares fueron encontrados por Motraghi, Seim, Meyer y Morissette (2014) y por Turnery Casey (2014), quienes demostraron que la TBRV presenta resultados positivos para el tratamiento del TEPT y otros trastornos psicológicos. Sin embargo, los autores sugieren que para futuras investigaciones se utilicen procedimientos de asignación al azar y el seguimiento de la adherencia al tratamiento, así como a una estandarización de los manuales y protocolos de intervención.

Wiederhold y Wiederhold (2010) mencionan que la terapia basada en entornos virtuales para personas que desarrollan TEPT por accidentes de tránsito debe estar combinada con retroalimentación fisiológica, lo cual ofrece a las personas la posibilidad de reconocer objetivamente la ansiedad y la relajación; el objetivo principal de esta terapia virtual es que los individuos aprendan a manejar su ansiedad durante condiciones de conducción, tarea que se torna difícil aunque las condiciones sean simuladas para posteriormente trasladar estas habilidades a las carreteras de la vida real.

López-Soler, Castro, Alcántara y Botella (2011) realizaron una investigación con la adaptación para niños del sistema de realidad virtual “el mundo de EMMA” (Guillén, 2008), el cual posibilita el procesamiento de emociones relacionadas con el suceso traumático; esta adaptación fue probada con un único caso que obtuvo mejoría en los procesos de autocontrol y atención, así como en el recuerdo de detalles sobre la experiencia traumática. Lo anterior confirma los resultados de diversas investigaciones que apuntan a la utilización de nuevas herramientas tecnológicas para la intervención en diversos trastornos psicológicos.

Un estudio realizado por de la Rosa Gómez y Cárdenas-López (2012) muestra la eficacia de un tratamiento para TEPT mediante realidad virtual que contó con la participación de 20 voluntarios diagnosticados con TEPT, quienes fueron distribuidos aleatoriamente a dos condiciones de tratamiento. La primera es el tratamiento de exposición prolongada mediante realidad virtual (TERV) y la segunda al tratamiento de exposición prolongada mediante imaginación (TEPI). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en todas las medidas de indicadores clínicos y sintomatológicos del TEPT clínicos y la subescala de evitación con los que se obtuvieron ganancias terapéuticas superiores en el TERV. Con respecto a la satisfacción de los participantes al concluir el tratamiento, los participantes del TERV encontraron menos aversivo el tratamiento que los participantes de TEPI.

## **Estrés postrauma y la realidad colombiana**

Un suceso traumático que caracteriza al contexto colombiano es la violencia, que según Vidales (2014) son acciones intencionales que se asientan sobre complejas alianzas y dinámicas sociales; en Colombia, la expresión de violencia se da en todos los niveles y contextos. Una de sus principales consecuencias es el deterioro de la calidad de vida, las huellas emocionales, los miedos intensos, la hipervigilancia, los flashbacks y las emociones negativas.

El fenómeno de violencia puede acarrear consecuencias en el ámbito físico, social y psicológico, dentro de este último se destacan trastornos del estado de ánimo, el consumo de sustancias psicoactivas y el TEPT. Según Vidales (2014), la primera causa de muerte en Colombia es externa, es decir, muertes

violentas. Colombia es el país con mayor número de secuestros y de refugiados internos; sin embargo, no se cuenta con cifras epidemiológicas consolidadas a nivel nacional ni regional sobre TEPT y el suceso traumático causante. En un estudio realizado por Alejo, Rueda, Ortega y Orozco (2007) con 851 adultos desplazados por la violencia, seleccionados por muestreo estratificado en 15 asentamientos de población desplazada en el área metropolitana de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, se valoraron la presencia de TEPT por medio de la entrevista estructurada Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS) y de la escala de trauma de Davidson (DTS) se encontró una prevalencia del trauma psicológico del 21%. Otro estudio realizado por Richards et al. (2011) con 109 adultos desplazados por violencia residentes en Medellín, encontró que el 88% presentaba sintomatología de TEPT, el 59% de ansiedad y el 41% de depresión.

En el país se ha informado que la prevalencia de estrés postraumático es de 5.9% en los hombres y 1.2% en las mujeres, en una muestra de 14654 personas (Torres de Galvis, 1999). Una investigación realizada con 110 desplazados en la ciudad de Bogotá encontró una prevalencia de trastorno por estrés postraumático del 97.27% sin diferencia entre hombres y mujeres; el instrumento aplicado fue la Escala Estructurada Breve para el Diagnóstico del TEPT (Sinisterra et al., 2012).

En el caso de soldados heridos en territorio colombiano, la prevalencia, también evaluada con el CAPS, fue de 16.66% (Corzo & Bohórquez, 2009). Otro estudio evaluó el riesgo de padecer estrés postraumático en 124 uniformados y encontró una prevalencia del 52.2% —se utilizó el Test de Estrés Postraumático validado para Colombia— (González-Penagos et al., 2013).

Los infantes y adolescentes de Colombia también se ven afectados por la violencia. Una investigación realizada por Pérez-Olmos, Fernández-Piñeres y Rodado-Fuentes (2005) buscó determinar en tres municipios de Cundinamarca (N=493) la prevalencia de TEPT infantil y factores asociados según tipo de exposición a la guerra. Se encontró que los niños de los municipios expuestos tuvieron 19 veces mayor probabilidad de sufrir TEPT bélico que los no expuestos, también identificaron que la proximidad geográfica y la alteración emocional intensa con el evento estresante incrementaron el TEPT.

La Encuesta Nacional de Salud Mental menciona respecto a los trastornos relacionados con las experiencias traumáticas, que el 12.5 % de los adultos entre 18 y 44 años y el 11.5 % de 45 años y más reportan la exposición a más de un evento traumático dentro de los cuales se destacan los accidentes de tránsito, violencia por delincuencia organizada o común, conflicto armado y violencia intrafamiliar con prevalencias entre el 18.3 % y el 6.1 % (Ministerio de Salud de Colombia, 2015).

El TEPT es uno de los mayores retos dado el contexto de postacuerdo en Colombia: es imperativo su adecuado diagnóstico y tratamiento. Como se

presentó en apartes anteriores, las posibilidades de intervención son diversas y se han realizado esfuerzos por desarrollar técnicas que puedan ser de fácil acceso con tiempos de duración razonable para el control de los síntomas más importantes del TEPT.

Botero (2004) mostró los resultados de intervenciones grupales cognitivo-comportamentales para el TEPT en 42 miembros de las fuerzas armadas colombianas. En él utilizó el tratamiento de exposición prolongada y la inoculación de estrés; las pruebas estadísticas mostraron una mejoría en la sintomatología una vez se realizó el procedimiento de intervención grupal. Rodríguez (2006) evidenció una mejora significativa en los síntomas asociados a la aparición de TEPT en un grupo de adultos y otro de adolescentes en situación de desplazamiento a través de un programa de intervención que involucró estrategias de afrontamiento emocional, cognoscitivo y social. Desde la postura psicodinámica, Vallejo (2011) mostró la efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal de corte psicoanalítica en 8 policías colombianos que presentaban TEPT. Reportó disminución en síntomas asociados a los criterios B, C, D y F de la Escala administrada por el clínico.

En el Congreso Colombiano de Psicología —Medellín, 2017—, se presentaron trabajos que permitieron observar las formas en las que la intervención clínica sobre el TEPT ha venido desarrollándose y fortaleciéndose. Riascos (2017) propone la clínica psicoanalítica como un espacio de interpretación de los simbolismos subjetivos que devienen de condiciones históricas y sociales en el conflicto armado colombiano, en este sentido el espacio clínico interventivo abre sus puertas a la posibilidad de escucha sobre las formas simbólicas que permitirían la elaboración del trauma asociado con las condiciones contextuales y subjetivas.

Vallejo (2017), desde la perspectiva psicodinámica, propuso un análisis clínico desde la posibilidad de narrar las experiencias traumáticas para elaborar la simbolización que el sujeto hace de ellas. Afirma que las intervenciones grupales logran promover la escucha grupal de la vivencia traumática, permiten la apertura empática a las historias y vivencias del otro, disminuyen la ansiedad y evitan el aislamiento psicológico.

Los mecanismos que pone en funcionamiento un proceso de grupo, implican cambios en las personas que los integran que no depende exclusivamente de las técnicas y de las intervenciones que hace el terapeuta, sino de las dinámicas que se generan en el encuentro con la historia y subjetividad de los otros participantes (p. 1145).

Desde otra perspectiva teórica, Soto et al. (2017) presentaron la terapia de exposición a través de escenarios de realidad virtual como una vía de intervención terapéutica que permitiría generar procesos de control sobre los síntomas de ansiedad, por medio de biorretroalimentación en la exposición

a sistemas estimulares similares a los que se vivenciaron en la consolidación del condicionamiento aversivo.

De acuerdo a la revisión de experiencias sobre la intervención clínica en torno al TEPT, se observaron diferentes formas de atención clínica al problema. Se referenciaron distintos modelos de intervención que han retomado diversas posiciones teóricas que permiten el uso de diferentes tecnologías terapéuticas. Llama la atención en la literatura la referencia a los grupos terapéuticos con resultados importantes en la consolidación de tratamientos que permiten generar empatía entre los participantes y lograr grados de elaboración de la experiencia traumática de tal forma que se evidencian mejorías sustanciales en los procesos sintomáticos.

Se observan otros caminos que involucran desarrollos tecnológicos como los de la terapia de exposición a través de escenarios de realidad virtual, que posibilitan formas alternativas de uso del recuerdo, la presencia y la vivencia para usarlos en escenarios controlados que desarrollan la habilidad de autocontrol sobre respuestas fisiológicas, que permiten también el trabajo de elaboración de la creencia y el pensamiento sobre los eventos vividos y significados.

Ahora bien, las fuentes teóricas pueden ser diversas. Se observa la utilización de conceptos que provienen del psicoanálisis, la teoría conductual y las innovaciones cognitivo- comportamentales que dejan ver la diversidad epistémica y práctica a la hora de abordar un fenómeno que involucra complejidades más allá de lo subjetivo e individual. Sin embargo, se puede observar que existe mucha más literatura que informa sobre datos de prevalencia, estudios diagnósticos, correlación de factores asociados a la aparición del TEPT que textos que informen sobre la aplicación de procesos terapéuticos o de intervención sobre el problema.

Como se observó a través del texto, existe una tradición conceptual que vincula el trauma con consecuencias disfuncionales sobre los individuos que han participado de procesos de conflicto de manera directa o indirecta. Se mostró la manera en que se han caracterizado los esfuerzos por definir categorías diagnósticas y procesos terapéuticos desde diferentes referentes teóricos y se han logrado ubicar de manera general las posibilidades e intentos de apropiación de formas tanto diagnósticas como terapéuticas en el contexto colombiano.

El contexto del TEPT no ha logrado su definición absoluta y se sabe que existen otros esfuerzos por generar explicaciones o interpretaciones por fuera de la tradición clínica; estas propuestas serán revisadas sistemáticamente en capítulos posteriores y servirán para complementar las visiones que ha producido la psicología como herramienta que en ocasiones se anima a explicar o interpretar los fenómenos subjetivos en marcos distintos de referencia. Se retomará la necesidad de hablar del concepto de trauma desde una perspec-

tiva psicoanalítica con el fin de problematizar la categoría en función de las narrativas de los excombatientes.

Por otro lado, se propone una discusión sobre la pertinencia del concepto de estrés postrauma en las vivencias de personas que hicieron parte del conflicto armado en Colombia y que realizaron su transición a la vida civil con el ánimo de mostrar que la experiencia de la guerra se debe interpretar en principio como un acontecimiento que implica miradas diferentes a la patológica, y que los acontecimientos sociohistóricos demandan de la psicología formas comprensivas acordes a las vivencias contextuales de los sujetos y no necesariamente sobre categorías analíticas preestablecidas.

## Referencias

- Aderka, I., Gillihan, S., McLean, C., & Foa, E. (2013). The relationship between posttraumatic and depressive symptoms during prolonged exposure with and without cognitive restructuring for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 375-382.
- Alarcón, R. (2002). Trastorno por estrés postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 35-47. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600004>
- Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M., & Orozco, L. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*, 623-635.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados, A. (2005). Trastorno por estrés postraumático. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Baños, R. M., Guillen, V., Quero, S., García - Palacios, A., Alcaniz, M., & Botella, C. (2011). A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioral program. *International Journal of Human-Computer Studies*, 602-613.
- Bardeen, J., Fergus, T., & Orcutt, H. (2015). Attentional control as a prospective predictor of posttraumatic stress symptomatology. *Personal and Individual Differences*, 124-128.
- Berra, E., & Cárdenas-López, G. (2010). El empleo de la realidad virtual para el tratamiento de TEPT en víctimas de violencia familiar. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 153-159.
- Blount, T., Cigrang, J., Foa, E., Ford, H., & Peterson, A. (2014). Intensive outpatient prolonged exposure for combat-related PTSD: A case study. *Cognitive and behavioral practice*, 89-96.
- Bluett, E. J., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2014). Does change in distress matter? Mechanisms of change in prolonged exposure for PTSD. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(1), 97-104.
- Botero García, C. (2004). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*, 205-219.
- Brady, F., Warnock-Parkes, E., Barker, C., & Ehlers, A. (2015). Early in-session predictors of response to trauma-focused cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40-47.

- Brewin, C., & Holmes, E. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 339-376*.
- Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Cárdenas, G., Muñoz, S., & González, M. (2005). Aplicaciones de la realidad virtual al tratamiento de la agorafobia. *Revista Digital Universitaria, 1-6*.
- Cárdenas-López, G., Torres-Villalobos, G., Martínez, P., Carreño, V., Duran, X., Dakanalís, A., ... Riva, G. (2014). Virtual reality for improving body image disorders and weight loss after gastric band surgery: A case series. *Studies in Health Technology and Informatics, 43-47*.
- Corzo P., & Bohórquez, A. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Revista Facultad de Medicina, 17(1); 14-19*.
- Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical Psychology Review, 715-726*.
- De la Rosa Gómez, A., & Cárdenas - López, G. (2012). Trastorno por estrés postraumático: eficacia de un programa de tratamiento mediante realidad virtual para víctimas de violencia criminal en población mexicana. *Anuario de Psicología, 377-391*.
- DiMauro, J. (2014). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Military Psychology, 120-130*.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2009). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos, *Manual de psicopatología volumen 2* (pp. 150-162). Madrid: McGraw Hill.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy, 20(2), 155-176*.
- Gil, S. (2015). Personality and trauma-related risk factors for traumatic exposure and for posttraumatic stress symptoms (PTSS): A three year prospective study. *Personality and Individual Differences, 1-5*.
- González-Penagos, C., Moreno-Bedoya, J. P., Berbesi-Fernández, D. Y., & Segura-Cardona, Á. M. (2013). Factores laborales asociados al riesgo de estrés postraumático en uniformados de un sector de Medellín. *Revista de Salud Pública, 15(3), 373-379*.
- Guillén, V. (2008). Tratamiento para las reacciones al estrés mediante realidad virtual (Tesis doctoral, Universitat de Valencia, España).
- Harmon, L., Goldstein, E., Shiner, B., & Watts, B. (2014). Preliminary findings for a brief posttraumatic stress intervention in primary mental health care. *Psychological Services, 295-299*.
- Haugen, P., Evces, M., & Weiss, D. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 370-380*.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2016). *Forensis. Datos para la vida, 18(1)*. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>
- Kardiner, A. (1959) Traumatic neuroses of war. En S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (pp. 215-265). Nueva York: Basic Books.
- Kramer, T., Savary, P., Pyne, J., Kimbrell, T., & Jegley, S. (2013). Veteran perceptions of virtual reality to assess posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 293-301*.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., & Botella, C. (2011). Sistema de realidad virtual EMMA-infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 189-206*.
- Martínez Leon, N., Salinas Obando, C., Murillo Cardozo, M., Colmenares Castañeda, L., & Castiblanco Serrano, L. (2010). Factores protectores, sociodemográficos y propios de la

- formación militar asociados a la aparición del trastorno de estrés postraumático. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 21-32.
- Mazloom, M., Yaghubi, H., & Mohammadkhani, S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 94-98.
- McCann, R., Armstrong, C., Skopp, N., Edwards-Stewart, A., Smolenski, D., June, J.,... Reger, G. (2014). Virtual reality exposure therapy for the treatment of anxiety disorders: an evaluation of research quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 625-631.
- McLean, C., & Foa, E. (2013). Dissemination and implementation of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 788-792.
- Colombia, Ministerio de Salud. (12 de diciembre de 2015). Encuesta Nacional de Salud mental.
- Montagner Rigoli, M., & Haag Kristensen, C. (2014). Virtual reality exposure for PTSD: A systematic review virtual reality PTSD. *Psychology Research*, 1-10.
- Motraghi, T., Seim, R., Meyer, E., & Morissette, S. (2014). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder: A methodological review using consort guidelines. *Journal of Clinical Psychology*, 197-208.
- Pérez- Olmos, I., Fernández-Piñeres, P., & Rodado-Fuentes, S. (2005). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Revista Salud Pública*, 268-280.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 30(6), 635-641.
- Raza, G., & Holohan, D. (2015). Clinical treatment selection for posttraumatic stress disorder: suggestions for researches and clinician trainers. *Psychological Trauma: Theory, research, practice and policy*, 547-554.
- Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T., & Marmar, C. (2011). Post traumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally displaced by armed conflict: A mixed.method evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 384-393.
- Riascos, A (2017) Consecuencias psíquicas después del conflicto armado en Colombia: propuesta psicoanalítica para la intervención clínica. En Colegio Colombiano de Psicólogos (Ed.), *Memorias Congreso Colombiano de Psicología Psicología y Construcción de Paz* (pp. 1143-1144). Recuperado de [http://colpsic.org.co/aym\\_image/files/MEMORÍAS%20CCP%202017%20FINAL1%20-%20CON%20ISSN.pdf](http://colpsic.org.co/aym_image/files/MEMORÍAS%20CCP%202017%20FINAL1%20-%20CON%20ISSN.pdf)
- Riva, G., Cárdenas-López, G., Duran, X., Torres-Villalobos, G., & Gaggioli, A. (2012). Virtual reality in the treatment of body image disturbances after bariatric surgery: A clinical case. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, 278-282.
- Rodríguez Díaz, M. C. (2006). Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universitas Psychologica*, 5(2), 259-274.
- Rothbaum, B. O., Rizzo, A., & Difede, J. (2010). Virtual reality exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 126-132.
- Saccinto, E. (2014). Reacciones psicológicas en situaciones de desastre y emergencias: estudio de la vivencia de un suceso traumático. (Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España).
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson-Prentice Hall.

- Schumm, J., Dickstein, B., Walter, K., & Owens, G. (2015). Changes in posttraumatic cognitions predict changes in posttraumatic stress disorder symptoms during cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1161-1166.
- Sinisterra, M., Figueroa, F., Moreno, V., Robayo, M., & Sanguino, J. (2012). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(2), 83-97.
- Shiban, Y., Brütting, J., Pauli, P., & Mühlberger, A. (2015). Fear reactivation prior to exposure therapy: Does it facilitate the effects of vr exposure in a randomized clinical sample? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 133-140.
- Smith, E. R., Duax, J. M., & Rauch, S. A. (2013). Perceived perpetration during traumatic events: Clinical suggestions from experts in prolonged exposure therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4), 461-470.
- Soto, J.S., Cárdenas-López, G., Oliveros, E., & Rojas, C. (2017) Diseño de ambientes de realidad virtual para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático en víctimas y testigos de violencia en el conflicto colombiano. En Colegio Colombiano de Psicólogos (Ed.), *Memorias Congreso Colombiano de Psicología Psicología y Construcción de Paz* (pp. 1141-1143). Recuperado de [http://colpsic.org.co/aym\\_image/files/MEMORÍAS%20CCP%202017%20FINAL1%20-%20CON%20ISSN.pdf](http://colpsic.org.co/aym_image/files/MEMORÍAS%20CCP%202017%20FINAL1%20-%20CON%20ISSN.pdf)
- Strange, R. E., & Brown, D. E. (1970) Home from the war: A study of psychiatric problems in Vietnam returnees. *American Journal of Psychiatry*, (127), 488-92.
- Sue, D., Wing Sue, D., & Sue, S. (2010). *Psicopatología. Comprendiendo la conducta Anormal*. México: Cengage.
- Torres de Galvis, Y. (1999). *Epidemiología de los trastornos psiquiátricos - Estudio Nacional Colombia*. *Psiquiatría.com*, 3(4).
- Turner, W., & Casey, L. (2014). Outcomes associated with virtual reality in psychological interventions: where are now. *Clinical Psychology Review*, 634-644.
- VanElzakker, M., Dahlgren, K., Davis, C., Dubois, S., & Shin, L. (2014). From Pavlov to PTSD: The extinction of conditioned fear in rodents, humans and anxiety disorders. *Neurobiology of Learning and Memory*, 3-18.
- Vallejo, A. R. (2011). Cambios sintomáticos en policías con estrés postraumático y psicoterapia de grupo. *Terapia Psicológica*, 29(1), 13-23. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100002>
- Vallejo, A. R. (2017) Los procesos psicoterapéuticos grupales y sus efectos en el trastorno por estrés postraumático (TEPT). En Colegio Colombiano de Psicólogo (Ed.), *Memorias Congreso Colombiano de Psicología y Construcción de Paz* (pp. 1144-1146). Recuperado de [http://colpsic.org.co/aym\\_image/files/MEMORÍAS%20CCP%202017%20FINAL1%20-%20CON%20ISSN.pdf](http://colpsic.org.co/aym_image/files/MEMORÍAS%20CCP%202017%20FINAL1%20-%20CON%20ISSN.pdf)
- Vidales, C. (28 de 10 de 2014). *La violencia en Colombia I*. Recuperado de <http://hem.bredband.net/rivvid/carlos/VIOLENo1.HTM>
- Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. (2010). Virtual reality treatment of posttraumatic stress disorder due to motor vehicle accident. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22-26.
- Xenakis, S. N. (2014). Posttraumatic stress disorder: Beyond best practices. *Psychoanalytic Psychology*, 236-244.

<b>Índice temático</b>		
A	Desmovilización 58, 59, 61, 62, 75.	Existencial 55, 72, 75. F Freud 15, 37, 38, 40, 52, 55, 56, 68, 69, 70, 71.
Afectaciones de la Guerra 108.	Desplazamiento 29, 34, 49, 50, 82, 118.	
Afectaciones subjetivas 87, 82.	DSM 31.	G  Guerra 10, 13, 31, 47, 48, 51, 52, 53, 55, 58, 59, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 76, 78, 82, 96, 97, 98, 107, 108, 117.
Afectaciones víctimas 124.	E  Emoción 53, 122.	
Angustia 22, 55, 58, 60, 67, 72, 122.	Emocional 3, 16, 19, 21, 22, 24, 28, 38, 42, 43, 47, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 106, 122, 123.	Guerrilla 9, 55, 60, 71, 72, 97, 104, 107, 110, 112, 116. H
Aspectos Diagnósticos 16.		Historia 9, 15, 29, 37, 38, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 60, 67, 69, 72, 74, 76, 77, 84, 87, 88, 91, 92, 94, 95, 96, 101, 102, 105, 106, 109, 115.
C  Colombiana 13, 16, 27, 50, 61, 62, 63, 78, 83, 84, 87, 88, 91, 96, 118, 119.	Empobrecimiento 48, 50.	
Combatiente 52, 58, 60, 61, 65, 71, 73, 74, 75.	Enfoques terapéuticos 21, 23, 24.	
Conpes 56, 78.	Estrés postraumático 10, 11, 16, 20, 21, 23, 28, 31, 32, 33, 34, 38, 41, 43, 62, 65, 70, 76, 78, 98, 100, 121.	Histórico 9, 12, 48, 50, 76, 82, 84, 86, 89, 90, 91, 93, 96, 118, 121, 123.
Cultural 40, 46, 50, 71, 84, 89, 97, 102, 103, 116.	Excombatiente 3, 41, 63, 69, 72, 74, 84, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 122.	Huella mnémica 124. I  Ideal 124.
D		

- Identidad  
 52, 71, 101, 105, 112, 116, 122.
- Inconsciente  
 44, 67, 69.
- Infantil  
 28, 69.
- Insurgente  
 42, 43, 50, 51, 52, 55, 56, 59, 60, 61, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 86, 91, 106, 108, 112, 116, 122.
- L
- Ley  
 20, 46, 51, 53, 57, 61, 78, 82, 118.
- Lucha armada  
 9, 50, 76, 102, 108, 113, 114, 116, 122.
- M
- Movilización  
 103, 122.
- O
- Otro  
 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 54, 56, 58, 63, 64, 68, 74, 86, 87, 91, 92, 94, 95, 98, 99, 102, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 115, 121.
- P
- Paz  
 9, 12, 33, 34, 38, 40, 42, 56, 58, 59, 60, 65, 72, 76, 83, 86, 91, 115.
- Política  
 10, 31, 48, 51, 55, 56, 57, 58, 71, 73, 77, 78, 84, 86, 89, 91, 95, 104, 112, 114, 119.
- Postconflicto  
 42, 51, 71, 72, 77.
- Psicoanálisis  
 11, 38, 68, 70, 78.
- Psicosocial  
 7, 39, 51, 59, 62, 77, 81, 83, 84, 89, 93, 100, 111, 118.
- Psíquico  
 50, 54, 55, 69.
- Pulsión  
 52, 55, 59, 66, 72.
- Pulsional  
 52, 55, 58, 59, 68, 72.
- R
- Realidad Virtual  
 22, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 34.
- Recuerdos Angustiosos  
 16.
- Reintegración  
 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 78, 84, 86, 88, 90, 92.
- Repetición  
 16, 43, 59, 105, 117.
- Rural  
 50.
- S
- Sí mismo  
 108, 111, 112, 116.
- Significante  
 54.
- Síntomas  
 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 29, 63, 64, 67, 68, 76, 77, 78, 84, 89, 90, 95, 100, 121.
- Social  
 9, 12, 17, 21, 23, 27, 32, 33, 34, 38, 39, 41, 50, 51, 53, 56, 58, 59, 60, 62, 67, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 81, 83, 84, 86, 87, 89, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 116, 117, 118.
- Subjetivo  
 30, 51, 54, 60, 67, 73, 75, 77, 86, 87, 90, 91, 92, 106, 116, 117.

Subversivo 90, 95, 96, 97, 98, 100,  
126. 102, 105, 116, 117, 118.

Sucesos Traumáticos Y  
11, 21, 23.

Sujeto Yo  
18, 40, 52, 53, 54, 56,  
5, 11, 12, 13, 15, 29, 37, 38, 60, 62, 63, 67, 72, 74,  
39, 41, 42, 45, 46, 51, 52, 54, 75, 78, 103, 104, 106,  
55, 56, 57, 59, 60, 61, 65, 67, 107, 109, 113, 114.  
68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75,  
76, 77, 81, 84, 85, 86, 87, 89,  
90, 91, 92, 93, 94, 96, 98,  
99, 101, 104, 105, 106, 108,  
109, 112, 116, 117, 122, 123.

T

Teoría Procesamiento Cog-  
nitivo Emocional  
126.

Terapia Exposición  
126.

Trauma  
11,12, 15, 17, 18, 25, 28,29,  
30, 41, 43, 52, 59, 63, 67, 68,  
76, 77, 105, 116, 121, 122.

Traumático  
5, 10, 18, 19, 20, 22, 23, 27,  
28, 37, 63, 66, 67, 68, 69,  
73, 75, 76, 100, 121.

V

Violencia  
16, 27, 28, 31, 32, 34, 41, 42,  
43, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 68,  
76, 78, 82, 84, 85, 87, 89,