

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y CONGNICIONES IRRACIONALES EN  
DAMNIFICADOS POR EL INVIERNO SANTA MARTA COLOMBIA 2013**

**EYLEEN TATIANA CRIADO, ANGIEE MERCADO Y LAURA RODRIGUEZ.**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial  
Para optar al título de ENFERMERA**

**PROGRAMA DE ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
SANTA MARTA**

**2014**

*Eyleen Criado, Angiee Mercado, Laura Rodríguez*

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y CONGNICIONES IRRACIONALES EN  
DAMNIFICADOS POR EL INVIERNO SANTA MARTA COLOMBIA 2013**

**EYLEEN TATIANA CRIADO, ANGIEE MERCADO Y LAURA RODRIGUEZ.**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial  
Para optar al título de ENFERMERA**

**PROGRAMA DE ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
SANTA MARTA**

**2014**



## Tabla de contenido

1. RESUMEN.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
4. PREGUNTA PROBLEMA.....	20
5. JUSTIFICACION.....	21
6. ANTECEDENTES.....	29
7. MARCO TEÓRICO.....	39
7.1 TRAUMA.....	39
7.2 ESTRÉS.....	55
7.3 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	73
7.4 COGNICIONES IRRACIONALES.....	93
7.5 RELACION ENTRE TRAUMA Y COGNICIONES IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DEL TRAUMA POR ESTRÉS POSTRAUMATICO.....	116
7.6 DESASTRE NATURAL.....	124
7.7 CLASIFICACIÓN DE DESASTRES.....	125
7.8 DESASTRES Y CATÁSTROFES:.....	126
7.9 VÍCTIMAS Y DAMNIFICADOS.....	128
7.10 ETAPAS DE DESARROLLO DE CONDUCTAS DE LOS DAMNIFICADOS.....	129
7.11 REACCIONES EMOCIONALES ANTE LAS PÉRDIDAS.....	130
7.12 DESASTRES EN COLOMBIA.....	132
8. OBJETIVO GENERAL.....	136
9. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	136
10. METODOLOGIA.....	137

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



10.1 TIPO DE ESTUDIO.....	137
10.2 UNIVERSO .....	137
10.3 POBLACION.....	140
10.4 TECNICA DE MUESTREO.....	140
10.5 VARIABLES.....	140
10.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	145
10.7 ASPECTOS ÉTICOS:.....	147
11. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	151
12. CONCLUSIÓN.....	227
13. DISCUSIÓN.....	228
14. RECOMENDACIONES.....	231
15. REFERENCIAS .....	233
ANEXOS.....	241

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## **1. RESUMEN**

La presente investigación busca la existencia de estrés postraumático y cogniciones irracionales en los damnificados por el invierno en el barrio las Malvinas de la ciudad de Santa Marta Colombia. Aplicando así una encuesta de manera aleatoria a una población de cuarenta y cuatro personas mayores de dieciocho años de edad habitantes del mismo barrio; en la que se utilizó la escala de síntomas de Davidson (1997) escala del trauma; la cual fue elaborada para evaluar y medir la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Y el inventario de cogniciones postraumáticas Foa et al (1999), Tiene como fin evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma esta consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autoculpa. Los resultados indican en la evaluación por criterios para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el 7,01% (4) de la población, no presentaba este trastorno, el 81,37%(35) lo presenta de una manera leve-moderada, en cambio el 11,62%(5) de la población, lo presenta de una manera severa. Al analizar los resultados del Inventario de Cogniciones Irracionales Postraumáticas por criterios, se evidencia que el mayor porcentaje se encuentra en el criterio de Cogniciones Negativas acerca del Mundo.



## 2. INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se presenta ha tenido como objetivo identificar el trauma y las cogniciones irracionales postraumáticas, en los damnificados por el invierno, en el barrio las Malvinas (Santa Marta, Colombia). En concreto, se evaluó una cantidad poblacional que tuvo exposición a un evento traumático por inundaciones, y el desarrollo de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en la población encuestada.

Esta investigación surge a partir de cuestionamientos básicamente direccionados por la fuerte ola invernal que azotaba con gran intensidad al país en general para el año 2013 así mismo: el hecho de que en santa marta el 70% del territorio es considerado como zonas inundables, la población que se ve afectada en su mayoría de bajo recursos, las personas que se ven afectadas tienden a no saber qué hacer e incluso su actuar se vuelve engorroso ante la situación, las respuestas rápidas frente a las emergencias en esta época se tornaron insuficientes, no hay un abordaje integral a los damnificados y no se ha realizado un estudio referente a esta temática en la ciudad.

Partiendo de un enfoque problema ¿Existe estrés postraumático y cogniciones irracionales en los damnificados por el invierno en el barrio las Malvinas de la ciudad de Santa Marta Colombia? Y cuyos objetivos específicos radican en:1) identificar el trastorno por estrés postraumático, 2) identificar las cogniciones postraumáticas de la población encuestada.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



El desarrollo del presente trabajo de tesis mediante el cual esperamos recibir el título de enfermeras fue efectuándose de la siguiente forma:

- Se realiza elección del tema a trabajar que estuviese acorde a las problemáticas actuales que se estuvieran presentados a nivel de salud en la ciudad y que no se encontraran trabajos anteriores
- Para ninguna persona es un secreto que el 2013 ha sido el año hasta la actualidad más feroz en crisis invernales y que sin duda alguna devasto gran cantidad del territorio colombiano; por tal razón se dirige una investigación hacia la salud mental en dos ejes que pudieran manejarse correspondientes a las inundaciones quedando a la vista el trauma y las cogniciones irracionales en específico el desarrollo del trastorno o síndrome de estrés postraumático.
- Se identifica una población de fácil acceso, abierta, cordial en el cual no se dificultara la ejecución de la implementación del proceso investigativo donde la comunidad o barrio que cumplió con dichas características fue el barrio las Malvinas en donde se han llevado varios procesos de investigación y la comunidad ha estado presta a brindar su ayuda y colaboración, ejecutándose la toma de la muestra.
- Debido a que ya estaba lista la población a ejecutarse el proceso se eligen acorde a su contenido y sustento al trabajo se toman para ser aplicados la escala de síntomas de Davidson y el inventario de cogniciones postraumáticas a través de los cuales se logran nuestros objetivos específicos.
- Con nuestra muestra ya obtenida se procede al montaje del cuerpo del trabajo en el cual se da la apertura del trabajo presentado contando con un resumen el cual a grandes pasos muestra muy a gran escala el contenido

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



del trabajo, de igual forma en este primer bloque se muestra el planteamiento y la pregunta problema a ser desarrollada.

- En un segundo bloque podrán encontrar la justificación en la cual se pueden ver estadísticas, condiciones, características que permitieron la realización de la tesis.
- En un tercer bloque tendrán todo lo que es antecedentes donde reposan gran cantidad de artículos de investigaciones realizadas con características similares al de nuestra investigación que permitieron realizar comparación y ver que tanto nuestros resultados concuerdan o asemejan con los adquiridos en otros países; valga a aclarar que en todo la conceptualización de trauma y las cogniciones irracionales aclaran que las respuestas en cada persona así sean del mismo país, grupo étnico entre otras sus respuestas están marcadas por el ser o el yo de cada uno.
- En el cuarto bloque está el marco teórico con los subtemas correspondientes: Trauma , Estrés ,Estrés Postraumático ,Cogniciones Irracionales, Desastre Natural, Clasificación de Desastre Natural, Desastres Y Catástrofes ,Víctimas y Damnificados , Etapas de Desarrollo de Conductas de los Damnificados,Reacciones Emocionales ante las Pérdidas,Desastres en Colombia detallados de forma secuencial en la tabla de contenido.

Todo este bloque uno de sus más grandes en su contenido consta de las teorías propuestas para los temas bases de la investigación que fueron el trauma , las cogniciones racionales y el trastorno por estrés postraumático; dichas teorías que en su mayoría son consecución de las primeras expuestas en si para cada tema así como las modificaciones y nuevas ideas incluidas; de igual modo podrán ver teóricos con su propuesta

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



definitoria, modelos, y en si todo un margen conceptual que abarcase de forma global el contenido de la investigación pero que de igual forma no estuviese distante de la enfermería donde varias de la información en este bloque suministrado se podrá ver la influencia de teóricos , autores y modelos de la enfermería aplicado en el tema de estudio.

- En el quinto bloque podrán encontrar el objetivo general y los objetivos específicos que a lo largo del texto se ha ido mencionado y justificando su importancia.
- En el sexto bloque se encuentra la metodología (tipo de investigación, población, sujetos, instrumentos, procedimiento y métodos de análisis) partiendo que dicho trabajo es de tipo descriptivo de enfoque cualitativo, y cuyos instrumentos utilizados fueron la escala de síntomas de Davidson (1997) escala del trauma; para evaluar y medir la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Y el inventario de cogniciones postraumáticas Foa et al (1999), Tiene como fin evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma esta consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autculpa. Dichos instrumentos aplicados en 44 personas mayores de edad y con su consentimiento para la aplicación.

Al analizar los datos se hizo mediante Microsoft office Excel obteniendo la frecuencia, frecuencia relativa y la valoración por criterios y subcriterios de cada instrumento encontrándose que el porcentaje de personas con trastorno de estrés postraumático (TEPT) es del 92,63%, para la escala de Davidson mientras que en el inventario de cogniciones postraumáticas el

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



25,33% de la población presentaba algún nivel de alteración en la cognición.

Ya por último se citan todas las referencias bibliográficas y anexos utilizados en el trabajo de tesis.

Los desastres naturales son siempre son causa de crisis y sufrimiento, pero la mejor forma de enfrentarlos es considerarlos una oportunidad. Una oportunidad de crecer y rehacer la vida de los que se ven enfrentados a esta cruda realidad, que ya de por si es fruto de la inconciencia e irracionalidad del ser humano. **(Acosta, 2013)**



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un desastre consiste en un acto de la naturaleza cuya magnitud da origen a una situación catastrófica. En ella, súbitamente se alteran los patrones cotidianos de la vida y la gente se ve hundida en el desamparo y en el sufrimiento. Como resultado de ello, las víctimas necesitan víveres, ropa, vivienda, asistencia médica y de enfermería, así como otros elementos fundamentales para la vida y para la protección contra factores y condiciones ambientales desfavorables, los cuales, en la mayor parte de los casos, deben provenir de áreas que estén fuera de la zona de desastre. **(Villalobos, 2009)**

“Los desastres de tipo ambiental, suelen de alguna manera convertir la calidad de vida de las personas que los enfrenta, cambia su estilo de vida, haciendo que se adopten estrategias que ayuden a minimizar la situación que amerita una preocupación o estado emocional negativo”. **(Acosta, 2013).**

Según el reporte del Departamento Administrativo Nacional de estadísticas **(DANE 2011)**

Dice que el fenómeno de la niña consiste en el enfriamiento por debajo de lo normal de las aguas del océano Pacífico tropical y provoca un cambio en el patrón de comportamiento de los vientos y por ende en el patrón de comportamiento de las lluvias con un incremento de éstas sobre las regiones Caribe y Andina en el territorio colombiano.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



El fenómeno “La Niña” inició su proceso de formación tempranamente desde el mes de junio de 2010, cuando las temperaturas del Océano Pacífico Tropical empezaron a enfriarse rápidamente alcanzando anomalías negativas inferiores a  $-0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ .

“La Niña” se fortaleció alcanzando su etapa de madurez durante el trimestre (noviembre-diciembre de 2010-enero de 2011) alcanzando categoría FUERTE.

- Es importante señalar, que cada evento “La Niña” es diferente y que su repercusión en el clima nacional, no solo está dada por la intensidad del mismo, sino también, por la interacción que pueda presentar con otro tipo de fenómenos océano-atmosféricos presentes en el Atlántico y más específicamente en el mar Caribe.

# El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013



En las siguientes tablas hechas por el DANE muestran:

- La evaluación de afectaciones en el Uso del suelo y áreas urbanas en zona de inundación a agosto 23 de 2011:

Departamento	Área Agropecuaria Total (Ha)	Área Otros Usos Total (Ha)	% Interpretado del Dpto	Área Inundación Total (Ha)	Área Agropecuaria en Zona de Inundación (Ha)	Porcentaje del Área Agropecuaria en Zona de Inundación	Área en Otros Usos en Zona de Inundación (Ha)	Porcentaje del Área en Otros Usos en Zona de Inundación
ANTIOQUIA	4.034.661	2.266.291	92,9	132.567	87.666	66,13	44.901	33,87
ARAUCA	1.934.488	450.867	44,8	15.519	12.875	82,96	2.644	17,04
ATLÁNTICO	257.856	73.554	93,2	44.083	38.700	87,79	5.382	12,21
BOLÍVAR	1.496.396	1.171.188	90,2	319.526	239.274	74,88	80.252	25,12
BOYACÁ	1.641.440	678.043	84,1	16.437	13.794	83,92	2.643	16,08
CALDAS	670.088	74.356	92,1	8.764	7.732	88,22	1.032	11,78
CAQUETÁ	1.420.105	7.597.983	7,5	248	234	94,57	13	5,43
CASANARE	4.021.040	417.114	63,3	323.037	317.160	98,18	5.877	1,82
CAUCA	1.353.884	1.773.386	79,4	2.267	2.020	89,06	247	10,91
CESAR	2.006.056	252.351	99,1	71.281	59.051	82,84	12.231	17,16
CHOCÓ	738.907	4.088.724	72,8	29.864	6.316	21,15	23.548	78,85
CÓRDOBA	1.930.023	571.660	99,6	142.691	133.100	93,28	9.591	6,72
CUNDINAMARCA	1.972.256	428.096	78,1	30.154	25.341	84,04	4.812	15,96
HUILA	1.381.272	433.596	78,1	6.086	5.384	88,47	701	11,53
LA GUAJIRA	745.216	1.318.507	54,8	16.257	1.261	7,76	14.996	92,24
MAGDALENA	1.720.102	596.173	100	134.924	103.185	76,46	31.739	23,52
META	5.337.006	3.225.270	25,8	96.899	89.918	92,8	6.982	7,2

Continua .....

Fuente: Marco Agropecuario DANE - MADR

Departamento	Área Urbana Total (Ha)	% Interpretado del Departamento	Área Inundación Total (Ha)	Área Urbana en Zona de Inundación (Ha)	Porcentaje del Área Urbana en Zona de Inundación
ANTIOQUIA	41.483	92,9	132.567	1.434	1,082
ARAUCA	3.262	44,8	15.519	5	0,033
ATLÁNTICO	23.631	93,2	44.083	1.960	4,446
BOLÍVAR	18.226	90,2	319.526	4.222	1,321
BOYACÁ	13.196	84,1	16.437	107	0,65
CALDAS	8.161	92,1	8.764	31	0,357
CAQUETÁ	3.269	7,5	248	0	0
CASANARE	5.295	63,3	323.037	14	0,004
CAUCA	8.108	79,4	2.267	0	0,004
CESAR	13.506	99,1	71.281	528	0,741
CHOCÓ	2.921	72,8	29.864	104	0,349
CÓRDOBA	16.645	99,6	142.691	1.135	0,796
CUNDINAMARCA	66.785	78,1	30.154	2.137	7,086
HUILA	10.144	78,1	6.086	21	0,349
LA GUAJIRA	9.296	54,8	16.257	138	0,849
MAGDALENA	16.711	100	134.924	2.794	2,071

# El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013



- La evaluación de afectaciones en áreas urbanas en zonas de inundación a 23 de agosto de 2011

Departamento	Área Agropecuaria Total (Ha)	Área Otros Usos Total (Ha)	% Interpretado del Dpto	Área Inundación Total (Ha)	Área Agropecuaria en Zona de Inundación (Ha)	Porcentaje del Área Agropecuaria en Zona de Inundación	Área en Otros Usos en Zona de Inundación (Ha)	Porcentaje del Área en Otros Usos en Zona de Inundación
NARIÑO	780.244	2.371.524	4,1	17	14	83,24	3	16,78
NORTE DE SANTANDER	1.502.138	682.424	92,4	26.403	24.663	93,41	1.740	6,59
QUINDÍO	159.864	33.495	70	176	147	83,65	29	16,35
RISARALDA	206.558	149.736	97,4	1.711	608	35,54	1.103	64,46
SANTANDER	2.227.508	829.343	90,5	99.964	73.258	73,28	26.708	26,72
SUCRE	882.117	190.556	76,7	97.940	82.933	84,68	15.007	15,32
TOLIMA	1.789.085	627.750	93	13.118	12.293	93,71	825	6,29
VALLE DEL CAUCA	1.450.296	627.958	99,1	12.176	9.937	81,61	2.239	18,39
<b>Total general</b>	<b>41.658.617</b>	<b>30.929.956</b>		<b>1.642.108</b>	<b>1.346.862</b>		<b>295.245</b>	

Fuente: marco agropecuario DANE-MADR

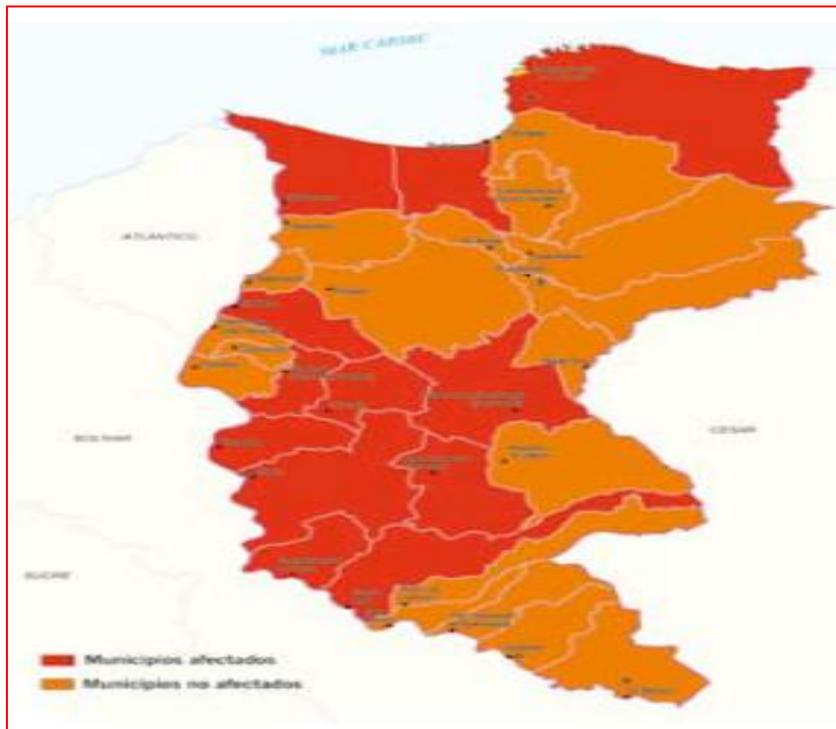
Departamento	Área Urbana Total (Ha)	% Interpretado del Departamento	Área Inundación Total (Ha)	Área Urbana en Zona de Inundación (Ha)	Porcentaje del Área Urbana en Zona de Inundación
META	13.396	25,8	96.899	486	0,502
NARIÑO	11.157	4,1	17	0	0
NORTE DE SANTANDER	13.180	92,4	26.403	141	0,534
QUINDÍO	4.718	70	176	2	0,939
RISARALDA	6.841	97,4	1.711	2	0,135
SANTANDER	18.628	90,5	99.964	564	0,564
SUCRE	10.545	76,7	97.940	906	0,925
TOLIMA	17.916	93	13.118	185	1,41
VALLE DEL CAUCA	40.514	99,1	12.176	177	1,457
<b>Total general</b>	<b>397.537</b>		<b>1.642.108</b>	<b>17.094</b>	

Fuente: marco agropecuario DANE-MADR

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Según la **contraloría general de la república, 2011** en su XVI Informe de Auditoría Express; en el Magdalena la población afectada por las lluvias fue bastante extensa ilustrando así los municipios afectados y no afectados:



**La contraloría general de la república, 2011** dice que:

Este departamento recibió una atención humanitaria por parte de:

- Operador seleccionado para la entrega de apoyos - Colombia Humanitaria:

Defensa Civil Seccional Magdalena. Para la Ciudad de Santa Marta el operador es la Cruz Roja Colombiana.

- Estado del convenio:

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



En ejecución, tanto para el Departamento como para la Capital, sin interventoría externa.

Colombia Humanitaria aprobó un segundo giro por valor de \$11.642,4 millones de pesos para ayuda humanitaria.

Observaciones:

Respecto de las solicitudes de obras menores, el Departamento elevó 26 Colombia Humanitaria le aprobó una cuantía de \$6.451 millones. Para contención de cuerpos de agua elevó 14 solicitudes, Colombia Humanitaria le aprobó una cuantía de \$6.673 millones.

## **Estadísticas relacionadas con el trastorno de estrés postraumático PTSD:**

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, su sigla en inglés es NIMH), que forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, su sigla en inglés es NIH) “Aproximadamente 7,7 millones de estadounidenses padecen PTSD. Alrededor del 30 por ciento de los hombres y mujeres que han pasado alguna época de su vida en zonas de guerra sufre de PTSD”. **(The University of Chicago Medical Center, 2014)**

Según **La Revista Chilena de Neuro-psiquiatría (2002)** en su artículo llamado Trastorno por estrés postraumático: Estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



El estudio epidemiológico más sólido en relación a prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en la población de veteranos de la guerra de Vietnam Estudio Nacional de Readaptación de Veteranos de Vietnam (NVVRS) fue llevado a cabo por Kulka et al. Basado en entrevistas cara a cara con 3016 veteranos en los 50 estados de la Unión y Puerto Rico y utilizando un instrumento estructurado junto con escalas e inventarios, el estudio encontró que 30,6 % de soldados varones y 26,9 % de mujeres sufrieron los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en algún momento luego del servicio militar (prevalencia de vida) con 15,2% y 8,5 %, respectivamente, dentro de seis meses después de la evaluación. Estas estimaciones sugieren que aproximadamente 500 000 de los 3,2 millones de soldados que sirvieron en Vietnam tenían Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) al momento de la encuesta. Es de interés señalar que la proporción de hispánicos con algunos síntomas fue significativamente alta (83 %), comparados con 58 % en africano-americanos, 57 % en indios americanos y 69 % en blancos; se llegó, sin embargo, a un diagnóstico definido de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (prevalencia de vida) en 34 % de hispánicos, 35 % de africano-americanos, 51 % de nativos americanos y 20 % de blancos, en tanto que la prevalencia anual fue 28%, 21%, 29% y 14 %, respectivamente. Los índices de comorbilidad (en particular con abuso de drogas y alcohol) son predeciblemente más altos en veteranos expuestos a combate (62% a 80 %) en comparación con aquéllos no expuestos a tal experiencia límite; entre estos últimos, depresión es la entidad de coocurrencia

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



más frecuente. Kulka et al encontraron cifras aún más altas, casi 100 %, entre veteranos en el teatro de guerra.

**Echenique et al (2008)** describe en su trabajo de investigación (Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo) una serie de estadísticas de estrés postraumático a nivel internacional y nacional.

Una investigación elaborada en la ciudad de Madrid, España, buscó las repercusiones psicopatológicas de los ataques terroristas del 11 de marzo (Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González & Galea, 2004) en una población de 1589 personas, de las cuales 324 vivían en las zonas afectadas. Se encontró que del 4% de las personas que sufrieron el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), en el 2.3% estuvo relacionado con los ataques terroristas, cifra que fue dos veces mayor en mujeres que en hombres.

En Latinoamérica existen estudios en los que se determinan las estadísticas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tras la vivencia de acontecimientos estresantes. En uno de estos estudios titulado Prevalencia de sucesos violentos y Trastorno por Estrés Postraumático en población mexicana (2001 – 2002), realizado por Medina, Borges-Guimaraes, Lara, Ramos-Lira, Sambrano, Fleiz-Bautista, se encontró que de una población de 5826 individuos de 18 a 65 años de edad, el 68% ha estado expuesto al menos a un suceso estresante en su vida.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Según el Estudio nacional de Salud Mental de Colombia realizado por Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña y Gómez (2003), mediante 2422 entrevistas, se encontró que la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) alguna vez en la vida fue de 1.8%, la prevalencia de 12 meses del trastorno fue de 0,5% y de 30 días, del 0,2%.

Otro estudio realizado a nivel nacional es la investigación titulada Salud Mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá, (Chocó-Colombia) 2002, realizado por los investigadores Londoño, Muñiz, Correa, Patiño y Jaramillo; ellos utilizaron una muestra no aleatoria de 40 civiles adultos desplazados y encontraron que un año después del suceso violento, el 37% de los participantes presentó Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Otra investigación, el Perfil epidemiológico de la población desplazada en el barrio Nelson Mandela de Cartagena realizado por Cáceres, Izquierdo- Mantilla, Blandía, González y Jara, encontró que un 70% de población desplazada reporta sintomatología asociada a cualquier tipo de trastorno. En el municipio de Sincelejo se llevó a cabo el estudio Prevalencia de Trastornos Mentales Comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia por parte de Médicos sin Fronteras (2005). De 878 entrevistados se encontró una prevalencia de 27,6% de Trastornos Mentales Comunes en personas mayores de 18 años, que mostró una asociación estadística con el tipo de carné sanitario y la presencia

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



de Trastornos Mentales Comunes lo suficientemente alta para justificar la atención en Salud Mental a esta población.

#### **4. PREGUNTA PROBLEMA**

**¿Existe estrés postraumático y cogniciones irracionales en los damnificados por el invierno en el barrio las Malvinas de la ciudad de Santa Marta Colombia?**



## 5. JUSTIFICACION

“Los desastres son un fenómeno de distribución universal cuya incidencia, tanto en número de fenómenos ocurridos como en personas afectadas, ha venido aumentando a lo largo del tiempo. Esta tendencia creciente referida a las últimas décadas es muy consistente incluso para diferentes tipos de desastre. Aunque el tipo de desastre prevalente varía según la zona, es claro que hay una relación entre el nivel de desarrollo socioeconómico de una comunidad y su perfil de desastre. Incluso para los desastres naturales, aparentemente menos susceptibles de influencia humana, se ha demostrado que el impacto varía completamente en función del tipo de organización social sobre la que ocurren”. (**Arcos, Castro & Bustos 2002**)

“Ningún país del mundo está enteramente a salvo, la falta de capacidad para limitar el impacto de los peligros naturales sigue siendo una carga pesada para los países en desarrollo. Se calcula que el 97 % de las muertes relacionadas con los desastres naturales cada año ocurre en los países en desarrollo y, aunque es menor en cifras absolutas, el porcentaje de las pérdidas económicas en relación con el producto nacional bruto de estos países supera en mucho al de las naciones desarrolladas. Así, de los 49 países menos desarrollados, 24 siguen enfrentados a elevados niveles de riesgo por desastres, y al menos 6 de ellos han venido sufriendo entre 2 y 8 desastres importantes por año durante los últimos 15 años, con secuelas a largo plazo para el desarrollo humano. Estas cifras serían mucho mayores, el doble o más, según algunos expertos, si se pudieran contabilizar también las consecuencias de los muchos desastres menores no registrados que provocan pérdidas significativas en el plano local o comunal”. (**Mesa, 2003**).

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



En Colombia la población damnificada en situaciones desastre, presenta una incidencia de: 2'240.218 damnificados por tragedia del invierno. A causa de los torrenciales aguaceros vertidos en casi la totalidad de los departamentos en Colombia 28 de los 32, llevándose consigo 312 vidas humanas, dejando a 290 más heridas y a 2 millones 240 mil 218 damnificados, en su mayoría niños y niñas, en la peor tragedia que haya vivido el país por acción del invierno. **(Acosta, 2013)**

Ubicada en la esquina Noroccidental de América del Sur, y teniendo costas en los océanos atlántico y pacífico; características que dan paso a tener un amplio sistema ecológico producto de ubicación y características geográficas permitiendo de tal modo la predisposición a la ocurrencia de desastres naturales. **(Vásquez & Reyes, 2008)**

El volumen de agua disponible anualmente en Colombia es de 2.100 km<sup>3</sup> y representa el 4,5% del agua mundial, situando al país entre los primeros 10 productores del líquido. Teniendo en cuenta que la superficie periódicamente inundable es de 11 millones (es decir el 9,2% del territorio), es de prever que los desastres más frecuentes y de mayor impacto económico sean las inundaciones. Además de lo anterior, la VC juega un papel clave en el comportamiento de los ríos porque el fenómeno La Niña puede generar aumentos en los caudales mensuales de los ríos de hasta un 60% en los trimestres más lluviosos. **(Sedano Carvajal & Ávila 2013)**

El impacto generado por las temporadas de lluvias y el fenómeno La Niña desde abril de 2010 hasta diciembre de 2011 fue: 5'208.504 personas afectadas y 683 muertos; daños en 1.027 municipios y en 28 de 32 departamentos, incluido el Distrito Capital. Se inundaron 1'080.000 de cultivos, pastos y centros urbanos. En

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



general, el 11,3% de los colombianos padecieron los daños. **(Sedano Carvajal & Ávila 2013)**

Los desastres por inundaciones desde 1970 hasta el año 2000 han tenido un costo para Colombia del 2,2% del producto interno bruto (PIB). Este último evento ha sido el más crítico en la historia por los daños, ya que casi duplica las pérdidas acumuladas por inundaciones en 30 años. **(Sedano Carvajal & Ávila 2013)**

Los desastres ocurren cuando un fenómeno de tipo natural (o humano) se presenta repentinamente y la capacidad de respuesta de las autoridades y los habitantes de una región es incapaz de soportar las fuerzas de ese fenómeno. Por lo tanto, “los desastres son aquellos donde un fenómeno (extremo) afecta a una población de manera que le ocasiona muchos daños, casi todos recuperables a diferentes plazos, excepto las vidas humanas, lesiones permanentes de las personas y ciertas formas de organización social”. **(Acosta 2013)**

Partiendo de que el ser humano en su afán por cambiar una naturaleza ya establecida; donde en vez de alcanzar su objetivo propio (bienestar); se incurre en el daño a toda una ecología conllevando a que las inundaciones en el caso de estudio particular den un golpe de gran profundidad en su salud tanto física como mental; como en el ámbito económico.

Las experiencias durante un desastre natural sea del tipo que fuere implica una historia personal de cada sobreviviente durante y posteriores al evento traumático; siendo las creencias, los valores, los recursos individuales familiares y comunitarios los que moldean el significado de experiencia traumática y tienen fuerte influencia en el proceso de recuperación. **(Vásquez & Reyes Agosto 2008)**

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Los desastres naturales son siempre causa de crisis y sufrimiento, pero la mejor forma de enfrentarlos es considerarlos una oportunidad de crecer y rehacer la vida de los que se ven enfrentados a esta cruda realidad, que ya de por sí es fruto de la inconciencia e irracionalidad del ser humano. **(Acosta 2013)**

Muchas veces, los seres humanos tienden a protegerse y adaptarse de aquellos ambientes que le son hostiles, lo cual le servirá para su supervivencia ante eventos catastróficos. Dicha supervivencia implica que se dé y se propicie un bienestar (psicológico, social y subjetivo) respecto al desarrollo integral de la persona. **(Acosta 2013)**

Desde el punto de vista de los efectos sobre la salud pública en los desastres es posible identificar al menos cinco niveles de impacto: 1) La producción de un exceso de mortalidad, morbilidad y afectación de la población que excede lo habitual en la comunidad afectada. 2) La modificación del patrón de enfermedades transmisibles y de riesgos medioambientales tradicionales de esa comunidad. 3) El impacto sobre el sistema de servicios sanitarios, cuya capacidad de actuación es puesta a prueba en este tipo de circunstancias. 4) La afectación de las posibilidades de desarrollo del colectivo afectado a medio y largo plazo, incluyendo los aspectos de reconstrucción y rehabilitación y 5) Los efectos sobre la salud mental y el comportamiento humano y Según **(Arcos, Castro & Bustos 2002)**

Según **(Carbonell, 2002)**:

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se configura como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado como traumático. Una experiencia traumática, como un desastre natural, guerras, accidentes automovilísticos y actos de violencia, puede ser

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



entendida como una discontinuidad súbita y extrema en la vida de una persona.

Su sensación de control sobre sí mismo y sobre el medio ambiente físico, y la creencia de invulnerabilidad son amenazadas en forma dramática. Los acontecimientos traumáticos de este tipo alteran los procesos emocionales, cognitivos y volitivos, incorporando un fundamental quiebre en la experiencia que es difícil de integrar en la conciencia personal.

Para algunas personas las reacciones pueden ser transitorias; en cambio para otras, las consecuencias son a largo plazo. La clasificación de estas consecuencias psicológicas que siguen a un estrés traumático ha cambiado con el tiempo y reflejan la contribución de los factores de vulnerabilidad que se han detectado en la etiología y evolución de la reacción postraumática.

De este modo se plantea que la capacidad de un estresor para producir un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) está en directa relación con la percepción de amenaza que se tenga de éste. Dicha percepción dependerá del acontecimiento y/o de las características de la persona.

El hecho que más de la mitad de las personas expuestas a un trauma no desarrolle un TEPT a pesar de la experiencia de extremo peligro, pérdida y amenaza, enfatiza que otras variables son necesarias para explicar el inicio del TEPT.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) así representaría una anomalía en la cual muchos mecanismos psicofisiológicos que promueven el enfrentamiento y la adaptación son sobrepasados por un

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



estrés catastrófico. Las personas con TEPT tienden a enfrentar el mundo como peligroso y pierden su habilidad para modificar su conducta de modo apropiado en respuesta a las contingencias medioambientales. El factor crítico entonces puede no ser el suceso traumático en sí mismo, sino la capacidad individual para modular la respuesta de estrés y restaurar la homeostasis psicológica y biológica.

Se hablará entonces de dos grandes temas propuestos para esta investigación cogniciones irracionales y estrés postraumático ambas partiendo de un factor en común los desastres naturales en particular el tema de inundaciones y la respuesta de las personas implicadas en estos procesos.

Tradicionalmente se ha concebido el trauma como un problema psíquico originado por el impacto de una determinada experiencia. Se utiliza el término de trauma, porque se entiende que deja secuelas negativas, “que se trata de una herida, es decir, de una huella desfavorable para la vida de la persona”. **(Macías, Blanco, Madariaga & Abello, 2008)**

Los síntomas del trauma han sido entendidos como Trastorno de Estrés Postraumático. ESCALA DE SÍNTOMAS DE DAVIDSON el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), concibe a éste como un “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”. **(Macías, Blanco, Madariaga & Abello, 2008)**

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



La respuesta ante los eventos estresantes puede ser adaptativa o maladaptativa dependiendo de ciertos factores psicosociales. Los síntomas característicos de este trastorno, son los criterios B, C y D. El primero de ellos, hace alusión a la presencia de al menos un síntoma de reexperimentación: Las víctimas suelen revivir intensamente la experiencia traumática sufrida en forma de recuerdos desagradables y/o pesadillas. El criterio C se refiere a la presencia de al menos tres síntomas de evitación: Las víctimas hacen esfuerzos para evitar pensar, tienden a alejarse de lugares que les recuerden dicho evento, asimismo presentan una disminución en su vida afectiva. El criterio D, indica que debe presentarse al menos dos síntomas de aumento en la activación fisiológica, tales como dificultades para concentrarse, estados de irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, hipervigilancia. **(Macías, Blanco, Madariaga & Abello, 2008)**

A nivel psicológico, se puede decir que existen una serie de manifestaciones asociadas a la experiencia traumática, como la autodesvalorización, la persona no es capaz de conciliar la actual percepción que tiene de sí misma con la anterior al trauma, es decir que no posee una imagen coherente de sí; la autodestrucción, resultante de los sentimientos de pérdida e impotencia, puede evidenciarse en el abandono del proyecto de vida o la destrucción de relaciones con los otros. “La desvalorización personal, que implica una amenaza profunda a los procesos que constituyen el soporte de la identidad, genera una experiencia subjetiva de situaciones en la que el hombre se va perdiendo a sí mismo” **(Macías, Blanco, Madariaga & Abello, 2008)**

La definición propuesta por el DSM-IV, tiene como protagonista a un sujeto con síntomas, que se limita a reaccionar antes los estímulos, un individuo suspendido en el vacío social, enajenado de su realidad, que transita por el mundo sin sentirse

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



afectado por lo que acontece a su alrededor. **(Macías, Blanco, Madariaga & Abello, 2008)**

Por tanto, es necesario que el ser humano se dote con herramientas para afrontar situaciones difíciles, potenciar sus competencias y habilidades, despertar su consciencia ante la necesidad de cambiar elementos del medio en el que se encuentran para dar fin a sus desventuras, y demostrarles que juntos, pueden más que solos. **(Acosta 2013)**

La presente investigación quiso evaluar la presencia de cogniciones irracionales y el desarrollo de estrés postraumático en población damnificada por inundaciones dentro del periodo transcurrido del 2013 en el barrio Las Malvinas, Santa Marta.



## 6. ANTECEDENTES

Según **Alarcón (2002)**, las características del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), en especial las que se relacionan con las alteraciones emocionales causadas por guerras y desastres naturales, se han detallado desde tiempos remotos. Menciona al célebre papiro egipcio Kunyus, de aproximadamente 1900 años A.C., “como el primer documento que informa de la respuesta de grupos humanos a eventos traumáticos en este caso feroces inundaciones causadas por crecidas del Nilo a lo largo del delta. También menciona relatos históricos tales como el diario de Samuel Pepys sobre el gran incendio de Londres en 1666, los cuales coinciden en detallar dramáticas perturbaciones anímicas y conductuales en víctimas de diversos traumas”.

**Rincón et al (2004)**, llevo a cabo una estudio llamado “efectos psicopatológicos del maltrato doméstico” el tipo de estudio fue descriptivo cuantitativo, y La muestra estuvo constituida por 70 mujeres víctimas de maltrato. En los resultados el 67.1% de las participantes tiene TEPT crónico. La media en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT es de 24.07 (punto de corte, 15), siendo en cada subescala las siguientes: a) Síntomas de reexperimentación: 7.53 (punto de corte, 5), b) Síntomas de evitación: 8.79 (punto de corte, 6) y, c) Síntomas de activación, 7.77 (punto de corte, 4). Los síntomas más frecuentes del trastorno en este tipo de víctimas son los de reexperimentación: Malestar psicológico al recordar el trauma, recuerdos intrusivos y malestar fisiológico al recordar lo vivido, presentados por un 75.7, 71.5 y 62.9% de las víctimas, respectivamente. Todos los síntomas de aumento de activación están presentes en más del 50% de las participantes,

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



destacando los problemas para conciliar o mantener el sueño (67.2%) y las dificultades de concentración (65.7%).

**Carcamo, Fernandez & Sanchez (2002)** realizaron un estudio llamado “El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: el trastorno por estrés postraumático y la recuperación de una ciudad traumatizada”, la investigación es carácter descriptivo cualitativo transversal, para ello se tuvo como instrumento una entrevista telefónica, en la cual se buscaba identificar los 3 síntomas principales para el diagnóstico de TEPT (1 síntoma relacionado a la reexperimentación, 3 síntomas de evitación y 2 de excitación) que son los descritos en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). La entrevista se aplicó entre cinco y ocho semanas después de ocurrido el ataque. Los resultados mostraron que el 20% de la población entrevistada presentaba TEPT.

**Moreno et al. (2006)** realizó un estudio llamado “A propósito de un caso con estrés postraumático en el medio militar”, este estudio se realizó en Cuba. El instrumento empleado para el diagnóstico de TEPT cumplió con los criterios tanto de la Clasificación Internacional de Enfermedades como con los criterios diagnósticos de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. En los resultados los autores describen la prevalencia del TEPT en veteranos de guerra entre el 20 y el 30 %. En víctimas civiles de accidentes, catástrofes naturales y otros se encuentra entre el 10 y el 30 %, en las violaciones puede ser hasta del 50 %. Y La prevalencia estimada en la población Cubana en general es del 3-6 %. También menciona la presencia de “dos factores que influyen en la aparición del

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



estrés postraumático y que están íntimamente ligados, estos son: el grado y proporción del trauma y las características del individuo que lo ha experimentado”.

**Ojeda & Garcia (2011)** llevaron a cabo un estudio llamado “El estrés postraumático, un diagnóstico a tener en cuenta”, el cual se realizó en Cuba. El estudio se basó en la descripción de los datos clínicos de un paciente con estrés postraumático que se mantuvo aparentemente asintomático 18 años. En el estudio, los investigadores muestran que el trastorno de estrés postraumático es una condición de salud a tener en cuenta en toda persona con vivencias emocionales intensas, de tal manera que el diagnóstico pueda realizarse precozmente, ya que el trastorno puede presentarse de manera parcial y agudizarse con el paso del tiempo o tras una circunstancia determinada con lo cual se presentan los síntomas de una manera más severa y altera de manera radical los procesos de desarrollo vital de quien lo padece.

**Flórez et al. (2012)** llevó a cabo un estudio llamado “Síntomas de estrés postraumático (ept) en periodistas mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico”. El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo transversal y se realizó a nivel nacional. La muestra fue de 100 personas, El 51% de la muestra estuvo constituida por hombres y 49% por mujeres. El instrumento empleado cumplía con los criterios de activación, intrusión y evitación de diagnósticos de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). En los resultados, se identificó la prevalencia del TEPT en un 58,8%. Al considerar el género no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres criterios (activación, intrusión y evitación).

**Mendoza et al (2013)**, realizó un estudio llamado “Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos”, el cual se llevó a cabo

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



en la ciudad de Tijuana (México). El tipo de estudio es correlacional descriptivo, la muestra fue de 669 jóvenes de ambos sexos (53% fueron mujeres y 47% hombres) con edades de 18 a 25 años. Para la construcción del instrumento se utilizaron los criterios de DSM-IV-TR. En Los resultados los autores sustentan que cuando un individuo es expuesto a alguna clase de evento traumático, sin importar lo común que este sea, genera reacciones posteriores que, dada la variabilidad de las circunstancias, afectarán la salud mental. La prevalencia de sucesos traumáticos asociados al desarrollo del TEPT, considerados impactantes para la integridad física y emocional en esta población fue del 78%, un 10% más que lo reportado por estudios similares con las mismas poblaciones, Mendoza et al (2013), sustentan que la diferencia entre el porcentaje de prevalencia, radica en el tamaño de la muestra, que a mayor número de personas, los estimados de confiabilidad serán más cercanos.

**Carbonell & Carvajal (2004)**, realizaron un estudio llamado “El trastorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos”, el cual se llevó a cabo en la ciudad de Santiago (Chile). La investigación fue de tipo transversal retrospectivo, se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de las víctimas de agresión, que fueron atendidos en un Hospital, entre 1987 y 2000. Se utilizó como instrumento una ficha de registro en que se consignaron diversas variables de importancia demográfica y clínica de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Los resultados mostraron que los síntomas de TEPT más frecuentemente referidos fueron síntomas invasores y de evitación, ambos presentes en 100% de los pacientes, ansiedad (97,9%), insomnio de conciliación (88,6%), pesadillas con el acontecimiento traumático (71,4%), síntomas de hiperalerta (78,6%) y exagerada activación del sistema nervioso autónomo ante cualquier estímulo relacionado con el asalto (73,6%) . También se demuestra que las víctimas de

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



asalto con TEPT son de preferencia jóvenes, con buen nivel de escolaridad, observándose un mayor predominio de mujeres, demostrándose que el TEPT, al igual que otros trastornos de ansiedad, tiene mayor incidencia en mujeres que en hombres.

**Aguirre Et al (2010)** realizó un estudio llamado “Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica” el cual se llevó a cabo en la ciudad Bio Bio (Chile). La muestra estuvo constituida por 42 mujeres de la región del Bío Bío víctimas de violencia doméstica. Se utilizó como instrumento la Pauta de Entrevista para Víctimas de Violencia Doméstica y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. En los resultados el 66,7% de la muestra presentaba sintomatología de estrés postraumático, la forma más frecuentemente observada fue la de TEPT crónico.

**Caro & Cova (2012)** realizaron un estudio llamado “Relación Entre Estrés Postraumático, Afrontamiento Represivo Y Rumiación En Estudiantes Universitarios Chilenos”, este se realizó en la ciudad de Concepción (Chile). La investigación es de tipo transversal correlacional. La muestra fue obtenida por un muestreo no probabilístico y estuvo compuesta por 314 estudiantes universitarios (137 hombres y 177 mujeres). Para determinar la presencia de TEPT, se empleó la Escala de Trauma de Davidson. En los resultados, los autores evidencian que aun cuando las consecuencias psicológicas de los desastres son diversas, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es la patología más comúnmente padecida después de un desastre, y la que resulta más discapacitante para quien la sufre. Además el estudio demostró que un 7% de la muestra evidenciaba sintomatología de TEPT sobre el punto de corte habitual de la escala de Davidson

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



(40 puntos) del cual un 10.2% era mujeres; en cambio, sólo un 2.9% eran hombres.

**Alejo et al (2007)**, llevaron a cabo un estudio llamado “Estudio Epidemiológico Del Trastorno Por Estrés Postraumático En Población Desplazada Por La Violencia Política En Colombia”, El estudio es de tipo transversal con una muestra 851 adultos seleccionados por muestreo, estratificado en 15 asentamientos de población desplazada, el cual se llevó acabo en la ciudad de Bucaramanga. En los resultados, los autores interpretan los principales signos o síntomas psicológicos en la población entre los que se encuentra “recuerdos e imágenes intrusivas sobre acontecimientos violentos, pensamientos recurrentes que producen malestar, pesadillas, respuestas de sobresalto, ansiedad, sensación de desapego y un futuro desolador”. Esto lo relacionan con una dificultad para proyectarse en el futuro, la sensación de autoabandono y los problemas para adaptarse dentro de un tejido social, generando cambios importantes en el comportamiento, cogniciones y emociones, al punto de producir un gran malestar psicológico, dificultades para desarrollar actividades normales, así como para planear el futuro y desempeñarse productivamente dentro de una comunidad.

**Vallejo (2010)**, realizo un estudio, llamado “Cambios Sintomáticos en Policías con Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo”, este estudio se realizó en la ciudad de Cali (Colombia), siendo una investigación de carácter Cuasi-Experimental con diseño intragrupo con medidas pre y pos test, la muestra contaba de 7 hombres y 1 mujer, a los cuales se les aplico un instrumento llamado la Escala Administrada por el Clínico (CAPS), la cual evalúa los 17 síntomas existentes en el DSM –IV y así determinar la frecuencia y gravedad de los síntomas de estrés postraumático. Los resultados mostraron que al momento

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



de aplicar el instrumento por primera vez, el 87% de la población en estudio presentaba TEPT, luego de realizar las terapias grupales e individuales a lo largo de los 3 meses que duró la investigación, se volvió a aplicar el instrumento, dando como resultado la presencia de cambios parciales en algunos síntomas, pero en general no existieron cambios estadísticamente significativos en la sintomatología.

**Gonzales et al. (2013)** Llevaron a cabo un estudio llamado “Factores laborales asociados al riesgo de estrés postraumático en uniformados de un sector de Medellín”, el estudio es de tipo transversal con una muestra por conveniencia de 124 uniformados. En la investigación, los autores exponen la relación directa que existe entre la salud mental y el entorno, los estilos de vida, los riesgos laborales y en general con todo lo que contribuya con su promoción, fomento y prevención, también describen el TEPT como una serie de síntomas severos que presentan las personas que han sido expuestas a situaciones traumáticas y que se ven afectadas en el funcionamiento social, familiar y laboral, la prevalencia de este trastorno en la población Uniformada en Colombia, oscila entre el 3 % y el 58 % . En los resultados El 12,9 % se les había diagnosticado algún problema de salud mental y el 58,9 % ha sido víctima de algún evento violento durante su tiempo de servicio. Finalmente el 52,4 % de la población estudiada tiene riesgo de presentar estrés postraumático.

**Corzo & Bohórquez (2009)**, llevaron a cabo un estudio llamado “Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate”, este se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá (Colombia). El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal. En la investigación, los autores mencionan el origen del TEPT como la existencia

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



factores traumáticos ambientales, que a su vez dependen de condiciones sociales, económicas, culturales y políticas. Estos factores ambientales permiten a la población el desarrollo de mecanismos de afrontamiento diferentes, como respuestas adaptativas o patológicas, si el contexto biopsicosocial del individuo no logra sobreponerlo ante la situación, supera la capacidad de control que tiene el sujeto, con lo que los mecanismos adaptativos serán insuficientes para estabilizar las alteraciones que se generaron con el evento traumático. También se logró identificar ciertos factores de riesgo que hacen al individuo vulnerable. Tales factores son “la exposición repetida al evento traumático, rasgos de personalidad previa, factores heredados, edad, red de apoyo social y familiar, factores estresantes, antecedente de abuso sexual, el sexo (las mujeres tienen el doble de riesgo que los hombres), antecedentes psiquiátricos personales, historia de abuso en la niñez, antecedentes psiquiátricos familiares y la ocurrencia de algún acontecimiento vital significativo con posterioridad al evento traumático”. La muestra que se tomó para el estudio comprendía 42 soldados heridos en combate y los datos se analizaron en los programas de Excel y SPSS. Los resultados mostraron que la prevalencia para trastorno de TEPT fue de 16,66%(siete sujetos), la cual es inferior que la reportada de estudios similares con poblaciones militares.

**Según Rincón (2003)** La exposiciones a cualquier evento traumático, ya sea desastres naturales, violencia doméstica o violencia civil, puede modificar la percepción que el individuo tenga de sí mismo, de los demás y del mundo. También menciona las principales creencias y percepciones que se ven modificadas producto de una experiencia traumática, entre ellas: “a) Percepción de seguridad o vulnerabilidad, b) Expectativas de repetición del trauma en el futuro o aumento en la severidad del mismo, c) Autopunición por lo sucedido, d)

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Percepción de incontrolabilidad con relación al suceso traumático, e) Percepción de falta de alternativas disponibles para salir de la situación aversiva, f) Incremento en la tolerancia a la violencia, g) Cambio en las creencias acerca de los demás (desconfianza, miedo), y h) Percepción de falta de significado.

**Blanco et al (2010)**, llevaron a cabo un estudio llamado “El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana”, el tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo, transversal, el muestreo fue aleatorio simple, el número de la muestra fue de 542 personas (25% España, 67% El Salvador y el 8% de Madrid. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, Escala de Creencias sobre el Mundo y Escala de Trauma de Davidson. Los resultados mostraron que las personas cuya existencia ha estado atravesada de un acontecimiento traumático (la población de Madrid) muestran de manera significativa cogniciones sobre el yo y sobre el mundo más negativas que la muestra general española y salvadoreña.

**Zalta et al (2014)**, realizó un estudio llamado “Cambio en las cogniciones negativas asociadas con el TEPT predice la reducción de los síntomas en caso de exposición prolongada”. En esta investigación, los autores mencionan La Teoría del procesamiento emocional del TEPT la cual formula que:

La desconfirmación de las cogniciones erróneas asociadas con el TEPT es un mecanismo central en la reducción de síntomas de TEPT; pero hasta la fecha, la relación causal entre los cambios en las cogniciones patológicas y su gravedad puede variar TEPT no se ha establecido. Los modelos de regresión de efectos mixtos rezagados indican que las reducciones de la sesión-a la sesión en las cogniciones relacionadas con TEPT llevaron sucesivas

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



reducciones de los síntomas de TEPT. Por el contrario, el efecto inverso del TEPT cambio en los síntomas de cambio en las cogniciones era más pequeña y no alcanzó significación estadística. Del mismo modo, las reducciones en las cogniciones relacionadas con el trastorno de estrés postraumático-llevaron sucesivas reducciones de los síntomas de depresión, mientras que el efecto inverso de los síntomas de depresión en el cambio cognición subsiguiente era más pequeña y no significativa. En particular, las relaciones entre los cambios en las cogniciones y los síntomas de TEPT eran más fuertes que las relaciones entre los cambios en las cogniciones y los síntomas de depresión. Conclusiones: En nuestro conocimiento, este es el primero estudio para establecer cambios en las cogniciones relacionadas con el trastorno de estrés postraumático, como mecanismo central de tratamiento de la EP. Estos hallazgos son consistentes con la teoría del procesamiento emocional y tienen importantes implicaciones clínicas para la aplicación efectiva del PE.



## 7. MARCO TEÓRICO

Desde el principio de la historia la fuerza de la naturaleza ha sido un marcador importante en la vida y desarrollo de los seres humanos. Dicha fuerza puede generar un entorno hostil y lleno de circunstancias adversas que pone en riesgo la integridad física y psíquica de las personas que se encuentran bajo su poder, las cuales pueden sobrepasar las capacidades del sujeto, creando así un trauma y trayendo consigo consecuencia en su cotidianidad. (Vallejo & Terranova, 2009).

### 7.1 TRAUMA

**García**, en su artículo Trauma psíquico y método psicoanalítico plantea que el concepto de trauma abarca un amplio espectro. Su etimología: “herida” y su uso médico predominante, lo deja ligado fuertemente a un acontecimiento externo, violento, que lesiona el cuerpo. Sin embargo es interesante considerar que tiene otros sentidos tales como: travesía, trayecto, traza.

Los planteos freudianos fueron reelaborando dicho concepto, como muy bien lo muestran M. y W. Baranger y J. Mom2 en su artículo de 1987. En el período preanalítico estaba ligado a un acontecimiento externo, sexual (seducción por un adulto), en donde el punto de vista económico es predominante: Monto excesivo de excitación que el aparato psíquico no puede tramitar.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



**Codosero, (2012)** en su artículo: La Evolución de la Teoría Traumática en el Pensamiento Psicoanalítico; en el cual se trata la evolución de la teoría traumática donde se consideran diversos teóricos y su conceptualización de trauma:

Según **Freud, (1985)** propuso la **Teoría de la Seducción al Deseo De Ser Seducido**. Destacándose entre las primeras teorías psicoanalíticas que se desarrollan en la atmósfera de furor científico de finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

La construcción de las primeras teorías de la psique fue llevada a cabo por Freud, que utilizó el concepto de trauma desde el comienzo de sus teorizaciones, aunque posteriormente relativizó su importancia. Se ha de tener en cuenta que el concepto provenía del lenguaje médico, y era a los médicos a quienes **Freud** se dirigía.

**Freud**, en sus primeros intentos de conceptualización, concebía el trauma, esencialmente, como un factor ambiental que invade el yo, y que no puede ser manejado por elaboración asociativa. Freud estableció una definición metapsicológica fundamentalmente económica: partió de la idea de que el trauma es un exceso de excitación neuronal que se desprende de experiencias tempranas, que al no poder ser derivado por vía motriz, ni integrarse asociativamente, se extravía en el sistema nervioso.

Dado que no le bastó con la clasificación de las alteraciones nerviosas, sino que quiso entender las dinámicas que participan en sus procesos internos, Freud desarrolló su teoría basándose en la etiología sexual de las neurosis (1894-1896), donde en el caso de los pacientes histéricos, encontró uno o más sucesos de experiencias sexuales prematuras.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Los pacientes histéricos sufrían por hechos que habían sido registrados en su memoria, pero no circulaban de forma libre, sino que habían sido reprimidos y empujados al terreno del subconsciente, siendo allí donde se transformaban en síntomas, que el paciente mostraba en su comportamiento externo. Por este motivo la histeria pasó de ser considerada un problema neurológico con bases hereditarias, a un fenómeno que debía de ser estudiado por la psicología.

Sin embargo, al cabo de un año y medio, Freud abandona la teoría de la seducción como explicación etiológica de las neurosis. Este hecho queda recogido en la carta a Fliess del 21 de septiembre de 1897, en la que le confiaba que ya no creía en lo que le decían sus pacientes sobre seducciones o abusos de que fueron objeto en la infancia. A partir de este momento, Freud, introdujo la **Teoría de la Psicosexualidad Infantil y la Fantasía Edípica**.

Para **Freud**, las situaciones traumáticas paradigmáticas serían: la ansiedad de castración; la ansiedad de separación; la escena primaria; y el complejo de Edipo. En este momento, Freud, concebía el trauma como producto de la lucha de los instintos sexuales y la lucha del yo contra ellos. Domina la fantasía inconsciente y la realidad psíquica interna.

Cuando Freud publicó *Más allá del principio del placer* (1920), se dio cuenta, a través de los sueños repetidos de las personas que habían sufrido un trauma, de la compulsión de repetición y su relación con el instinto de muerte. Llegó aquí a su teoría dual: instinto de vida e instinto de muerte. El concepto de trauma se centró en un marco de referencia intersistémico e instintivo. Mientras la teoría traumática de la neurosis adquirió una importancia más relativa, la existencia de las neurosis por accidente y, sobre todo, de las neurosis de guerra, se volvió a situar en el primer plano de las preocupaciones de Freud respecto al trauma.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



En Inhibición, síntoma, angustia (1926) hizo la última reestructuración del concepto de trauma, relacionándolo con la angustia y el conflicto psíquico, a la vez que con las alteraciones del yo, y con el carácter interestructural de todas las situaciones traumáticas.

En Moisés y la religión Monoteísta (1939) conceptualizó el trauma como impresiones, únicas o repetidas, siempre de temprana vivencia, que son olvidadas y de mucha importancia para la etiología de las neurosis.

**Freud** durante toda su vida osciló en su teoría traumática, como algo externo o como algo interno, que nunca acabó de resolver, pero lo que realmente representan estas dudas es la primera escisión que se da entre lo que, actualmente, se considera la corriente del psicoanálisis tradicional y el psicoanálisis relacional.

## **Ruth Leys en su artículo Freud y el Trauma:**

Refiere que el “Trauma” era un término utilizado en un principio para una herida quirúrgica, y se concebía esa noción según el modelo de un desgarramiento de la piel o de la capa protectora del cuerpo que daba lugar a una reacción generalizada de todo el organismo con consecuencias catastróficas. Sin embargo, como subraya **Laplanche**, no es fácil rastrear la “transposición” de esa noción médico-quirúrgica a la psicología y la psiquiatría.

Para **Freud** el recuerdo traumático es intrínsecamente inestable o mutable debido al papel que desempeñan los motivos inconscientes que le confieren significado. Esa premisa subyace tras sus estudios sobre los actos fallidos publicados en Psicopatología de la vida cotidiana (1901). También es el tema principal de su trabajo, Recuerdos encubridores (1899), en el cual habla de la “naturaleza

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



tendenciosa de nuestros recuerdos y olvidos” y, debido al rol de la **Nachträglichkeit**, concluye preguntándose si “acaso sea en general dudoso que poseamos unos recuerdos conscientes de la infancia, y no más bien, meramente, unos recuerdos sobre la infancia”. El nuevo énfasis que Freud pone en el papel de la fantasía después del abandono de la teoría de la seducción en 1897, tampoco invalida el concepto de acción retardada, como lo muestra claramente la confianza que depositó en ese concepto en el caso del “Hombre de los Lobos”.

Sin embargo, hay algo sobre el trauma que no se acomoda al proyecto freudiano. El concepto de **Nachträglichkeit** pone en duda todas las oposiciones binarias que en gran medida rigen las interpretaciones actuales del trauma: el interior contra el exterior, lo privado contra lo público, la fantasía contra la realidad, etcétera. Sin embargo, el rechazo de Freud de la noción de trauma como causa directa y su énfasis en el significado psicosexual implicaban una tendencia dentro del psicoanálisis a interiorizar el trauma, como si la fuerza y la eficacia del trauma exterior proviniera exclusivamente de los procesos psíquicos de elaboración interna, procesos que, según se entendía, habían sido moldeados fundamentalmente por los deseos, las fantasías y los conflictos psicosexuales tempranos. Así, las pulsiones internas infantiles se convirtieron en el campo etiológico por excelencia. Según **Laplanche**, “lo que define el trauma psíquico no es cualquier propiedad general de la psiquis, sino el hecho de que el trauma psíquico viene del interior, se podría sostener que todo viene desde afuera en la teoría freudiana, pero al mismo tiempo cada efecto, en su eficacia, viene del interior, de un interior aislado y enquistado”. Por consiguiente, lógicamente **Laplanche** cuestiona el valor del “concepto de neurosis traumática sería sólo una primera aproximación, puramente descriptiva, que no resistiría un análisis profundo de los factores que intervienen”.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



El “suceso” traumático se redefine como el que, precisamente porque activa el “trauma” de la identificación afectiva, en rigor no se puede describir como un suceso, puesto que no descansa en una distinción sujeto-objeto. (De ahí la ambigüedad del término “trauma”, que a menudo se usa para describir un suceso que acomete al sujeto desde el exterior pero que, conforme al tema de la identificación mimética, es una vivencia o “situación” de identificación que, en rigor, no le ocurre a un sujeto autónomo ni totalmente coherente). El trauma arcaico del nacimiento, que se define en ese modelo como una identificación primaria o una repetición hipnótica que ocurre antes de cualquier percepción consciente o de cualquier represión, es irrepresentable para el sujeto, razón por la cual en Inhibición, síntoma y angustia, **Freud** se opone a la caracterización del trauma como la repetición de un suceso de nacimiento que hace **Rank**. Por tanto, el trauma no se concibe como la desintegración de un yo existente a raíz de la pérdida de un objeto o un suceso identificables sino como una dislocación o disociación del “sujeto” que es anterior a cualquier identidad o cualquier objeto de la percepción. No es casualidad, pienso, que cada vez que **Freud**, en Inhibición, síntoma y angustia, está a punto de olvidar su propuesta y, por lo tanto, de tratar la reacción del yo ante el trauma como una reacción ante un suceso o un objeto específicos y determinados que, en principio, puede identificar, señalar y confrontar, las neurosis de guerra reaparecen sistemáticamente en el texto en calidad de paradigma del trauma definido en términos económicos como la ruptura del escudo protector, es decir, del trauma definido como identificación mimética o imitativa.



**Codosero, (2012)** en su artículo: La Evolución de la Teoría Traumática en el Pensamiento Psicoanalítico continúa con la descripción de trauma mediante los siguientes autores:

### **Ferenczi (1908) y el rescate del concepto de trauma**

La verdadera dimensión de la aportación de **Ferenczi** a la **Teoría y la Clínica Psicoanalítica** no ha podido ser valorada hasta la actualidad, dado que a partir de cierto momento, **Freud** y las autoridades psicoanalíticas de la época rechazaron las ideas de **Ferenczi**. Ello determinó la desaparición de sus enseñanzas en las instituciones psicoanalíticas, especialmente las últimas publicaciones que hasta el año 1985 no se publicó su Diario Clínico (1932) y la correspondencia con **Freud**.

**Ferenczi** en el congreso de **Wiesbaden (1932)** presentó Confusión de lenguas entre el adulto y el niño. El lenguaje de la ternura y la pasión. En esta ponencia recuperó el concepto de trauma como factor etiológico importante en la patología mental, que **Freud** había abandonado hacía más de tres décadas, entendiéndolo en un sentido más amplio.

No habló sólo del trauma vinculado a la sexualidad - consideraba que las seducciones incestuosas por parte de los adultos son más frecuentes de lo que se cree -, sino de la hostilidad y el odio del adulto; además, consideraba traumática toda situación en la que el adulto no hacía su función protectora, sino que utilizaba al niño para sus fines, sin tener en consideración las auténticas necesidades del niño.

Entre **Freud** y **Ferenczi** hubo un malentendido, que según **Balint** "fue un trauma para el psicoanálisis". **Freud** creyó que **Ferenczi** dejaba de lado el papel fundamental de la fantasía infantil edípica, para volver al papel traumático de la

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



seducción del adulto, y por otra parte **Ferenczi** crítico de **Freud** que ya no le interesan sus pacientes, sino sólo teorizar.

Lo que hizo **Ferenczi** fue dar una versión diferente del complejo de Edipo; no negó que las tendencias eróticas de los niños se manifiestan más intensa y precozmente de lo que se pensaba, y en lo se refiere a los juegos sexuales, entendía que lo que ocurre es que los niños interpretan el juego como ternura, y el adulto como pasión. Como consecuencia, el niño queda dividido, piensa que es inocente y culpable al mismo tiempo; se destruye su confianza en sus sentidos y en las personas, pero no abandona por ello a sus objetos.

En el artículo *El niño no bienvenido y su impulso de muerte* (1929), **Ferenczi** estableció un nuevo tipo de neurosis, llamada neurosis de frustración, donde el trauma no consiste sólo en acciones y eventos, sino en la desiderativa parental, fundamentalmente en la no investidura: los padres que no desean ni quieren al niño. Este trauma, o frustración, es el generador de las más variadas patologías mentales, y puede ser inductor de complicaciones orgánicas, hasta llevar al sujeto, en algunos casos, a la muerte.

Esta idea de trauma, como efecto de los procesos psíquicos del otro, desplaza la idea de evento hacia la cualidad del vínculo interpersonal.

**Ferenczi** también describió las defensas autoplásticas al trauma, que denominó identificación con el agresor. El niño, ante la amenaza y la pérdida de la sensación de que el mundo le protege, cuando se encuentra en peligro sin la posibilidad de escapar.

**Ferenczi** advirtió a los terapeutas, de forma reiterada, que la situación traumática puede volverse a repetir en la situación analítica, cuando el terapeuta: desconoce

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



la realidad del trauma, desestima las percepciones reales del paciente con respecto al terapeuta, o cuando, por falta de empatía, no es receptivo a sus necesidades, y le impone sus propias percepciones y valores. Es entonces cuando lo re-traumatiza. **Ferenczi**, sin lugar a dudas, percibió que la interpretación, de los contenidos de las fantasías inconscientes del paciente, no era suficiente, si no iba acompañada de la experiencia relacional con el terapeuta.

Es indudable que **Ferenczi** difería ampliamente de lo que había planteado Freud al comienzo de su teorización. **Ferenczi** creía firmemente que del efecto del trauma son responsables los adultos, y no de factores **intrapsíquicos**. Lo más novedoso para esa época es subrayar, en la trama desiderativa, el efecto traumático.

**Boschan** (1963), muy conocedor de la obra de **Ferenczi**, considera que poder integrar el trauma en nuestro pensamiento psicoanalítico actual, nos demanda la capacidad de reconocer, valorizar y preservar la realidad psíquica, sin desconocer la realidad externa y los cambios que nos exige.

## **Grupo independiente de las relaciones objetales (D.Winnicott, W.R.Fairbairn, H.Kohut, M.Balint)**

El concepto de trauma psíquico ha pasado de ser un acontecimiento externo y cuantificable, a otorgar cierta importancia a la figura de la madre desde los primeros momentos de la vida, pero sólo como contenedora de las ansiedades que el bebé le proyecta. Los siguientes autores consideran el trauma como algo más sutil que ocurre en la relación de la madre con el bebé; sin olvidar que esto, ya lo contempló Ferenczi. Desde la perspectiva del desarrollo, juzgan que las

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



experiencias inadecuadas o traumatizantes no permiten un desarrollo adecuado ni la formación sólida y estable de los vínculos más tempranos, y que ello da lugar a la patología deficitaria.

## **La teoría del apego y J. Bowlby**

El concepto de trauma fue un elemento fundamental en toda la teoría de apego de **Bowlby**. En un primer momento hace una descripción del sistema de apego meramente conductual: la necesidad aparece en ausencia del cuidador, y la presencia física hace desaparecer esa necesidad. Luego, sostuvo que la meta del sistema de apego es mantener el cuidador accesible y receptivo, y, para referirse a esto, utilizó el término de disponibilidad.

Posteriormente, sostiene que la experiencia con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos dan lugar a unos modelos representacionales, que **Crik (1943)** denomina “Modelos de funcionamiento interno”. Esta última concepción del sistema de apego da lugar a una consideración más sofisticada de las diferencias individuales.

Muchos conceptos relativos al apego fueron elaborados a finales de los 70 por **Sroufe y Waters**, quienes concluyeron que el objetivo del sistema de apego es sentir seguridad, y que la respuesta del niño a la separación (empíricamente observable en la prueba denominada “situación extraña”), viene condicionada tanto por aspectos externos como internos, como estados anímicos, fantasías, etc. **Sroufe (1996)** redefinió la teoría de apego en términos de regulación de afecto, estableciendo una relación entre apego seguro y autorregulación afectiva; apego inseguro y dificultades de regulación afectiva; y apego desorganizado/desorientado y malos tratos o trauma de los padres

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



A partir de este momento, el psicoanálisis se diversifica. En muchos trabajos el desarrollo se considera continuo, porque los mismos procesos que encontramos en el origen, van a ser los que organicen la vida mental. La psicopatología se juzga una variante del desarrollo, más que la fijación a un estadio temprano, por lo que se empieza a tener más en cuenta el déficit del desarrollo, y aquellos postulados que privilegian el sentido de sí mismo y de los otros, antes que el conflicto intrapsíquico. No sólo se tiene en consideración el trauma, sino el contexto donde ha ocurrido, teniendo en cuenta que los niños padecen o negligencia, o falta de amor, de los adultos de que dependen.

En los modelos más relacionales, el concepto de disociación cobra tanto valor como el concepto de represión de las teorías clásicas.

Para **Benjamin**, el trauma es como una falla vinculada con la dependencia, que no cumple su función de reconocer al sujeto en relación, falta el reconocimiento de la conmoción: aparecen la soledad, el vacío, las angustias primitivas. La relación se desvirtúa, en lugar de la dependencia, que produce diferenciación y genera la propia subjetividad, aparece el sometimiento y la falta de espontaneidad y de creatividad.

## **La teoría intersubjetiva (R. D. Storolow, G.E. Atwood, D. Orange,)**

Es una teoría de campos o de sistemas, en la que se busca la comprensión de los fenómenos psicológicos no como productos de mecanismos intrapsíquicos aislados, sino como emergentes de la relación recíproca de las subjetividades con relación. Insisten en que los fenómenos psicológicos no pueden ser entendidos independientemente del contexto intersubjetivo en el que toman forma. Para ellos, el área de investigación no es la mente aislada individual, sino el sistema más amplio creado por el interjuego mutuo entre los mundos, el del paciente y su

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



analista, igual que el del niño y su cuidador. De la misma forma, la psicopatología no se debe a mecanismos intrapsíquicos, sino que cristaliza en los contextos intersubjetivos. Se podría decir que se basan en una psicología fenomenológica - reducir los fenómenos a su esencia, y en el anticartesianismo, donde **Orange**, mantiene la postura más radical, exponiendo que si se habla de interrelación ya estaríamos pecando de cartesianismo, al hablar de dos mentes aisladas que se relacionan. Para **Orange** las diferencias entre el mundo externo y el interno no existen, al igual que se desdibujan las diferencias entre sujeto-objeto, sólo contempla la experiencia subjetiva en el interjuego mutuo de dos diferentes subjetividades.

**Storolow y Atwood (2004)** hacen una revisión de los conceptos psicoanalíticos, entre ellos el concepto de trauma. Ellos incluyen tanto los acontecimientos traumáticos aparatosos y claros, que en este artículo hemos entendido como eventos, hasta los más sutiles, por ejemplo, los traumas acumulativos que tienen lugar de forma continuada a lo largo de la niñez, y que, la mayoría de las veces, provienen de una patología de carácter específica de los padres, los cuales utilizan al niño de forma narcisista, en lugar de brindar reconocimiento y aceptación. Por lo tanto la tesis central, de estos autores, es que el trauma en el desarrollo temprano se origina dentro de un contexto formativo intersubjetivo, cuyo aspecto central es una falta de sintonía afectiva -una rotura del sistema de regulación mutua entre el cuidador y el niño, que lleva a la pérdida, por parte del niño, de su capacidad de regulación de los afectos, y, como consecuencia, a un estado insoportable, aplastante, desintegrado, y desorganizado. Postulan que el afecto doloroso o temible se vuelve traumático, no por la intensidad, sino cuando no se da, por parte del entorno, aquella capacidad de respuesta empática que el niño necesita para ser capaz de tolerar, contener, modular y aliviar este impacto. Para ellos, dolor no

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



equivale a patología si estas situaciones se dan en un medio con capacidad de respuesta.

A falta de este contexto intersubjetivo, integrador y afectuoso, el niño traumatizado disocia el sentimiento doloroso de la experiencia que está viviendo, y ello da como resultado estados psicósomáticos, o de replegamiento, para evitar herirse en los vínculos con otras personas. Son niños que no logran desarrollar la capacidad de tolerar afectos, ni de utilizar éstos como señales de información.

Estos autores, advierten que la situación analítica puede ser un terreno potencial, dada la intensidad emocional, para retraumatizar al paciente. El temor de una posible retraumatización, por parte del psicoanalista, es una fuente importante de la resistencia.

Los autores, ponen énfasis a señalar que la resistencia del paciente está siempre suscitada por percepciones de cualidades o actividades del analista que, en sí mismas, conduce al temor por parte del paciente de la posible repetición de un trauma infantil. Resulta esencial, para el análisis de la resistencia, que esto sea reconocido, investigado e interpretado por el analista.

## **El Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico (D. Stern, Lyons Ruth, Tronick)**

El grupo de Boston es un grupo de psicoanalistas e investigadores del desarrollo, que tienen como propósito reflexionar sobre las aportaciones que la investigación del desarrollo aporta al pensamiento psicoanalítico. Parten de los estudios de apego y de la neurociencia cognitiva.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Centrándonos concretamente en el concepto de trauma he de resaltar las aportaciones de **Lyons-Ruth**. Esta autora tiene el mérito de proponer un modelo teórico coherente entre el desarrollo psicoanalítico actual y los hallazgos obtenidos desde la teoría del apego. Ha realizado importantes investigaciones acerca del apego desorganizado en la infancia.

Hay dos conceptos importantes trabajados por la autora: el modelo psicoanalítico de apego desorganizado y el modelo de diátesis relacional (**Lyons-Ruth y cols. 1999**). Para ella, el apego desorganizado está relacionado con estados mentales no resueltos respecto a pérdidas o traumas, y con un comportamiento del cuidador como asustado-asustador.

Según plantea, el patrón de apego desorganizado está en función de dos parámetros: la severidad del trauma y la calidad de las relaciones de apego. Si el nivel de protección es deficitario puede presentarse la conducta desorganizada, a pesar de no haber experiencias traumáticas.

En su modelo de diátesis relacional, **Lyons-Ruth**, sostiene que, cuando el cuidador no ha sido calmado en situaciones de miedo, posiblemente reactualizará situaciones del pasado en el momento de tranquilizar al bebé, lo que se refleja en una interacción perturbadora.

En el artículo: El **concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos**

**Bollas** concibe el trauma como un principio opuesto al principio que denomina genera, término proveniente del latín que, siendo de muy difícil traducción, ha sido reemplazado –en la versión castellana de Ser un Personaje– con el término géneros, que si bien es correcto resulta a mi gusto poco satisfactorio dada su

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



ampliamente difundida connotación que se refiere a las conductas socialmente ligadas al sexo.

En inglés genera es el plural de genus, que significa especie o tipo, pero encierra otra estructura sustantiva oculta basada en la raíz latina gingere: engendrar o dar a luz. También la raíz aria gen significa engendrar.

Para Bollas trauma denota un modo de organización y funcionamiento mental defensivo, repetitivo y buscador de cualidades negativas en el ambiente, que se opone a genera como modo de organización y funcionamiento mental creativo que busca y encuentra en el ambiente aquellos objetos con cualidades que le permiten desarrollar lo que Bollas denomina su idioma personal. Término que ha sido traducido, y que se refiere a la búsqueda de nuevas formas personales de ser y de ver el mundo y las cosas.

**Groddeck** lo define como la falta, lo que no estuvo, la interrupción de continuidades. Pero es a la vez, el estímulo que gatilla la imaginación. **Groddeck** plantea que sólo podemos penetrar en las profundidades del Inconsciente, si no pretendemos saber. Lo que se puede es fantasear.

**KOHUT** describe al trauma como el factor clave del desarrollo de la psicopatología, cosa luego ratificada por sus estudios acerca del narcisismo y la psicología.

Para continuar con el tema, es preciso realizar una serie de definiciones que permitirán comprender mejor los aspectos a tratar. La primera definición es de Trauma. **Laplanche y Pontalis** lo definen como: "Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones." (1996, p. 447).

Otros autores también lo definen como una alteración psíquica que tiene como origen una situación determinada, que puede ser experimentada, presenciada o como resultado de una explicación de acontecimientos, la cual generalmente se relaciona con muertes o amenazas a la integridad física y que genera una respuesta negativa en la vida de los que la sufren. (Macías, Blanco, Madariaga & Abello, 2008).

Es importante resaltar que el concepto de trauma o de evento traumático ha sido estudiado desde distintos ámbitos. Observándose de manera objetiva se describe como la existencia de ciertos acontecimientos y experiencias que potencializan la aparición de consecuencias traumáticas. También se puede experimentar como una serie de estresores reconocibles que logran sobrepasar la experiencia humana normal. (Macías et al, 2008).

Las características que se presentan posteriores al trauma son diversas como lo describen Vallejo y Terranova, quienes mencionan "en primer lugar, que está el impacto expresado en términos de cercanía con la muerte o con un evento que amenace la vida; en segundo lugar, se encuentra el estado psicológico del sujeto en el momento que determina su reacción ante el mismo; en tercer lugar, la dificultad o impedimento de la persona para reaccionar adecuadamente, según sus reacciones de defensa habituales o el entrenamiento recibido, y por último, el conflicto psíquico que genera en el sujeto al no poder integrar la experiencia de forma consciente. (Vallejo & Terranova, 2009).



## 7.2 ESTRÉS

En **MARTINEZ, (2013)** dice: El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud por Hans Selye (1926). En la actualidad, es uno de los términos más utilizados.

Partió de un concepto físico haciendo referencia a una fuerza o peso que cuerpo. **Selye (1956)**, no hace referencia al estímulo, peso o fuerza; Sino a la respuesta del organismo ante el estrés. Utiliza el término estrés para describir la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimulante. El término se ha utilizado con múltiples significados y ha servido tanto para designar una respuesta del organismo, como para señala los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones estresantes.

En Psicología y Fisiología, el estrés se emplea con el sentido de sobrecarga impuesta en el individuo creado por un estado de tensión originado por múltiples causas. (Exceso de responsabilidad familiar o laboral, agotamiento muscular y situación de peligro físico.)

Tras controvertidas discusiones científicas sobre si el estrés era el estímulo o la respuesta del organismo, los autores **Paterson y Neufel (1984)**, comienzan a considerar el término estrés como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado; Llegando a concluir que el estrés es un trastorno que somete a las personas a enfrentar demandas que sobrepasan sus fuerzas físicas y psíquicas.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Desde el punto de vista psicológico se menciona que los factores a considerar son: la sintomatología, el curso, antecedentes de un acontecimiento biográfico capaz de producir una reacción a estrés agudo y la presencia de un cambio vital significativo, que da lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Cuando la respuesta de estrés es demasiado frecuente, intensa y duradera puede tener repercusiones negativas.

**Ivancevich y Matteson (1989)** citan que fue **Walter Cannon (1932)** quien adoptó el término stress y en sus estudios habló sobre los "niveles críticos del estrés" definiéndolos como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos (Acuñó el término homeóstasis para referirse al mantenimiento del medio interno).

**Fierro, (1983)** en su libro *Estrés, Afrontamiento y Adaptación* nos da a conocer:

### **Estrés: una relación evento-reacción**

No toda situación nueva, a la que sea preciso adaptarse, es fuente de estrés. Mientras la adaptación es una función comportamental universal -toda conducta es adaptativa-, la reacción -sea pasiva, sea activa- ante el estrés no es universal: por fortuna, no siempre la conducta humana ha de habérselas con el estrés y responder a él.

Se habla de estrés, cuando la estimulación es dañina, amenazante o ambigua. Se ha concebido, pues, el estrés como estímulo, aunque incluyendo su repercusión o impacto en el sujeto. Así lo entiende **Pelechano**: "un estímulo o conglomerado de estímulos (sucesos) que son 'externos' al individuo, todos ellos con características afectivamente negativas". Cabe dar de ello una versión cognitiva, y de procesamiento de la información, definiéndolo como: "un exceso o

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



heterogeneidad de estimulación que el individuo no puede procesar de manera correcta".

En esa concepción del estrés como estímulo, como realidad estimular, se ha desarrollado mucho el estudio de las situaciones o estímulos que son estresores: que lo son de hecho, o bien potencialmente. Se distinguen así y se clasifican –rara vez se definen con rigor- acontecimientos estresores ya crónicos, ya agudos, ya intermitentes; así como también aquellos que significan cambios importantes en la vida de una persona frente a aquellos otros que son meros ajetreos de vida diaria.

En ese contexto, la investigación y la evaluación se ha aplicado a estudiar "acontecimientos vitales" y al "reajuste" adaptativo que éstos requieren (**Holmes y Rahe, 1967**).

Ahora bien ¿qué es un "estresor", un evento vital estresante?; ¿y por qué ciertos acontecimientos son "estresores"? Se supone esta explicación: porque normativamente (como regla, como norma) generan respuestas estresadas. Así que resulta difícil -en rigor, imposible- definir el estrés del lado del estímulo sin incluir un componente del lado de la reacción de los sujetos. Aparece así la noción de estrés-respuesta: patrones de respuesta estresada, trastorno o alteración emocional y motriz. O bien se presenta a la ansiedad como reacción subjetiva ante circunstancias de ambigüedad o amenaza, de estrés.

Después de criticar, por insuficientes, las nociones del estrés-estímulo y del estrés-respuesta, **Lazarus y Folkman (1984)** abogan

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



por una concepción del estrés como relación, por un concepto relacional: un acontecimiento estresor sobre un sujeto susceptible. Así se entiende que condiciones ambientales extremas son estrés para todo el mundo, mientras otras no lo son tanto (y hacen aparecer diferencias individuales). Definen, pues el estrés como "una clase particular de relaciones, una relación apreciada. Por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

## **Estrés: riesgo de reacción disfuncional**

El modelo o teoría de Lazarus y Folkman ha pasado a constituir un punto cardinal de casi obligada referencia, aunque sólo sea para separarse de él. También va a ser aquí norte de referencia, sólo que con algunas rectificaciones de rumbo.

Aunque estrés implique una relación evento / sujeto, es necesario distinguir en esa relación los elementos objetivos, de acontecimiento, de estímulo, de situación, y los subjetivos, de experiencia, reacción y respuesta del individuo. A ese respecto algunos autores de lengua inglesa (así, Fleming, Baum y Singer, 1984, y Shinn y otros, 1984), además del término "stress" (literalmente: carga, peso, esfuerzo, tensión), utilizan también "strain", que viene a significar lo mismo (tensión, tirantez, esfuerzo), pero que les sirve para designar el elemento subjetivo y reactivo del estrés. En todo caso, por muy relacional que sea el concepto y la realidad del "estrés", si no se quiere denominar a todo con el mismo término, parece conveniente buscar un término, y no sólo un concepto, para lo que "le sucede" al

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



sujeto ante los eventos estresantes y no ya para lo que sucede en el curso objetivo de esos eventos.

Así las cosas, y manteniendo el concepto esencialmente relacional, no se pierde el norte por reservar el término castellano "estrés" para la reacción subjetiva. Una vez admitido ese término -de origen inglés- por la Real Academia de la Lengua, lo mejor seguramente es adoptarlo en la acepción misma del Diccionario de esa Academia, que dice así: "Situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos que por exigir de ellos un rendimiento superior al normal los pone en riesgo próximo de enfermar". La indicación señala que se introduce el término en castellano dentro del dominio y la acepción de la Medicina. Pero no es difícil transcribir esa excelente definición léxica de estrés, en extensión y por analogía, al orden psicológico, y proponer definir el estrés psicológico como sigue: "Situación o experiencia de la persona o de alguno de los sistemas de personalidad que por exigir de ella un rendimiento superior al normal la pone en riesgo de funcionar mal o de pasarlo mal".

La legitimación de una definición así del estrés no proviene sólo o principalmente de la autoridad lexicológica de un Diccionario y de su posible trasposición al ámbito psicológico. Proviene de unos referentes empíricos, de lo que se ha investigado y encontrado bajo el encabezamiento de estrés, así como de su coherencia conceptual o de constructo y de su validez discriminante respecto a otros constructos afines.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Viene, en fin, de que torna posibles unos modos y estrategias de intervención psicológica que no se reducen a otros tratamientos, por ejemplo, de la ansiedad o de la depresión.

La anterior caracterización del estrés contiene un término clave, el de "experiencia"; y lo contiene para poner énfasis en ello y señalar la necesidad de recuperar la noción de experiencia para la psicología científica como correlato subjetivo que no sucedáneo de las situaciones, de la estimulación. Por otro lado, supone principios varios de psicología de la personalidad, que aquí sólo es posible mencionar y no justificar, a saber: la concepción de personalidad como un conjunto de subsistemas, relacionados pero no idénticos entre sí; y la posible definición de una de las facetas o subsistemas de la personalidad como sistema inmunológico, de defensa y de autoprotección.

Aunque se reserve el término "estrés" para la experiencia del sujeto, tal experiencia, desde luego, tiene un origen: se refiere a situaciones, a acontecimientos. A partir de ahí se abre, pues, el tema de las fuentes del estrés, de las cualidades de los acontecimientos que los constituyen en generadores de la experiencia de estrés. Cabe a ese propósito señalar algo así como una tríada básica que define a los estresores: pérdida, amenaza, daño. Alguno de estos elementos parece subyacer a las distintas descripciones y taxonomías de los eventos potencialmente creadores de estrés. Pero también hay otros elementos, no fácilmente reductibles a esa tríada, y que suscitan estrés: los "desafíos" del **entorno (como subraya McCrae, 1984, en**

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



otra tríada: **pérdida, amenaza, desafío**), la novedad o la ambigüedad de los eventos, el exceso de información y/o estimulación.

En otro orden, en el de otros "antecedentes" del estrés, pero en la persona, y no ya en el medio, en los acontecimientos, suelen señalarse siempre elementos de vulnerabilidad personal, elementos a veces genéricos, y otras veces más precisos.

## **Estrés como desafío que demanda una acción**

Quizá el punto esencial en la delimitación del estrés se halle en señalar sus características diferenciales respecto a otros procesos o fenómenos no sólo afines, sino a veces acaso entremezclados con él. Mucha de la literatura actual sobre estrés versa en realidad sobre reacciones, conductas, procesos que tienen ya su denominación, su concepto. Apenas hace falta resaltar que no se gana nada ampliando los límites del estrés hasta tal extensión que casi cualquier evento nuevo es generador de estrés, o que se llama estrés a toda emoción o sensación no placentera. Aquí se va a sostener que el estrés no debe confundirse ni con el duelo o la pena por una pérdida, ni con el dolor que conllevan muchas experiencias, ni con la fatiga por un esfuerzo prolongado, ni con la ansiedad, la depresión o el conflicto. La experiencia de estrés puede y suele aparecer asociada con alguno o varios de esos elementos, entremezclado con ellos: afectos, sentimientos, emociones, y no sólo cogniciones; mas no por ello se identifica con procesos psicológicos que tienen su propia

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



entidad -y construcción conceptual- y que son de otra naturaleza. Al estrés seguramente le caracteriza un alto contenido emocional negativo, pero no basta este elemento para delimitarlo frente a otras emociones. Para ser bien analizado y comprendido, ha de ser descrito ante todo en su patrón específico, y no genérico, confuso y confundido con reacciones afines o concomitantes.

Por razones de coherencia conceptual y también de utilidad práctica para la intervención se propone, pues, conceptualizar el estrés por la experiencia y la presencia de un desafío situacional a un sujeto agente con recursos escasos. Lo específico suyo entonces consiste en la demanda -sea externa, o autoimpuesta- de una actividad que es necesaria y para la que se dispone de **recursos**, pero **insuficientes**. Suele tratarse de una demanda múltiple: de varias demandas simultáneas y no fácilmente armonizables. Hay que hacer algo; es más, habría que hacer varias cosas a la vez; pero no dispongo de los medios para ello.

El estrés surge cuando se hace patente que está en peligro la vida o la calidad de la misma, que ha de hacer algo la persona que, sin embargo, carece de recursos bastantes para ello. Cabe todavía agregar otra nota característica, otra propuesta. El estrés se da en situaciones relativamente duraderas, permanentes; no es fenómeno de un instante pasajero.

Según eso, no es estrés lo que surge en casos de emergencias. La acción para salvar el propio pellejo, así como también el altruismo e

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



incluso el heroísmo para salvar vidas ajenas en un naufragio, un incendio o un bombardeo, se realiza sin estrés.

Este, si acaso, surgirá para atender en tiempo dilatado las consecuencias de la catástrofe, el resultado de una casa o una ciudad en ruinas; pero no está asociado a la emergencia como tal, sólo a sus consecuencias permanentes. Para poder hablar de estrés se requiere que haya una demanda prolongada.

Por eso el estrés no es lo mismo que la tragedia o que la indefensión. En la vida humana hay a veces tragedia. Pero a las tragedias, al destino, a la "moira" griega o a los poderes de la naturaleza, en rigor, no se les afronta, pues no hay nada que hacer. A ellos estamos sencillamente confrontados como puras víctimas. Se puede plantar cara a la tragedia y a la indefensión al modo de Job o de Edipo, pero aquéllas no demandan nada, sólo padecerlas, pues se cumplen de modo inexorable. Conviene reservar el término "estrés" para situaciones que llaman al afrontamiento, a la acción, y ni siquiera para todas ellas, sino para aquéllas en que el sujeto no tiene medios suficientes - habilidades, hábitos, libertad de acción- para atenderlas. La situación de un accidentado grave, de un gran inválido o de un enfermo terminal puede ser dolorosa, dramática, de indefensión; pero no de estrés: los estresados son los familiares y los profesionales que han de hacer frente a las demandas de su atención por mucho tiempo.

Reunidos todos los elementos comentados, cabe señalar como componentes de la relación integral (relación y transacción situación

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



/ sujeto) de estrés: 1) el hecho objetivo de que el individuo no está a la altura de las demandas, de las circunstancias, y no lo está por la dificultad o imposibilidad, con sus escasos recursos, de atender bien a la vez demandas o muy intensas o de signo dispar, incompatibles; 2) el estado o disposición de ánimo de la persona ("mood", humor, talante, emoción, experiencia); 3) el peligro de patrón disfuncional en el comportamiento instrumental y/o el de daños o riesgo relativamente permanente en alguno de los subsistemas de la persona. Una caracterización así esa que permite discernir el estrés de otros procesos afines y también proceder a estrategias de intervención específicamente dirigidas a facilitar su afrontamiento.

En Martínez, (2013) citando a muchos estudiosos en el avanzar de la ciencia han propuesto múltiples y teorías acerca del estrés encontrándose las siguientes:

## **Teoría Psicológica**

**Lazarus y Susan Folkman;** Definieron el estrés psicológico como una relación particular entre la persona y el entorno, valorada por la persona como una situación que le sobrepasa o pone en peligro su bienestar.

Aspectos significativos de esta definición. **Lazarus y Folkman** adoptan una posición basada en la interacción, afirmando que el estrés hace referencia a una relación existente entre la persona y el entorno. También considera que la clave de esta interacción es la valoración personal de la situación psicológica. Por último creen que

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



esta situación debe considerarse como una condición amenazante, desafiante o peligrosa.

## **Teoría Biológica:**

El fisiólogo **Walter Cannon (1871-1945)**, introduce el término estrés para referirse a la reacción fisiológica provocada por la percepción de situaciones aversivas o amenazantes.

Desde el punto de vista biológico se pueden definir los estímulos o situaciones en estresores, que por su capacidad para producir cambios fisiológicos en el organismo, automáticamente disparan la respuesta de estrés, causando enfermedades como: Colitis, Úlceras Gástricas, Migrañas, Gastritis, Lumbago

Los estímulos aversivos pueden producir, además de respuestas emocionales negativas, un daño en la salud de las personas. Por ejemplo los sucesos familiares que causan estrés, como mudanzas, cambio de empleo, divorcio y muerte. Muchos de estos efectos dañinos no son producidos por los propios estímulos. Si no por las reacciones a ellos. Por tanto la expresión de las emociones negativas puede tener efectos negativos, sobre quienes experimentan y sobre aquellas con quienes interactúan.

## **Teoría Social:**

Los teóricos **Lazarus y Folkman (1984)** consideraron la salud y la energía como una de las fuentes importantes de afrontamiento. Los

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



individuos fuertes y saludables pueden responder mejor a las demandas externas e internas que las personas débiles, enfermas y cansadas. Dentro de estas resistencias aparecen las habilidades sociales. La confianza que uno tiene en su propia capacidad de hacer que otras personas colaboren puede constituir una importante fuente de manejo del estrés. Íntimamente relacionado con este recurso está el Apoyo social o la sensación de aceptación, afecto o valoración por parte de otras personas.

Según esta teoría existen circunstancias que el individuo experimenta cuando se relaciona con su medio ambiente y con la sociedad que lo rodea y éstas muchas veces pueden convertirse en algo nocivo para la salud y el equilibrio de su relación con los demás y el trabajo mismo provocando el estrés.

## **Teoría Industrial:**

**Vitaliano y Cols. ,1988)** Establecieron diversos estudios han confirmado que la combinación entre una exigencia elevada y un escaso nivel de control produce estrés a la vez que está relacionada con las enfermedades cardiovasculares.

El avance tecnológico ha provocado que el trabajo manual, artesanal sea reemplazado por un trabajo mecanizado, automatizado, en cadena, a veces viable, pero muy veloz, quizá menos fatigoso físicamente. Por otra parte, la sociedad organizada pide a sus miembros una calma aparente y que soporten presiones sin protestar. Todo lo anterior, potencia los factores causantes de estrés.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Continuando con la revisión en Martínez, (2013).

Según **S. Rosenzweig (1972)** Se denomina "stress" (presión), "a la situación estímulo que constituye un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera". La espera del organismo que corresponde a esta presión puede concebirse como un aumento de tensión, como en el caso siguiente: en el que si una persona tiene hambre y se ve privada de comer por la presencia de un visitante inoportuno ocurre frustración y el visitante constituye el elemento de presión que aumenta la tensión de la persona.

**Wallace y Szilagyi (1982)** definen al estrés como una experiencia interna o posición que crea un desequilibrio fisiológico o psicológico en el individuo.

Para **Davis y Newstrom (1987)** el estrés es un estado de sobreexcitación de las emociones individuales, los procesos del pensamiento y las condiciones físicas. Y agregan que este término se aplica generalmente a las presiones que las personas tienen en la vida diaria.

**John M. Ivancevich y Michel T. Matteson (1989)** en su libro "Estrés y trabajo, Una perspectiva gerencial", afirman que las definiciones pueden basarse en la respuesta, en los estímulos y en la relación estímulo-respuesta. Una definición basada en los estímulos podría ser: Estrés es una fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión, en la cual tensión es sinónimo de presión, en sentido físico, de deformación, mientras que

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



una definición fundada en la respuesta sería que el estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental, en la cual el estresor puede consistir en un evento externo o en una situación, ambos potencialmente dañinos.

Una definición de estrés que toma en cuenta el estímulo y la respuesta, es la de **Ivancevich y Matteso**: Estrés es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o por procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas o psicológicas.

**Vernier (1993)** dice que el vocablo estrés designa el estado de tensión inhabitual en una persona como resultado de una acción de cualquier índole, ya sea brusca o bien continuada y que suele ser nociva para el organismo.

Está científicamente comprobado que el Estrés es un fenómeno fisiológico y psico-biológico así como una respuesta neuro-endocrina y psicológica.

Una clasificación más es la de **Hans Selye (1926)**. Para este autor, el estrés se divide en: 1) Distrés y 2) eustrés. El primero se refiere al estrés perturbador o "malo" y el segundo al estrés bueno o que produce resultados positivos o constructivos. Selye Biólogo canadiense, definió al estrés como una respuesta adaptativa del organismo ante un estímulo real o imaginario.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



**S.P. Robbins (1988)** adaptó de **R.S. Schuler** la idea de estrés a una condición dinámica en la cual una persona se halla ante la oportunidad, limitación o exigencia relacionada con lo que se desea y para las cuales el resultado se considera inseguro e importante a la vez.

**McGrath** citado por **Stoner y Wankel (1989)** expresa que ".Existen posibilidades de estrés cuando se piensa que una situación ambiental presenta una exigencia que amenaza exceder las capacidades del sujeto y sus recursos para satisfacerla. De los estresores o tensores dice que son las fuentes de presión y tensión que provocan el estrés."

**Stoner y Wankel (1989)** señalan que la tensión y presión que resultan cuando un individuo considera que una situación presenta una exigencia que amenaza con superar sus capacidades y recursos es lo que constituye el fenómeno del estrés

**G. Sarason y Barbara G. Sarason (1996)** indican que una misma persona puede enfrentarse satisfactoriamente a una situación difícil o atemorizante y en otras hacerlo en forma desadaptada y al preguntarse la razón de esto encontraron dos conceptos (estrés y vulnerabilidad) que ayudan a entender las diferencias de conducta y definen el estrés como las reacciones que ocurren ante situaciones que presentan exigencias, coacciones u oportunidades y a la vulnerabilidad la conciben como la probabilidad de que una persona reaccione en forma desadaptada ante ciertas situaciones y agregan que ésta última puede incrementarse por factores hereditarios,

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



características de personalidad, falta de ciertas habilidades o por la acumulación de experiencias negativas.

En **Martínez, (2013)** el autor muestra las Consecuencias del Estrés dividiéndolos de la siguiente forma:

### **Efectos Psicológicos:**

Ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, baja autoestima, amenaza y tensión, nerviosismo, soledad y aspectos cognitivos; Incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.

### **Efectos Psicosociales:**

Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de alcohol o tabaco, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud, temblor.

### **Efectos Biológicos:**

Aumento de las catecolamina (hormonas) y corticoides en sangre y orina, elevación de los niveles de glucosa sanguíneos, incrementos del ritmo cardiaco y de la presión sanguínea, sequedad de boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar,

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



escalofríos, nudos de la garganta, entumecimiento y escozor de las extremidades.

Además **Martínez (2013)** presenta que la respuesta del organismo es proporcional a la intensidad de la agresión. “La gente puede estar expuesta a una serie de agentes como el frío, trabajo muscular pesado y ansiedad, que al principio tenían un efecto muy alarmógeno; sin embargo, por una prolongada exposición más temprana o más tarde, todas las resistencias se desmoronan y el agotamiento sobreviene”. La enfermedad de adaptación sobreviene como consecuencia de la incapacidad del organismo para hacer frente a la agresión mediante una reacción de adaptación adecuada.

Los principales reguladores del estrés son el cerebro, el sistema nervioso, la hipófisis, la tiroides, las suprarrenales, el hígado, los riñones, el páncreas, los vasos sanguíneos, los glóbulos blancos y las células del tejido conjuntivo.

Existen una serie de hormonas propias del estado de estrés y la reacción de alarma pone en alerta a todo el organismo. La mala adaptación del organismo ante tanto agente agresor mantenido en el tiempo, baja las defensas y predisponen además a las enfermedades nerviosas y mentales.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Mientras **Fierro (1983)** dice que no toda situación nueva, a la que sea preciso adaptarse, es fuente de estrés. Mientras la adaptación es una función comportamental universal -toda conducta es adaptativa-, la reacción -sea pasiva, sea activa- ante el estrés no es universal: por fortuna, no siempre la conducta humana ha de habérselas con el estrés y responder a él

Existen múltiples definiciones de estrés, las más comunes son las que pretenden determinar el estrés "como una causa de tensión o exigencia de adaptación, como efecto de aquél". Y los que describen el estrés como un proceso que contiene múltiples componentes que se retroalimentan entre sí. (**Trucco, 2002**)

Al definir el estrés de un modo más profundo, se puede hablar de una serie de procesos fisiológicos y psíquicos, que involucran las emociones y la conducta y, los cuales generan una respuesta adaptativa, ante la presencia de situaciones poco usuales, (tanto objetivas como subjetivas, agudas o crónicas), que pueden poder en riesgo la integridad física o psicológica del individuo.

Cuando se habla de estrés psicológico, lo crucial según (**Trucco 2002**) "Es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Se produce estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente. Del mismo modo, puede producirse estrés cuando la discrepancia que existe entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa. Desde el punto de vista biológico, el concepto de estrés ha evolucionado desde un sistema de respuestas inespecífica a uno de monitoreo de claves internas y externas, que resulta crítico para la adaptación del organismo a su ambiente".



### 7.3 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

**Alarcón et al (2002)** en un estudio, realiza un Registro de la historia, en la que en el siglo VI A.C., ya existían evidencias de reacciones psicológicas ante situaciones traumáticas, por parte de los soldados que participaban en combate (**Holmes, 1985, citado en Puchol, 2002**). Otra evidencia es el papiro egipcio Kunyus, que data de 1900 años A.C., como el primer documento que indica sobre respuestas de seres humanos a situaciones traumáticas, como fueron en este caso, grandes inundaciones del Río Nilo a lo largo del Delta

Otra demostración del efecto de los desastres en los individuos fue el gran incendio de Londres, según relata Luís De Nicolás (**1997, citado en Valero, 2000**), en el diario de Samuel Pepy del siglo XVII, donde apareció descrito lo que hoy conocemos como “flashbacks” en la sintomatología del Estrés-Trauma.

A mediados del siglo XIX investigadores de la escuela francesa descubrieron relación entre la histeria y los traumas psicológicos. Estudios realizados en 1959 por **Briquet**, evidenciaron la existencia de antecedentes traumáticos durante la infancia, en 381 de 501 pacientes que presentaban síntomas de histeria, incluyendo la somatización (**Caicedo, 2002**).

**Oppenheim** fue el primero en utilizar el término “neurosis traumática” en 1889, para señalar que los síntomas presentados por estos pacientes eran provocados por el Sistema Nervioso Central, donde se originaban sutiles cambios moleculares; posteriormente estos síntomas, por estar relacionados con el corazón, fueron considerados neurosis cardíacas (**Caicedo, 2002**).

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



**Charcot y Janet**, al describir la “histeria” y **Freud**, al estudiar las neurosis en las primeras décadas del siglo XX, tienen en común haber atribuido el origen “traumático” a los materiales elaborados; esto es, una adscripción patogénica a eventos significativos en la historia del paciente (**Veith, 1965, citado en Alarcón, 2002**).

También existen pruebas de investigaciones realizadas en 1909, por **Edward Stierlin**, quien trabajó con 21 sobrevivientes del accidente de una mina en 1906, y con 135 personas, dos meses después del terremoto de Italia en 1908 (**Valero, 2000**)

En el artículo de **Trejo, B & Trejo, J (2012)** en el que desarrollan Una revisión del trastorno de estrés postraumático (TEPT) indican que la TEPT:

Se describió inicialmente el trastorno por estrés postraumático en el **DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual)**, editado por la **American Psychiatric Asociación (APA)** en 1980, y se clasificó como un trastorno de ansiedad. Se consideraba que lo padecen personas que son víctimas de las guerras, agresiones sexuales, accidentes aéreos o catástrofes naturales y también las personas que son víctimas de un delito. Sin embargo; en la actualidad, se viven hechos sociales que amenazan la seguridad y la integridad física personal o de nuestros allegados, por lo que obviamente esta lista ha aumentado, pues las personas que sufren despidos laborales injustificados, secuestros, acoso o extorsión, también pueden presentarlo. Si bien todo esto ya existía en el pasado, lo veíamos en televisión, en noticias, lo considerábamos muy lejos de nosotros y ahora existe la posibilidad de que le pueda ocurrir a cualquiera, en cualquier momento.

En 1980, en el DSM-III se daba importancia a la naturaleza del estímulo que debía ser una amenaza contra la vida o ser testigo del riesgo de que pierda la vida otra persona y estas experiencias debían estar fuera del marco habitual de la vida

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



diaria del paciente. Esta perspectiva se eliminó en el DSMIV, publicado en 1994. En este manual se da más importancia a la respuesta de la víctima que al estímulo. Ya que es subjetivo determinar qué es lo habitual en la vida diaria de una persona, pues existen poblaciones que lo habitual para ellas es vivir en guerra por ejemplo, o en situaciones de tortura ya sea como víctimas o espectadores.

El cuadro de estrés postraumático surge principalmente por las situaciones sociales por eso considero muy oportuna la expresión de **Lucila Edelman**, que es del equipo de asistencia social de las madres de la Plaza de Mayo: “El síndrome de estrés postraumático, hace de un fenómeno social un problema psiquiátrico”.

Las personas que padecen este síndrome perciben al mundo como peligroso y pierden su habilidad para modificar su conducta de modo apropiado en respuesta al estímulo. El factor crítico entonces puede no ser el suceso traumático en sí mismo, sino la capacidad individual para modular la respuesta de estrés y restaurar la homeostasis psicológica y biológica. Se han hecho estudios que reportan que las mujeres son más sensibles al estrés, se presenta con más frecuencia en niños, adolescentes y ancianos, que en los adultos y en general; investigaciones recientes muestran, que las personas con este síndrome tienen alteraciones neurobiológicas tales como: Una disminución en el volumen del hipocampo. El hipocampo está relacionado con la regulación de la memoria e interviene en la extinción de los condicionamientos, la hipotrofia del hipocampo dejaría al sujeto con menor capacidad para la extinción de las respuestas condicionadas que hacen que cualquier estímulo asociado con el trauma desencadene el recuerdo del mismo.

Después de sufrir un trauma queda una sensibilización a nivel neurobiológico; así posteriormente, todo lo que se asocie con este evento o todo lo que lo evoque generara el recuerdo de la situación traumática en forma de flashes (o fogonazos),

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



sustancias que actúan sobre los centros cerebrales también son capaces de producir estos flashazos.

En casos de estrés el cortisol aumenta mientras que en el estrés postraumático se encuentra disminuido en sangre, saliva y orina, este dato es útil para hacer diagnóstico diferencial. Hay un aumento de hormona tiroidea sanguínea. Disminuye la captación de serotonina en las plaquetas. También se ha reportado que los pacientes con este síndrome presentan bajo nivel intelectual lo cual interfiere con la habilidad de la persona para adaptarse.

**González, L y Revuelta, J (2000)** en su conferencia de psicología manifestaron que la etiología del Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT) (o TEPT) es la experiencia de un estrés traumático o circunstancia ambiental susceptible de originar un trauma psíquico en el sujeto. Característicamente, el síndrome se desarrolla a partir de una o varias experiencias de estrés traumático, sufridas de manera aguda o crónica durante un tiempo que puede ser muy breve o durar años. Una interesante discusión se ve planteada por la definición del DSM-IV, que considera el SEPT (o TEPT) tributario de "la exposición a un acontecimiento estresante y marcadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su salud física" (versión española, pág 434), que es una ligera variación de la definición del DSM-III , donde se atribuye a "agentes estresantes altamente angustiantes para casi todo el mundo, que en general se experimentan con intenso miedo, terror y sensación de desesperanza" (DSM III-R, pág 296 de la versión española). El manual diagnóstico americano pasa a enumerar una serie de situaciones que incluyen "peligro grave para la propia vida y la de los allegados, destrucción súbita del hogar o de la comunidad o presenciar esas situaciones acaeciendo a otras personas, por ejemplo, ser testigo de torturas o asesinatos". Específicamente, el DSM-III excluye la muerte de familiares, la ruina económica o los conflictos matrimoniales como posibles etiologías del SEPT (o TEPT). La

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



experiencia clínica muestra, sin embargo, la aparición de cuadros característicos de SEPT (o TEPT) en respuesta, precisamente, a algunos de los acontecimientos excluidos por el DSM-III, además de ante otras circunstancias todavía menos "excepcionales", como, por ejemplo, accidentes de tráfico sin fatalidades ni heridos graves (**Feinsten, 1991**).

El DSM-IV amplía el espectro de causas diagnósticamente aceptables de SEPT, para incluir además enfermedad física grave, violación y abusos sexuales infantiles, muerte súbita o trauma severo en una persona querida, asaltos violentos... De todas formas, llama la atención que un manual diagnóstico basado en descripciones operativas de síntomas ponga tanto énfasis en el criterio diagnóstico etiológico para el SEPT, siendo ésta la única condición en todo el Manual a la que se asocia un criterio diagnóstico etiológico, y, además, estricto. En buena lógica médica, un síndrome debería categorizarse en base a un perfil sintomático característico, y no en relación con una clasificación discriminatoria artificial de las distintas intensidades del factor etiológico. Bien es verdad que el trauma psíquico se ha invocado como factor etiológico de un buen número de trastornos psiquiátricos, particularmente de tipo neurótico (**Furst, 1967**). Al incluir las limitaciones de la intensidad del factor etiológico entre sus criterios diagnósticos, los artífices del DSM-III y DSM IV pretendían probablemente establecer la diferencia entre Traumas Severos y Universales (TSU), que serían causantes específicos del SEPT (o TEPT) y Traumas Ordinarios (TO), que actuarían como agentes de sobrecarga inespecífica de los sistemas homeostáticos, pero sin ser capaces de producir, sólo por sí mismos, un trastorno psicopatológico.

**Trejo, B & Trejo, J (2012)** Se han desarrollado diferentes enfoques teóricos, desde el punto de vista neurobiológico de la memoria en situaciones emocionalmente importantes se destaca el estudio de **Larry Cahill** ha demostrado mediante estudios experimentales, es que las experiencias emocionalmente

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



significativas están reguladas por un sistema neurobiológico endógeno que se activa en función de la importancia de las mismas, lo que parecería ser un mecanismo adaptativo generado a lo largo de la evolución: si se recuerdan más las situaciones de peligro, el sujeto está mejor preparado para evitarlas. El sistema de fijación de las memorias con significación afectiva tiene dos componentes: a) Las catecolaminas epinefrina (adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina) favorecen la fijación del acontecimiento cargado afectivamente; b) el complejo anatómico de la amígdala cerebral. La inyección de adrenalina inmediatamente después de una experiencia importante afectivamente aumenta el recuerdo de la misma actuando, sobre todo, a nivel de la amígdala cerebral. Esto fue demostrado en estudios con animales en el laboratorio de **McGaugh** en el que trabaja **Cahill**. El mérito de **Cahill** es haber diseñado experimentos que prueban que lo mismo sucede en los humanos, con particular relevancia para los sucesos traumáticos. Un aspecto a destacar es que no sólo la situación traumática específica (accidente, violación, asalto, etc.) que precede a la emergencia del trastorno de estrés postraumático interviene como causa del mismo, o que los traumas previos -especialmente los infantiles- preparan el camino para que el acontecimiento precipitante tenga poder patógeno, sino que los "flashbacks", y la reexperienciación emocional de los recuerdos intrusivos que forman parte del cuadro refuerzan, a nivel psicológico y biológico, a los acontecimientos vividos en la realidad.

Janet enfatizó que en la reacción postraumática había una interacción entre el afecto y la memoria e introdujo el término de "Fobia al recuerdo", se impide la integración de la experiencia traumática y se separan los recuerdos de la conciencia, esto hace que no se logre un correcto procesamiento de la información y altera su almacenamiento como recuerdo narrativo.

Esta integración es lenta y la tendencia a persistir se conoce como "tendencia a la completación" hasta que esto no se logre los recuerdos se almacenaran en forma

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



activa tenderán a representarse en forma repetida. Cuando se logra la completación se estructuran nuevos significados y finalmente los recuerdos pasan a la memoria a largo plazo.

**Desde un punto de vista psicodinámico**, el estímulo traumático es tan intenso que dificulta su elaboración por el psiquismo. El estímulo provoca diferentes efectos: la alteración en el equilibrio entre el yo y el superyó hace que surja la culpa (incluso por haber sobrevivido), como un fenómeno concurrente en el efecto traumático. La víctima suprime, aún en forma temporal la carga moral del superyó. El trauma altera lo que es llamado “el principio de constancia” que a nivel intrapsíquico equilibraría la carga energética para permitir que los procesos mentales funcionen normalmente, la internalización de las energías provenientes de la relación del individuo con el exterior estaría regulada por una especie de barrera protectora con el fin de balancear el flujo energético, dado por descargas emocionales periódicas. Esta barrera protectora utilizaría el recurso de los procesos asociativos a los que el individuo puede utilizar a la hora de internalizar los eventos potencialmente traumáticos, esto es una concepción dinámica del psiquismo. El trauma se establece como un acontecimiento psíquico solo cuando es superada por la intensidad energética del evento y ha roto el principio de constancia y bajo estas condiciones se presenta la sintomatología del síndrome.

Freud propuso que la “compulsión de repetición” era una consecuencia del instinto de muerte, creía que esta compulsión podría ser necesaria como un intento de dominar el acontecimiento traumático. Se distinguen así, dos formas de repetición compulsiva, la instintiva y la “yoica”. La yoica representa un intento de elaboración de la experiencia traumática, que normalmente trata de completar la integración de nueva información de la realidad con la adquirida previamente y que esta almacenada en forma de esquemas cognitivo- afectivos. De esta forma se piensa que el trauma deja al Yo con una tarea incompleta y se considera que se tiende a recordar mejor una tarea incompleta que las completas con el objetivo de alcanzar

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



la completa, y se complica lograrlo por la relación con conflictos previos; además, de que la elaboración de cualquier experiencia traumática depende de la idiosincrasia de cada persona.

**La teoría conductista** explica que en el trastorno de estrés postraumático hay una alteración en las respuestas condicionadas, las respuestas autónomas frente a estímulos inocuos y aversivos están elevadas y aparece una mayor respuesta frente a estímulos no emparejados y una menor extinción de las respuestas condicionadas. Se ha propuesto que estos pacientes tienen una mayor excitabilidad del sistema simpático en el momento del condicionamiento de tal manera que son más “condicionables” y generalizan las respuestas condicionadas relacionadas con el miedo a diversos estímulos después de ser sensibilizados por el estrés a diferencia de las personas que sufren un trauma y no desarrollan estrés postraumático. El trauma es un estímulo aversivo incondicionado que provoca un aumento en los niveles de ansiedad. Estímulos internos y externos que inicialmente eran neutros al presentarse el trauma adquieren características aversivas y se convierten en estímulos aversivos condicionados, los sujetos trataran de evitar la exposición a estos estímulos y se esforzaran por aprender a evitar lo que provoque el recuerdo de la experiencia traumática.

Desde el punto de vista cognitivo se considera que el comportamiento de una persona está constantemente regulado por el conocimiento que tiene de sí mismo y de la forma en que percibe el mundo. Las distorsiones cognitivas pueden alterar la habilidad de la víctima para evaluar los factores personales y los del medio ambiente. La creencia más frecuentemente afectada en las víctimas es la sensación de invulnerabilidad y la de pérdida del control. La persona procesa el trauma de una manera que la hace sentir de forma mantenida una amenaza actual y grave, percibe sensaciones muy negativas debido al trauma o sus consecuencias y por los trastornos de la memoria que propician una contextualización deficiente y una intensa memoria asociativa que activan los

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



sentimientos de miedo, pena, duelo, de culpa, vergüenza y desesperanza, de falta de seguridad y significación del futuro y deseos de venganza, autoridad y control.

Aunque los síntomas de las personas que sufren de trastorno de estrés postraumático pueden ser muy diferentes, por lo general se incluyen en las tres categorías siguientes:

1) Repetición de la vivencia: Las personas frecuentemente tienen recuerdos o pesadillas repetidas sobre el evento estresante. Algunos pueden tener "flashbacks", alucinaciones u otras emociones vívidas de que el evento está sucediendo o va a suceder nuevamente. Otros sufren de gran tensión psicológica o fisiológica cuando ciertos objetos o situaciones les recuerdan el evento traumático.

2) Evasión: Muchas personas con trastorno de estrés postraumático evitan sistemáticamente las cosas que les recuerdan el evento traumático. Esto puede llegar a causar evasión de todo tipo: pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el incidente y también actividades, lugares o personas que se los recuerden. Otras personas parecen no responder a las cosas o situaciones relacionadas con el evento y no recuerdan mucho sobre el trauma. Estas personas también podrían mostrar una falta de interés en las actividades que les eran importantes antes del evento, se sienten alejadas de los demás, sienten una gama de emociones más limitada y no tienen esperanzas sobre el futuro.

3) Aumento de excitación emocional: El paciente puede tener dificultades en quedarse dormido o no poder despertar, irritabilidad o desplantes de ira, dificultad para concentrarse, volverse muy alertas o cautelosos sin una razón clara, nerviosismo o facilidad para asustarse.

**Ruiz et al (1999)** Refiere a Las teorías conductuales del trastorno por estrés post-traumático (TEP) se basan en el modelo bifactorial de **Mowrer (1947)**.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Esta teoría supone que el trauma es un estímulo incondicionado que ha producido una respuesta incondicionada de temor extremo. El recuerdo del trauma actuaría como una especie de estímulo condicionado que generaría una respuesta condicionada también de temor extremo.

Las situaciones y recuerdos relacionados con el trauma, posteriormente actuarían doblemente como estímulo discriminativo y estímulo condicionado, ante los que el sujeto tendría ansiedad que trataría de eliminar mediante evitación mental y abierta, reduciendo la ansiedad por refuerzo negativo (**Kilpatrick, 1982**). La terapia derivada de este modelo se basaría en el control de la ansiedad y la exposición reiterada a los recuerdos traumáticos.

Las teorías cognitivas del TEP han planteado que la teoría conductual bifactorial es incompleta al no explicar suficientemente los síntomas de los recuerdos invasores y desconsiderar el papel del significado subjetivo del mismo. **Resick y Schnicke (1992, 1993)** proponen que las respuestas emocionales del TEP derivan en parte del trauma y en parte de las interpretaciones y significados que el sujeto da al mismo.

**La teoría cognitiva** propone que los esquemas cognitivos se suelen adaptar a los nuevos eventos para incorporar la información que proporcionan. Sin embargo en el TEP la experiencia emocional es tan elevada por la amenaza que supone a la propia vulnerabilidad del sujeto, que esa experiencia es rechazada o disociada de la conciencia, actuando a nivel no consciente como esquema emocional que produce síntomas. El resultado sería una disociación cognitiva entre los recuerdos emocionales no

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



conscientes y el esquema cognitivo de vulnerabilidad-temor personal. La estrategia terapéutica derivada de este modelo añadiría a las intervenciones conductuales (especialmente la exposición), el reprocesamiento cada vez más consciente de la experiencia disociada a través del cuestionamiento de los significados de temor/vulnerabilidad que producen bloqueo de la experiencia no consciente y la exposición progresiva al material que sé va recuperando.

El TEP abarca un amplio abanico epidemiológico llamado comúnmente "sucesos catastróficos de la vida" como: víctimas de guerra y campos de concentración, refugiados de guerra, víctimas de agresiones y violación sexual, víctimas de catástrofes naturales, víctimas de asalto y robo, víctimas de accidentes diversos (incluyendo los de transportes o vehículos), malos tratos físicos y/o psíquicos etc. Hay autores que incluso incluyen como TEP a los trastornos de duelo (perdida de un ser querido por muerte) y a ciertas situaciones de jubilación o pérdida de empleo, aunque estas últimas inclusiones son discutibles.

Respecto al uso diferencial de estrategias cognitivas-conductuales y psicofarmacológicas en el TEP (**Astin y Resick, 1997**) parece adecuado: (1) Utilizar los psicofármacos cuando predomina los flashbacks con mucha ansiedad o los síntomas depresivos moderados a intentos, (2) Utilizar la exposición cuando predomina el temor, (3) Usar la inoculación al estrés cuando predomina la ansiedad que interfiera en el funcionamiento social y (4) Usar el reprocesamiento cognitivo cuando predomine la autoinculpación.



Según la **escuela de psicología de la Universidad Latinoamericana (2008)**

Presentan una serie de modelos para la identificación y explicación del trastorno por estrés postraumático:

### **Modelo Conductual**

Según este modelo, los estímulos condicionados a la situación catastrófica llegan a provocar respuestas de ansiedad a través de un proceso de condicionamiento por contigüidad temporal o física. Ciertos estímulos cognitivos como contar lo ocurrido a un amigo pueden actuar como estímulos condicionado. El aprendizaje instrumental explicaría la generalización de las respuestas de ansiedad a otros estímulos nuevos y la ampliación, por tanto, del número de estímulos generadores de miedo.

### **Modelo de Indefensión Aprendida y Evaluación Cognitiva**

La teoría de la Indefensión Aprendida entiende que las víctimas de acontecimientos estresantes se encuentran expuestas a situaciones aversivas que perciben como incontrolables y en las que su conducta no tiene consecuencias exitosas. La intensidad de esta indefensión viene modulada por las atribuciones que el sujeto realiza; cuanto más internas, estables y globales sean éstas, más probabilidad se tiene de experimentar un agravamiento del cuadro.

### **Modelo de Procesamiento de la Información (MPI)**

Este modelo permite explicar la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático. Según el MPI, un suceso catastrófico conduce a una sobrecarga de información que el sujeto no puede

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



procesar adecuadamente con su esquema cognoscitivo, interfiriendo por tanto en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias. El miedo patológico reflejaría la existencia de una amenaza percibida que no tiene por qué coincidir necesariamente con la existencia de una amenaza real.

El estrés postraumático, se define como una respuesta emocional intensa, frente a una situación categorizada como traumática, la cual altera de manera súbita la cotidianidad del individuo, trayendo consigo la percepción de vulnerabilidad y pérdida de control sobre sí mismo y sobre el ambiente. **(Pineda & López, 2010).**

Para algunas personas las respuestas al evento traumático, puede ser pasajera o de periodos largos, todo depende de las características y del nivel de adaptación que tenga cada individuo. De esta manera, se puede decir que el efecto de un agente estresor dependerá de la percepción que se tenga acerca del daño que este puede generar. Es por esto, que no todas las personas que se enfrentan a situaciones que son potencialmente letales, presentan Trastorno de Estrés Postraumático.

Principalmente, la condición para que se de el TEPT se relaciona con la presencia de una alteración significativa en los mecanismos reguladores del enfrentamiento y la adaptación, que logra afectar tanto al sistema, que lo lleva a sobrepasar sus límites y produce en el individuo una percepción errónea sobre su entorno, es decir convirtiendo al mundo en lugar aterrador y peligroso, con lo cual la persona que lo presenta, no logra modular su conducta, perdiendo así la capacidad de recobrar una homeostasis psicológica y biológica. **(Pineda & López, 2010).**

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Otra definición de estrés postraumático es la que se encuentra en el DSM IV quien lo ubica dentro de un trastorno de ansiedad, que se caracteriza por la manifestación de los síntomas posteriormente al evento estresante, el cual puede ser vivenciado de manera directa o indirectamente. Los síntomas son descritos por **(Leiva & Gallardo, 2013)**, mencionando que “La persona responde con temor, una desesperanza o intensos de terror. El acontecimiento traumático se vuelve a experimentar a través de la rumia, incontrolable y recuerdos o sueños inquietantes, acompañada de imágenes, pensamientos o percepciones. Esto produce un sufrimiento psicológico intenso asociado con la evitación continua de la experiencia, falta de brillo (de mala gana), activación de la conducta y las respuestas fisiológicas. Estas respuestas aparecen sobre todo cuando la persona está expuesta a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. Algunos de los síntomas de un trastorno de estrés postraumático se relacionan con dificultades para conciliar o mantener el sueño, para centrar la atención, irritabilidad, ataques de ira, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto”.

## **Aspectos fisiológicos del TEPT**

Según **Thaller et al (2003)**, La exposición cotidiana a una serie de acontecimientos e influencias estresantes produce, como resultado de numerosos factores, el desarrollo de mecanismos de defensa por parte del organismo.

El mantenimiento del equilibrio del estado interno con una relativa estabilidad se denomina homeostasis y es importante para la supervivencia. Este frágil equilibrio de las funciones bioquímicas y psicológicas del organismo se ve desafiado constantemente por la extensa gama de factores causantes de estrés

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Como respuesta al estrés, el organismo activa una serie de cambios fisiológicos y de cambios en la conducta, que en realidad suponen un proceso de adaptación con el objetivo de mantener la homeostasis y de mejorar la capacidad de enfrentarse con el estrés.

Los principales estudios que se tiene acerca de las reacciones fisiológicas que presentar los individuos con TEPT, provienen de investigaciones con animales, aportes de la neuroquímica, la neuroendocrinología y en los últimos años, de las neuroimágenes. **(Carvajal, 2002)**

Las principales estructuras cerebrales que se han logrado identificar como piezas fundamentales en la etiopatogenia del TEPT, son: la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, así como también, el sistema noradrenérgico y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, el sistema suprarrenal y los sistemas circulatorio y respiratorio.

Carvajal explica que existen dos maneras de procesar un estímulo nocivo para el organismo, una se denomina miedo incondicionado, y la otra miedo condicionado o aprendido. La primera, es aquella en la cual el individuo es expuesto como tal a una situación de riesgo para su vida (un ejemplo es cuando una persona ve cuando la avalancha se acerca). En el otro caso inicialmente el estímulo no provoca miedo, pero al asociarlo con otros estímulos generadores de miedo se producirá el miedo aprendido. Este miedo condicionado constituye una de las bases del conductismo. **(Carvajal, 2002)**

**Para Carvajal (2002)** En el paradigma del conductismo, un estímulo neutro como un sonido o una luz (estímulo condicionado) al aparearse varias veces con un estímulo aversivo como una descarga eléctrica (estímulo incondicionado) provocará la respuesta (condicionada) sólo con la exposición a la luz o al sonido. Este

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



condicionamiento se produce a partir de la activación de la amígdala. La amígdala recibe estímulos desde el tálamo y el cíngulo facilitándose así un acceso precoz a información que no ha sido totalmente procesada por la corteza.

Los estímulos condicionados producirán una información sensorial que activará el tálamo y la corteza perirrinal, y a su vez estimulará el complejo lateral-basolateral de la amígdala. En esta estructura deben converger al mismo tiempo los estímulos condicionados e incondicionados para generar el miedo condicionado. Los estímulos incondicionados, a su vez, estimulan el tálamo y la corteza somatosensorial e insular (en el caso de la descarga eléctrica) para activar el complejo lateral-basolateral amigdaliano. Desde este complejo se extienden proyecciones hacia el núcleo central de la amígdala, las que pueden ser activadas por los estímulos condicionados e incondicionados en un proceso que implica una potenciación a largo plazo. Es en este circuito donde cobra importancia la inactivación del complejo lateral-basolateral de la amígdala o de sus señales sensoriales para que se deteriore la adquisición y la expresión del miedo condicionado a claves auditivas y/o visuales.

Las reacciones físicas intensas como taquicardia, hiperventilación o tensión muscular de los pacientes con TEPT cuando se exponen a un estímulo gatillo (como puede ser un video de combate para un veterano de guerra) constituirían una demostración del miedo condicionado que se genera a partir de la activación del núcleo central de la amígdala.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Según **Thaller et al (2003)**, el hipotálamo también juega un papel muy importante, ya que es este quien inicia la secreción del factor de liberación adrenocorticotrópica (hormona CRF), que coordina la respuesta del organismo ante el estrés por medio de reacciones fisiológicas y de conducta complejas e interrelacionadas. La hormona CRF activa la hipófisis que libera la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), que inicia la secreción de hormonas glucocorticoides procedentes de las glándulas suprarrenales (cortisol). Estas hormonas afectan a las funciones de los músculos lisos, a la regulación del metabolismo de las grasas, a las funciones del tracto gastrointestinal, a los riñones y a otros muchos órganos y funciones del organismo tales como la regulación de la temperatura, el apetito, la estimulación, el insomnio, la atención y el estado de ánimo. La adaptación física al estrés hace posible que el organismo redirija el aporte de oxígeno, es decir, las sustancias nutritivas, hacia el lugar del organismo que padece el estrés, precisamente en donde son más necesarias. De este modo el papel del eje formado por el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales (HHA) es importante en el desarrollo de los síntomas presentes en el Trastorno de Estrés Postraumático.

Las alteraciones que el TEPT producen en la conducta del individuo, puede que no se manifiesten inmediatamente ocurre el evento traumático, en algunos casos, pueden presentarse pasados 6 meses. El tiempo de duración de los síntomas, puede ser de meses hasta años, todo depende de los sistemas de apoyo con lo que cuente la persona. **(Leiva & Gallardo, 2013)**

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Una descripción más detallada acerca del TEPT, dada por la **Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y El Estrés (2010)**, la cual hace refiere a unos criterios para la clasificación y diagnóstico de este trastorno.

El primero (criterio A) se refiere a la delimitación del trauma, señalando que un evento traumático es definido como tal si: (a) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás; y (b) la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

Los tres siguientes (criterios B, C y D) se refieren a los síntomas psicológicos del TEP, que se agrupan en tres categorías: (1) reexperimentación, (2) evitación / embotamiento afectivo y (3) aumento de la activación. Deben darse uno o más de los cinco síntomas de reexperimentación, tres o más de los siete de evitación (o embotamiento afectivo) y dos o más de los cinco de hiperactivación. Los síntomas de reexperimentación (B) incluyen pesadillas y flashbacks y han sido considerados como los más patognómicos del TEP. El segundo grupo de síntomas (criterio C) se refiere a la evitación persistente de estímulos asociados al trauma (pensamientos, actividades, sentimientos, lugares, o personas que motivan recuerdos del trauma) y síntomas de embotamiento emocional (tales como reducción del interés o participación en actividades significativas, sensación de desapego, incapacidad para tener sentimientos de amor o expectativas catastrofistas de futuro). El último grupo de síntomas, el aumento de la activación (criterio D), incluye síntomas tales como dificultad para dormir, hipervigilancia e irritabilidad.



Por último, se incluyen dos criterios referidos a que los síntomas deben durar más de un mes (criterio E) y deben causar malestar clínicamente significativo en algún área de la vida (criterio F)”.

### **Criterios para el diagnóstico del TEP según el DSM-IV-TR 309.81**

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- 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. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
  1. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
  2. 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 flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



3. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
  4. 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.

#### **7.4 COGNICIONES IRRACIONALES**

**SEELBACH (2012)** en su libro teorías de la personalidad aborda las cogniciones irracionales encontrando lo siguiente:

La introducción de conceptos como motivación, ideas o pensamientos, formaron parte de una nueva corriente teórica llamada cognitiva-conductual, donde la relación entre los procesos psicológicos y la conducta es la columna vertebral del trabajo entre el paciente y el terapeuta.

Es verdad que el modelo cognitivo no describe una teoría de la personalidad como lo hicieron los primeros psicoanalistas, sin embargo, y de manera implícita, formularon conceptos que pueden utilizarse para describir determinadas capacidades o facetas en la personalidad humana.

En esta unidad se describirán algunos conceptos teóricos relacionados a los modelos cognitivos, así como las teorías y principales autores que desarrollaron el modelo.



## MODELOS COGNITIVOS

**EL MODELO CONDUCTISTA**, después de haber modificado, mejorado o erradicado sus teorías, evolucionó a un modelo diferente llamado cognitivo, esto no implica que el conductismo haya desaparecido o que fuera menos eficiente que el nuevo modelo, cada modelo tiene sus propias propuestas teóricas y trabaja de manera diferente. Algunos de los postulados del modelo cognitivo aún son pertenecientes al psicoanálisis, sobre todo porque fueron desarrollados por psicoanalistas que, no conformes con el modelo psicoanalista y sin apegarse al conductismo, desarrollaron propuestas teóricas que básicamente pretenden hacer conscientes esquemas neuróticos que son disfuncionales conductualmente, es decir, retomar aspectos psíquicos e identificar cómo influyen en la conducta.

Los modelos cognitivos no desarrollan propiamente teorías acerca de la comprensión de la personalidad humana, aunque pueden hacerlo de manera indirecta, en realidad son modelos que explican de modo puntual el aprendizaje y los procesos involucrados en él. Existieron varios exponentes del modelo cognitivo que explican el proceso de adquisición de información y cómo se puede utilizar ésta. Una de las limitantes que visualizaron los teóricos del modelo cognitivo fue el reduccionismo del conductismo, es decir, ampliaron la visión de la conducta como el resultado de aprendizajes y experiencias. El aprendizaje es el resultado de la experiencia cognitiva del ser humano y toda experiencia cognitiva tiene un efecto en el comportamiento. El resultado de la asociación de los procesos cognitivos y la conducta derivó en lo que se conoce como corrientes cognitivo-conductuales. Además de la asociación entre conducta y

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



cognición, existieron otros teóricos como Albert Bandura y Lev Vygotsky que proponían que el medio era parte importante en el aprendizaje; ciertamente, tal como los teóricos cognitivos conductuales, Bandura y Vygotsky no crearon una teoría propiamente dedicada al desarrollo de la personalidad humana, sin embargo, se encuentra implícita en sus postulados como parte del proceso de adquisición del aprendizaje y el medio social como elemento fundamental. Es así como pueden converger ambos conceptos teóricos que tienen en común el aprendizaje, por un lado los procesos cognitivos, y por otro, el entorno social.

## **EDWARD C. TOLMAN**

El conductista **Edward C. Tolman** elaboró una teoría que impulsó el esquema teórico de John Watson; esta teoría fue desarrollada en una obra llamada "Comportamiento deliberado en animales y hombres" en el año de 1932; Tolman consideraba el comportamiento como un acto unificado, es decir, los elementos que conforman el comportamiento, incluyendo los biológicos como los nervios, las glándulas o los músculos, son parte de una unidad integral; en ese sentido, Tolman se aparta del conductismo de Watson, abriendo una nueva área de estudio en los procesos cognoscitivos.

Tolman asegura que el reduccionismo en el estudio del comportamiento del ser humano origina la pérdida de elementos psicológicos. La noción de la psicología de Tolman descansa en gran cantidad de premisas de los psicólogos de la Gestalt, de hecho, él aplica este término al referirse a experiencias holísticas y profundas de aprendizaje, también retomó el término isomorfismo mental para referirse al producto central del aprendizaje, en cuestión de mapas

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



mentales como representaciones cognoscitivas del entorno aprendido.

Las leyes de adquisición de Tolman se centran en la práctica que establece signos gestálticos o expectativas, como por ejemplo, los experimentos realizados a ratas en laberintos, con el propósito de explicar el aprendizaje por medio de representaciones mentales o mapas cognoscitivos, lo cual forma parte de los postulados teóricos de **Tolman**.

La crítica hacia sus teorías se originó debido a la falta de explicaciones concretas de la mediación central del aprendizaje cognoscitivo, sin embargo, aportó al conductismo una visión diferente al reduccionismo, si bien no demostró concretamente puntos importantes del aprendizaje, sí justificó la integridad del comportamiento, además anticipó la investigación del aprendizaje y la cognición, que es parte importante de la psicología cognitiva-conductual.

## **ALBERT ELLIS**

**Albert Ellis** es uno de los principales teóricos de la corriente cognitivo conductual, desarrolló modelos importantes basados en comportamientos relacionados con ideas o creencias. A partir de **Ellis**, se crearon modelos similares, que pretendían modificar patrones de comportamiento disfuncional e ideas irracionales, sin embargo, y de manera implícita, se encuentran involucradas las emociones en el proceso, y aunque no está completamente desarrollada la teoría para modificar las emociones, si lo está para modificar ideas y comportamientos.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Ellis desarrolló el modelo de la Terapia Conductual Racional Emotiva (TCRE), que pretende correlacionar conductas con ideas y la carga afectiva de ambas; inicialmente, este modelo fue diseñado a partir de tres pasos secuenciales en A, B y C.

□ La letra A se refiere a la activación de experiencias, como por ejemplo, problemas laborales, insatisfacción en relaciones afectivas, traumas de la infancia o todo aquello que haya causado infelicidad o desaliento en la vida.

□ La letra B está relacionada a las creencias, o como explicó Ellis, a las ideas irracionales que provocan los sentimientos de infelicidad actuales de la persona; estas ideas no tienen una base real, pueden haber sido inculcadas por la familia durante la infancia o por experiencias insatisfactorias previas, como se menciona en el paso anterior del modelo.

□ La letra C corresponde a las consecuencias de las experiencias anteriores y de las ideas irracionales, el resultado son los síntomas neuróticos o las emociones disfuncionales como el pánico, la depresión o la rabia.

A pesar de que las experiencias definen en gran medida la manera de comportarse de cada individuo, son las creencias y el afecto relacionado a éstas las que generan o provocan la permanencia a largo plazo de las ideas en relación a la experiencia; en este sentido, Ellis añade dos letras más al modelo:

□ La letra D es el momento de conflicto o disputa de las creencias; esta parte la realiza el terapeuta con la finalidad de enfrentar a la

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



persona con sus creencias, así como indagar la validez o la caducidad del conflicto.

□ La letra E se relaciona con los efectos positivos de la experiencia, para ello es preciso que la persona confronte sus ideas y creencias irracionales con los beneficios que éstas le brindan.

Es importante reconocer que este modelo o terapia no pretende ubicar hechos pasados o el origen de las creencias irracionales, su objetivo es modificar la conceptualización que tiene cada persona de estas ideas, sobre todo porque son afirmaciones absolutas o generalizadas que rigidizan el pensamiento. La consecuencia del análisis de estas ideas irracionales fue una categorización hecha por Ellis en doce ideas básicas que generan o sustentan la neurosis:

1. Necesidad de ser queridos buscando la aprobación.
2. Existen actos perversos que provocan el rechazo de otros.
3. Si las cosas no son como quisiera la persona, entonces todo está mal.
4. Factores externos causan la miseria humana.
5. Evitar todo lo que parezca peligroso.
6. Se necesita de algo más grande para apoyarse en eso.
7. Se debe ser siempre competente, inteligente y ambicioso para tener éxito.
8. Es mejor eludir las dificultades.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



9. Si algo afectó la vida de una persona en el pasado lo hará durante el resto de su vida.
10. Se debe tener el control de todas las cosas.
11. La felicidad puede lograrse por la inactividad.
12. No se puede tener el control de las emociones.

A manera de resumen, Ellis menciona tres creencias irracionales básicas que fomentan la neurosis:

- “Se debe ser extremadamente competente, de lo contrario no se tiene un valor social.
- Es seguro que los demás me consideran estúpido.
- El mundo es el responsable de proveerme felicidad o podría morir”.

El trabajo del terapeuta se focaliza en analizar estas ideas confrontándolas con evidencia real de su existencia y ubicarlas en el presente, esto es porque la mayoría de estas creencias se originaron en el pasado. **Ellis** propone en su teoría que el ser humano busca de manera constante la manutención de su vida y la permanencia de la salud, lo cual depende de la calidad y estructura del Sí mismo de cada persona. A diferencia de otros teóricos, **Ellis** considera que la sociedad no obstaculiza el desarrollo del Sí mismo sino que lo promueve.

## **Albert Bandura**

A diferencia de otros autores que parten del psicoanálisis, la teoría de **Bandura** se origina por las limitaciones del conductismo, en la

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



manera reduccionista de abordar problemáticas, sobre todo por la exclusión casi total del ambiente.

**Bandura** consideró al ambiente como la causa del comportamiento pero con la existencia de reciprocidad, es decir, el comportamiento también modifica al ambiente, a esta relación la denominó determinismo recíproco, el mundo y el comportamiento se causan mutuamente. Posteriormente, consideró que esta interacción necesita de algo más, y que la personalidad se conforma por tres elementos que derivan de la interacción comportamiento-ambiente:

- Ambiente.
- Comportamiento.
- Procesos psicológicos.

La interacción de estos elementos permite que el ser humano tenga la habilidad de albergar en su mente ciertos conceptos como el lenguaje, que es uno de los procesos psicológicos superiores. Bandura considera que el aprendizaje se genera por medio de esta interrelación. Cuando **Bandura** introduce los procesos psicológicos como parte de una teoría que involucra al comportamiento, aparta al conductismo clásico, que considera todo lo que se encuentra dentro del ser humano (pensamientos o emociones) como una “zona oscura o caja negra” donde es imposible acceder.

En este sentido, **Bandura** se aleja del conductismo, incluyendo en el aprendizaje, modelos de imitación, aprendizaje soportado por el ambiente y procesos psicológicos que soportan el aprendizaje. La personalidad de cada individuo se determina por los aprendizajes en su vida, los procesos psicológicos internos e individuales, así como



el ambiente que proporcionó la información y los modelos de aprendizaje.

Las investigaciones de **Bandura** incluyeron metodologías propias del conductismo clásico, como la recompensa o el castigo, estos métodos se utilizaron al observar cómo aprendían los niños imitando figuras antropomorfas, y a partir de estos estudios formuló variantes en la manera de aprender por medio del modelaje. Estas variantes están relacionadas con el proceso de adquisición del aprendizaje y son las siguientes:

### **Atención**

Para lograr aprender algo es necesario focalizar la meta de lo que se desea aprender, obviamente la relación entre el sujeto y la meta de aprendizaje debe ser estrecha y libre de distractores, por lo tanto, entre mayor sea la atención mejor es el aprendizaje. Bandura menciona que no solamente la atención del sujeto es importante para aprender, sino que el modelo al cual se pretende brindar atención debe ser atractivo, de lo contrario se perderá con mayor facilidad la atención y en consecuencia el aprendizaje.

### **Retención**

Una vez que se haya puesto atención al modelo y se aprenda de éste, es importante recordarlo o almacenarlo, la memoria se involucra durante este proceso y como un proceso psicológico se incluyen elementos que apoyan la retención, como la imaginación y el lenguaje; además, el comportamiento forma parte del proceso de memorización porque no todos los aprendizajes son exclusivamente cognitivos; el aprendizaje kinestésico es una modalidad del



aprendizaje en el que “hacer las cosas” mejora la retención de la información, como por ejemplo, aprender algún deporte o tocar un instrumento.

### **Reproducción**

Otro aspecto significativo es la acción posterior al aprendizaje, es decir, la comprobación del mismo aprendizaje; cualquier acción o información no tendría significado si no se aplicara; esto es, que la información grabada en la memoria se replique o reproduzca.

### **Motivación**

El término motivar proviene de mover, sin embargo, Bandura utiliza el término motivación como “las razones que tiene alguien para hacer o dejar de hacer algo”, y estas razones o motivos provienen del pasado, es decir, antes funcionó o no funcionó; también utiliza el término incentivo como una especie de “promesa”, así como el término motivo vicario, es decir, motivaciones visualizadas con base en la experiencia de otro y no personal. Así como existen motivos pasados, incentivos y motivos vicarios<sup>4</sup>, también existen castigos de la misma naturaleza.

La teoría de **Bandura** se especializa en cómo los seres humanos aprenden de su medio y cómo el medio se organiza para que el ser humano pueda aprender; esta teoría, tal como la teoría de Ellis, se desprende del conductismo clásico por incluir conceptos que de alguna manera son ajenos a la corriente conductista. El término personalidad es un ejemplo de concepto que no es común en corrientes focalizadas a la conducta; tanto Ellis como Bandura son parte del grupo de teóricos cognitivo conductuales que incluyen

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



conceptos relacionados al afecto, a las ideas o al ambiente, los cuales son conceptos que definen en algún momento de la vida de los individuos a su personalidad.

## **Jean Piaget, Lev Semenovich Vygotski y David Ausubel**

Además de las diferentes teorías que se han desarrollado respecto a la personalidad, como la teoría del psicoanálisis, las corrientes cognitivas o las corrientes humanistas, existieron algunos autores que desarrollaron teorías relacionadas con el aprendizaje y las estrategias por las cuales el ser humano puede adquirir conocimientos, como el caso de **Albert Bandura** que se describió en el apartado anterior.

El caso de **Bandura** ejemplifica como una teoría puede relacionarse con factores específicos de la personalidad para el logro del aprendizaje, aunque Bandura no es el único autor que incorpora conceptos de aprendizaje con personalidad.

**Jean Piaget** es uno de los autores que menciona los estadios del ser humano, por los que se desarrollan determinadas habilidades y el niño aprende ciertas cosas; estos estadios se dividen en cuatro:

- **Etapa sensoriomotora:** En esta etapa, el niño aprende mediante las sensaciones y experimenta la realidad con su cuerpo; el niño aprende mediante la experiencia. Esta etapa se ubica entre los 0 y los 24 meses de edad.
- **Etapa preoperacional:** Esta etapa se desarrolla entre los 2 y los 7 años de edad, aquí el niño empieza a organizar el lenguaje y a pensar de manera lógica y simbólica.
- **Etapa de las operaciones concretas:** Esta etapa se ubica entre los 7 y los 11 años de edad; durante este tiempo, el niño empieza a desarrollar y solucionar

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



problemas lógicos y reales; el desarrollo social se hace crucial para su aprendizaje.

□ **Etapas de las operaciones formales:** Esta etapa se desarrolla de los 11 años en adelante; durante este tiempo, la lógica y los problemas reales incrementan su grado de dificultad, ahora el joven tiene la capacidad de abstraer la realidad, además presenta sentimientos complejos, ideales futuros e incluso desarrolla ideas propias.

**La teoría de Jean Piaget** indica determinadas situaciones por las cuales pasa el ser humano en las que adquiere ciertos conocimientos, sin embargo, también menciona que no todos los seres humanos pasan exactamente por esos estadios de la manera en la que los plantea, dependiendo de las características individuales de cada persona y del lugar en donde se desarrolla, es decir, el contexto forma una parte importante en el proceso de adquisición de conocimiento.

Así como **Piaget**, una parte de **la teoría de Lev Vygotsky** comprende los procesos superiores de pensamiento humano, en los cuales el ser humano internaliza su ambiente, este proceso depende, tal como las teorías anteriores, de las características particulares de cada persona, es decir, la internalización implica la percepción del mundo del ser humano, su aprendizaje y desenvolvimiento.

El proceso de internalización implica la transformación de fenómenos sociales en fenómenos psicológicos, es decir, utilizar los procesos psicológicos básicos como los sentidos y la percepción, así como los procesos psicológicos superiores como la memoria, la atención o el lenguaje en abstraer el contexto inmediato externo hacia el interior.

La manera en la que cada persona integre el mundo externo en un mundo interno, y la manera en la cual lo conciba y se enfrente a éste, depende de las

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



características individuales de personalidad. Vygotsky propone estrategias de aprendizaje que el ser humano utiliza para entender e interiorizar el mundo, sin embargo, no menciona las características personales de cada individuo con las que interpretan e interioriza el mundo.

También existe otro autor llamado **David Ausubel**, quien propone conceptos relacionados al aprendizaje en relación con el medio, con los que se pueden relacionar factores de personalidad en el proceso de adquisición. Para Ausubel existen tres tipos de aprendizaje determinados como aprendizajes significativos porque implican una relación importante para quien lo aprende, no es una simple conexión de hechos o datos lo que se puede aprender, en ese caso se estaría definiendo como aprendizaje mecánico, el aprendizaje significativo implica una conexión de hechos complejos y emocionales, además de que lo aprendido tiene un significado personal; estos aprendizajes son:

- **Representación:** Aquí se atribuyen significados a eventos, situaciones o elementos utilizando determinados símbolos, por ejemplo, aprender el significado de las cosas por medio de su imagen.
- **Conceptos:** Se refiere al aprendizaje de determinados objetos, situaciones o propiedades, este aprendizaje se adquiere por la asimilación o formación de las características particulares de cada objeto o situación, la utilización del vocabulario es importante para este aprendizaje, sin embargo, existen aprendizajes de conceptos de manera significativa, cuando el niño aprende situaciones de manera pre-verbal, es decir, antes de poder brindar un significado verbal, este tipo de aprendizajes perduran quizá durante toda la vida, precisamente por esta particularidad.
- **Proposición:** Este tipo de aprendizaje es significativo en la manera en que puede relacionarse con otros aprendizajes; un aprendizaje puede ser útil, sin embargo, puede ampliar su utilidad en la medida que puede relacionarse con

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



otros, crear vínculos y estrategias para conocer otras cosas en la medida que cada situación aprendida puede combinarse y apoyarse en otros aprendizajes.

Estos últimos tres autores, ciertamente dirigen su atención al aprendizaje en la medida en que se desarrolla en el ser humano, como lo menciona Piaget; en la manera en cómo abstrae o introyecta el mundo externo, como lo indica Vygotsky; o en el significado que tiene cada aprendizaje según Ausubel; sin embargo, el componente implícito es la personalidad, porque de este componente depende la manera en cómo aprende o deja de aprender cada ser humano.

**Cano, A. (1989).** En su artículo *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Hace una propuesta interesante ligando la emoción con las cogniciones irracionales:

Cognición y emoción son dos términos que han empezado a aparecer juntos hace relativamente poco tiempo. Si hacemos una breve historia, a grandes rasgos, podemos decir que en los años 60 surgen los que se suelen considerar como los primeros modelos cognitivos de la emoción (**Schachter y Singer, 1962**), en los que se empieza a suponer que hace falta cierta actividad cognitiva para que se desarrolle una reacción emocional. Durante esta década comienza a desarrollarse el enfoque cognitivo de la psicología como un nuevo paradigma. Así, puede verse como los nuevos manuales de psicología estudian los viejos procesos psicológicos desde la nueva perspectiva cognitiva y se estudian, por supuesto, nuevos procesos cognitivos. Sin embargo, aunque en este momento están surgiendo modelos cognitivos de la emoción, los grandes manuales de psicología cognitiva de esta década ignoran la emoción, como ha destacado **Zajonc (1980)**. Hasta la década de los 70 los psicólogos cognitivos no comienzan a tratar la emoción (**Lazarus & Averill, 1972; Mandler, 1975**). En los primeros años de la década de los 80 se desarrolla la polémica sobre si la valoración cognitiva de la situación

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



determina el surgimiento de una emoción, o si por el contrario la emoción es previa a la cognición (**Zajonc, 1980; Lazarus, 1981**). En la segunda parte de la década de los 80 surge el interés por el estudio de las relaciones entre cognición y emoción, desatando un buen número de publicaciones (surgiendo, por ejemplo, una nueva revista que se titula así *Cognition & Emotion*).

En la literatura más reciente cognición y emoción son dos términos que aparecen juntos con bastante frecuencia. Está de moda, por así decir, estudiar las relaciones entre cognición y emoción; a nivel de procesos, o a nivel de estructuras, contenidos y representaciones; en los adultos, o en niños; en la normalidad, o en la psicopatología; en definitiva, en una gran variedad de contextos, infinidad de artículos, capítulos o libros enteros llevan en su título estos dos términos u otros similares.

Las relaciones entre cognición y emoción se han estudiado fundamentalmente desde dos perspectivas diferentes:

1. Desde la primera, en el contexto de las teorías cognitivas de la emoción. En los modelos cognitivos sobre la emoción se destaca que la emoción surge fundamentalmente como consecuencia de cierta actividad cognitiva. En estos modelos el término cognición (esta actividad cognitiva) hace referencia a varios significados:

(1) por un lado, a los procesos cognitivos de valoración, atribución, etiquetado, interpretación, etc., que el sujeto realiza sobre la situación, para dar un significado a la misma;

(2) por otro lado, a los contenidos cognitivos y sus representaciones en proposiciones, imágenes, esquemas, etc.;

(3) por otro, a las creencias, expectativas, valores, objetivos, etc., del individuo (disposiciones individuales que pueden influir en el procesamiento cognitivo);

## *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



(4) finalmente, también se habla de cogniciones calientes, que vendrían a ser los afectos, los sentimientos subjetivos, etc. (contenidos subjetivos emocionales).

A veces hay una gran confusión en torno a estos diferentes significados. Así, por ejemplo, cuando se habla de sistema cognitivo de respuestas emocionales se mezclan tanto los contenidos cognitivos fríos (información no emocional), como los afectos y sentimientos subjetivos asociados. Tampoco los modelos cognitivos de la emoción suelen diferenciar los procesos cognitivos, que postulan como origen de una reacción emocional, frente a las respuestas, o contenidos cognitivos emocionales.

2. En cambio, desde otra perspectiva, en el contexto de los estudios sobre la influencia de la emoción en los procesos cognitivos, el término cognición hace referencia a memoria, juicios, razonamiento, toma de decisiones, etc (la actividad cognitiva superior). En estos estudios se investiga cómo la emoción puede afectar a estos procesos cognitivos. Además, hay que señalar que en dichos estudios se utilizan indiscriminadamente los términos "emoción", "afectos", "sentimientos", "estado de ánimo", "activación", etc., al estudiar su influencia sobre la cognición. Pensamos, por lo tanto, que el problema del estudio de las relaciones entre cognición y emoción es necesario enfocarlo en esta doble perspectiva: (1) el estudio de la actividad cognitiva que está en la base de la conducta emocional; y (2) el estudio de la influencia de las emociones sobre la actividad cognitiva superior. Se trata de dos campos de investigación bien diferenciados, hasta el punto de que quien ha estudiado el problema de las relaciones entre cognición y emoción desde una de las dos perspectivas, ha ignorado por lo general la otra.

Sin embargo, separar cognición y emoción es extraordinariamente complejo y no sólo por cuestiones terminológicas o conceptuales, fruto de la existencia de distintos términos, conceptos, y hasta subparadigmas cognitivos (**Mayor, 1980**), que se están aplicando ahora al estudio de la emoción, sino sobre todo por dos

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



problemas adicionales. El primero es que las personas no experimentamos estos dos fenómenos (actividad cognitiva y emoción) de forma diferenciada; el segundo es que no disponemos de métodos de investigación lo suficientemente sofisticados como para encontrar datos concluyentes. Pero, en cualquier caso, además, los problemas conceptuales dificultan una mayor integración de los conocimientos que poco a poco vamos adquiriendo.

Las teorías cognitivas sobre la emoción de **Schachter, Mandler, Lazarus, Weiner, etc. (Cano Vindel, 1989)**, podemos ver en todas ellas que al menos uno de los requisitos, generalmente el más importante, para que surja una emoción es cierto tipo de actividad cognitiva. Esto es lo que tienen de común entre sí todas las teorías cognitivas de la emoción. Sin embargo, difieren en muchas otras cosas: (1) difieren al definir qué procesos cognitivos concretos conducen a una reacción emocional; y (2) difieren al establecer qué parámetros de la emoción están determinados por la actividad cognitiva y cuáles no.

Puesto que pretendemos analizar qué factores cognitivos están implicados en una reacción emocional, e incluso qué factores cognitivos determinan qué parámetros de una emoción, resulta imprescindible comenzar haciendo algunas precisiones conceptuales acerca de la emoción.

Así, unos modelos defienden que la actividad cognitiva es necesaria, pero no es suficiente para que se dé una emoción; mientras que otros defienden que dicha actividad es no sólo necesaria, sino también suficiente para determinar todos los parámetros de una reacción emocional. Según algunos modelos cognitivos de la emoción, los procesos cognitivos de interpretación de la situación determinan la cualidad de la emoción, pero no su intensidad; tal es el caso de los primeros modelos cognitivos, como la de **Schachter y Singer (1962)**. En cambio, las teorías de la valoración, por ejemplo, sostienen que los procesos cognitivos de valoración de la situación, y de evaluación de las capacidades de afrontamiento,

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



determinan no solo la cualidad, sino también la intensidad emocional (**Lazarus y Folkman, 1986**).

Tampoco hay acuerdo con respecto a qué actividad cognitiva (**Mayor, 1985**) está implicada en el surgimiento de un estado emocional. Las distintas teorías o modelos cognitivos de la emoción proponen que para que surja una reacción emocional es necesaria la existencia de diferentes procesos o subprocesos cognitivos.

Por lo general, las teorías o modelos cognitivos de la emoción consideran que una reacción emocional es un proceso complejo en el que están implicados diferentes elementos:

(1) situación, estímulo, o información, potencialmente emotivos (en función de las consecuencias que puedan generar al individuo, tal y como las interpreta él mismo);

(2) sistema cognitivo-subjetivo del individuo, el cual realiza una doble función:

a) a nivel cognitivo: procesa la información, situación, o estímulo;

b) a nivel subjetivo: experimenta sensaciones, sentimientos, afectos:

- agradables o desagradables,

- más o menos intensos,

- más o menos controlables

(3) sistema fisiológico, en el que se desarrollan toda una serie de reacciones bioquímicas y neurofisiológicas, que se traducen en una serie de variaciones (aumentos o disminuciones) de la tasa de respuesta, en un conjunto de respuestas que pueden ser evaluadas mediante registro fisiológico. Estas variaciones pueden ser perceptibles o no para el individuo; sin embargo, aquellas

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



que percibe (feedback autonómico y motor), juegan un papel importante en la experiencia subjetiva emocional.

(4) sistema expresivo-motor, que constituye el conjunto de respuestas (principalmente de carácter motor) que emite el individuo durante este proceso (expresión facial, postura, gesto, voz, etc.), y pueden ser observadas por cualquier agente externo, filmadas en video, o evaluadas mediante observación.

Las distintas teorías o modelos cognitivos sobre la emoción intentan explicar las relaciones que existen entre estos elementos, resaltando especialmente que, para que se llegue a producir una reacción emocional, es cuando menos necesario que el sujeto lleve a cabo una cierta actividad cognitiva de elaboración de la situación.

La situación (potencialmente emotiva) parece ser necesaria para el surgimiento de una reacción emocional. Ahora bien, una misma situación puede generar o no una emoción en distintas personas (o para la misma persona, en distintos momentos); por lo tanto, se considera que no es la situación, sino la interpretación que de la situación hace el individuo, lo que hace surgir la emoción. En este sentido los procesos cognitivos serían las transformaciones que median entre la situación y la respuesta emocional.

Se habla de situaciones potencialmente emotivas, pero se conoce poco de los rasgos distintivos de una situación potencialmente emotiva, frente a las situaciones que no lo son. Además, cuando se lleva a cabo este estudio casi siempre se hace atendiendo a los aspectos subjetivos de la situación; principalmente, cómo valora o codifica la situación el individuo. Es decir, al estudiar las características de la situación potencialmente emotiva, los modelos cognitivos de la emoción hablan de un proceso de interacción entre situación e individuo, de carácter cognitivo, cuyo resultado desemboca en el inicio de una reacción emocional. Vamos a ver qué tipo de proceso cognitivo proponen los principales modelos cognitivos de la emoción.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



El procesamiento cognitivo, realizado por el sistema de información, evalúa el estímulo a través de una serie de "controles de la evaluación del estímulo", que analizan las distintas facetas de dicho estímulo, en las que están implicadas distintas variables. El resultado de esta evaluación determina la cualidad e intensidad emocional.

Esta es quizás la única teoría que diferencia explícitamente en sus postulados entre procesamiento cognitivo y estado afectivo, en lugar de considerar un solo componente cognitivo general; pero ha sido criticada por ser muy genérica e imprecisa, de ser una teoría general de la conducta excesivamente pretenciosa y vaga.

“Desde los modelos psicológicos cognitivos se enfatiza la influencia de las estructuras, procesos y eventos cognitivos en los problemas emocionales. **Ellis (1962)** propuso un paradigma ABC en el que establece el principio básico de que las cogniciones median y son centrales en la génesis y mejora de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales. En el esquema ABC, los acontecimientos y sucesos del ambiente (A) no producen directamente las consecuencias cognitivas, emocionales y/o conductuales (C) sino que son los pensamientos, actitudes y creencias (B) que median sobre A las que causan dichas consecuencias. Los pensamientos, actitudes y creencias de las personas (B) adoptan formas muy diferentes. Los conceptos de creencia racional e irracional resultan centrales dentro de este modelo. Las creencias irracionales se caracterizan por los siguientes rasgos” (**Calvete & Cardeñoso 1999**):

1. “Son falsas: No se concluyen de la realidad. Pueden iniciarse a partir de una premisa inadecuada y/o conducir a deducciones imprecisas que no son apoyadas por la evidencia y, a menudo, representan una sobregeneralización”.
2. “Son órdenes o mandatos: Se expresan como demandas, deberes y necesidades”.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



3. “Conducen a emociones inadecuadas como ansiedad, depresión, etc”.

4. “No ayudan a lograr los objetivos: Cuando la persona está dominada por creencias absolutas y desbordadas por las emociones no está en la mejor posición para llevar a cabo las tareas y potenciar los aspectos positivos de su vida”.

“En definitiva, las creencias racionales conducen a conductas de autoayuda, mientras que las creencias irracionales propician conductas destructivas para la sociedad y el individuo” **(Calvete & Cardeñoso 1999)**

“Ellis desarrolla su TRE (Terapia Racional Emotiva) en 1962, ante la baja eficacia del psicoanálisis. Cree que buena parte de los problemas psicológicos se deben a patrones de pensamientos irracionales, y por tanto a una mala aplicación del pensamiento científico: rigidez, reglas ilógicas.” **(Villa 2013)**

“He aquí su gran propuesta: el ser humano posee poder para elegir su estado emocional. El objetivo fundamental de la TRE es ayudar a los individuos a eliminar los trastornos emocionales que interfieren en sus dos metas básicas: permanecer vivo y conseguir el máximo de bienestar con el mínimo de dolor. Habla de emociones adecuadas e inadecuadas” **(Villa 2013)**

“Emociones adecuadas: las hay positivas y negativas; éstas no interfieren en la consecución de metas: amor, placer, frustración, dolor.

Emociones inadecuadas: también las hay positivas y negativas; éstas interfieren en la consecución de las metas, y además incrementan la percepción subjetiva de malestar. Son positivas la grandiosidad o prepotencia; son negativas la depresión, la ansiedad” **(Villa 2013)**

“Las creencias irracionales.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Son cogniciones evaluativas personales, absolutistas, expresadas como obligación, y asociadas a emociones inadecuadas como ansiedad, depresión que interfieren con la consecución de metas”. (Villa 2013)

## **ABC DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA**

“Los acontecimientos activadores (A) son los que permiten o dificultan la consecución de metas; una vez que son detectados, y según las experiencias previas, se ponen en marcha pensamientos y creencias (B), que producen consecuencias emocionales y conductuales (C). Las creencias son decisivas en el modo de percibir del individuo” (Villa 2013)

“Ejemplo:

A: Veo un perro grande que ladra y corre.

B: Si ladra, es que está enfadado.

Como corre, seguro que viene hacia mí.

Como es grande, me tirará al suelo y me morderá.

B': Si ladra, es porque estará contento.

Si corre, es porque quiere mostrar su alegría.

C: Según se tenga en cuenta B o B', las consecuencias emocionales y conductuales serán completamente diferentes”. (Villa 2013)

“Según Ellis las cogniciones irracionales más frecuentes son:

- Necesito amor y aprobación de todos cuantos me rodean.
- Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo.
- Los "malos" deben ser castigados por sus malas acciones
- Es horrible que las cosas no salgan como yo deseo.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



- Los humanos no podemos hacer nada para evitar las desgracias y sufrimientos, pues son producidas por causas externas e incontrolables (externalidad- incontrolabilidad).
- Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor.
- Es más difícil afrontar dificultades que evitar responsabilidades (o es más fácil evitar responsabilidades que afrontar dificultades).
- Hay que tener a alguien más fuerte, en quien confiar.
- Mi pasado es determinante de mi presente y futuro.
- Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás. Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla”.

**(Villa 2013)**

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**7.5 RELACION ENTRE TRAUMA Y COGNICIONES IRRACIONALES  
Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DEL TRAUMA POR  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

	<b>Chile</b> (Pérez, et al., 2009)	<b>México</b> (Norris, et al., 2003)	<b>USA</b> (Kessler, et al., 1995)	<b>Australia</b> (Creamer et al., 2001)	<b>Canadá</b> (Stein et al., 1997)	<b>Latinos</b> (Alegría et al., 2007)
<b>Exposición</b>	↑ 46,7 H ↓ 23,4 M	↑ 83 H ↓ 71 M	↑ 60,7 H ↓ 51,2 M	↑ 64,5 H ↓ 49,5 M	↑ 81,3 H ↓ 74,2 M al menos un evento traumático	
<b>Trastorno</b>	<b>4,4%</b> ↑ 2,5 H ↓ 6,2 M	<b>11,2%</b> ↑ 9 H ↓ 21 M	<b>14,2%</b> ↑ 8,2 H ↓ 20,4 M	<b>5%</b> ↑ 1,8 H ↓ 8,2 M	<b>3,9</b> ↑ 1,2 H ↓ 2,7 M	<b>29%</b> ↑ 28,1 H ↓ 30,3 M

Fuente: datos epidemiológicos congreso internacional de psicología. el trauma psicosocial su naturaleza y evaluación. dr amalia blanco. universidad autónoma de madrid.

Partiendo del hecho de que los latinos desarrollamos un 29% de trastornos debido a catástrofes los **Drs. Enrique Echeburúa, Paz De Corral y Pedro J. Amor** En su libro LA RESISTENCIA HUMANA ANTE LOS TRAUMAS Y EL DUELO. Señalan que cualquier trauma afecta profundamente a la confianza de la persona en sí misma y en los demás. Los síntomas derivan de la vivencia súbita de indefensión y de pérdida de control, del temor por la propia vida y de la humillación de haber sido violentada en la intimidad.

## *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Las víctimas tienden a revivir intensamente, con mucha frecuencia y de forma involuntaria el suceso vivido, bien en forma de pesadillas, bien en forma de recuerdos agobiantes y de sentimientos perturbadores, que pueden activarse ante cualquier estímulo, por mínimo que sea (ruido inesperado, imagen súbita, conversación relacionada indirectamente con el tema, etcétera). Todo ello viene a reflejar que las imágenes de lo ocurrido quedan grabadas a fuego en la memoria icónica del sujeto. Es como si la memoria se encasquillase y no pudiera dar una salida normal a las experiencias vividas **(Echeburúa & Corral, 1995)**.

Además, las personas afectadas se encuentran permanentemente en un estado de alerta y sobresaltadas, presentan dificultades de concentración en las tareas cotidianas, se muestran irritables y tienen problemas para conciliar el sueño. Por ello, tienden a sentirse desbordadas por los acontecimientos cotidianos y a estar persuadidas de que ya nada está bajo su control. Un estado permanente de alerta lleva al agotamiento porque, además de estar alterado el sueño, todos los sentidos de la víctima están atentos sin descanso a los posibles peligros de la vida cotidiana.

Las conductas de evitación desempeñan un papel muy importante en las limitaciones experimentadas por las víctimas. Además de rehuir las situaciones y los lugares relacionados directa o indirectamente con el suceso (como salir a la calle, tratar con personas desconocidas, viajar, quedarse a solas en casa, etc), resulta aún más problemático para las personas afectadas que tiendan a evitar las conversaciones sobre lo ocurrido, incluso con las personas más allegadas, y hasta los pensamientos relacionados con el acontecimiento.

Como se puede observar en la vida cotidiana, hay personas que se muestran resistentes a la aparición de síntomas clínicos tras la experimentación de un suceso traumático o la muerte de un ser querido. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que, a

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas (**Avia & Vázquez, 1998; Seligman, 1999**).

Las personalidades resistentes al estrés se caracterizan por el control emocional, la autoestima adecuada, unos criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, unas aficiones gratificantes, una vida social estimulante, un mundo interior rico y una actitud positiva ante la vida. Todo ello posibilita echar mano de los recursos disponibles para hacer frente de forma adecuada a los sucesos negativos vividos, superar las adversidades y aprender de las experiencias dolorosas, sin renunciar por ello a sus metas vitales. Este tipo de personalidad funciona como un amortiguador o como una vacuna protectora que tiende a debilitar la respuesta de estrés

- Control de las emociones y valoración positiva de uno mismo
- Estilo de vida equilibrado
- Apoyo social y participación en actividades sociales
- Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.)
- Afrontamiento de las dificultades cotidianas
- Aficiones gratificantes
- Sentido del humor
- Actitud positiva ante la vida
- Aceptación de las limitaciones personales
- Vida espiritual

Por lo contrario hay personas que son muy sensibles y, por ello, les afectan de forma especial los hechos que les ocurren, por insignificantes que éstos sean. Estas personas están predispuestas a tener una respuesta más exagerada e intensa que otras ante un mismo suceso negativo. En este sentido, la mayor o

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



menor repercusión psicológica de un suceso traumático en una persona depende de su vulnerabilidad psicológica, que se refiere a la precariedad del equilibrio emocional, y de su vulnerabilidad biológica, que surge de forma innata y que está relacionada con un menor umbral de activación psicofisiológica. Ambos tipos de vulnerabilidad pueden amplificar, a modo de caja de resonancia, el daño psicológico de las experiencias negativas sufridas. En algunas personas la baja autoestima y el desequilibrio emocional preexistente, sobre todo si va acompañado de una dependencia al alcohol y a las drogas y de aislamiento social, agravan el impacto psicológico de la pérdida sufrida y actúan como moduladores entre el hecho vivido y el daño psíquico **(Avia & Vázquez, 1998)**.

De hecho, ante acontecimientos traumáticos similares unas personas presentan un afrontamiento adaptativo y otras quedan profundamente traumatizadas **(Echeburúa, 2004)**. En realidad, ocurre como en los terremotos: las viejas casas de madera o de adobe se desmoronan; sin embargo, en los edificios de cemento sólo se rompen los cristales.

Desde una perspectiva psicológica, un nivel bajo de inteligencia (sobre todo, cuando hay un historial de fracaso escolar), una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una sensación de fatalismo y una percepción de lo sucedido como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza. Estas personas cuentan con muy poca confianza en los recursos psicológicos propios para hacerse con el control de la situación. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de delitos violentos o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo, cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares y cuando hay un divorcio de los padres antes de la adolescencia de la víctima **(Esbec, 2000; Finkelhor, 1999)**.

## *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Pero los factores psicosociales desempeñan también un papel muy importante. Así, por ejemplo, un apoyo social próximo insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa implicación en relaciones sociales y en actividades lúdicas dificultan la recuperación del trauma. El principal antídoto contra la pena es poder compartirla. Pero también es importante la influencia del apoyo social institucional, es decir, del sistema judicial, de la policía o de los medios de comunicación.

En síntesis, el grado de daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado por la intensidad/duración del hecho y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de intencionalidad), el carácter inesperado del acontecimiento y el grado de riesgo para la vida, las pérdidas sufridas, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima y la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), así como por el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento. Todo ello, junto con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima (**Baca, Cabanas & Baca-García, 2003**).

**Bados (2005)** Según estudios epidemiológicos americanos, el 80% de los que presentan o han presentado TEPT (sea este su diagnóstico principal o no) tienen o han tenido depresión, otro trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias (**Foa et al 2000**). Más concretamente, entre los trastornos comórbidos se hallan el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastornos relacionados con sustancias (**American Psy-chiatric Association, 1994; Báguena, 2001**).

Son frecuentes las reacciones depresivas más o menos duraderas, el abuso de sustancias (p.ej., el abuso/dependencia del alcohol se da en el 35% de hombres y el 27% de mujeres con TEPT), los suicidios e intentos de suicidio, los trastornos

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



de personalidad y las disfunciones sexuales. Por ejemplo, el intento de suicidio y la consideración seria de suicidarse se dio en el 13% y el 33% de las víctimas de violación de un estudio (**Kilpatrick y cols., 1992, citado en Calhoun y Resick, 1993**) en comparación con el 1% y el 8% entre las no víctimas. El porcentaje de los pacientes con TEPT que han intentado suicidarse es aún mayor en excombatientes del Vietnam (19%).

**Brown & Cols, (2001)** hallaron que de 13 pacientes con TEPT, el 92%, 62% y 77% recibieron respectivamente al menos un diagnóstico adicional actual de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 100%, 69% y 85% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron depresión mayor (69%), distimia (23%), trastorno de ansiedad generalizada (23%; 38% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo), trastorno de pánico con agorafobia (23%), trastorno obsesivo-compulsivo (23%), fobia social (15%) y fobia específica (15%). El TEPT tendió a aparecer posteriormente a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones del trastorno de pánico con o sin agorafobia y la depresión mayor (que tendieron a seguirlo) y del trastorno obsesivo-compulsivo (con igual probabilidad de precederlo y seguirlo).

En comparación a personas con TEPT, aquellas con el trastorno, presentan más síntomas médicos, usan más los servicios médicos, se les detectan más enfermedades durante las exploraciones físicas y tienen una mayor mortalidad. Todas estas consecuencias adversas pueden estar mediadas por el TEPT (**Foa, Keane y Friedman, 2000**).

## **Arnosó, Bilbao & Páez**

Las personas tenemos un conjunto de creencias esenciales sobre nosotras mismas, el mundo y los otros, con las que actuamos cotidianamente en nuestra

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



vida. Éstas pueden ser alteradas por hechos traumáticos ya que cuestionan bruscamente nuestros sesgos intrínsecos de invulnerabilidad, o bien, de que existe coherencia, benevolencia y justicia en el mundo. Quienes enfrentan sucesos negativos extremos, en comparación con personas que no los han vivido, suelen tener una visión menos benevolente del mundo y confiar menos en los demás, una imagen de sí mismos menos positiva y menos confianza en el sentido y propósito del mundo. La capacidad de las personas para reconstruir estas creencias, rescatando la importancia de las experiencias resignificantes, que colaboran en dichas tareas.

## 1. Las Creencias Básicas sobre el mundo, los otros y el yo.

Las personas desarrollamos esquemas conceptuales básicos que nos permiten afrontar eficientemente la realidad. **Janoff-Bulman (1992)** propone que este conjunto de creencias esenciales supone representaciones cognitivas estables sobre el mundo, los demás y nosotros mismos, permitiendo manejarnos con ciertas expectativas que dan la percepción de orden y control a la vida. Serían elaboraciones más complejas y mediadas culturalmente que tienen patrones establecidos por las experiencias cotidianas y de la herencia genética, de lo que es bueno y malo (**Rime, 2005**).

Dado su carácter de creencias 'básicas', se ha planteado que estarían asociadas a necesidades universales y, por lo tanto, serían adaptativas y asociadas al bienestar de las personas; así mismo, deberían ser compartidas en alguna medida por toda la humanidad. Estas creencias son implícitas, se basan en la experiencia emocional y se mantienen fuertemente a pesar de la adversidad y las evidencias en contra (**Epstein, 1994; Janoff-Bulman, 1989, 1992**).

Las creencias básicas se asocian a necesidades y motivos que estimularían nuestras conductas y así las reforzarían para mantenernos vivos. Éstas son primeramente necesidades fisiológicas, como lo planteó Maslow, que responden a

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



mantenernos a salvo de amenazas e incertidumbres y promover nuestro desarrollo.

Las necesidades psicológicas surgen y se expresan luego, como motivación para promover la adaptación a nuestro entorno, aprender y mejorar habilidades y lograr un desarrollo saludable. Dentro de éstas está la necesidad de maximizar el placer, los beneficios y la estimulación, así como minimizar la pérdida de placer, los costes, los castigos y el malestar **(Epstein 1992, 1994)**.

Todas las necesidades psicológicas se asocian entre ellas. Por ejemplo, la necesidad de seguridad se asocia a la necesidad de sentir que se controla el medio, así como a la necesidad de significado o sentido, ya que tener un conocimiento estructurado del entorno, ayuda a verlo como predecible y controlable, y por ende seguro. La necesidad relacional, en su vertiente de intimidad y apego, ayuda a ver satisfechas las necesidades de supervivencia física o seguridad y hedónicas, ya que las figuras de apego, generan seguridad, disminuyen el displacer, ayudan al infante a conocer, explorar y saber controlar el mundo **(Rimé, 2005)**.

Estas necesidades y creencias experienciales básicas se reflejan parcial e indirectamente en las creencias explícitas. Por ejemplo, la mayoría de las personas opina que el mundo es injusto y sólo ligeramente controlable. Sin embargo, cuando una mujer es víctima de una agresión sexual o cuando un militante de oposición a una dictadura cae en manos de la policía política, por ejemplo, aún las personas con opiniones favorables a la víctima, frecuentemente creen que la persona hizo algo que provocó su desgracia.

En el caso de la detención por motivos políticos en la dictadura de Pinochet en Chile, la mayoría de los militantes ilegales seguían pensando que eran los otros (y no ellos) los que podían caer en manos de la policía y que los que habían caído en

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



manos de ésta y estaban siendo torturados o asesinados, habían cometido errores de seguridad o habían sido descuidados.

Las creencias básicas están profundamente ancladas en las emociones e implican una visión positiva de la capacidad personal de controlar el mundo y de evitar los fracasos. Esto llevaría a pensar que los que fracasan han hecho algo mal y, ya que podemos controlar nuestras acciones y el mundo es predecible, a pensar que, si uno no repite esos errores, tendrá éxito. Finalmente, estas creencias no son totalmente inmunes a la realidad ya que hechos vitales traumáticos o extremos, que movilizan afectivamente a la persona, tendrían el poder de modificar estas creencias y, en consecuencia, cambiar la conducta. Por ejemplo, en el caso referido la represión política llevó a muchos oponentes a asumir que la actividad ilegal estaba orientada al fracaso y a modificar sus creencias y su conducta.

## **7.6 DESASTRE NATURAL**

Para **Cohen & Ahearn (1999)** “los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano”. La Organización Panamericana de la Salud hace referencia al desastre como “un acto de la naturaleza cuya magnitud da origen a una situación catastrófica”. Estos eventos generan sensación de impotencia, percepción de amenaza y cambios importantes en la vida y conducta de las personas. Generalmente la situación de desastre logra sobrepasar la capacidad de respuesta local, lo que obliga a las personas afectadas, a pedir ayuda externa relacionada con satisfacer mínimamente las necesidades básicas como: víveres, ropa, vivienda y asistencia médica. **(Villalobos, 2009)**

Con base en la anterior, se puede entender el desastre como un evento o una serie de eventos que pueden ser causados por la naturaleza o por la acción



directa o indirecta del hombre, durante el cual hay pérdidas humanas y materiales tales como muertos, heridos, alteración del comportamiento normal de las personas, percepción de desamparo, sufrimiento y a pone a prueba las sistemas de apoyo del individuo. **(Cohen & Ahearn, 1999)**

## **7.7 CLASIFICACIÓN DE DESASTRES**

Los desastres se pueden clasificar de la siguiente manera, según:

- La velocidad de inicio
- La duración del evento estresante
- El alcance de la situación
- La preparación social

También se pueden clasificar según su origen:

- Desastres provocados acción directa o indirecta del hombre.
- Desastres por la acción de la naturaleza.

Tradicionalmente el estudio de los desastres, permite distinguir tres fases de estos, el preimpacto, el impacto y el posimpacto **(Villalobos, 2009)**:

### **Fase Preimpacto**

Esta fase abarca desde la amenaza y la advertencia hasta el inicio del desastre como tal, un ejemplo de esto, podría ser la situación que se forma entorno a la erupción de un volcán, inicialmente se presenta actividad sísmica leve, cambios poco perceptibles es la forma del volcán, las primeras advertencias por partes de las organizaciones encargadas, la angustia y ansiedad que esto produce en los pobladores, hasta el inicio de la erupción.



### **Fase de Impacto**

En esta fase es cuando ocurre el desastre como tal, es donde se ve afectada la comunidad y el sentimiento reinante es el miedo y la incertidumbre, aquí empiezan a surgir las actividades heroicas y altruistas. También hace parte de esta fase, los primeros indicios de organización para el rescate, generalmente coordinado por las víctimas y damnificados.

### **Fase Posimpacto**

Esta fase comienza varias semanas después de ocurrido el desastre, con la consecución de las actividades de ayuda y evaluación del daño humano y material.

## **7.8 DESASTRES Y CATÁSTROFES:**

### **Zapardie & Balanzat (2009)**

Una de las problemáticas es la diferenciación entre los términos catástrofe y desastre. **Según Benyakar (2002)**, el concepto “desastre” remite a las características del evento, mientras que catástrofe se refiere a la acción desestructurante del evento, tanto en lo individual, lo colectivo, lo social, público o material.

Hay que destacar que estos términos, se suelen utilizar como sinónimos en la literatura profesional. Sin embargo, vemos que los autores utilizan con más preponderancia uno u otro término, de acuerdo con los países y culturas a los que pertenecen, utilizando el otro como sinónimo del término preponderante.

**Harshbarger (1973)**, define los desastres como eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables. Subraya la

*Eyleen Criado, Angie Mercado, Laura Rodríguez*

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Posttraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



importancia de la vida comunitaria y plantea que los desastres deben considerarse de acuerdo con su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daños a los miembros de la misma.

**Schulberg (1974)**, analiza el vínculo entre los eventos de riesgo y las reacciones personales utilizando el concepto de crisis. Cinco son las características que diferencian las crisis y revisten importancia central para la mayor parte de los puntos de vista de las teorías de las crisis:

- Una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez.
- Cambios importantes en la conducta.
- Sensación personal de impotencia.
- Tensión en el sistema social y personal del sujeto.
- Percepción de una amenaza para la persona.<sup>22</sup>

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) en **1989**, propone que, “los desastres son situaciones en las cuales existen amenazas imprevistas, serias e inmediatas a la salud pública”.

**Crocq (1987)**, define catástrofe como un evento nefasto, súbito y brutal, que causa:

- 1) Destrucción material importante.
- 2) Un gran número de damnificados.
- 3) Una desorganización social notable, o las tres cosas a la vez.

Crocq opina, que de los tres criterios, el último, desorganización social, parece ser el más constante.



## 7.9 VÍCTIMAS Y DAMNIFICADOS

Surge el interrogante de cómo calificar a las personas que han sufrido daño durante un desastre. La definición de víctima, es la persona que queda atrapada por la situación, pasando a satisfacer las necesidades específicas de la sociedad, es decir pasa de ser un sujeto a ser objeto de lo social **(Benyakar M, et al, 1997)**.

A partir del momento del evento disruptivo las necesidades reparatorias de la sociedad se entremezclan con las necesidades del propio individuo. Emerge la exigencia de que el mundo externo le repare el daño que le ha ocasionado

La definición de damnificado, es la persona que ha sufrido un daño, a diferencia del concepto “víctima”, que establece una relación anquilosante entre lo social y la situación en la que el individuo queda capturado. El concepto “damnificado”, denota movilidad psíquica, así como la conservación de la subjetividad del individuo.

Por tanto los servicios de salud mental, no atienden a víctimas si no a damnificados **(Benyakar M, 2000a )**.

**Raquel Cohen (1999)**, define al damnificado como: “las personas y familias afectados por un desastre y sus consecuencias que experimentan un evento estresante e inesperado”. La mayoría ha funcionado adecuadamente antes de la catástrofe, pero su capacidad de resolución de problemas se ve limitada por la amenaza que la situación conlleva. A pesar de que los damnificados presenten síntomas de estrés físico o psicológico, no debe considerárseles como enfermos o pacientes. Algunos damnificados son particularmente susceptibles, desarrollando

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



reacciones físicas y psicológicas ante un desastre, entre ellos se encuentran aquellos que:

- 1) Son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas.
- 2) Corren cierto riesgo a causa de enfermedades recientes.
- 3) Experimentan estrés y pérdidas graves.
- 4) Pierden su sistema de apoyo social y psicológico.
- 5) Carecen de habilidades para la resolución de problemas.

## **7.10 ETAPAS DE DESARROLLO DE CONDUCTAS DE LOS DAMNIFICADOS**

Según **Villalobos (2009)** los desastres pueden ser de inicio lento o de inicio rápido y presentan características diferentes:

En los desastres de inicio lento presenta siete etapas: la advertencia, la amenaza, el impacto, el inventario, el rescate, la recuperación a corto plazo y la recuperación a largo plazo. En los desastres de inicio rápido, las dos primeras etapas permanecen ausentes (la advertencia y la amenaza), sin embargo la fase de impacto suele intensificarse. Durante la etapa de advertencia, algunas reacciones que se han manifestado en las poblaciones amenazadas, pueden ser: Apremio, vigilancia y preparación decrecientes, pero creencia perseverante en la realidad del impacto del desastre. Apremio y vigilancia decrecientes, pero creencia de que la predicción probablemente sea una falsa alarma. Acumulación de la ansiedad y el temor, con negación defensiva del peligro. Acumulación de la tensión personal traducida en ira y resentimiento, especialmente hacia las autoridades. Incremento de preparación



para la urgencia final, como resultado de los ensayos y simulacros en respuesta a las primeras advertencias repetidas.

En las siguientes etapas agrupa las diferentes reacciones en cuatro áreas: la biológica, la psicológica, la interpersonal y la social; las cuales se muestran resumidas en el siguiente cuadro:

### **7.11 REACCIONES EMOCIONALES ANTE LAS PÉRDIDAS**

El Consejo Latinoamericano de Iglesias (CLAI) afirma que las tragedias traen pérdidas que son sentidas en mayor o menor grado según las relaciones afectivas que el damnificado tenía hacia la persona, el objeto o la posesión perdida. La pérdida trae consigo dolor porque representa el inicio de un proceso de duelo. Este proceso tiene características más o menos comunes para todos. Conocer estas reacciones es muy importante tanto para el damnificado como para el terapeuta que lo ayudará en su recuperación.

1. Negación o incredulidad Una vez ocurrido el desastre y la consecuente pérdida, la primera reacción del damnificado es la negación del hecho o la incredulidad. Es común escuchar al sobreviviente de la tragedia decir: “¡Esto no pudo haber pasado!”. La reacción de incredulidad es comoun mecanismo de defensa que se utiliza como protección emocional ante el dolor intenso. Esta puede ser una reacción individual, comunitaria o nacional. Esta etapa, normalmente, no dura mucho porque la propia realidad lleva al damnificado a asumir la veracidad del hecho y de la pérdida. Aunque

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



la persona supere esta etapa, no se puede eliminar la posibilidad de que más tarde, reflexionando sobre los hechos, tenga otra leve etapa de incredulidad y negación..

2. Otras reacciones iniciales Vencida la etapa de la negación o incredulidad, empieza el desarrollo de un proceso de enfrentamiento al dolor. Las reacciones normales frente a una pérdida significativa necesitan ser entendidas por quienes se sienten llamados a ayudar y por los damnificados. Entre las reacciones más comunes se encuentran las siguientes:

a. Angustia Las personas que están en esta etapa, generalmente no pueden dormir, tienen pesadillas, tienen angustia y están inquietas, se ponen de un carácter sensible e irritable, se asustan de todo, desconfían, sienten que no pueden hacer las cosas, tienen ganas de estar solas.

b. Somatización Las personas en esta etapa pueden somatizar, es decir, enfermarse físicamente por efecto del susto. Esta es una forma como el cuerpo maneja el impacto emocional de una tragedia.

c. Alteraciones del comportamiento Las personas cambian de conducta ante la crisis producida por un desastre. Hay quienes se vuelven indiferentes, apáticos y no quieren hacer nada, ni siquiera levantarse. Otros se vuelven demasiado activos, no se quedan quietos, no pueden dormir y trabajan sin parar. Otros, incluso, tienen visiones y escuchan voces (alucinan). Esto es normal después de una catástrofe, por ejemplo, después de un terremoto, hay personas que siguen sintiendo temblores, aunque estos hayan desaparecido. Muchos otros se desorganizan en su trabajo, en sus relaciones familiares, en sus quehaceres y responsabilidades.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



d. Ideas suicidas Ante la pérdida de personas o bienes queridos, muchas personas piensan que hubiera sido mejor haberse muerto ellos mismos. Si estas ideas se hacen frecuentes en una persona y se transforman en pensamientos de cómo hacer para matarse (confección de un plan suicida), esto requiere atención inmediata.

e. Desorganización personal La pérdida de una persona o bien querido, desestructura la vida cotidiana de una persona, familia o comunidad. La ausencia de alguien que murió, la pérdida de una posesión, de un bien, de una relación, crea un vacío existencial. Muchas veces la persona en estas condiciones abandona sus creencias, sus normas morales o éticas. Puede incumplir sus compromisos y deberes. Se inicia un proceso de desorganización en su vida, y muchas veces se da un rechazo a seguir con el trabajo rutinario.

f. Emociones intensas Los damnificados suelen experimentar emociones intensas después de un desastre. Son cuatro las emociones que se sienten más intensamente: la tristeza, la ira, el miedo y la culpa.

## **7.12 DESASTRES EN COLOMBIA**

“Las situaciones de desastre en el mundo, causadas por eventos de origen natural (geológicos, hidrometeorológicos, ambientales, astrofísicos) o de origen antrópico (fenómenos que tienen su origen en la intervención humana por acción u omisión), están generando un impacto creciente evidenciado en el número de personas afectadas; las pérdidas de salud, las dramáticas cifras de muertos e, inocultables efectos negativos en lo social, lo económico, la infraestructura, el medio ambiente, los bienes, la organización de los sistemas, la gobernabilidad, la sustentabilidad y el progreso de las sociedades”. **(Agudelo & Suárez 2009).**

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



“Las condiciones de vulnerabilidad ante la presencia de una amenaza, aumentan las posibilidades del riesgo y, ese riesgo evidenciado en la súbita alteración de los patrones de vida y normalidad, en la pérdida de vidas, en la destrucción de construcciones y bienes de una comunidad, y en los daños severos sobre el medio ambiente, es el desastre”. **(Agudelo & Suárez 2009)**.

“Así, el riesgo será, entonces, una condición potencial existente, un proceso dinámico social, económico, político, ambiental que, materializado en el hecho destructivo por la confluencia de una amenaza sobre una comunidad vulnerable, se constituirá en el desastre como un hecho cumplido, como un resultado: un momento de crisis en el proceso del riesgo. Es esta la esencia del nuevo concepto de la Gestión del Riesgo, que asume el proceso desde la previsión hasta la recuperación post–desastre”. **(Agudelo & Suárez 2009)**.

“Según **Estudios del Banco Mundial 2013** , El Fenómeno de La Niña 2010 – 2011, que destruyó 8 mil viviendas, causó daños en más de 400 mil otras y dejó 3.5 millones de personas damnificadas, puso en evidencia lo vulnerables que somos ante los fenómenos de la naturaleza, y todos los vacíos que tenemos para su reducción. De hecho, en la primera década de este siglo hubo más viviendas afectadas y personas damnificadas por inundaciones y deslizamientos en Colombia, que en los 30 años anteriores. Esta mayor frecuencia de los desastres y la magnitud de sus daños se debe a que ha aumentado la exposición y la vulnerabilidad de los colombianos: el 85% de la población vive en zonas expuestas a dos o más amenazas naturales”. **(Banco mundial 2013)**

“Los colombianos que viven en las ciudades son los que están más expuestos y más vulnerables a desastres. La razón es que cada vez se construyen más viviendas de manera informal, con materiales y técnicas de construcción inadecuadas, y en lugares con mayor riesgo”. **(Banco mundial 2013)**

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



“Más de la mitad de las viviendas destruidas por inundaciones, deslizamientos, erupciones, sismos y otros desastres desde 1970 habían sido construidas en zonas consideradas no aptas para ser urbanizadas. La mayoría de estas viviendas han sido destruidas por inundaciones” **(Banco mundial 2013)**.

“En un país como Colombia, donde la población que vive por debajo de la línea de pobreza nacional alcanza el 64 por ciento, la que vive con menos de US\$ 2,00/día llega al 26,3 por ciento y la que subsiste con menos de US\$ 1,25/día es del 15,4 por ciento **(Human Development Report 2007/2008, ONU)**, donde la desigualdad social llega al índice de 58,6 ; el porcentaje de indigencia metropolitana es de 12 por ciento y el de indigencia rural es de 25,6 por ciento **(CEPAL, Anuario Estadístico 2008)**, donde la Corrupción Gubernamental también aumenta, según los datos de **(Transparency International 2007)**, obteniendo el nada respetable valor de 3.8, en donde 10 es total transparencia y cero completa corrupción, es natural que la vulnerabilidad de la población colombiana aumente a pasos agigantados, pues entre otros, este panorama provoca el dilema cotidiano entre realizar mejoras a la estructura de la vivienda, buscar una mejor ubicación o darle de comer a la familia, sin siquiera pensar en la reclamación de otros derechos”. **(Agudelo & Suárez 2009)**

“Pues bien, normalmente habrá que elegir la tercera opción, dejando de lado aquello que seguramente podría salvar la vida de todo el núcleo familiar. Así, muchas familias se ven abocadas a tener su vivienda en terrenos anegables, en rondas de ríos y quebradas, en pendientes de suelos inestables, deforestados y en áreas con una amenaza muy alta de inundación y deslizamiento”. **(Agudelo & Suárez 2009)**

“Esta vulnerabilidad se agrava cuando analizamos las cifras del Censo General 2005 en Colombia (DANE) y encontramos que el 27,7 por ciento de la población

## *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



vive en hogares con dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y que el departamento de Nariño tiene el 43,6 por ciento en esa condición, Córdoba el 59,1 por ciento, Sucre el 54,9 por ciento; como referente, Bogotá tiene el 9,2 por ciento y Chocó el 79,2 por ciento”. **(Agudelo & Suárez 2009)**

“Para hacer frente a estos retos, el gobierno colombiano hace esfuerzos por conocer y reducir el riesgo y por manejar las consecuencias de los desastres cuando éstos se presentan. El Banco Mundial apoya y acompaña estos esfuerzos desde hace varios años con servicios financieros, programas para reducir la vulnerabilidad, asesoría técnica y facilitando la coordinación entre instituciones y los responsables de la gestión del riesgo de desastres”. **(Banco mundial 2013)**.



## **8. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la presencia de trauma y las cogniciones irracionales postraumáticas, en los damnificados por el invierno, en el barrio las Malvinas (Santa Marta, Colombia)

## **9. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar el trastorno por estrés postraumático de la población encuestada,
- Identificar las cogniciones postraumáticas de la población encuestada.



## 10. METODOLOGIA

### 10.1 TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio de tipo **Descriptivo Transversal**, según **Hernández et al (2000)** “En este tipo de estudio la población estudiada es seleccionada de manera aleatoria y sólo se hace una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio”

Según **Dankhe (1986)** “Los Estudios de carácter descriptivo, buscan especificar las propiedades importantes del Objeto de Investigación, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a Investigar. Un estudio Descriptivo selecciona una serie de aspectos y luego los mide independientemente para así describir lo que se investiga”.

Para **Hernández et al (2003)** “el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previamente hechas, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población”.

### 10.2 UNIVERSO

Según la **contraloría general de la república (2011)**, “La ola invernal en el país, que en algunas regiones inició desde abril de 2010, ha dejado 423 muertos, 523 heridos, 77 desaparecidos, 719.387 familias, 3.069.307 personas afectadas, además de daños en infraestructura vial, institucional, educativa, de salud, de obras de protección, de comunicaciones y el sistema productivo rural y urbano”.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



“La situación de emergencia se hizo más latente en los meses de noviembre y diciembre de 2010, por lo que fue necesario para el Gobierno Nacional declarar el estado de emergencia económica, social y ecológica, dentro de cuyo marco expidió normas que determinan la acción conjunta del Estado colombiano para la atención, la recuperación, la reconstrucción y el desarrollo de las regiones afectadas y se dispusieron recursos para financiarlos”. **Contraloría general de la república (2011)**

Según **La Corporación Autónoma Regional del Magdalena (2011)**. “En el departamento del Magdalena, los municipios afectados fueron: El Banco, Guamal, Santa Ana, San Zenón, Pijiño del Carmen, Santa Bárbara de Pinto, San Sebastián, Plato, Tenerife, Zapayán, Pedraza, Concordia, Cerro de San Antonio, Piñón, Salamina, Pivijay, Remolino, Sitio Nuevo, Pueblo Viejo, Ciénaga, Nueva Granada, El Difícil, Chibolo y el Distrito de Santa Marta”.

“Según datos preliminares de la Corporación, la mancha de inundación del departamento superó los 6.000 kilómetros cuadrados, lo cual representa un 26% del territorio total de los municipios anteriormente citados, afectando ochenta centros poblados localizados en áreas inundables, haciéndolos vulnerables a eventos de riesgos por inundación aun en años sin afectación por fenómenos de La Niña”. **Corporación Autónoma Regional del Magdalena (2011)**.

“En el Distrito de Santa Marta durante la ola invernal fueron afectadas alrededor de 18.000 personas y aproximadamente 700 hectáreas de cultivos y pancoger. La infraestructura Distrital sufrió grandes afectaciones principalmente por exceso del caudal transportado en la red de alcantarillado sanitario por el aporte de las aguas lluvias afectando principalmente barrios como Bastidas y Pescaito, también sufrieron daños en las estructuras de captación de agua en el río manzanares y el canal de aducción del río Gaira, en las tuberías de impulsión de aguas residuales

## *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



que van del rodadero a Santa Marta en el puente el mayor entre otros. Igualmente se evidenciaron problemas de erosión en masa en la quebrada Mojada, sector barrio Nuevo Milenio”. **Corporación Autónoma Regional del Magdalena (2011)**.

“Según datos del **Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres-CLOPAD**, gran parte de los problemas ambientales estructurales del área urbana del Distrito de Santa Marta, están asociados a la ocupación de cerca de 4.500 familias en áreas de riesgo. Es pertinente abordar todo el tema de riesgo a partir del ajuste del Plan de Ordenamiento territorial”.

“Igualmente se detectaron problemas de remoción en masa producto de saturación de los suelos en estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta, principalmente en sectores como Minca, La Tagua, San Lorenzo, Trompito Bajo, Jirocasaca, Machete Pelao, entre otros. La situación más crítica por fenómenos de remoción en masa se presentó en el municipio de Ciénaga, vereda El Bosque”.

“Según registro oficial del Comité Regional para la Prevención y Atención de Desastres (**CREPAD**), la cifra de damnificados asciende a cerca de trescientos mil personas lo que ubica el departamento como segundo en número de afectados por ola invernal después del departamento de Bolívar. Esto se debe a que es un departamento con alto potencial hídrico bañado de ciénagas, caños, quebradas y ríos de inmensa importancia regional y nacional, que a la vez es uno de sus mayores activos, convirtiéndose también en un punto de quiebre al exponer nuestra vulnerabilidad ante este tipo de eventos”.

“De otro lado según datos parciales de la Gobernación del Magdalena el sector agrícola del departamento fueron afectados alrededor de 150.000 hectáreas. Así mismo La Federación Colombiana de Ganaderos (FEDEGAN) reportó que cerca de 373 mil hectáreas de pastos han sido afectadas como consecuencia de



inundaciones en el Departamento del Magdalena con un saldo de 2.272 animales muertos”. **La Corporación Autónoma Regional del Magdalena (2011)**

### **10.3 POBLACION**

Utilizando la información del censo elaborado por la Cruz Roja Colombiana seccional Magdalena (**ver anexo 1**). En la cual se detalla de forma específica la población damnificada por el invierno en el año 2012 la cual sustenta en su consolidado que fue de 222 Familias afectadas en el barrio las Malvinas, donde con la totalidad del personal 222 (80%) se realiza el cálculo para un muestreo probabilístico dando como resultado una muestra probabilística de 44 personas a quienes se les aplicó los instrumentos de valoración.

### **10.4 TECNICA DE MUESTREO**

Se realiza un muestreo probabilístico aleatorio simple, con la estimación de la proporción del 80% de damnificados para Santa Marta en el periodo 2012, según el censo de la Cruz Roja, con el valor de  $N=222$ , con un 95% de confiabilidad y un error del 5%, dando un total de 44 personas seleccionadas para la muestra.

### **10.5 VARIABLES**

Las variables para esta investigación se distribuyeron de la siguiente forma dependientes (trauma y cogniciones irracionales) e independientes (todas aquellas preguntas correspondientes a los instrumentos empleados).

Dentro del instrumento para la valoración del trauma se encuentra La Escala de Trauma de **Davidson et al (1997)**, la cual fue elaborada para evaluar y medir la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. (**Ver Anexo 2**)

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



La escala de Trauma esta constituida por 17 ítems que se relacionan con los 17 síntomas de TEPT, que se describen en el DSM-IV-TR.

Según **Macias et al (2008)**, los ítems son clasificados de la siguiente manera:

Ítems 1±4, 17: criterios B (reexperimentar recuerdos intrusitos del trauma)

Ítems 5±11: criterios C (evitación y entumecimiento)

Ítems 12±16: criterios D (hyperarousal).

Cada uno de los ítem se miden mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia tiene cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) las cuales tienen un puntaje de 0 a 4 respectivamente. La escala de gravedad, al igual que la anterior, tiene cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), manteniendo el mismo puntaje de la escala anterior. La sumatoria de cada una de las escalas es de 0 a 68 puntos, es decir que juntas, tendrían un total de 0 a 136 puntos.

Entonces cuanto más alta sea la puntuación, mayor sera la severidad y/o la frecuencia de los sintomas. La fiabilidad test-retest es de 0.86. Para hallar la consistencia interna se usó el alfa de cronbach, tanto para las subescalas de frecuencia 0,97, gravedad 0,98 y el total 0,99 respectivamente.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



VARIABLES	INDICADORES
TRAUMA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?</li> <li>2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?</li> <li>3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?</li> <li>4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?</li> <li>5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento?</li> <li>6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?</li> <li>7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?</li> <li>8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?</li> <li>9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?</li> <li>10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?</li> <li>11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?</li> <li>12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?</li> <li>13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?</li> <li>14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?</li> <li>15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?</li> <li>16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido “en guardia”?</li> <li>17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?</li> </ol>

TRAUMA: “se ha concebido como los problemas psíquicos en un individuo originados por el impacto que una determinada experiencia **(Hidalgo & Davidson, 2004; Rubin & Bloch, 2001)**. Los síntomas de este han sido entendidos como el Trastorno de Estrés Postraumático”. **Manrique, Martinez, Turizo (2008)**

De igual modo para llevar a cabo la evaluación del objetivo específico número dos, se utiliza El Inventario de Cogniciones Postraumáticas ( **Ver Anexo 3**) es una

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



escala que fue diseñada por **Foa et al (1999)**, que cuenta con 36 ítems, que tienen una puntuación que va de 1 a 7:

1. Estoy Totalmente en Desacuerdo
2. Estoy Muy en Desacuerdo
3. Estoy Levemente en Desacuerdo
4. Me es Indiferente
5. Estoy Levemente de Acuerdo
6. Estoy Muy de Acuerdo
7. Estoy Totalmente de Acuerdo

Esta escala según **Blanco et al(2008)**

Tiene como fin evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autoculpa.

La escala fue validada en una muestra de 601 voluntarios norteamericanos, de los que 392 habían experimentado eventos traumáticos y 170 de ellos habían desarrollado trastorno de estrés postraumático.

VARIABLES	INDICADORES
	<ol style="list-style-type: none"><li>1.-Lo ocurrido se debe a mi manera de actuar.</li><li>2.-No puedo confiar en que haré lo que debo.</li><li>3.-Soy una persona débil.</li><li>4.-No soy capaz de controlar mi ira y podría hacer cosas terribles.</li><li>5.-No me siento capaz de enfrentarme ni siquiera al más leve contratiempo.</li><li>6.-Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento un ser despreciable.</li></ol>

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
 Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
 Santa Marta 2013*



<p>COGNICIONES          IRRACIONALES          POSTRAUMÁTICAS</p>	<p>7.-No se puede confiar en la gente.          8.-Tengo que estar en guardia todo el tiempo.          9.-Me siento muerto por dentro.          10.-Nunca puedes saber quién te hará daño.          11.-Tengo que estar siempre alerta porque no sé lo que me puede ocurrir.          12.-Me siento una persona incapaz.          13.-No voy a ser capaz de controlar mis emociones y sucederá algo terrible.          14.-Si pienso en lo que ocurrió, me siento incapaz de enfrentarme a ello.          15.-Lo que me ha ocurrido se debe al tipo de persona que soy.          16.-Mis reacciones desde que sucedió me hacen pensar que me estoy volviendo loco.          17.-Nunca volveré a sentir emociones normales.          18.-El mundo es un lugar peligroso.          19.-Alguien tendría que haber evitado lo que sucedió.          20.-He cambiado para mal.          21.-Me siento como un objeto, no como una persona.          22.-Cualquier otro hubiera evitado este suceso.          23.-No puedo confiar en la gente.          24.-Me siento aislado y al margen de los otros.          25.-No tengo futuro          26.-No puedo evitar que me sucedan cosas malas.          27.-La gente no es lo que parece.          28.-Mi vida ha quedado destrozada.          29.-Algo falla en mí como persona.          30.-Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador.          31.-Hay algo dentro de mí que provocó el suceso.          32.-No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos.          33.-Siento como si ya no supiera quién soy.          34.-Nunca sabes cuándo pasará algo terrible.          35.-No puedo confiar en mí mismo.          36.-Nada bueno puede pasarme en el futuro.</p>
--	---



COGNICIONES IRRACIONALES POSTRAUMÁTICAS: “Según **Calvete y Cardeñoso (2001)**, las creencias son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo y de factores ambientales, culturales y biológicos. Son “el marco de referencia...que determina...el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos y la forma en que interactuamos con los demás” (**Beck, 1976. Cit. en: Calvete & Cardeñoso, 2001**). De acuerdo con **Janoff-Bulman (1992. Cit. en: Rodríguez, 2006)**, los eventos traumáticos atacan directamente el sistema cognitivo de los sujetos y cuando la persona se encuentra expuesta a eventos traumáticos toma conciencia de fragilidad del sistema cognitivo sobre el que basa su vida”. **Manrique, Martínez, Turizo (2008)**

## **10.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La investigación se llevó a cabo siguiendo una serie de fases, las cuales son:

FASE I: Revisión del estado del arte.

FASE II. Recolección de Datos:

FASE III. Tabulación y Análisis de Resultados.

FASE IV. Elaboración de Informe.

La investigación propuso identificar el trastorno por estrés postraumático y cogniciones irracionales mediante la implementación de dos instrumentos la escala de Davidson y el inventario de cogniciones postraumáticas. Pasada la gran ola invernal en el año 2012 se procede:

- Aplicación de los instrumentos en el año 2013

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



- Se dispone el equipo humano para este caso las responsables de la investigación para el desplazamiento hacia el lugar de elección (barrio las Malvinas)
- Conociendo los datos específicos obtenidos a través de muestreo probabilístico simple mediante datos de censo de la cruz roja; en el cual luego de elaborado este proceso se obtuvo que serían 44 las casas a encuestar tomando a la cabeza de familia preferiblemente; de no lograrse persona que habitara en la casa y fuese mayor de edad que al igual haya experimentado el evento por inundación
- La ubicación dentro del barrio estuvo dado por los alrededores del río escogiendo de manera aleatoria y multidireccionada hacia las casas.
- Se procede a la visita puerta a puerta
- Se explica de forma detallada, clara, concisa y precisa el objeto del estudio y su curso.
- Si el personal accedía a colaborar se le indicaba la firma de un consentimiento informado por medio del cual nos permitiría hacer inclusión de la respuesta de los instrumentos en nuestra investigación.
- Leyendo pausadamente el contenido de consentimiento e indicándole las zonas donde debería poner su nombre completo, identificación para este caso cedula de ciudadanía y por ultimo su firma.
- Se procedió a entregar los instrumentos donde de forma personal se iba leyendo al personal en primera instancia el objeto de valoración en sí que nos permitiría saber el instrumento, continuando con la lectura pausada de los ítems y variables, como por ejemplo: para el instrumento de la escala de Davidson en su pregunta 2 la cual dice ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento? Puesto que ya había sido explicada la forma de responder se le daban las opciones y que estos marcaran la respuesta que creyeran acorde con su interiorización.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



- El desarrollo del instrumento tenía una duración aproximada para su solución de 20 minutos
- Terminado el diligenciamiento, se daban los agradecimientos
- Se les indico que cuando ya estuviese culminado el trabajo se les informaría acerca de los resultados solo si estos presentaban una connotación negativa para su vida.

## **10.7 ASPECTOS ÉTICOS:**

Teniendo en cuenta la **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial AMM -Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos nos refiere:

- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (AMM) vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
- La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
- Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. Así mismo insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Siendo el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
- La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.
- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación

*Eyleen Criado, Angie Mercado, Laura Rodríguez*

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.
- En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.
- Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.
- Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Para llevar a cabo la investigación se implementó el consentimiento informado (**ver anexo 4**) a las personas a encuestar, las cuales diligenciaban su nombre completo y legible, identificación y firma dentro del formato; valga aclarar que el consentimiento informado es un proceso, que se manifiesta en una relación clínica para esta caso aplicado en una comunidad específica, a través del cual se expresa la opinión de dos voluntades competentes y autónomas (profesional y personal), en torno a la ejecución de una investigación en la cual se quiere hacer partícipe, luego de haberse otorgado información clara y comprensible acerca de sus objetivos, características y riesgos. Una vez recibida y comprendida la información, el personal o sus representantes deciden libremente la aceptación de éste.

Cabe destacar que el formulario de consentimiento, representa solo el soporte documental que da cuenta que el paciente ha recibido y comprendido, la información entregada por el profesional a la persona y/o su familia. El proceso consentimiento informado es continuo, dado a través de una entrevista. Cuyo propósito radica en considerar el principio de respeto por las personas y su dignidad.



## 11. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La información se obtuvo del cuestionario, se procesó por las realizadoras del trabajo de investigación a través de una tabla de ordenamiento en el programa Excel, que se creó como base de datos para realizar la digitación de la información.

Mediante el cálculo de distribuciones de frecuencia para cada variable y el cálculo de un indicador llamado gravedad; al igual se calculan estadísticas de tendencia.

Realizando así un análisis e interpretación de la frecuencia y la frecuencia relativa en los instrumentos implementados quedando para la escala de Davidson el análisis de la frecuencia (frecuencia-gravedad) y frecuencia relativa (frecuencia-gravedad) y para el Inventario de Cogniciones postraumáticas el análisis de la frecuencia y la frecuencia relativa mirando el grado de conformidad de cada persona encuestada.

## ESCALA DE DAVIDSON

### PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO:

Tabla 1.

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?

<b>GRADO DE FRECUE</b>	<b>SINTOM FREC.</b>	<b>SINTOM FRE. RE</b>	<b>GRADO DE GRAVED</b>	<b>SINTOM GRAVE.</b>	<b>SINTOM GRA. RELA</b>
<b>NUNCA</b>	1	2,3	<b>NADA</b>	1	2,3
<b>A VECES</b>	15	34,1	<b>LEVE</b>	16	36,4
<b>2-3 VECES</b>	10	22,7	<b>MODERA DA</b>	13	29,5
<b>4-6</b>	9	20,5	<b>MARCA</b>	8	18,2
<b>A DIARIO</b>	9	20,5	<b>EXTERM</b>	6	13,6
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

### Interpretación

#### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 2,3% (1) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 34,1% (15) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 22,7% (10) manifestaron presentarlo de 2-3 veces por semana, el 20,5% (9) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 20,5% (9) manifestaron presentar el síntoma a diario.

# El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013



## Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 36,4% (16) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 29,5% (13) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 18,2% (8) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 13,6% (6) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

TABLA 2

GRADO DE FRECUE	SINTOM FREC.	SINTOM FRE. RE	GRADO DE GRAVED	SINTOM GRAVE.	SINTOM GRA. RELA
NUNCA	7	15,9	NADA	4	9,1
A VECES	21	47,7	LEVE	21	47,7
2-3 VECES	8	18,2	MODERA DA	8	18,2
4-6	5	11,4	MARCA	6	13,6
A DIARIO	3	6,8	EXTERM	5	11,4
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Tabla 2.2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## Interpretación

### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron el cuestionario, el 15,9% (7) manifestaron NO presentar pesadillas sobre el acontecimiento. El 47,7% (21) manifiestan presentar a veces pesadillas sobre el acontecimiento. El 18,2% (8) manifiestan presentar de 2-3 veces por semana pesadillas sobre el acontecimiento. El 11,4% (5) manifiesta presentar de 4-6 veces por semana pesadillas sobre el acontecimiento y el 6,8% (3) manifiesta presentar a diario pesadillas sobre el acontecimiento.

### Gravedad

De las 44 personas que respondieron el cuestionario, el 47,7% (21) manifieste presentar pesadillas con una gravedad leve. El 18,2% (8) manifiesta presentar pesadillas de gravedad moderada. El 13,6% (6) manifiestan presentar pesadillas de gravedad marcada y el 11,4% (5) manifiesta presentar pesadillas de gravedad extrema

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 3.

3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA	SINTOMA	GRADO DE GRAVED	SINTOMA	SINTOMA
	FREC.	FRE. RE		GRAVE.	GRA. RELA
NUNCA	3	6,8	NADA	3	6,8
A VECES	17	38,6	LEVE	16	36,4
2-3 VECES	13	29,5	MODERADA	13	29,5
4-6	4	9,1	MARCA	5	11,4
A DIARIO	7	15,9	EXTERM	7	15,9
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

### Interpretación

#### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 6,8% (3) manifestaron no sentir que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo. El 38,6% (17) manifiesta presentar a veces el sentimiento que el acontecimiento está ocurriendo nuevamente. El 29,5% (13) manifestaron que 2-3 veces por semana presentar el sentimiento de que el acontecimiento está ocurriendo nuevamente. El 9,1% (4) manifestaron que 4-6 veces por semana presentar el sentimiento de que el acontecimiento está ocurriendo nuevamente y el 15,9 % (47) manifestaron que

# El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013



diariamente presentar el sentimiento de que el acontecimiento está ocurriendo nuevamente.

Gravedad

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 36,4% (16) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve el 29,5% (13) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderada, el 11,4% (5) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marcada y el 15,9% manifestaron presentar el síntoma con una gravedad extrema.

Tabla 4.

4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA FREC.	SINTOMA FRE. RE	GRADO DE GRAVED	SINTOMA GRAVE.	SINTOMA GRA. RELA
NUNCA	3	6,8	NADA	2	4,5
A VECES	22	50,0	LEVE	18	40,9
2-3 VECES	8	18,2	MODERADA	11	25,0
4-6	7	15,9	MARCA	9	20,5
A DIARIO	4	9,1	EXTERM	4	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

Interpretación

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## Frecuencia

De las 44 personas que respondieron el cuestionario, el 6,8% (3) manifestaron No molestarse por alguna cosa que se haya recordado el suceso, el 50,0% (22) manifestaron a veces molestarse por alguna cosa que le recuerde el suceso, el 18,2% (8) manifiesta molestarse de 2-3 veces por semana por alguna cosa que le recuerde el suceso, el 15,9% (7) manifestaron molestarse de 4-6 veces por semana por alguna cosa que le recuerde el suceso y el 9,1% (4) manifestó molestarse a diario por alguna cosa que le recuerde el suceso.

## Gravedad

De las 44 personas que respondieron el cuestionario, el 40,9% (18) manifestó presentar el síntoma con una gravedad leve, el 25,0% (11) manifestó presentar el síntoma con una gravedad moderada, el 20,5% (9) manifestó presentar el síntoma con una gravedad marcada y el 9,1% (4) manifestó presentar el síntoma con una gravedad extrema.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 5.

5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (incluye sudores, temblores, palpitaciones, mareos o diarrea)

GRADO DE FRECUE	SINTOMA	SINTOMA	GRADO DE GRAVED	SINTOMA	SINTOMA
	FREC.	FRE. RE		GRAVE.	GRA. RELA
NUNCA	2	4,5	NADA	2	4,5
A VECES	25	56,8	LEVE	24	54,5
2-3 VECES	6	13,6	MODERADA	8	18,2
4-6	6	13,6	MARCA	6	13,6
A DIARIO	5	11,4	EXTERM	4	9,1
TOTAL	44	100	TOTAL	44	100

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

Interpretación

Frecuencia

De las 44 personas que respondieron el cuestionario, el 4,5% (2) respondieron no presentar ninguna manifestación física por recuerdos del acontecimiento, el 56,8% (25) respondió presentar a veces manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimientos, el 13,6% (6) respondió presentar de 2-3 veces por semana manifestaciones físicas por los recuerdos del acontecimiento, el 13,6% (6)

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



respondió presentar de 4-6 veces por semana manifestaciones físicas por los recuerdos del acontecimiento, y el 11,4% (5) respondió presentar a diario manifestaciones físicas por los recuerdos del acontecimiento.

**Gravedad**

De las 44 personas que respondieron el cuestionario, el 54,5% (24) manifestó presentar los síntomas físicos con una gravedad leve, el 18,2% (8) manifestó presentar los síntomas físicos con una gravedad moderada, el 13,6% (6) manifestó presentar los síntomas físicos con una gravedad marcada y el 9,1% (4) manifestó presentar el síntoma con una gravedad extrema.

Tabla 6.

6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA FREC.	SINTOMA FRE. RE	GRADO DE GRAVED	SINTOMA GRAVE.	SINTOMA GRA. RELA
	NUNCA	4		9,1	NADA
A VECES	22	50,0	LEVE	23	52,3
2-3 VECES	8	18,2	MODERADA	9	20,5
4-6	7	15,9	MARCA	6	13,6
A DIARIO	3	6,8	EXTERMINA	3	6,8
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## Interpretación

### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 9,1% (4) manifestaron nunca evitado algún pensamiento sobre el acontecimiento, el 50,0% (22) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 18,2% (8) manifestaron presentarlo de 2-3 veces por semana, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 6,8% (3) manifestaron presentar el síntoma a diario.

### Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 52,3% (23) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 20,5% (9) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 13,6% (6) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 6,8% (3) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 7.

7. ¿ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA FREC.	SINTOMA FRE. RE	GRADO DE GRAVED	SINTOMA GRAVE.	SINTOMA GRA. RELA
	NUNCA	4		9,1	NADA
A VECES	18	40,9	LEVE	17	38,6
2-3 VECES	10	22,7	MODERADA	11	25,0
4-6	4	9,1	MARCA	7	15,9
A DIARIO	8	18,2	EXTERMINA	5	11,4
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

Interpretación

Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 9,1% (4) manifestaron nunca evitar hacer alguna cosa que le recordara el acontecimiento, el 40,9% (18) manifestaron a veces evitar hacer alguna cosa que le recordara el acontecimiento, el 22,7% (10) manifestaron evitar hacer alguna cosa que le recordara el acontecimiento de 2-3 veces por semana, el 9,1% (4) manifestaron evitar hacer alguna cosa que le recordara el acontecimiento de 4-6 veces por semana y el

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



18,2% (8) manifestaron evitar hacer alguna cosa que le recordara el acontecimiento a diario.

Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 38,6% (17) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 25,0% (11) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 11,4% (5) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

Tabla 8.

8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA	SINTOMA	GRADO DE GRAVED	SINTOMA	SINTOMA
	FREC.	FRE. RE		GRAVE.	GRA. RELA
NUNCA	3	6,8	NADA	3	6,8
A VECES	23	52,3	LEVE	19	43,2
2-3 VECES	7	15,9	MODERADA	12	27,3
4-6	4	9,1	MARCA	6	13,6
A DIARIO	7	15,9	EXTERMINA	4	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## Interpretación

### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 6,8% (3) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 52,3% (23) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por semana, el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma a diario.

### Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 43,2% (19) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 27,3% (12) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 13,6% (6) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 9.

9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA FREC.	SINTOMA FRE. RE	GRADO DE GRAVED	SINTOMA GRAVE.	SINTOMA GRA. RELA
	NUNCA	4		9,1	NADA
A VECES	20	45,5	LEVE	18	40,9
2-3 VECES	9	20,5	MODERADA	12	27,3
4-6	6	13,6	MARCA	7	15,9
A DIARIO	5	11,4	EXTERMINA	4	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

### Interpretación

#### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 9,1% (4) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 45,5% (20) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 20,5% (9) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por semana, el 13,6% (6) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 11,4% (5) manifestaron presentar el síntoma a diario.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 40,9% (18) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 27,3% (12) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

Tabla 10.

10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA FREC.	SINTOMA FRE. RE	GRADO DE GRAVED	SINTOMA GRAVE.	SINTOMA GRA. RELA
	NUNCA	4		9,1	NADA
A VECES	23	52,3	LEVE	19	43,2
2-3 VECES	7	15,9	MODERA DA	11	25,0
4-6	6	13,6	MARCA	6	13,6
A DIARIO	4	9,1	EXTERM A	3	6,8
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

Interpretación

Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 9,1% (4) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 52,3% (23) manifestaron a veces presentar el

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



síntoma, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por semana, el 13,6% (6) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma a diario.

## Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 43,2% (19) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 25,0% (11) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 13,6% (6) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 6,8% (3) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

Tabla 11.

11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?

<b>GRADO DE FRECUE</b>	<b>SINTOMA FREC.</b>	<b>SINTOMA FRE. RE</b>	<b>GRADO DE GRAVED</b>	<b>SINTOMA GRAVE.</b>	<b>SINTOMA GRA. RELA</b>
	<b>NUNCA</b>	4		9,1	<b>NADA</b>
<b>A VECES</b>	19	43,2	<b>LEVE</b>	19	43,2
<b>2-3 VECES</b>	10	22,7	<b>MODERA DA</b>	11	25,0
<b>4-6</b>	7	15,9	<b>MARCA</b>	4	9,1
<b>A DIARIO</b>	4	9,1	<b>EXTERM A</b>	5	11,4
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## Interpretación

### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 9,1% (4) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 43,2% (19) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 22,7% (10) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por semana, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma a diario.

### Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 43,2% (19) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 25,0% (11) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 11,4% (5) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 12.

GRADO DE FRECUE	SINTOMA	SINTOMA	GRADO DE GRAVED	SINTOMA	SINTOMA
	FREC.	FRE. RE		GRAVE.	GRA. RELA
NUNCA	4	9,1	NADA	5	11,4
A VECES	20	45,5	LEVE	24	54,5
2-3 VECES	10	22,7	MODERADA	7	15,9
4-6	6	13,6	MARCA	6	13,6
A DIARIO	4	9,1	EXTERMINA	2	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

#### Interpretación

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 9,1% (4) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 45,5% (20) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 22,7% (10) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por semana, el 13,6% (6) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma a diario.

#### Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 54,5% (24) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 13,6% (6)

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 4,5% (2) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

Tabla 13.

13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA	SINTOMA	GRADO DE GRAVED	SINTOMA	SINTOMA
	FREC.	FRE. RE		GRAVE.	GRA. RELA
NUNCA	2	4,5	NADA	3	6,8
A VECES	28	63,6	LEVE	26	59,1
2-3 VECES	7	15,9	MODERADA	8	18,2
4-6	4	9,1	MARCA	3	6,8
A DIARIO	3	6,8	EXTERMA	4	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

Interpretación

Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 4,5% (2) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 63,6% (28) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por semana, el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 6,8% (3) manifestaron presentar el síntoma a diario.

Gravedad

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 59,1% (26) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 18,2% (8) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 6,8% (3) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

Tabla 14.

14 ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA	SINTOMA	GRADO DE GRAVED	SINTOMA	SINTOMA
	FREC.	FRE. RE		GRAVE.	GRA. RELA
NUNCA	2	4,5	NADA	4	9,1
A VECES	18	40,9	LEVE	16	36,4
2-3 VECES	11	25,0	MODERA DA	13	29,5
4-6	8	18,2	MARCA	8	18,2
A DIARIO	5	11,4	EXTERM A	3	6,8
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

Interpretación

Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 4,5% (2) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 40,9% (18) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 25,0% (11) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



semana, el 18,2% (8) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 11,4% (5) manifestaron presentar el síntoma a diario.

## Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 36,4% (16) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 29,5% (13) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 18,2% (8) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 6,8% (3) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

Tabla 15.

15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?

<b>GRADO DE FRECUE</b>	<b>SINTOMA</b>	<b>SINTOMA</b>	<b>GRADO DE GRAVED</b>	<b>SINTOMA</b>	<b>SINTOMA</b>
	<b>FREC.</b>	<b>FRE. RE</b>		<b>GRAVE.</b>	<b>GRA. RELA</b>
<b>NUNCA</b>	3	6,8	<b>NADA</b>	3	6,8
<b>A VECES</b>	22	50,0	<b>LEVE</b>	22	50,0
<b>2-3 VECES</b>	13	29,5	<b>MODERA DA</b>	8	18,2
<b>4-6</b>	4	9,1	<b>MARCA</b>	4	9,1
<b>A DIARIO</b>	2	4,5	<b>EXTERM A</b>	7	15,9
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## Interpretación

### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 6,8% (3) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 50,0% (22) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 29,5% (13) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por semana, el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 4,5% (2) manifestaron presentar el síntoma a diario.

### Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 50,0% (22) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 18,2% (8) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 16

16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido "en guardia"?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA	SINTOMA	GRADO DE GRAVED	SINTOMA	SINTOMA
	FREC.	FRE. RE		GRAVE.	GRA. RELA
NUNCA	2	4,5	NADA	3	6,8
A VECES	16	36,4	LEVE	21	47,7
2-3 VECES	9	20,5	MODERADA	7	15,9
4-6	7	15,9	MARCA	8	18,2
A DIARIO	10	22,7	EXTERMINA	5	11,4
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

#### Interpretación

##### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 4,5% (2) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 36,4% (16) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 20,5% (9) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por semana, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 22,7% (10) manifestaron presentar el síntoma a diario.

##### Gravedad

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 47,7% (21) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 15,9% (7) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 18,2% (8) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 11,4% (5) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

Tabla 17.

17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?

GRADO DE FRECUE	SINTOMA FREC.	SINTOMA FRE. RE	GRADO DE GRAVED	SINTOMA GRAVE.	SINTOMA GRA. RELA
	NUNCA	2		4,5	NADA
A VECES	23	52,3	LEVE	18	40,9
2-3 VECES	12	27,3	MODERA DA	12	27,3
4-6	3	6,8	MARCA	5	11,4
A DIARIO	4	9,1	EXTERM A	6	13,6
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

## Interpretación

### Frecuencia

De las 44 personas que respondieron al cuestionario, el 4,5% (2) manifestaron nunca presentar el síntoma, el 52,3% (23) manifestaron a veces presentar el síntoma, el 27,3% (12) manifestaron presentar el síntoma de 2-3 veces por

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



semana, el 6,8% (3) manifestaron presentar el síntoma de 4-6 veces por semana y el 9,1% (4) manifestaron presentar el síntoma a diario.

## Gravedad

De las 44 personas encuestadas que respondieron al cuestionario, el 40,9% (18) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad leve, el 27,3% (12) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad moderado, el 11,4% (5) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad marca y el 13,6% (6) manifestaron presentar el síntoma con una gravedad Extrema.

## RESULTADOS POR CRITERIOS

Tabla 18

Criterio B (reexperimentacion recuerdos intrusivos del trauma)

	Nunca	A veces	2-3 veces	4-6 veces	a diario	Total
<b>Pregunta N 1</b>	1	15	10	9	9	44
<b>Pregunta N 2</b>	7	21	8	5	3	44
<b>Pregunta N 3</b>	3	17	13	4	7	44
<b>Pregunta N 4</b>	3	22	8	7	4	44
<b>Pregunta N 17</b>	2	23	12	3	4	44
<b>Total</b>	16	98	51	28	27	220
<b>Porcentaje</b>	7,27	44,55	23,18	12,73	12,27	100

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del magdalena, Programa de Enfermería, 2014

## Interpretación

Para el criterio B, el 7,27%, es decir (3) de las personas que respondieron el cuestionario, no presentan ninguno de los síntomas de reexperimentación. El otro 92% es decir (41) personas, presentan los síntomas de reexperimentación, (el 44,5%, con (19) personas presentan los síntomas a veces, el 23,18% con (11)

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



personas lo presentan de 2-3 veces por semana, el 12,73% con (6) personas lo presentan entre 4-6 veces por semana y el 12,27% con (5) personas, presentan los síntomas de una manera severa.

Tabla 19

Criterio C (evitación y entumecimiento)

	Nunca	A veces	2-3 veces	4-6 veces	a diario	Total
<b>Pregunta N 5</b>	2	25	6	6	5	44
<b>Pregunta N 6</b>	4	22	8	7	3	44
<b>Pregunta N 7</b>	4	18	10	4	8	44
<b>Pregunta N 8</b>	3	23	7	4	7	44
<b>Pregunta N 9</b>	4	20	9	6	5	44
<b>Pregunta N 10</b>	4	23	7	6	4	44
<b>Pregunta N 11</b>	4	19	10	7	4	44
<b>Total</b>	25	150	57	40	36	308
<b>Porcentaje</b>	8,12	48,70	18,51	12,99	11,69	100

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.

Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

## Interpretación

Para el criterio C, el 8,12%, es decir (4) de las personas que respondieron el cuestionario, no presentan ninguno de los síntomas de evitación y entumecimiento. El otro 91,8% es decir (40) personas, si presentan síntomas de evitación y entumecimiento, el 48,7%, con (21) personas presentan los síntomas a veces, el 18,51%, con (8) personas presentan los síntomas de 2-3 veces por semana, el 12,99% con (6) personas lo presentaron entre 4-6 veces por semana y el 11,69% con (5) personas, presentaron los síntomas de una manera severa.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Tabla 20

Criterio D (Hiperactividad)

	Nunca	A veces	2-3 veces	4-6 veces	a diario	Total
<b>Pregunta N 12</b>	4	20	10	6	4	44
<b>Pregunta N 13</b>	2	28	7	4	3	44
<b>Pregunta N 14</b>	2	18	11	8	5	44
<b>Pregunta N 15</b>	3	22	13	4	2	44
<b>Pregunta N 16</b>	2	16	9	7	10	44
<b>Total</b>	13	104	50	29	24	220
<b>Porcentaje</b>	5,91	47,27	22,73	13,18	10,91	100

Fuente: Cuestionario Escala de Síntomas de Davidson, aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de grado.  
Universidad del Magdalena, Programa de Enfermería, 2014

### Interpretación

Para el criterio D, el 5,91%, es decir (3) de las personas que respondieron el cuestionario, no presentan ninguno de los síntomas de hiperactividad. El otro 94,09% es decir (41) personas, si presentan síntomas de hiperactividad, (el 47,27%, con (21) personas presentan los síntomas a veces, el 22,73%, con (10) personas presentan los síntomas de 2-3 veces por semana, el 13,18% con (6) personas lo presentaron entre 4-6 veces por semana y el 10,91% con (4) personas, presentaron los síntomas de una manera severa.

Al analizar la información obtenida en la evaluación por criterios para el diagnóstico del TEPT, el 7,01% (4) de la población, no presentaba este trastorno, el 81,37%(35) lo presenta de una manera leve-moderada, en cambio el 11,62%(5) de la población, lo presenta de una manera severa.

## INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

### OBJETIVO ESPECIFICO 2

Tabla 21.

1. ¿Lo ocurrido se debe a mi manera de actuar?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	24	54,5
<b>Muy en Desacuerdo</b>	5	11,4
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	3	6,8
<b>Indiferente</b>	6	13,6
<b>Levemente de Acuerdo</b>	2	4,5
<b>Muy de Acuerdo</b>	0	0,0
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	4	9,1
<b>No Responde</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 24 (54,5%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, lo ocurrido se debe a su manera de actuar. 5 (11,4%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, lo ocurrido se debe a su manera de actuar. 3 (6,8%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, lo ocurrido se debe a su manera de actuar. 6 (13,6%) son indiferentes, en que, lo ocurrido se debe a su manera de actuar. 2 (4,5%) se encuentran levemente de acuerdo en que, lo ocurrido se debe a su manera de actuar. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse muy de acuerdo en que, lo ocurrido se debe a su manera de actuar. 4 (9,1%) se encuentran totalmente de acuerdo en que, lo ocurrido se debe a su manera de actuar.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Tabla 22.

2. ¿No puedo confiar en que haré lo debido?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	19	43,2
<b>Muy en Desacuerdo</b>	3	6,8
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	4	9,1
<b>Indiferente</b>	6	13,6
<b>Levemente de Acuerdo</b>	0	0,0
<b>Muy de Acuerdo</b>	5	11,4
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	6	13,6
<b>No Responde</b>	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación. Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 19 (43,2%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, no pueden confiar en que harán lo debido. 3 (6,8%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, no pueden confiar en que harán lo debido. 4 (9,1%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, no pueden confiar en que harán lo debido. 6 (13,6%) son indiferentes, en que, no pueden confiar en que harán lo debido. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse levemente de acuerdo, en que, no pueden confiar en que harán lo debido. 5 (11,4%) se encuentran muy de acuerdo en que, no pueden confiar en que harán lo debido. 6 (13,6%) se encuentran totalmente de acuerdo en que, no pueden confiar en que harán lo debido. 1 (2.3%) no responden a la premisa.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 23.

3. ¿Soy una persona débil?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	19	43,2
Muy en Desacuerdo	5	11,4
Levemente en Desacuerdo	4	9,1
Indiferente	8	18,2
Levemente de Acuerdo	5	11,4
Muy de Acuerdo	1	2,3
Totalmente de Acuerdo	2	4,5
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 19 (43,2%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, son una persona débil. 5 (11,4%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, son una persona débil. 4 (9,1%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, son una persona débil. 8 (18,2%) son indiferentes, en que, son una persona débil. 5 (11,4%) se encuentran levemente de acuerdo, en que, son una persona débil. 1 (2,3%) se encuentra muy de acuerdo, en que es una persona débil. 2 (4,5%) se encuentran totalmente de acuerdo, en que, son una persona débil.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 24.

4. ¿No soy capaz de controlar mi ira y podría hacer cosas terribles?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	28	63,6
Muy en Desacuerdo	4	9,1
Levemente en Desacuerdo	6	13,6
Indiferente	5	11,4
Levemente de Acuerdo	0	0,0
Muy de Acuerdo	0	0,0
Totalmente de Acuerdo	1	2,3
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 28 (63,6%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, no son capaces de controlar su ira y podrían hacer cosas terribles. 4 (9,1%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, no son capaces de controlar su ira y podrían hacer cosas terribles. 6 (13,6%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, no son capaces de controlar su ira y podrían hacer cosas terribles. 5 (11,4%) son indiferentes a la premisa. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse levemente de acuerdo y muy de acuerdo, en que, no son capaces de controlar su ira y podrían hacer cosas terribles. 1 (2,3%) se encuentra totalmente de acuerdo en que, no es capaz de controlar su ira y podría hacer cosas terribles.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Tabla 25.

5. ¿No me siento capaz de enfrentarme ni siquiera al más leve contratiempo?.

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	19	43,2
Muy en Desacuerdo	6	13,6
Levemente en Desacuerdo	5	11,4
Indiferente	6	13,6
Levemente de Acuerdo	2	4,5
Muy de Acuerdo	0	0,0
Totalmente de Acuerdo	5	11,4
No Responde	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 19 (43,2%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, no se sienten capaces de enfrentarse ni siquiera al más leve contratiempo. 6 (13,6%) se encuentran muy en desacuerdo en que, no se sienten capaces de enfrentarse ni siquiera al más leve contratiempo. 5 (11,4%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, no se sienten capaces de enfrentarse ni siquiera al más leve contratiempo. 6 (13,6%) son indiferentes, en que, no se sienten capaces de enfrentarse ni siquiera al más leve contratiempo. 2 (4,5%) se encuentran levemente de acuerdo en que, no se sienten capaces de enfrentarse ni siquiera al más leve contratiempo. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse muy de acuerdo en que, no se sienten capaces de enfrentarse ni siquiera al más leve contratiempo. 5 (11,4%) se encuentran totalmente de acuerdo en que, no se sienten capaces de enfrentarse ni siquiera al más leve contratiempo. 1 (2,3%) no responde a la premisa.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Tabla 26.

6. ¿Solía ser una persona feliz pero ahora me siento un ser despreciable?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	24	54,5
<b>Muy en Desacuerdo</b>	6	13,6
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	4	9,1
<b>Indiferente</b>	5	11,4
<b>Levemente de Acuerdo</b>	2	4,5
<b>Muy de Acuerdo</b>	3	6,8
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	0	0,0
<b>No Responde</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**INTREPRETACIÓN:** de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 24 (54,4%) se encuentran totalmente en desacuerdo, a la premisa de que, solían ser personas felices pero ahora se sienten seres despreciables. 6 (13,6%) están muy en desacuerdo a la premisa de que, solían ser personas felices pero ahora se sienten seres despreciables. 4 (9,1%) se encuentran levemente en desacuerdo a la premisa de que, solían ser personas felices pero ahora se sienten seres despreciables. 5 (11,4%) son indiferentes a la premisa de que, solían ser personas felices pero ahora se sienten seres despreciables. 2 (4,5%) se encuentran levemente de acuerdo a la premisa de que, solían ser personas felices pero ahora se sienten seres despreciables. 3 (6,8%) se encuentran muy de acuerdo a la premisa de que, solían ser personas felices pero ahora se sienten seres despreciables. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse totalmente de acuerdo con la premisa.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Tabla 27.

7. ¿No se puede confiar en la gente?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	16	36,4
<b>Muy en Desacuerdo</b>	3	6,8
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	0	0,0
<b>Indiferente</b>	7	15,9
<b>Levemente de Acuerdo</b>	2	4,5
<b>Muy de Acuerdo</b>	3	6,8
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	12	27,3
<b>No Responde</b>	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**INTREPRETACIÓN:** de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 16 (36,4%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, no se puede confiar en la gente. 3 (6,8%) se encuentran muy de acuerdo, en que, no se puede confiar en la gente. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse levemente en desacuerdo. 7 (15,9%) son indiferentes en que, no se puede confiar en la gente. 2 (4,5%) se encuentran levemente de acuerdo en que, no se puede confiar en la gente. 3 (6,8%) se encuentran muy de acuerdo en que, no se puede confiar en la gente. 12 (27,3%) se encuentran totalmente de acuerdo en que, no se puede confiar en la gente. 1 (2,3%) no responde a la premisa.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Tabla 28.

8. ¿Tengo que estar en guardia todo el tiempo?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	15	34,1
<b>Muy en Desacuerdo</b>	6	13,6
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	5	11,4
<b>Indiferente</b>	7	15,9
<b>Levemente de Acuerdo</b>	4	9,1
<b>Muy de Acuerdo</b>	1	2,3
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	6	13,6
<b>No Responde</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**INTREPRETACIÓN:** de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 15 (34,1%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, tienen que estar en guardia todo el tiempo. 6 (13,6%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, tienen que estar en guardia todo el tiempo. 5 (11,4%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, tienen que estar en guardia todo el tiempo. 7 (15,9%) son indiferentes, en que, tienen que estar en guardia todo el tiempo. 4 (9,1%) se encuentran levemente de acuerdo, en que, tienen que estar en guardia todo el tiempo. 1 (2,3%) se encuentra muy de acuerdo, en que, tiene que estar en guardia todo el tiempo. 6 (13,6%) se encuentran totalmente de acuerdo, en que, tiene que estar en guardia todo el tiempo.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 29.

9. ¿Me siento muerto por dentro?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	25	56,8
Muy en Desacuerdo	6	13,6
Levemente en Desacuerdo	3	6,8
Indiferente	6	13,6
Levemente de Acuerdo	0	0,0
Muy de Acuerdo	3	6,8
Totalmente de Acuerdo	1	2,3
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 25 (56,8%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, se sienten muertos por dentro. 6 (13,6%) se encuentran muy en desacuerdo en que, se sienten muertos por dentro. 3 (6,8%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, se sienten muertos por dentro. 6 (13,6%) se encuentran indiferentes, a la premisa de que se siente muertos por dentro. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse levemente de acuerdo a la premisa. 3 (6,8%) se encuentran muy de acuerdo, en que, se sienten muertos por dentro. 1 (2,3%) se encuentra totalmente de acuerdo, en que se siente muerto por dentro.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 30.

10. ¿Nunca puedes saber quién te hará daño?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	18	40,9
<b>Muy en Desacuerdo</b>	6	13,6
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	0	0,0
<b>Indiferente</b>	2	4,5
<b>Levemente de Acuerdo</b>	3	6,8
<b>Muy de Acuerdo</b>	5	11,4
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	10	22,7
<b>No Responde</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**INTREPRETACIÓN:** de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 18 (40,9%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, nunca puedes saber quién te hará daño. 6 (13,6%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, nunca puedes saber quién te hará daño. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse levemente en desacuerdo con la premisa. 2 (4,5%) son indiferentes en que, nunca puedes saber quién te hará daño. 3 (6,8%) se encuentran levemente de acuerdo en que, nunca puedes saber quién te hará daño. 5 (11,4%) se encuentran muy de acuerdo en que, nunca puedes saber quién te hará daño. 10 (22,7%) se encuentran totalmente de acuerdo en que, nunca puedes saber quién te hará daño.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 31.

11. ¿Tengo que estar siempre alerta porque no sé qué puede ocurrir?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	10	22,7
Muy en Desacuerdo	6	13,6
Levemente en Desacuerdo	0	0,0
Indiferente	5	11,4
Levemente de Acuerdo	3	6,8
Muy de Acuerdo	5	11,4
Totalmente de Acuerdo	14	31,8
No Responde	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 10 (22,7%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, tienen que estar siempre alerta porque no se sabe que puede ocurrir. 6 (13,6%) se encuentran muy en desacuerdo en que, tienen que estar siempre alerta porque no se sabe que puede ocurrir. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse levemente en desacuerdo, en que, tienen que estar siempre alerta porque no se sabe que puede ocurrir. 5 (11,4%) se encuentran indiferentes en que, tienen que estar siempre alerta porque no se sabe que puede ocurrir. 3 (6,8%) se encuentran levemente de acuerdo, en que, tienen que estar siempre alerta porque no se sabe que puede ocurrir. 5 (11,4%) se encuentran muy de acuerdo, en que, tienen que estar siempre alerta porque no se sabe que puede ocurrir. 14 (31,8%) se encuentran totalmente de acuerdo, en que,

*Eyleen Criado, Angie Mercado, Laura Rodríguez*

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



tienen que estar siempre alerta porque no se sabe que puede ocurrir. 1 (2,3%) no responde a la premisa.

Tabla 32.

12. ¿Me siento una persona incapaz?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	26	59,1
<b>Muy en Desacuerdo</b>	8	18,2
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	4	9,1
<b>Indiferente</b>	3	6,8
<b>Levemente de Acuerdo</b>	0	0,0
<b>Muy de Acuerdo</b>	1	2,3
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	0	0,0
<b>No Responde</b>	2	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 26 (59,1%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, se sienten personas incapaces. 8 (18,2%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, se sienten personas incapaces, 4 (9,1%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que se sienten personas incapaces. 3 (6,8%) se encuentran indiferentes a la premisa. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse levemente de acuerdo. 1 (2,3%) se encuentra muy de acuerdo, en que se siente una persona incapaz. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse totalmente de acuerdo. 2 (4,5%) no responden a la premisa.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 33.

13. ¿No voy a ser capaz de controlar mis emociones y sucederá algo terrible?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	25	56,8
Muy en Desacuerdo	3	6,8
Levemente en Desacuerdo	3	6,8
Indiferente	5	11,4
Levemente de Acuerdo	5	11,4
Muy de Acuerdo	0	0,0
Totalmente de Acuerdo	3	6,8
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 25 (56,8%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, no van a ser capaces de controlar sus emociones y sucederá algo terrible. 3 (6,8%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, no van a ser capaces de controlar sus emociones y sucederá algo terrible. 3 (6,8%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, no van a ser capaces de controlar sus emociones y sucederá algo terrible. 5 (11,4%) se encuentran indiferentes, en que, no van a ser capaces de controlar sus emociones y sucederá algo terrible. 5 (11,4%) se encuentran levemente de acuerdo, en que, no van a ser capaces de controlar sus emociones y sucederá algo terrible. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse muy de acuerdo, en que, no van a ser capaces de controlar sus emociones y sucederá algo terrible. 3 (6,8%) se

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



encuentran totalmente de acuerdo, en que, no van a ser capaces de controlar sus emociones y sucederá algo terrible.

Tabla 34.

14. ¿si pienso en lo que ocurrió, me siento incapaz de enfrentarme a ello?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	24	54,5
<b>Muy en Desacuerdo</b>	5	11,4
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	2	4,5
<b>Indiferente</b>	5	11,4
<b>Levemente de Acuerdo</b>	3	6,8
<b>Muy de Acuerdo</b>	0	0,0
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	5	11,4
<b>No Responde</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 24 (54,4%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que si piensan en lo que ocurrió, se sienten incapaces de enfrentarse a ello. 5 (11,4%) se encuentran muy en desacuerdo, en que si piensan en lo que ocurrió, se sienten incapaces de enfrentarse a ello. 2 (4,5%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que si piensan en lo que ocurrió, se sienten incapaces de enfrentarse a ello. 5 (11,4%) se encuentran indiferentes, en

*Eyleen Criado, Angie Mercado, Laura Rodríguez*

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



que si piensan en lo que ocurrió, se sienten incapaces de enfrentarse a ello. 3 (6,8%) se encuentran levemente de acuerdo, en que si piensan en lo que ocurrió, se sienten incapaces de enfrentarse a ello. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse muy de acuerdo, en que si piensan en lo que ocurrió, se sienten incapaces de enfrentarse a ello. 5 (11,4%) se encuentran totalmente de acuerdo, en que si piensan en lo que ocurrió, se sienten incapaces de enfrentarse a ello.

**Tabla 35.**

15. ¿Lo que me ha ocurrido se debe al tipo de persona que soy?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	25	56,8
<b>Muy en Desacuerdo</b>	5	11,4
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	3	6,8
<b>Indiferente</b>	5	11,4
<b>Levemente de Acuerdo</b>	1	2,3
<b>Muy de Acuerdo</b>	1	2,3
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	4	9,1
<b>No Responde</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 25 (56,8%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, lo que les ha ocurrido se debe al tipo de persona que son. 5 (11,4%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, lo que les ha ocurrido se debe al tipo de persona que son. 3 (6,8%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, lo que les ha ocurrido se debe al tipo de persona que son. 5 (11,4%) se encuentran indiferentes, en que, lo que les ha ocurrido se debe al tipo de persona que son. 1 (2,3%) se encuentra levemente de acuerdo, en que, lo que le ha

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



ocurrido se debe al tipo de persona que es. 1 (2,3%) se encuentra muy de acuerdo, en que, lo que le ha ocurrido se debe al tipo de persona que es. 4(9,1%) se encuentran totalmente de acuerdo, en que, lo que les ha ocurrido se debe al tipo de persona que son.

Tabla 36.

16. Mis reacciones desde que sucedió me hacen pensar que me estoy volviendo loco

<b>GRADO DE ACUERDOS</b>	<b>FRECUENCIA CONFORMIDAD</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD</b>
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	28	63,6
<b>Muy en Desacuerdo</b>	8	18,2
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	0	0,0
<b>Indiferente</b>	4	9,1
<b>Levemente de Acuerdo</b>	2	4,5
<b>Muy de Acuerdo</b>	0	0,0
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	2	4,5
<b>No Responde</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014

**INTREPRETACIÓN:** de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 28 (63,6%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, sus reacciones desde que sucedió los hacen pensar que se están volviendo locos. 8 (18,2%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, sus reacciones desde que sucedió los hacen pensar que se están volviendo locos. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse levemente en desacuerdo, en que, sus reacciones desde que sucedió los hacen pensar que se

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



están volviendo locos. 4 (9,1%) se encuentran indiferentes, en que, sus reacciones desde que sucedió los hacen pensar que se están volviendo locos. 2 (4,5%) se encuentran levemente de acuerdo, en que, sus reacciones desde que sucedió los hacen pensar que se están volviendo locos. No hubo respuesta alguna por parte de las personas en encontrarse muy de acuerdo con la premisa. 2 (4,5%) se encuentran totalmente de acuerdo, en que, sus reacciones desde que sucedió los hacen pensar que se están volviendo locos.

Tabla 37.

17. ¿Nunca volveré a sentir emociones normales?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	23	52,3
<b>Muy en Desacuerdo</b>	6	13,6
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	4	9,1
<b>Indiferente</b>	7	15,9
<b>Levemente de Acuerdo</b>	1	2,3
<b>Muy de Acuerdo</b>	1	2,3
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	1	2,3
<b>No Responde</b>	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014

**INTREPRETACIÓN:** de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 23 (52,3%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, nunca volverán a sentir emociones normales. 6 (13,6%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, nunca volverán a sentir emociones normales. 4 (9,1%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, nunca volverán a sentir emociones normales. 7 (15,9%) se encuentran indiferentes, en

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



que, nunca volverán a sentir emociones normales. 1(2,3%) se encuentra levemente de acuerdo, en que nunca volverá a sentir emociones normales. 1(2,3%) se encuentra muy de acuerdo, en que nunca volverá a sentir emociones normales. 1(2,3%) se encuentra totalmente de acuerdo, en que nunca volverá a sentir emociones normales. 1(2,3%) no responde a la premisa, en que, nunca volverá a sentir emociones normales.

Tabla 38.

18. ¿El mundo es un lugar peligroso?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA CONFORMIDAD	FRECUENCIA RELATIVA CONFORMIDAD
<b>Totalmente en Desacuerdo</b>	17	38,6
<b>Muy en Desacuerdo</b>	6	13,6
<b>Levemente en Desacuerdo</b>	3	6,8
<b>Indiferente</b>	4	9,1
<b>Levemente de Acuerdo</b>	2	4,5
<b>Muy de Acuerdo</b>	4	9,1
<b>Totalmente de Acuerdo</b>	8	18,2
<b>No Responde</b>	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014

INTREPRETACIÓN: de las 44 personas que responden al inventario de cogniciones postraumáticas, muestra que 17 (38,6%) se encuentran totalmente en desacuerdo, en que, el mundo es un lugar peligroso. 6 (13,6%) se encuentran muy en desacuerdo, en que, el mundo es un lugar peligroso. 3 (6,8%) se encuentran levemente en desacuerdo, en que, el mundo es un lugar peligroso. 4 (9,1%) se

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



encuentran indiferentes, en que, el mundo es un lugar peligroso. 2 (4,5%) se encuentran levemente de acuerdo, en que, el mundo es un lugar peligroso. 4 (18,2%) se encuentran muy de acuerdo, en que, el mundo es un lugar peligroso. 8 (18,2%) se encuentran totalmente de acuerdo, en que, el mundo es un lugar peligroso.

Tabla 39

19. ¿Alguien tendrá que haber evitado lo que sucedió?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	18	40,9
Muy en Desacuerdo	0	0,0
Levemente en Desacuerdo	3	6,8
Indiferente	6	13,6
Levemente de Acuerdo	3	6,8
Muy de Acuerdo	3	6,8
Totalmente de Acuerdo	9	20,5
No Responde	2	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **18** personas equivalente al **(40.9%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa de que

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



alguien tendría que haber evitado lo que sucedió , **(0%)** no hubo respuesta alguna por parte de las personas con encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa de que alguien tendría que haber evitado lo que sucedió, **3 (6.8%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa de que alguien tendría que haber evitado lo que sucedió; **6 (13.6%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa de que alguien tendría que haber evitado lo que sucedió; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa de que alguien tendría que haber evitado lo que sucedió; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa de que alguien tendría que haber evitado lo que sucedió ; **9 (20.5%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa de que alguien tendría que haber evitado lo que sucedió y **2 (4.5%)** no responden a la premisa alguien tendría que haber evitado lo que sucedió.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 40

10. ¿He cambiado para mal?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	24	54,5
Muy en Desacuerdo	5	11,4
Levemente en Desacuerdo	4	9,1
Indiferente	5	11,4
Levemente de Acuerdo	2	4,5
Muy de Acuerdo	0	0,0
Totalmente de Acuerdo	4	9,1
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **24** personas equivalente al **(54.5%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa he cambiado para mal, **5 (22.4%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa he cambiado para mal, **4 (9.1%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa de he cambiado para mal; **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa he cambiado para mal; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa he cambiado para mal; **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa he cambiado para mal;

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



4 (9.1%) manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa he cambiado para mal y (0%) no responden a la premisa he cambiado para mal.

Tabla 41

11. ¿Me siento como un objeto, no como una persona?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	25	56,8
Muy en Desacuerdo	6	13,6
Levemente en Desacuerdo	4	9,1
Indiferente	3	6,8
Levemente de Acuerdo	2	4,5
Muy de Acuerdo	1	2,3
Totalmente de Acuerdo	3	6,8
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **25** personas equivalente al **(56.8%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me siento como un objeto, no como una persona, **6 (13.6%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me siento como un objeto, no

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



como una persona, **4 (9.1%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me siento como un objeto, no como una persona; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Me siento como un objeto, no como una persona ; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Me siento como un objeto, no como una persona ; **1 (2.3%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Me siento como un objeto, no como una persona ; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa y **(0%)** no responden a la premisa Me siento como un objeto, no como una persona.

Tabla 42

22. ¿Cualquier otro hubiera evitado este suceso?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	15	34,1
Muy en Desacuerdo	6	13,6
Levemente en Desacuerdo	4	9,1
Indiferente	7	15,9
Levemente de Acuerdo	1	2,3
Muy de Acuerdo	0	0,0
Totalmente de Acuerdo	10	22,7
No Responde	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **15** personas equivalente al **(34.1%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Cualquier otro hubiera evitado este suceso , **6 (13.6%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Cualquier otro hubiera evitado este suceso , **4 (9.1%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Cualquier otro hubiera evitado este suceso ; **7 (15.9%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Cualquier otro hubiera evitado este suceso ; **1 (2.3%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Cualquier otro hubiera evitado este suceso ; **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Cualquier otro hubiera evitado este suceso; **10 (22.7%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Cualquier otro hubiera evitado este suceso y **1 (2.3%)** no responden a la premisa Cualquier otro hubiera evitado este suceso.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 43:

23. ¿No puedo confiar en la gente?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	12	27,3
Muy en Desacuerdo	3	6,8
Levemente en Desacuerdo	4	9,1
Indiferente	6	13,6
Levemente de Acuerdo	5	11,4
Muy de Acuerdo	5	11,4
Totalmente de Acuerdo	9	20,5
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **12** personas equivalente al **(27.3%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en la gente, **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en la gente, **4 (9.1%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en la gente; **6 (13.6%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa No puedo confiar en la gente; **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en la gente; **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en la gente; **9 (20.5%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en la gente y **(0%)** no responden a la premisa No puedo confiar en la gente.

Tabla 44

24. ¿Me siento aislado y al margen de los otros?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	25	56,8
Muy en Desacuerdo	5	11,4
Levemente en Desacuerdo	0	0,0
Indiferente	4	9,1
Levemente de Acuerdo	4	9,1
Muy de Acuerdo	5	11,4
Totalmente de Acuerdo	1	2,3
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **25** personas equivalente al **(56.8%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me

*Eyleen Criado, Angie Mercado, Laura Rodríguez*

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



siento aislado y al margen de los otros , **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me siento aislado y al margen de los otros , **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me siento aislado y al margen de los otros ; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Me siento aislado y al margen de los otros; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Me siento aislado y al margen de los otros; **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Me siento aislado y al margen de los otros; **1 (2.3%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Me siento aislado y al margen de los otros y **(0%)** no responden a la premisa he cambiado para mal.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 45

25. ¿No tengo futuro?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	25	56,8
Muy en Desacuerdo	5	11,4
Levemente en Desacuerdo	6	13,6
Indiferente	2	4,5
Levemente de Acuerdo	2	4,5
Muy de Acuerdo	1	2,3
Totalmente de Acuerdo	3	6,8
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **25** personas equivalente al **(56.8%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No tengo futuro, **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa No tengo futuro, **6 (13.6%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No tengo futuro ; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa No tengo futuro; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa No

*Eyleen Criado, Angie Mercado, Laura Rodríguez*

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



tengo futuro; **1 (2.3%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa No tengo futuro; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa No tengo futuro y **(0%)** no responden a la premisa No tengo futuro.

Tabla 46

26 ¿No puedo evitar que me sucedan cosas malas?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	16	36,4
Muy en Desacuerdo	3	6,8
Levemente en Desacuerdo	0	0,0
Indiferente	11	25,0
Levemente de Acuerdo	0	0,0
Muy de Acuerdo	5	11,4
Totalmente de Acuerdo	9	20,5
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **16** personas equivalente al **(36.4%)**

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo evitar que me sucedan cosas malas , **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo evitar que me sucedan cosas malas , **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo evitar que me sucedan cosas malas; **11 (25.0%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa No puedo evitar que me sucedan cosas malas ; **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo evitar que me sucedan cosas malas; **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo evitar que me sucedan cosas malas; **9 (20.5%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo evitar que me sucedan cosas malas y **(0%)** no responden a la premisa No puedo evitar que me sucedan cosas malas.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 47

27. ¿La gente no es lo que parece?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	6	13,6
Muy en Desacuerdo	4	9,1
Levemente en Desacuerdo	6	13,6
Indiferente	7	15,9
Levemente de Acuerdo	5	11,4
Muy de Acuerdo	2	4,5
Totalmente de Acuerdo	14	31,8
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **6** personas equivalente al **(13.6%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa La gente no es lo que parece, **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa La gente no es lo que parece, **6 (13.6%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa La gente no es lo que parece; **7 (15.9%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



respecto a la premisa La gente no es lo que parece; **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa La gente no es lo que parece; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa La gente no es lo que parece ; **14 (31.8%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa La gente no es lo que parece y **(0%)** no responden a la premisa La gente no es lo que parece.

Tabla 48

28. ¿Mi vida ha quedado destrozada?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	18	40,9
Muy en Desacuerdo	5	11,4
Levemente en Desacuerdo	7	15,9
Indiferente	10	22,7
Levemente de Acuerdo	0	0,0
Muy de Acuerdo	0	0,0
Totalmente de Acuerdo	3	6,8
No Responde	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

## *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **18** personas equivalente al **(54.5%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Mi vida ha quedado destrozada, **5 (22.4%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Mi vida ha quedado destrozada, **7 (15.9%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Mi vida ha quedado destrozada; **10 (22.7%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Mi vida ha quedado destrozada; **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Mi vida ha quedado destrozada; **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Mi vida ha quedado destrozada; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Mi vida ha quedado destrozada y **1 (2.3%)** no responden a la premisa Mi vida ha quedado destrozada.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 49

29. ¿Algo falta en mí como persona?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	<b>CONFORMIDAD</b>	<b>CONFORMIDAD</b>
Totalmente en Desacuerdo	20	45,5
Muy en Desacuerdo	4	9,1
Levemente en Desacuerdo	4	9,1
Indiferente	9	20,5
Levemente de Acuerdo	4	9,1
Muy de Acuerdo	1	2,3
Totalmente de Acuerdo	2	4,5
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **20** personas equivalente al **(45.5%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Algo falta en mí como persona, **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Algo falta en mí como persona, **4 (9.1%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Algo falta en mí como persona; **9 (20.5%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Algo falta en mí como persona; **4 (9.1%)** manifestaron

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Algo falta en mí como persona; **1 (2.3%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Algo falta en mí como persona; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Algo falta en mí como persona y **(0%)** no responden a la premisa Algo falta en mí como persona.

Tabla 50.

30. ¿Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	25	56,8
Muy en Desacuerdo	4	9,1
Levemente en Desacuerdo	3	6,8
Indiferente	6	13,6
Levemente de Acuerdo	0	0,0
Muy de Acuerdo	2	4,5
Totalmente de Acuerdo	4	9,1
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **25** personas equivalente al **(54.5%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador, **4 (9.1%)**

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador , **3 (6.8%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador, **6 (13.6%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador; **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador y **(0%)** no responden a la premisa Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 51

31. ¿hay algo dentro de mí que provocó el suceso?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	22	50,0
Muy en Desacuerdo	4	9,1
Levemente en Desacuerdo	3	6,8
Indiferente	4	9,1
Levemente de Acuerdo	2	4,5
Muy de Acuerdo	4	9,1
Totalmente de Acuerdo	4	9,1
No Responde	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **22** personas equivalente al **(54.5%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Hay algo dentro de mí que provocó el suceso, **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Hay algo dentro de mí que provocó el suceso, **3 (6.8%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Hay algo dentro de mí que provocó el suceso; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Hay algo dentro de mí que provocó el suceso; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Levemente de**

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**Acuerdo** con respecto a la premisa Hay algo dentro de mí que provocó el suceso; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Hay algo dentro de mí que provocó el suceso ; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Hay algo dentro de mí que provocó el suceso y **1 (2.3%)** no responden a la premisa Hay algo dentro de mí que provocó el suceso.

Tabla 52

32. ¿No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	18	40,9
Muy en Desacuerdo	3	6,8
Levemente en Desacuerdo	3	6,8
Indiferente	4	9,1
Levemente de Acuerdo	3	6,8
Muy de Acuerdo	3	6,8
Totalmente de Acuerdo	10	22,7
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **18** personas equivalente al **(40.9%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



apartarlos, **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos, **3 (6.8%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos; **4(9.1%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos; **10 (22.7%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos y **(0%)** no responden a la premisa No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 53:

33. ¿me siento como si ya no supiera quién soy?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	22	50,0
Muy en Desacuerdo	6	13,6
Levemente en Desacuerdo	4	9,1
Indiferente	5	11,4
Levemente de Acuerdo	4	9,1
Muy de Acuerdo	0	0,0
Totalmente de Acuerdo	3	6,8
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **22** personas equivalente al **(50.0%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me siento como si ya no supiera quien soy, **6 (13.6%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me siento como si ya no supiera quien soy, **4 (9.1%)** se encuentran **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Me siento como si ya no supiera quien soy; **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Me siento como si ya no

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



supiera quien soy; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Me siento como si ya no supiera quien soy; **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Me siento como si ya no supiera quien soy; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Me siento como si ya no supiera quien soy y **(0%)** no responden a la premisa Me siento como si ya no supiera quien soy.

Tabla 54

34. ¿Nunca sabes cuándo pasará algo terrible?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	10	22,7
Muy en Desacuerdo	0	0,0
Levemente en Desacuerdo	0	0,0
Indiferente	4	9,1
Levemente de Acuerdo	6	13,6
Muy de Acuerdo	5	11,4
Totalmente de Acuerdo	18	40,9
No Responde	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **10** personas equivalente al **(22.7%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Nunca sabes cuándo pasará algo terrible, **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Nunca sabes cuándo pasará algo terrible, **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Nunca sabes cuándo pasará algo terrible; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Nunca sabes cuándo pasará algo terrible; **6 (13.6%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Nunca sabes cuándo pasará algo terrible; **5(11.4%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Nunca sabes cuándo pasará algo terrible; **18 (40.9%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Nunca sabes cuándo pasará algo terrible y **1 (2.3%)** no responden a la premisa Nunca sabes cuándo pasará algo terrible.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Tabla 55:

35. ¿No puedo confiar en mí mismo?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	20	45,5
Muy en Desacuerdo	5	11,4
Levemente en Desacuerdo	0	0,0
Indiferente	6	13,6
Levemente de Acuerdo	3	6,8
Muy de Acuerdo	2	4,5
Totalmente de Acuerdo	7	15,9
No Responde	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **20** personas equivalente al **(45.5%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en mí mismo, **5 (11.4%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en mí mismo, **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en mí mismo; **6 (13.6%)** manifestaron encontrarse

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**Indiferentes** con respecto a la premisa No puedo confiar en mí mismo; **3 (6.8%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en mí mismo; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en mí mismo; **7 (15.9%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa No puedo confiar en mí mismo y **1 (2.3%)** no responden a la premisa No puedo confiar en mí mismo.

Tabla 56:

36. ¿Nada bueno puede pasarme en el futuro?

GRADO DE ACUERDOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
	CONFORMIDAD	CONFORMIDAD
Totalmente en Desacuerdo	26	59,1
Muy en Desacuerdo	4	9,1
Levemente en Desacuerdo	0	0,0
Indiferente	4	9,1
Levemente de Acuerdo	2	4,5
Muy de Acuerdo	0	0,0
Totalmente de Acuerdo	8	18,2
No Responde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



**Interpretación:** De las 44 personas que responden al instrumento Inventario de Cogniciones Postraumática; se encontraron: **26** personas equivalente al **(54.5%)** manifestaron estar **Totalmente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Nada bueno puede pasarme en el futuro, **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Muy en Desacuerdo** con respecto a la premisa Nada bueno puede pasarme en el futuro, **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Levemente en Desacuerdo** con respecto a la premisa Nada bueno puede pasarme en el futuro; **4 (9.1%)** manifestaron encontrarse **Indiferentes** con respecto a la premisa Nada bueno puede pasarme en el futuro; **2 (4.5%)** manifestaron encontrarse **Levemente de Acuerdo** con respecto a la premisa Nada bueno puede pasarme en el futuro; **(0%)** no hubo respuesta en encontrarse **Muy de Acuerdo** con respecto a la premisa Nada bueno puede pasarme en el futuro; **8 (18.2%)** manifestaron encontrarse **Totalmente de Acuerdo** con respecto a la premisa Nada bueno puede pasarme en el futuro y **(0%)** no responden a la premisa Nada bueno puede pasarme en el futuro.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## RESULTADOS POR CRITERIOS

**Tabla 57**

Cogniciones Negativas acerca de si mismo

	1	2	3	4	5	6	7	No Responde	
Pregunta N 2	19	3	4	6	0	5	6	1	44
Pregunta N 3	19	5	4	8	5	1	2	0	44
Pregunta N 4	28	4	6	5	0	0	1	0	44
Pregunta N 5	19	6	5	6	2	0	5	1	44
Pregunta N 6	24	6	4	5	2	3	0	0	44
Pregunta N 9	25	6	3	6	0	3	1	0	44
Pregunta N 12	26	8	4	3	0	1	0	2	44
Pregunta N 13	25	3	3	5	5	0	3	0	44
Pregunta N 14	24	5	2	5	3	0	5	0	44
Pregunta N 17	23	6	4	7	1	1	1	1	44
Pregunta N 20	24	5	4	5	2	0	4	0	44
Pregunta N 21	25	6	4	3	2	1	3	0	44
Pregunta N 25	25	5	6	2	2	1	3	0	44
Pregunta N 28	18	5	7	10	0	0	3	1	44
Pregunta N 29	20	4	4	9	4	1	2	0	44
Pregunta N 30	25	4	3	6	0	2	4	0	44
Pregunta N 33	22	6	4	5	4	0	3	0	44
Pregunta N 35	20	5	0	6	3	2	7	1	44
Pregunta N 36	26	4	0	4	2	0	8	0	44
<b>Total</b>	<b>437</b>	<b>96</b>	<b>71</b>	<b>106</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>61</b>	<b>7</b>	<b>836</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>52,27</b>	<b>11,48</b>	<b>8,49</b>	<b>12,68</b>	<b>4,43</b>	<b>2,51</b>	<b>7,30</b>	<b>0,84</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

### Interpretación

En la valoración del Subcriterios de Cogniciones negativas acerca de si mismo, el 84,92% (37) de los encuestados manifestaron no presentar Cogniciones Negativas acerca de si mismo, solo un el 14,24% (6) de las personas presentaron algún nivel de cogniciones Negativas acerca de sí mismo.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**Tabla 58**

Cogniciones irracionales acerca del mundo

	1	2	3	4	5	6	7	No Responde	
Pregunta N 7	16	3	0	7	2	3	12	1	44
Pregunta N 8	15	6	5	7	4	1	6	0	44
Pregunta N 10	18	6	0	2	3	5	10	0	44
Pregunta N 11	10	6	0	5	3	5	14	1	44
Pregunta N 18	17	6	3	4	2	4	8	0	44
Pregunta N 10	18	0	3	6	3	3	9	2	44
Pregunta N 23	12	3	4	6	5	5	9	0	44
Pregunta N 24	25	5	0	4	4	5	1	0	44
Pregunta N 27	6	4	6	7	5	2	14	0	44
Pregunta N 34	10	0	0	4	6	5	18	1	44
Total	147	39	21	52	37	38	101	5	440
Porcentaje	33,41	8,86	4,77	11,82	8,41	8,64	22,95	1,14	100

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

### Interpretación

En la valoración del Subcriterio de Cogniciones negativas acerca del mundo, el 58,86% (26) de los encuestados manifestaron no presentar Cogniciones Negativas acerca del mundo. EL 40% (17) de las personas presentaron algún nivel de cogniciones Negativas acerca del mundo.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Tabla 59

Cogniciones de autoculpa o punzantes

	1	2	3	4	5	6	7	No Responde	
Pregunta N 1	24	5	3	6	2	0	4	0	44
Pregunta N 15	25	5	3	5	1	1	4	0	44
Pregunta N 16	28	8	0	4	2	0	2	0	44
Pregunta N 22	15	6	4	7	1	0	10	1	44
Pregunta N 26	16	3	0	11	0	5	9	0	44
Pregunta N 31	22	4	3	4	2	4	4	1	44
Pregunta N 32	18	3	3	4	3	3	10	0	44
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>41</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>308</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>48,05</b>	<b>11,04</b>	<b>5,19</b>	<b>13,31</b>	<b>3,57</b>	<b>4,22</b>	<b>13,96</b>	<b>0,65</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Inventario de Cogniciones Postraumáticas; Aplicado a la población en estudio del barrio las Malvinas, para la realización del proyecto de investigación.

Universidad del Magdalena. Programa de Enfermería.2014.

## Interpretación

En la valoración del Subcriterio de Cogniciones de autoculpa o punzante, el 77,59% (34) de los encuestados manifestaron no presentar Cogniciones de autoculpa o punzantes. EL 21,75% (9) de las personas presentaron algún nivel de cogniciones de autoculpa o punzante.

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



Al analizar los resultados del Inventario de Cogniciones Irracionales Postraumáticas por criterios, se evidencia que el mayor porcentaje se encuentra en el criterio de Cogniciones Negativas acerca del Mundo.



## 12. CONCLUSIÓN

Al finalizar la investigación, se obtuvo que el 92,63% de la población estudiada, presentaría algún grado de TEPT, manifestado principalmente con síntomas físicos como sudores, temblores, palpitaciones, mareos o diarrea y todo tipo de alteraciones relacionadas con Hiperactividad, seguido de síntomas de reexperimentación y en menor grado síntomas de evitación y entumecimiento, lo que permite determinar que la población afectada no realiza grandes esfuerzos por evadir pensamientos o situaciones que revivan el evento traumático, ya que el lugar donde viven, es considerada una zona de alto riesgo de inundación en ciertas épocas del año, lo que convierte a la situación estresante en un evento repetitivo, es decir que se tiene conocimiento que va a ocurrir, mas no cuando va a presentar, por lo tanto, las personas constantemente se enfrentan a la idea del evento traumático.

Respecto a la presencia de alteraciones cognitivas irracionales, solo el 25,33% de la población en estudio las presentaba en algún grado, en especial referente al subcriterio de Cogniciones Negativas acerca del Mundo, el cual corresponde cerca de un 40% de la población total, subcriterio que guarda una íntima relación con una de las características principales del TEPT, en la cual se percibe el mundo como un lugar más hostil de lo que en realidad es.



### 13. DISCUSIÓN

Según los resultados del análisis estadístico, por una parte, se concluye que en esta investigación el porcentaje de personas con TEPT es del 92,63%, una cifra superior con relación a estudios similares, a la vez, se puede inferir según lo que sustenta en sus estudios Mendoza et al (2013), acerca de que las consideraciones para el suceso susceptible de experimentarse traumáticamente pueden variar de una población a otra. Otro hecho importante, es el que menciona Corzo & Bohórquez (2009), en su estudio, en el cual muestran la existencia de factores que incrementarían notablemente el riesgo de presentar TEPT, entre estos factores de riesgo se encuentra el sexo, denotando que las mujeres tienen el doble probabilidad de padecer trastornos mentales que los hombres. Esto no solo se evidencia en el estudio de Corzo & Bohórquez, sino en muchas otras investigaciones, que si bien, no presentan prevalencias tan altas en el padecimiento del TEPT, si demuestran que las mujeres tienen una tendencia mayor respecto a la de los hombres de presentar estas alteraciones.

Por otra parte, los resultados obtenidos de los síntomas de TEPT más frecuentemente referidos fueron – de dificultad para iniciar y mantener el sueño, manifestaciones físicas (sudores, temblores, palpitaciones, mareos o diarrea), síntomas de hiperalerta y exagerada activación del sistema nervioso autónomo ante cualquier estímulo, los cuales son muy similares a los obtenidos por **Carbonell & Carvajal (2004)**, en su investigación, quienes trabajaron con una población mixta, en su mayoría hombres, víctimas de asaltos callejeros.

Al continuar con la comparación de los resultados obtenidos en este estudio con otros, se identifica que en la mayoría de las investigaciones, el principal criterio para el diagnóstico del TEPT que se presenta en la población, es el CRITERIO C (evitación y entumecimiento), a diferencia de estos resultados, en esta

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



investigación, el principal criterio era el D (hiperactividad), el cual se puede comparar con un estudio realizado por Rincón & Labrador (2004) en una población de mujeres víctimas de violencia doméstica, en la que los síntomas de hiperactividad se relacionan más con los presentados en nuestra población estudiada.

Los síntomas menos frecuentes son los que se relacionan con el CRITERIO C (evitación y entumecimiento): evitar hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento, dificultad para disfrutar de las cosas, incapacidad de tener sentimientos de tristeza o afecto. Síntomas que concuerdan en gran parte por los obtenidos en la investigación de Rincón & Labrador.

Respecto a los resultados obtenidos del análisis estadístico del Inventario de Cogniciones Irracionales Postraumáticas, se encontró que el 25,33% de la población presentaba algún nivel de alteración en la cognición, el cual es un porcentaje bastante inferior al obtenido de la aplicación de la Escala de Davidson, a la vez, al continuar con el análisis de los datos, el inventario de cogniciones presenta unos subcriterios, los cuales son: Cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y cogniciones de autculpa o punzantes. Estos subcriterios, en muchas de las investigaciones que se tomaron como referencia, son evaluados de manera individual, para lograr determinar si la alteración que el individuo tiene, es en la percepción del mundo o sobre sí mismo.

El Subcriterio que tiene mayor porcentaje, es el de Cogniciones negativas acerca del mundo. Cerca del 40% de la población total, algún nivel de alteración en su percepción del mundo. Los principales ítems con mayor porcentaje fueron: nunca sabes cuándo pasara algo terrible y tengo que estar siempre alerta por que no sé qué me puede ocurrir.

Al realizar una relación entre los resultados obtenidos de la escala de síntomas de Davidson y los del inventario de cogniciones, se logra establecer que solo el 37%

## *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



de las personas que presentaron TEPT, también manifiestan cogniciones irracionales de tipo negativas acerca del mundo, lo que al compararse con la investigación de Blanco (2010), resulta muy similar, ya que, él menciona lo fundamental que es prestar atención a todo aquello que la víctima registra y almacena en su memoria, ya las personas con TEPT va a interpretar el mundo como un lugar más inseguro y peligroso para su vivir.



#### 14. RECOMENDACIONES

- ❖ Siendo la investigación efectuada un ente de valiosa información con respecto al trauma y las cogniciones irracionales en el desarrollo del síndrome de estrés postraumático, sería conveniente la elaboración de programas de intervención de enfermería, que brinden apoyo como elementos fundamentales a la hora de superar eventos traumáticos.
- ❖ Sería de gran aporte al tema trabajado que en próximas investigaciones se indague acerca de la vivencia personalizada de quienes estuviesen expuestas al evento traumático.
- ❖ Considerar aspectos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico, cantidad de veces y duración de la exposición al evento, desarrollo de enfermedad mental en particular trastorno por estrés postraumático
- ❖ Generar propuestas e instrumentación de estrategias individuales y grupales, para realizar apoyo profesional a las personas que han experimentado eventos traumáticos por inundaciones.
- ❖ Dentro de las intervenciones de enfermería un factor fundamental sería el aprovechamiento de la recreación e imaginación tales como actividades lúdicas y físicas, acordes a la necesidad de cada ser humano; convirtiéndose estas estrategias en protectores de la salud mental, como herramienta en el afrontamiento de la realidad.
- ❖ Es importante que se favorezca la participación con entes locales y nacionales como: La Defensa Civil, Cruz Roja, Oficina de Desastres, con el problema de inundaciones en la ciudad de Santa Marta que promuevan un control, registro y seguimiento.
- ❖ Fortalecer las organizaciones comunitarias para así reestructurar la dinámica comunitaria y favorecer la participación de todos en la toma de

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



decisiones que vayan en pro de un mejor bienestar para la comunidad afectada por las inundaciones.

- ❖ A la gobernación del Magdalena en particular direccionado a la alcaldía de Santa Marta donde se promueva la gestión en proyectos de mejoramiento del entorno de las comunidades damnificadas donde se incluyan: Estudios Hidrológicos y estudios de riesgo, donde se permita el acceso a la información de manera oportuna.
- ❖ A la Universidad del Magdalena, seguir gestionando en la comunidad proyectos que apunten a la intervención del trauma y las cogniciones irracionales por exposición a evento traumático como son las inundaciones donde especialmente dichas intervenciones sea con el personal de salud bajo la observación y asesoría de docentes especialistas en salud mental y psiquiatría.



## 15. REFERENCIAS

- ❖ Acosta, D.P., (2013). Estudio Correlacional entre el Bienestar Social, Subjetivo y Psicológico y Afrontamiento Familiar, en Personas Adultas, Damnificadas por el Invierno en la Ciudad De Santa Marta. Universidad Del Norte .Barranquilla. Colombia.
- ❖ Agudelo & Suárez (2009) Inundaciones en Colombia: un desastre que no es natural. Edición: un Periódico Impreso No. 121
- ❖ Aguirre D, Pamela, Cova S, Félix, Domarchi G, Ma. Paz, Garrido C, Carol, Mundaca Ll, Ivania, Rincón G, Paulina, Troncoso V, Pamela, & Vidal S, Paulina. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 48(2), 114-122. Recuperado en 13 de junio de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000300004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000300004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-92272010000300004
- ❖ Alarcón, Renato. (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. Recuperado en 13 de junio de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000600004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-92272002000600004.
- ❖ Alejo, Edgar G., Rueda, Germán, Ortega, Martha, & Orozco, Luis Carlos. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. Universitas Psychologica, 6(3), 623-636. Recuperado em 15 de junho de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672007000300014&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300014&lng=pt&tlng=es)

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



- ❖ Arcos, P.I., Castro, R., Busto, F. (2002). Desastres y salud pública: Un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. *Revista Española de Salud Pública*. v.76 (n.2).
- ❖ Arnosó .M ; Bilbao .M.A; Páez .D. VIOLENCIA COLECTIVA Y CREENCIAS BÁSICAS SOBRE EL MUNDO, LOS OTROS Y EL YO. IMPACTO Y RECONSTRUCCIÓN.
- ❖ Bados.A. (2005). *Trastorno por Estrés Postraumático* Barcelona.
- ❖ Banco Mundial (2013) Colombia: Los desastres del futuro afectarán principalmente a las ciudades. 2014 grupo del Banco Mundial. Reservados todos los derechos reservados
- ❖ Blanco, Amalio. Díaz, Darío. Gaborit, Mauricio & Cañas, José.(2009). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*.42(1), 97-110
- ❖ Calvete & Cardeñoso (1999) Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia
- ❖ Cano. Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad. /Cognition, emotion and personality: a study focused in anxiety*. Madrid: Universidad Complutense. Tesis Doctoral. Capítulo 3: La integración de cognición y emoción. Páginas 222-292.
- .
- ❖ Carbonell, C.G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: clínica y psicoterapia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*.v.40 (Supl. 2). 69-75
- ❖ Carbonell M, Carmen Gloria, & Carvajal A, César. (2004). El trastorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos. *Revista médica de Chile*, 132(7), 832-838. Recuperado en 13 de junio de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-988720040007000008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-988720040007000008&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0034-988720040007
- ❖ Cárcamo, Jaime, Sánchez-Lacay, Arturo, & Lewis-Fernández, Roberto. (2002). El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: el trastorno por estrés postraumático y la recuperación de una ciudad traumatizada. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 86-96. Recuperado en 13 de junio

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000600008&lng=es&tng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600008&lng=es&tng=es). 10.4067/S0717-92272002000600008

- ❖ Caro Monroy, Pamela Paz, & Cova Solar, Félix Mario. (2012). RELACIÓN ENTRE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, AFRONTAMIENTO REPRESIVO Y RUMIACIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CHILENOS. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 121-130. Recuperado en 13 de junio de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000300012&lng=es&tng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300012&lng=es&tng=es). 10.4067/S0717-95532012000300012
- ❖ Carolina Echenique, Lina María Medina, Adria-Rosa Medina, Andrés Ramírez Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo *Psicología desde el Caribe*, núm. 21, junio, 2008, pp. 122-135, Universidad del Norte Colombia
- ❖ Carvajal, Cesar. (2002). Bases neurobiológicas y farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. 40 (2). Recuperado em 15 de junho de 2014
- ❖ Codosero, A (2012). La Evolución de la Teoría Traumática en el Pensamiento Psicoanalítico
- ❖ Cohen, Raquel. & Ahearn, Frederick (1999). Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres. México. Harla, S.A.
- ❖ Contraloría general de la República (2011): seguimiento especial en tiempo real a los recursos destinados a la emergencia. XVI Informe de Auditoría Express (Mayo 2 al 6 de 2011)
- ❖ Corporación Autónoma Regional del Magdalena CORPAMAG (2011): Plan de Acción para la Atención de la Emergencia y Mitigación de sus Efecto-PAAEME
- ❖ Corzo, Paula. & Bohórquez, Adriana. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Revista de Facultad de Medicina*, 17 (1): 14-19.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



Recuperado en 13 de junio de 2014, de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a03.pdf>.

- ❖ Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, Hertzberg M, Mellman T, Beckham JC, Smith RD, Davison RM, Katz R, Feldman ME. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997; 27: 153-60.
- ❖ Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Recuperado el 10 de junio del 2014 en : [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Declaracion\\_Helsinki\\_2013.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Declaracion_Helsinki_2013.pdf)
- ❖ Deymor B. Centty Villafuerte (2010): Clasificación de Dankhe 1986. Manual Metodológico para el Investigador Científico
- ❖ Echeburúa.E ; De Corral.P. ; Amor.P.J. La Resistencia Humana ante los Traumas y el Duelo.
- ❖ Escuela de psicología de la Universidad Latinoamericana (2008). Estrés postraumático.
- ❖ Fierro, A. (1983). ESTRES, AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION. Valencia, ESPAÑA. Promolibro, (pp. 9-38)
- ❖ Flórez, Rogelio. Reyes, Veronica. & Reidl, Lucy. (2012). "Síntomas de estrés postraumático (ept) en periodistas mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico". *Revista Psicología*, 19 (1). Recuperado en 13 de junio de 2014, de:  
[http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-43812012000100001&lng=es&nrm=is&tlng=es](http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812012000100001&lng=es&nrm=is&tlng=es)

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



- ❖ Foa, E.; Ehlers, A.; Clark, D. M.; Tolin, D. F. & Orsillo, S. M. (1999b). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314
- ❖ González-Penagos, Catalina. Moreno-Bedoya, Juan P. Berbesi-Fernández, Dedsy & Segura-Cardona Ángela M. (2013). Factores laborales asociados al riesgo de estrés postraumático en uniformados de un sector de Medellín. *Revista de salud pública*. 15 (3): 335-341. Recuperado en 13 de junio de 2014, de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/30729>
- ❖ González de Rivera y Revuelta, JL. TRASTORNOS ADAPTATIVOS Y DE ESTRES. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000. Citado 18-junio-2014; Conferencia 25-CI-B: [99 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa25/conferencias/25\\_ci\\_b.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa25/conferencias/25_ci_b.htm)
- ❖ Hernández, Fernández y Baptista (2003): metodología de la investigación capítulo III.
- ❖ Laplanche, J. & Pontalis, J-B., (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paidó
- ❖ LEIVA-BIANCHI, Marcelo C. & GALLARDO, Ismael. (2013). Validation of the short posttraumatic stress disorder rating interview (SPRINT-E) in a sample of people affected by F-27 Chilean earthquake and tsunami. *Anal. Psicol*,29(2), 328-334 . Recuperado en 06 de mayo de 2014 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000200004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200004&lng=es&nrm=iso). ISSN 0212-9728. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.130681>.
- ❖ Leys ,R .Freud y el Trauma
- ❖ Macías, M. A. Blanco, A. Madariaga, C. & Abello, Ra. (2008). Estudio correlacional entre el bienestar psicológico, subjetivo y social y el fatalismo, el trauma y las cogniciones irracionales postraumáticas, en personas adultas, desplazadas por la violencia sociopolítica, radicadas en la ciudad de barranquilla. Universidad Del Norte. Barranquilla. Colombia.

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



- ❖ Martínez, N (2013) Estrés. Ateneo. Recuperado En : [Http://Www.wisis.Ufg.Edu.Sv/Www.wisis/Documentos/Te/158.72-H558f/158.72-H558f-Capitulo%20ii.Pdf](http://Www.wisis.Ufg.Edu.Sv/Www.wisis/Documentos/Te/158.72-H558f/158.72-H558f-Capitulo%20ii.Pdf)
- ❖ Mauricio Hernández-Avila, Francisco Garrido-Latorre, Sergio López-Moreno, (2000): Diseño de estudios epidemiológicos.
- ❖ Mendoza Mojica, Sheila Adriana, Márquez Mendoza, Octavio, Guadarrama Guadarrama, Rosalinda, & Ramos Lira, Luciana Esther. (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud mental*, 36(6), 493-503. Recuperado en 13 de junio de 2014, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252013000600007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600007&lng=es&tlng=es)
- ❖ Mesa, R.G. (2003). Los desastres y la experiencia cubana en salud para su prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. V.19 (N. 3).
- ❖ Pineda Marín, Claudia, & López-López, Wilson. (2010). Atención Psicológica Postdesastres: Más que un "Guarda la Calma". Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia psicológica*, 28(2), 155-160. Recuperado en 06 de mayo de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082010000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082010000200003&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-48082010000200003.
- ❖ Moreno, Arturo. Ventura, René. Ortega, Ivonne. Correa, Manuel. Díaz, Jorge. (2006). A propósito de un caso con estrés postraumático en el medio militar. *Revista Cubana Medicina Militar*, 35(2): Recuperado en 13 de junio de 2014 de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000200010&lng=es).
- ❖ Ojeda, Miguel. García, Daylene. (2011). El estrés postraumático, un diagnóstico a tener en cuenta. *Revista Cubana Medicina Militar*, 40(2): 176-181. Recuperado en 13 de junio de 2014: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572011000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000200010&lng=es).

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



- ❖ Orozco, David. Diccionario de definiciones. Recuperado en 5 de Julio de 2014 de :<http://conceptodefinicion.de/recuerdo/>
- ❖ Revista chilena de neuro-psiquiatría (2002): Trastorno por estrés postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina.
- ❖ Rincón, Paz . Labrador, Francisco. Arinero, María & Crespo, Maria. (2004). “Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico” Revista Avances en Psicopatología Latinoamericana. 22, 105-116. . Recuperado en 13 de junio de 2014, de: <file:///C:/Users/Personal/Desktop/antecedentes/efectos%20psicopatologicos%20del%20maltrato.pdf>
- ❖ Rincón, Paz (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense, Madrid.
- ❖ Ruiz, J.J; Imbernón, J.J; Cano, J.J. (1999). Psicoterapia Cognitiva de Urgencia. ESMD-ÚBEDA, 1ª Edición.
- ❖ Sedano, C. K., Carvajal, Y., Ávila, A.J., Análisis de Aspectos que Incrementan el Riesgo de Inundaciones en Colombia. Revista científica luna azul.
- ❖ SEELBACH. G, A. (2012). Teorías de la Personalidad. Estado de México. RED TERCER MILENIO S.C.
- ❖ Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés. (2010). Trastorno por estrés postraumático. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>
- ❖ Thaller, Vlatko. Marusic´, Srdan. Katinic, Krizo. Buljan, Danijel. Golik-Gruber ,Vesna. & Potkonjak, Jelena. (2003). Factores biológicos en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) y Alcoholismo. Eur. J. Psychiat. . 17(2) 88-100. Recuperado em 15 de junho de 2014
- ❖ The University of Chicago Medicine (2014): trastorno de estrés postraumático

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



- ❖ Trejo, B; Trejo , J.(2011). Una revisión del trastorno de estrés postraumático (TEPT).Revista Psicologica.
- ❖ Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40(Supl. 2). ( 8-19)
- ❖ Vallejo, S. Álvaro,R., Terranova, L. M. (2009). Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares. Terapia psicológica.27(1).103-112.
- ❖ Vallejo, Álvaro R. (2011). Cambios Sintomáticos en Policías con Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo. Terapia psicológica, 29(1), 13-23. Recuperado en 13 de junio de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100002&lng=es&lng=es). 10.4067/S0718-48082011000100002.
- ❖ Vásquez, M. T., Reyes, P. J. (2008). Propuesta de Intervención del Psicólogo para Restablecer el Estado Emocional del Individuo ante Momentos de Crisis en Desastres Naturales. Tesis de psicología. Universidad de San Carlos. Guatemala. México
- ❖ Villa (2013) las creencias irracionales según la terapia racional emotiva de Ellis. Attribution Non-commercial.
- ❖ Villalobos, A. (2009). Intervención en crisis en situaciones de desastre: intervención de primera y de segunda instancia. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamerica, (587) 5-13.
- ❖ WZapardie Fernandez, Ana. Balanzat Alonso, Syra. (2009). Manual De Intervención Psicológica Y Social En Víctimas Deterrorismo: 11-M. Españan, Madrid. Asociacion de Ayuda a las Víctimas del 11-M
- ❖ Zalta, Alyson K. Gillihan, Seth J. Fisher, Aaron J. Mintz, Jim. McLean, Carmen P. Yehuda, Rachel. & Foa, Edna B. (2014). Cambio en las cogniciones negativas asociadas con el TEPT predice la reducción de los síntomas en caso de exposición prolongada. Diario de Consultoría y Psicología Clínica. 82 (1), 171-175. Recuperado en 13 de junio de 2014, de: <http://biblioteca.unimagdalena.edu.co:2100/search/results?subaction=viewrecord&rid=7&page=1&L52862694>



# ANEXOS

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



**ANEXO 1**

**CENSO CRUZ ROJA SECCIONAL MAGDALENA 2012**

<b>Nº</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>IDENTIFICACION</b>	<b>DIRECCION</b>	<b>BARRIO</b>	<b>Nº DE INTEGRANTES</b>
1	DORIS BENDOYA ALZATE	40.725.833	CRA 25 # 29B-49	MALVI NAS	4
2	FARIDES VILLAREAL	39.006.296	CRA 25 # 29B-50	MALVI NAS	4
3	MINERVA TORREGROSA ACERO	1.082.858.7 59	CRA 25 # 29B-41	MALVI NAS	2
4	LINDA PUELLO GAMEZ	57.430.315	CRA 25 # 29B-39	MALVI NAS	4
5	JESUS ZAPATA	10.519.585	CRA 25 # 29B-40	MALVI NAS	3
6	ILSE JOSEFINA ATENCIO	57.430.239	CRA 25 # 29B-33	MALVI NAS	11
7	ANDRES GUSTAVO SOTO	17.650.236	CRA 25 # 29B-21	MALVI NAS	4
8	JOSE ELIAS CANTILLO	12.611.670	CRA 25 # 29B-32	MALVI NAS	2
9	MARIA DEL ROSARIO ADARRAGA	36.521.344	CRA 25 # 29B-24	MALVI NAS	11
10	FANNY JIMENEZ ROCHA	57.408.928	CRA 25 # 29B-13	MALVI NAS	3
11	JULIAN GOMEZ NUÑEZ	5.595.464	CRA 25 # 29B-05	MALVI NAS	4
12	FANNY GUZMAN GUERRERO	36.525.643	CRA 25 # 25B-07	MALVI NAS	9
13	ENNA MERIÑO MERIÑO	26.910.709	CRA 25 # 29C-60	MALVI NAS	9
14	AURA PEREZ DE SANCHEZ	27.740.763	CRA 25 # 29C-59	MALVI NAS	4
15	GERARDO DIAZ RIVAS	85.152.140	CRA 25 # 29C-48	MALVI NAS	5
16	JENNY CECILIA PEREZ SANCHEZ	37.334.535	CRA 25 # 29C-49	MALVI NAS	4

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



1			CRA 25 #	MALVI	
7	CLAUDIA LARA ROMERO	22.880.773	29C-41	NAS	2
1			CRA 25 #	MALVI	
8	KATIA ALVAREZ LOPEZ	36.719.692	29C-40	NAS	6
1			CRA 25A #	MALVI	
9	MADELERME MENDOZA	26.883.682	29C-58	NAS	4
2			CRA 25 A #	MALVI	
0	LUISA ISABEL PEREZ	32.620.874	29C-31	NAS	7
2			CRA 25 A #	MALVI	
1	BERLYS VIZCANO	36.725.223	29C-34	NAS	5
2			CRA 25A #	MALVI	
2	SILENE LOPEZ ACOSTA	26.848.401	29C-22	NAS	3
2	ESILDA AYOLA		CRA 25 A	MALVI	
3	FONTALVO	36.545.858	#29C-23	NAS	4
2	ANGELICA VERGARA DE	1.052.079.2	CRA 25A #	MALVI	
4	AVILA	85	29C-14	NAS	3
2			CRA 25 A #	MALVI	
5	SILVIA ALVARADO	39.000.254	29C-15	NAS	2
2			CRA 25A #	MALVI	
6	ANA ELVIRIA SARAVIA	36.532.302	29C-05	NAS	12
2			CALLE 29 C #	MALVI	
7	MARIA TOVIAS CASTRO	23.084.213	29C-04	NAS	6
2	ELIANA PACHECHO	1.082.866.5	CALLE 29 C #	MALVI	
8	TOLEDO	01	25-26	NAS	6
2			CRA 25 A #	MALVI	
9	YUNIS DEL CARMEN	26.733.731	29B-68	NAS	7
3	EMIRIO INCAPIE		CRA 25 A #	MALVI	
0	TORRES		29B-67	NAS	1
3	SARA CASTELLANO		CRA 25 A #	MALVI	
1	CARDENA	33.272.073	29B-59	NAS	6
3		1.082.848.7	CRA 25 A #	MALVI	
2	ELAINE PACHECHO	44	29B-58	NAS	7
3			CRA 25 A #	MALVI	
3	MARITZA MARTINEZ		29B- 48	NAS	4
3			CRA 25 A #	MALVI	
4	ANGELICA BRAVO RIOS	57.432.738	29B-51	NAS	4
3	ELOISA MARIA		CRA 25 A #	MALVI	
5	CHAMORRO ESCOBAR	26.835.222	29B-41	NAS	1
3			CRA 25 A #	MALVI	
6	LUZ MORENO ZULUAGA	57.438.670	29B-40	NAS	9

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



3	MARCOS MANUEL		CRA 25 A #	MALVI	
7	CASTRO	12.586.984	29B-31	NAS	
3	EUCARIS CAMARGO		CRA 25 A #	MALVI	
8	MELENDEZ	36.551.607	29B-32	NAS	6
3			CRA 25 A #	MALVI	
9	ENIT BELTRAN GOMEZ	39.087.408	29B-21	NAS	5
4	ANA MERCEDES		CRA 25 A #	MALVI	
0	MONSALVE	36.550.397	29B- 20	NAS	11
4	MARIA ISABEL PINTO		CRA 25 A #	MALVI	
1	EGUIS	36.536.819	29B-17	NAS	6
4	AMANDA HATUM		CRA 25 A #	MALVI	
2	GALEANO	36.533.617	29B-14	NAS	5
4	MINERVA CORRALES DE		CRA 25 A #	MALVI	
3	CANTILLO	36.545.418	29B-05	NAS	5
4	LOURDES MORENO		CRA 25 A #	MALVI	
4	BALLESTA	26.925.222	29B-04	NAS	6
4			CALLE 29 B	MALVI	
5	ALCIDEZ MEDINA PEREZ	85.465.808	#25-47	NAS	15
4	ABEL ANTONIO RUEDAS		CRA 26 #	MALVI	
6	RUEDAS	5.459.625	29C-60	NAS	8
4			CRA 26 #	MALVI	
7	AIDE PAREJO ROSADO	36.547.686	29C-57	NAS	5
4	CARMEN TORRES		CRA 26 #	MALVI	
8	PEREZ	574.264.689	29C-52	NAS	9
4	PABLO EMILIO NAVARRO		CRA 26 #	MALVI	
9	CASTILLA	7.603.922	29C-49	NAS	18
5			CRA 26 #	MALVI	
0	EDUARDO FONTALVO	7.600.849	29C-42	NAS	6
5			CRA 26 #	MALVI	
1	<b>OLGA ARIAS RUBIO</b>	<b>40.704.460</b>	<b>29C-39</b>	<b>NAS</b>	<b>4</b>
5	DENIS CARRILLO		CRA 26 # 29	MALVI	
2	GARCIA	36.548.262	C -38	NAS	3
5	EDGAR EMILO BAYONA		CRA 26 # 29-	MALVI	
3	PEREZ	85.456.260	C31	NAS	6
5	NINI BARRAZA DE LA		CRA 26 # 29-	MALVI	
4	HOZ	36.696.743	C22	NAS	9
5			CRA 26 #	MALVI	
5	AMEDIS REBOLLEDO	36.550.670	29C-23	NAS	7
5			CRA 26 #	MALVI	
6	MARIA DE LA OSSA	36.544.755	29C-15	NAS	6
5			CRA 26 #	MALVI	
7	DENIS OSPINO	26.757.459	29C-14	NAS	8
5	NELSI MERIÑO		CRA 26 #	MALVI	11

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



8		57.291.940	29B-68	NAS	
5			CRA 26 # 29B	MALVI	
9	SIMONA MERIÑO	57.292.645	- 58	NAS	7
6			CRA 26 #	MALVI	
0	JOSE DOMINGO MEDINA	4.969.936	29B-57	NAS	4
6	LUZ ENITH MARTINEZ		CRA 26 #	MALVI	
1	PARDO	36.542.904	29B-40	NAS	8
6			CRA 26 # 29-	MALVI	
2	JUAN CARLOS MORENO	67.007.149	71	NAS	6
6	GUILLERMO LA MADRID		CRA 26 #	MALVI	
3	SIERRA	9.106.918	29B-31	NAS	6
6			CRA 26 #	MALVI	
4	AGUSTIN POTE CASTRO		29B-32	NAS	1
6			CRA 26 #	MALVI	
5	YACKELIN MATOMA	39.048.970	29B-22	NAS	9
6			CRA 26 #	MALVI	
6	JESUS PEREIRA SUAREZ	7.631.678	29B-B13	NAS	4
6			CRA 26 #	MALVI	
7	LUZ MARINA VALLE	36.548.031	29B-16	NAS	5
6	YORYINA VERGARA		CRA 26 #	MALVI	
8	JIMENEZ	57.432.900	29B-06	NAS	9
6			CRA 26 #	MALVI	
9	EVA MARIA HERNANDEZ	26.895.906	29B-03	NAS	9
7	EVER ANGARITA		CRA 26 #	MALVI	
0	BLANCO	85.454.583	29B-50	NAS	3
7			CRA 26 #	MALVI	
1	SEÑOR MELENDEZ		29B-52	NAS	1
7			CRA 29B-25-	MALVI	
2	ILIANA CASTRO RIO	57.436.485	71	NAS	6
7			CRA 29B-25-	MALVI	
3	MARCO GAMERO	1.681.731	77	NAS	6
7	LILIA URBINA		CRA 29B #	MALVI	
4	CARABALLO	33.196.527	25-29	NAS	5
7	OSMARIS NAVARRO		CRA 27	MALVI	
5	CABALLERO	39.030.618	CALLE 29	NAS	4
7	WILLIAN ACEVEDO			MALVI	
6	HERNANDEZ	15.247.154		NAS	5
7			CRA 27 #	MALVI	
7	YASMIN CARRILLO	57.295.977	29B-30	NAS	5
7			CRA 27 #	MALVI	
8	DELIY RODRIGUEZ	26.761.730	29B-40	NAS	3
7			CRA 27 #	MALVI	
9	LUZ MERY JARABA	49.792.060	29B-40	NAS	3

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



8			CRA 27 #	MALVI	
0	MARTA DE LEON	36.723.833	29B-48	NAS	5
8		1.082.883.7	CRA 27 #	MALVI	
1	GLORISSET DE LEON	11	29B-48	NAS	6
8	ELENA FONTALVO		CRA 27 #	MALVI	
2	CASTRO	26.699.467	29B-58	NAS	5
8	MERVIS JIMENEZ	1.082.884.6	CRA 27 #	MALVI	
3	FONTALVO	96	29B-58	NAS	9
8	MILAGROS GARCIA	1.192.048.2	CRA 27 #	MALVI	
4	FONTALVO	20	29B-68	NAS	8
8			CRA 24 #	MALVI	
5	WILSON BARBOSA		29C-59	NAS	1
8			CRA 24 #	MALVI	
6	DAVID TOVAR PEREZ	12.535.027	29C-49	NAS	2
8	ROBERTO RAMIREZ		CRA 24 #	MALVI	
7	INCAPIE	70.043.055	29C-41	NAS	4
8			CRA 24 #	MALVI	
8	ISABEL CAMARGO		29C- 31	NAS	4
8	OSCAR HERRERA		CRA 24 #	MALVI	
9	CANCHANO	12.554.367	29C-39	NAS	8
9			CRA 24#	MALVI	
0	EMEL CARVAJAL TOMAZ	12.620.866	29C-13	NAS	6
9			CRA 24B #	MALVI	
1	MARTHA BAYONA	57.436.818	29C-09	NAS	6
9			CRA 24B #	MALVI	
2	ANA BALLESTAS	57.445.125	29-5	NAS	7
9	YADIRA CONTRERAS		CALLE 29C#	MALVI	
3	MEJIA	57.439.758	24C-33	NAS	4
9	ZULMA ELENA SUAREZ		CALLE 29 C #	MALVI	
4	AVENDAÑO	36.548.358	23C-43	NAS	7
9	YOLANDA GUITIERREZ		CRA 24 #	MALVI	
5	BLANCO	35.493.170	24B-07	NAS	2
9			CRA 24	MALVI	
6	JOSE MARIA MUÑOZ	2.954.535	#29C-247	NAS	8
9	MIGUEL ANGEL		CRA 24 #29B-	MALVI	
7	MARTINEZ	12.542.443	37	NAS	5
9			CRA 24 #29B-	MALVI	
8	CARMEN BARBOSA		08	NAS	2
9			CRA 24 #29B-	MALVI	
9	DENNIS BENITEZ TERAN	26.712.939	21	NAS	8

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



1	0	VICTOR DE LEON		CRA 24 #24B-	MALVI	
0	0	MARTINEZ	12.560.747	06	NAS	6
1	0	CARMEN MERCADO		CRA 24 #29B-	MALVI	
1	1	IBARRA	36.727.239	13	NAS	6
1	0	MARIA DAZA		CRA 24 #	MALVI	
2	2	RODRIGUEZ	39.004.437	24B-06	NAS	5
1	0	ANGIE PITRE		CRA 29B #	MALVI	
3	3	ANGIE PITRE		24B-09	NAS	2
1	0	MARTA MUÑOZ BOLAÑO	85.450.046	CALLE 29B #	MALVI	
4	4	MARTA MUÑOZ BOLAÑO	85.450.046	24B-15	NAS	6
1	0	JOSE LUIS		CALLE 29B #	MALVI	
5	5	CAÑAVIZCAINO	19.590.588	24B-03	NAS	7
1	0	MARIBEL CAMPO		CALLE 29B #	MALVI	
6	6	ATENCIO	57.436.492	24B-19	NAS	6
1	0	DALIA ROSA JIMENEZ	57.431.593	CALLE 29B #	MALVI	
7	7	DALIA ROSA JIMENEZ	57.431.593	24B-12	NAS	5
1	0	JOSE JOAQUIN		CALLE 29B#	MALVI	
8	8	SANCHEZ CANTILLO	12.560.644	24B-21	NAS	7
1	0	WILFRIDO CORRE		CALLE 29B	MALVI	
9	9	AVENDAÑO	12.555.571	#24B-20	NAS	5
1	1	HAROLD VARGAS		CALLE 29B #	MALVI	
0	0	CENTERO	7.604.162	24B-24	NAS	4
1	1	MARINO VARGAS		CALLE 29B #	MALVI	
1	1	ARENAS	6.437.211	29B-16	NAS	5
1	2	CARLOS VARGAS	84.450.163	CRA 25	MALVI	
2	2	CARLOS VARGAS	84.450.163	CRA 25	NAS	4
1	3	JULIO CESAR BASTIDA	6.815.857	CRA 25 #	MALVI	
3	3	JULIO CESAR BASTIDA	6.815.857	29C-59	NAS	12
1	1	AQUEBER URUETA		CRA 25 #	MALVI	
1	1	AQUEBER URUETA		CRA 25 #	MALVI	4

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



1	NORIEGA	32.724.278	29C-58	NAS	
4					
1					
1	YOMAIRA RODRIGUEZ		CRA 25 #	MALVI	
5	ALVAREZ	57.450.488	29C-48	NAS	8
1					
1			CRA 25 #	MALVI	
6	ALFONSO ILIARTE RICO	7.463.620	29C-49	NAS	6
1					
1		1.082.943.9	CRA 25 #	MALVI	
7	LEONARDO BORREGO	61	29C-40	NAS	1
1					
1			CRA 25 #	MALVI	
8	DIDIER JOSE VEGAS	85.156.294	29C-41	NAS	2
1					
1	ROSMARINA GONZALES		CRA 25	MALVI	
9	AMERICA	36.561.473	#29C-30	NAS	5
1					
2	ANGELA RAMOS		CRA 25 #	MALVI	
0	RODRIGUEZ	57.140.314	29C-31	NAS	8
1					
2	KAREN MOTTA		CRA 25 #	MALVI	
1	BORREGO	36.722.089	29C-22	NAS	5
1					
2	CARMEN JULIA		CRA 25 #	MALVI	
2	PALENCIA PEREZ	36.728.232	29C-21	NAS	9
1					
2	ROSALBA RAMIREZ		CRA 25 #	MALVI	
3	PARRA	36.557.304	29C-13	NAS	11
1					
2		1.082.837.4	CRA 25 #	MALVI	
4	AIDA DIAZ LLANOS	77	29C-14	NAS	2
1					
2	FANNY LABATO		CRA 25 #	MALVI	
5	SANCHEZ	57.070.173	29C-05	NAS	10
1					
2			CRA 25 #	MALVI	
6	MANUEL PACHECHO	12.534.434	29C-04	NAS	2
1					
2	XIOMARA ALTAFULLA		CALLE 29C #	MALVI	
7	RODRIGUEZ	36.536.906	24B-13	NAS	1
1	CECILIA ALTAFUYA		CALLE 29C #	MALVI	
2	RODRIGUEZ	36.550.627	24B-15	NAS	7

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



8					
1					
2	JAIME SANTIAGO		CALLE 29C #	MALVI	
9	MADARIAGA	88.283.373	24B-35	NAS	3
1					
3			CRA25 # 29B-	MALVI	
0	TOMASA DE REBEROL	36.527.214	69	NAS	3
1					
3	BLANCA ROSA		CRA 25 #	MALVI	
1	GUITIERREZ	57.296.232	29B-59	NAS	5
1					
3	ISABEL QUINTANA DEL		CRA 25 #	MALVI	
2	CANTILLO	39.028.800	29B-70	NAS	5
1					
3			CALLE 29C #	MALVI	
3	GRACIELA BADILLO	28.496.265	26B-23	NAS	2
1					
3			CRA 27 #29B-	MALVI	
4	PAOLA PEREZ	36.697.021	41	NAS	4
1					
3			CRA 27 #29B-	MALVI	
5	NUBIA ROPERO	36.665.820	45	NAS	4
1					
3			CRA 27 #	MALVI	
6	LUZ MARINA FONTALVO	26.699.553	29B-57	NAS	2
1					
3	CINDY DE LEON	1.082.838.4	CRA 27 #	MALVI	
7	FONTALVO	53	29B-57	NAS	6
1					
3			CRA 27 #	MALVI	
8	JHON AGUIRRE LONCE	84.453.524	29B-65	NAS	4
1					
3			CRA 27 #	MALVI	
9	MORELVIS VIZCANO	36.718.726	29B-65	NAS	5
1					
4			CRA 27 #	MALVI	
0	ADALGISA NAVARRO	26.668.747	29B-81	NAS	8
1					
4		1.045.138.9	CRA 27 #	MALVI	
1	MAIRA ALEJANDRA	85	29B-83	NAS	5
1					
4	RUT MARINA OROZCO		CRA 27 #	MALVI	
2	OSPINO	32.751.505	29B-85	NAS	5

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



1					
4			CRA 27 #	MALVI	
3	NANCY QUITERO	30.504.968	29B-85	NAS	4
1					
4			CRA 27 #	MALVI	
4	DUBIVARELA GOMEZ	57.434.545	29B-87	NAS	7
1					
4		1.730.267.4	CRA 27 #	MALVI	
5	SANDRA PAOLA VEGA	19	29B-87	NAS	3
1					
4				MALVI	
6	MABEL BOLAÑOS		CRA 27	NAS	1
1					
4	CARLOTA RODRIGUEZ		CRA 27 #	MALVI	
7	MOLINA	26.829.944	29C-04	NAS	8
1					
4	ALJADIS PABON			MALVI	
8	RODRIGUEZ	36.722.084	CRA 29 C 15	NAS	5
1					
4	ELVIA ROSA		CRA 27 #	MALVI	
9	BALLESTERO RINCON	36.545.126	29C-24	NAS	2
1					
5	MARY LUZ PELAEZ		CRA 27	MALVI	
0	FLORES	39.049.364	#29C-30N	NAS	7
1					
5	ELVIA SOLON		CRA 27 #	MALVI	
1	SARMIENTO		29C-37	NAS	8
1					
5			CRA 27 #	MALVI	
2	MARIA AYALA DE ROLON	26.715.082	29C-47	NAS	4
1					
5			CRA 27 #	MALVI	
3	BENILDA GONZALES	36.554.926	29C-45	NAS	10
1					
5	CARMEN BARREÑO		CRA 27 #	MALVI	
4	MARTINEZ	36.670.094	29C-58	NAS	9
1					
5	JULIO CESAR PADRO		CRA 27 #	MALVI	
5	BRAVO	7.634.444	29C-47	NAS	5
1					
5	MAGALY BONET		CRA 27 #	MALVI	
6	NAVARRO	36.555.815	29C-59	NAS	6
1	GRICELDA MARIA		CRA 27 #	MALVI	11

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



5	BRAVO HERNANDEZ	36.565.332	29C-47	NAS	
7					
1					
5	KELLY CASTILLO	1.082.889.1	CRA 27 #	MALVI	
8	SANCHEZ	55	29C-47	NAS	4
1					
5	MONICA OROZCO		CALLE 29B #	MALVI	
9	JIMENEZ	36.669.714	26B-19	NAS	6
1					
6	DOLORES MARIA		CALLE 29 #	MALVI	
0	RODRIGUEZ	26.714.116	29C-59	NAS	2
1					
6	ALBERTO MERCADO		CALLE 29 #	MALVI	
1	RODRIGUEZ	12.548.593	29C-59	NAS	1
1					
6	CARMEN AREVALO		CALLE 29 #	MALVI	
2	ARRAGOCES	36.725.799	29C-60	NAS	4
1					
6			CALLE 29 #	MALVI	
3	LUIS ERNESTO PLAZA	10.163.204	29C- 77	NAS	11
1					
6			CALLE 29 #	MALVI	
4	BEATRIZ ESCORCIA	49.596.103	29C-67	NAS	4
1					
6			CRA 26 #	MALVI	
5	ISABEL JIMENEZ	36.549.504	29B-67	NAS	3
1					
6	KELLY PAOLA PEREZ	1.082.871.6	CRA 26B #	MALVI	
6	FONTALVO	80	29B- 80	NAS	4
1					
6			CRA 26 #	MALVI	
7	MARGARITA ACOSTA	39.085.854	29B-66	NAS	6
1					
6	LINETH JIMENEZ	1.082.881.9	CRA 26 #	MALVI	
8	ROMERO	36	29B-57	NAS	11
1					
6			CRA 26 #	MALVI	
9	LUZ ACOSTA	57.403.109	29B-56	NAS	4
1					
7	MERCEDES YANCEN		CRA 26 B #	MALVI	
0	MARTINEZ	57.403.723	29B-51	NAS	4
1			CRA 26B #	MALVI	
7	ELIANIS RODRIGUEZ	36.722.778	29B- 48	NAS	4

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



1					
1					
7	ALAN AMAYA		CRA 26 B #	MALVI	
2	VALDEBLANQUEZ	15.238.694	29B-38	NAS	3
1					
7	CLAUDIA FERNANDEZ		CRA 26B #	MALVI	
3	CASTIBLANCO	36.666.517	29B- 49	NAS	4
1					
7			CRA 26B #	MALVI	
4	ARCELIA ALVARADO	39.000.633	29B-33	NAS	6
1					
7			CRA 26 B #	MALVI	
5	LINDA FULA ARIAS	57.291.064	29B-30	NAS	5
1					
7			CRA 26 B #	MALVI	
6	DAVID ROLONG VARGAS	12.557.115	29B-23	NAS	7
1					
7	SANDRA ADARRAGA		CRA 26 B #	MALVI	
7	OTERO	36.722.741	24B-13	NAS	7
1					
7			CRA 26 B #	MALVI	
8	NARIBE VIZCANO SERPA	57.450.710	29B-22	NAS	3
1					
7			CRA 26 B #	MALVI	
9	SENIA OSPINO MIER	26.945.740	29B-22	NAS	4
1					
8	SANDRA ALVARADO		CRA 26 B #	MALVI	
0	RAMIREZ	57.442.627	29B-14	NAS	4
1					
8	WILMER REYES		CRA 26 B #	MALVI	
1	VELASQUEZ	7.631.248	29B-01	NAS	6
1					
8			CRA 26 B #	MALVI	
2	MANUEL JOSE SARAVIA	85.463.705	29C-04	NAS	4
1					
8	MARY JULIETH	1.082.909.5	CRA 26 B #	MALVI	
3	GONZALEZ	97	29C-03	NAS	5
1					
8			CRA 26	MALVI	
4	ADOLFO CAMPO LOPEZ	12.537.730	#29C-12	NAS	4
1					
8	ANGELA ROSA SANCHEZ		CRA 26 B #	MALVI	
5	GARCES	39.002.252	29C-13	NAS	4

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



1					
8			CRA 26 B #	MALVI	
6	NAYITH POLO PERTUZ	57.300.830	29C-21	NAS	6
1					
8			CRA 26B	MALVI	
7	KAREN LEYVA	57.466.549	#29C-28	NAS	4
1					
8			CRA 26 B #	MALVI	
8	DUBYS MARTINEZ BULA	36.723.499	29C-34	NAS	3
1					
8	NULBIA ARROGOCES		CRA 27 #	MALVI	
9	NUÑEZ	36.553.572	29C-39	NAS	5
1					
9			CRA 26 #	MALVI	
0	FIDEL ANTONIO JIMENEZ	4.972.155	29C-49	NAS	4
1					
9		1.082.856.7	CRA 26 B #	MALVI	
1	PEDRO LUIS TAMARA	37	29B-44	NAS	5
1					
9			CRA 26 A #	MALVI	
2	MARQUEZA CONRRADO	57.245.374	29B-05	NAS	5
1					
9			CRA 26 #	MALVI	
3	SURIA HATUM GALIANO	36.537.866	29B-63	NAS	2
1					
9	MAGALY MARIN		CRA 26 A #	MALVI	
4	CAMARGO	36.557.914	29B-27	NAS	5
1					
9	ONADIZ MUÑIZ		CRA 26 A #	MALVI	
5	BACANEGRA	10.042.275	26 B - 19	NAS	3
1					
9	ROSA RODRIGUEZ		CRA 26 A #	MALVI	
6	ORTIZ	27.986.828	29B-04	NAS	5
1					
9	JORNALIS DE LEON	1.082.861.3	CRA 26 A #	MALVI	
7	CARILLO	19	29B -09	NAS	6
1					
9	IDELINA MARTINEZ		CRA 26 A #	MALVI	
8	CANTILLO	36.543.665	29C -15	NAS	5
1					
9			CRA 26 A #	MALVI	
9	LUZ RIO MARTINEZ	36.726.082	29C-25	NAS	7
2	FAYSER MEZA ARRIETA		CRA 26 A #	MALVI	8

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



0		7.152.362	29C-22	NAS	
0					
2					
0	IBET REDONDO		CRA 26 A #	MALVI	
1	OREYANO	57.439.806	29C-31	NAS	7
2					
0	YUSBLEYDIS TANG	1.082.924.9	CRA 26 A #	MALVI	
2	MEZA	38	29C-32	NAS	9
2					
0	ANDRES GUILLEN		CRA 26 A #	MALVI	
3	CADENA	12.567.414	29 C -41	NAS	5
2					
0	MARITZA MARTINEZ DE		CRA 26 A #	MALVI	
4	LEON	57.438.319	29C -40	NAS	3
2					
0	PEDRO ANTONIO		CRA 26 A #	MALVI	
5	BARRIO CARO	12.538.898	29C -49	NAS	8
2					
0			CRA 26 A #	MALVI	
6	WILFRIDO RODRIGUEZ	85.474.086	29C-48	NAS	6
2					
0	FELIPA RODRIGUEZ		CRA 26 A #	MALVI	
7	VERGARA	36.445.674	29 C -48	NAS	2
2					
0	LEYDIS GUERRERO	1.091.532.3	CRA 26 A #	MALVI	
8	VIVAS	64	29C -58	NAS	6
2					
0	ALBA GENIT GUERRA		CRA 26 A #	MALVI	
9	RODRIGUEZ	26.718.412	29C-59	NAS	6
2					
1			CALLE 29C #		
0	BLANCA DE PALENCIA	76.728.299	28-25		20
2					
1			CRA 26 A #	MALVI	
1	NANCY VANEGA CUELLO	36.556.163	29B -58	NAS	6
2					
1	OZALIA ZARZA DEL		CRA 26 A #	MALVI	
2	TORO	57.413.659	29B-53	NAS	5
2					
1	ANDREA BELEÑO		CRA 26 A #	MALVI	
3	MARTINEZ	26.721.042	29B-48	NAS	4
2			CRA 26 A #	MALVI	
1	JULIO RODRIGUEZ	84.459.752	29B-45	NAS	4

*El Trauma y las Cogniciones Irracionales  
Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno,  
Santa Marta 2013*



4					
2					
1	MARIA ELENA MARTINEZ		CRA 26 A #	MALVI	
5	PEREZ	57.270.408	29B-42	NAS	5
2					
1	MARIA JOSEFINA		CRA 26 A #	MALVI	
6	SUAREZ	36.564.171	29B-42	NAS	4
2					
1		1.082.920.1	CRA 26 A #	MALVI	
7	ESTHER GUITIERREZ	75	29B - 32	NAS	8
2					
1			CRA 26 A #	MALVI	
8	LUZ DARY SANTOYA	39.049.391	29B-35	NAS	6
2					
1	SILVIA CARRASCAL		CRA 26 A #	MALVI	
9	ROMERO	57.439.454	2B- 22	NAS	11
2					
2	ISABEL SEGUNDA		CALLE 29 C #	MALVI	
0	CASTAÑEDA	36.553.430	29	NAS	5
2					
2	SOLMERIS PEREZ	1.010.073.4	CALLE 29 C #	MALVI	
1	ARRIETA	98	26-18	NAS	7
2					
2					
2	BLANCA CASTRO				

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## ANEXO 2

Escala de Síntomas de Davidson.

Cada una de estas preguntas hace referencia a un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma, y con cuánta intensidad, durante la última semana. Tache uno de los números situados al lado de cada pregunta, del 0 a 4, para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

<i>Ahora conteste, por favor, a las siguientes preguntas pensando en la situación más difícil y dolorosa por la que haya pasado en su vida:</i>	Frecuencia					Gravedad				
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, palpitaciones, mareos o diarrea)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido "en guardia"?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

*Eyleen Criado, Angie Mercado, Laura Rodríguez*

# *El Trauma y las Cogniciones Irracionales Postraumáticas, en los Damnificados por el Invierno, Santa Marta 2013*



## ANEXO 3

### Inventario de Cogniciones Postraumáticas

Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:	Totalmente en desacuerdo		Neutro		Totalmente de Acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Lo ocurrido se debe a mi manera de actuar	1	2	3	4	5	6	7
2. No puedo confiar en que haré lo que debo	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona débil	1	2	3	4	5	6	7
4. No soy capaz de controlar mi ira y podría hacer cosas terribles.	1	2	3	4	5	6	7
5. No me siento capaz de enfrentarme ni siquiera al más leve contratiempo	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento un ser despreciable.	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en la gente	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar en guardia todo el tiempo	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento muerto por dentro	1	2	3	4	5	6	7
10. Nunca puedes saber quién te hará daño	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que estar siempre alerta porque no sé lo que me puede ocurrir	1	2	3	4	5	6	7
12. Me siento una persona incapaz	1	2	3	4	5	6	7
13. No voy a ser capaz de controlar mis emociones y sucederá algo terrible	1	2	3	4	5	6	7
14. Si pienso en lo que ocurrió, me siento incapaz de enfrentarme a ello	1	2	3	4	5	6	7
15. Lo que me ha ocurrido se debe al tipo de persona que soy	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis reacciones desde que sucedió me hacen pensar que me estoy volviendo loco.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca volveré a sentir emociones normales	1	2	3	4	5	6	7
18. El mundo es un lugar peligroso	1	2	3	4	5	6	7
19. Alguien tendría que haber evitado lo que sucedió	1	2	3	4	5	6	7
20. He cambiado para mal	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona	1	2	3	4	5	6	7
22. Cualquier otro hubiera evitado este suceso	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en la gente	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento aislado y al margen de los otros	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo evitar que me sucedan cosas malas	1	2	3	4	5	6	7
27. La gente no es lo que parece	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha quedado destrozada	1	2	3	4	5	6	7
29. Algo falla en mí como persona	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador	1	2	3	4	5	6	7
31. Hay algo dentro de mí que provocó el suceso	1	2	3	4	5	6	7
32. No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos	1	2	3	4	5	6	7
33. Siento como si ya no supiera quién soy	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca sabes cuándo pasará algo terrible	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
36. Nada bueno puede pasarme en el futuro	1	2	3	4	5	6	7



## ANEXO 4

### Consentimiento Informado

El propósito central de esta investigación es identificar el trauma y las cogniciones irracionales postraumáticas, en los damnificados por el invierno, Santa Marta 2013

La realización de la aplicación de instrumentos se lleva a cabo en un espacio idóneo y con la presencia de una profesional calificada con un entrenamiento en intervención en crisis, que pueda brindarle a la población los recursos y herramientas necesarias para llevar a cabo una resignificación de la experiencia vivida.

Yo \_\_\_\_\_ Documento de identificación N°- \_\_\_\_\_ acepto participar de la investigación. De igual manera reconozco que la participación dentro de esta investigación es totalmente voluntaria, sin ningún rubro económico y puedo decidir en cualquier momento no participar en ella. Así mismo, es de mi conocimiento que la información resultante de esta investigación recibirá un manejo ético y será publicada con mi aprobación sin que mi identidad sea revelada.

\_\_\_\_\_  
Firma  
Documento de identificación.