

# PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN DESPLAZADA POR VIOLENCIA, EN PROCESO DE REESTABLECIMIENTO EN SINCELEJO

Carolina Echenique\*, Lina María Medina\*\*,  
Adria-Rosa Medina\*\*\*, Andrés Ramírez\*\*\*\*

## *Resumen*

El presente estudio describe la prevalencia del Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT), en población desplazada por violencia, reubicada en los barrios Campo-alegre y Cristo Viene, de la ciudad de Sincelejo, Sucre. Es una investigación cuantitativa, diseño no experimental, de corte transversal, tipo observacional, de nivel descriptivo. La población

Fecha de recepción: 22 de febrero de 2008  
Fecha de aceptación: 28 de abril de 2008

---

\* Psicóloga, Corporación Universitaria del Caribe, Sincelejo (Colombia).  
Correspondencia: Calle 18 # 25A, Sincelejo. [carolinaechenique@gmail.com](mailto:carolinaechenique@gmail.com)

\*\* Psicóloga, Corporación Universitaria del Caribe.  
Correspondencia: Cra. 16D # 34 – 36, Sincelejo. Cel.: 3157895900.  
[laynamed25@yahoo.es](mailto:laynamed25@yahoo.es)

\*\*\* Corporación Universitaria del Caribe.  
Correspondencia: Calle 25C # 8, Sincelejo. [adriarosamedina@gmail.com](mailto:adriarosamedina@gmail.com)  
\*\*\*\* Mg. Neuropsicología y Psicólogo, Corporación Universitaria del Caribe.  
Correspondencia: Calle 11 # 24F - 9, Sincelejo. [andresramirezgiraldo@botmail.com](mailto:andresramirezgiraldo@botmail.com)

de estudio es de 202 sujetos en condición de desplazamiento, de los cuales solo 142 son considerados como desplazados, pues el tiempo de reubicación es menor a cinco años. Se encontró que el 1.4% de los sujetos presentan en la actualidad TEPT y el 4.22% registró TEPT en su curso vital, para un total de 5.6% personas afectadas. Los sucesos violentos que originaron el desplazamiento de la población fueron los mismos eventos traumáticos que desencadenaron el TEPT, sin distinción de características demográficas.

**Palabras claves:** Trastorno por Estrés Postraumático, población desplazada, prevalencia, epidemiología.

#### *Abstract*

The present study described the prevalence post traumatic stress disorder's in a population displaced by violence, replaced in the neighborhoods Campo Alegre and Cristo Viene of the Sincelejo city's, Sucre. Is a quantitative research, no experimental design, transverse, descriptive and observational. The simple population studied it was 202 persons in displaced condition, at which only 142 was considered like displaced by a time of replaced minor to five years. A 1.4% of the subjects show present TEPT and the 4.22% present TEPT in living course. The persons than living traumatics events than originated their displaced it was the same equally form, the traumatics events than unchain the TEPT, undistintion of characteristic demographics.

**Keys words:** Post traumatic stress disorder's, displaced population, prevalence, and epidemiology.

## INTRODUCCIÓN

El desplazamiento forzado por violencia en Colombia se ha convertido en una de las principales problemáticas de orden social puesto que causa efectos tanto sobre el sistema económico, político y social del país como a niveles colectivo, físico y psicológico, según lo afirma Alejo (2004) cuando explica que desde la perspectiva de la salud mental el desplazamiento es un fenómeno sociopolítico que deteriora las condiciones de vida de las personas involucradas.

El fenómeno se presenta porque los grupos alzados en armas en desarrollo de sus políticas necesitan ubicarse en zonas estratégicas que re-

presentan una riqueza para el país sin que sus opositores los detecten su ubicación. Para cumplir con este objetivo se valen de diferentes modos de violencia como son: masacres, ejecuciones, intimidación y el consiguiente miedo colectivo hacia quienes viven en áreas afectadas por el conflicto (Médicos sin fronteras, 2005).

Es decir, ante las distintas formas de violencia utilizadas por los grupos armados se generan oleadas de temor en la población civil de dichas zonas, que tienen que desplazarse a las cabeceras municipales en busca de protección para su vida.

Esta exposición a sucesos violentos puede generar a la salud mental de la población alteraciones significativas, principalmente, trastornos de ansiedad como el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), que se puede detectar en un 25% de víctimas o testigos de un hecho traumático TEPT (Echeburúa & Corral, 1997).

Según el DSM IV-TR (2002) el Trastorno por Estrés Posttraumático corresponde a la aparición de síntomas característicos sobrevinientes que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, que puede ser vivenciado por el individuo de manera directa o bien puede conocer del hecho a través de otra persona cercana al hecho. Las reacciones esperadas después de este tipo de experiencias traumáticas deben incluir temor, desesperanza y horrores intensos. Los criterios para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) son: acontecimiento traumático (criterio A) como combates, agresiones sexuales y físicas, secuestros, desastres naturales; reexperimentación del suceso (criterio B); evitación de sucesos asociados al evento (criterio C); activación de arousal (criterio D); alteración de los síntomas B, C y D por más de un mes (criterio E); alteraciones que provoquen malestar subjetivo o deterioro social y laboral (criterio F).

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, 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 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.

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

de más investigaciones en Colombia para estudiar las relaciones entre algunas variables socioeconómicas y la presencia de trastornos mentales en contextos tanto rurales como urbanos.

El presente estudio comprende una descripción sobre la distribución de los casos por Estrés Postraumático en población expuesta al desplazamiento forzado por la violencia, reubicada en los barrios Campoalegre y Cristo Viene, de la ciudad de Sincelejo; y también establece factores demográficos asociados como el sexo, edad, estado civil, el tiempo de desplazamiento, lugar de proveniencia y barrio.

La investigación se realizó en la ciudad de Sincelejo, puesto que como cabecera municipal es receptora principal de población desplazada en el departamento de Sucre, según lo reporta Acción Social (2006) de los municipios y corregimientos de Macayepo, Mula, Flor del Monte, Caracol, Chalán, Chinulito Colosó, Los Palmitos, Macaján.

## MÉTODO

La metodología empleada fue de tipo descriptivo, estudio epidemiológico a través de la implementación de dos fases, una de cribado y otra final de diagnóstico.

### ■ Participantes

La población de estudio la constituye un total de 202 personas desalojadas de sus lugares de origen (principalmente de los departamentos de Sucre y Bolívar) y reubicadas en los barrios Cristo Viene y Campoalegre, de la ciudad Sincelejo. De estas, se consideran en condición de desplazamiento sólo a quienes hayan vivido esta situación durante un tiempo inferior a 5 años (Ley 387 aprobada en 1997); por lo tanto, la población se redujo a 142 personas, pero en esta investigación se trabajó con todas ellas.

### ■ Instrumentos

- *Cuestionario de Experiencias Traumáticas TQ*

Fue realizado por Davidson, Hughes y Blazer en el año de 1990. Consta

de 44 ítems de los cuales 17 son enunciados de experiencias traumáticas, 9 miden el criterio A del DSM IV para el TEPT y los 18 restantes indagan acerca de los síntomas de los criterios B y D del DSM IV. La respuesta a los ítems es dicotómica, es decir, puede ser sí o no presenta los síntomas en cualquier momento luego de ocurrido el suceso estresante; esta prueba fue validada en el año 2000 por Bobes et al. y la forma de interpretación sugiere que a mayor puntuación, mayor gravedad del síntoma.

- *Escala para Estrés Postraumático administrada por el clínico*

Su diseño fue elaborado por Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney y T. M. Keane (1990), para ayudar al diagnóstico y la evaluación de la gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Consta de 30 ítems que evalúan cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Además, evalúa otros 5 síntomas que frecuentemente se asocian al TEPT: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización y despersonalización.

### **Análisis estadístico**

Con la ayuda del programa EPI-INFO 3.3.2. se realizó una base de datos de las puntuaciones crudas obtenidas a través de la aplicación de las escalas; posteriormente, estos datos fueron analizados en el mismo programa a partir de una opción estadística para determinar los totales de los casos, síntomas, sucesos violentos y correlaciones con datos demográficos.

### **RESULTADOS**

Con respecto al tiempo del proceso de reestablecimiento; cabe aclarar que en la primera fase cuando se aplicó el cuestionario de experiencias traumáticas (TQ) a todas y todos los habitantes de los barrios Campoalegre y Cristo Viene que se encontraban en sus domicilios, esto es un total de 202 sujetos, pero al considerar que la condición de desplazamiento la conservaban solo quienes tenían un tiempo menor a 5 años de haber vivido

el suceso (Ley 387 aprobada en 1997), el número inicial (202 sujetos), se redujo a 142. Partiendo de esta cifra se encontraron los resultados con relación al diagnóstico de TEPT.

#### ■ Fase número uno: tamizaje

En esta primera fase del trabajo de campo, a través de la aplicación del TQ (Davidson et al., 1990) en los 142 sujetos, se encontró que 77 de estas personas presentaron síntomas asociados al TEPT (45,22%); este grupo clasificó para la segunda fase de la investigación correspondiente al diagnóstico del trastorno.

Con respecto a la relación entre los datos sociodemográficos de la población y la presencia o no presencia de TEPT cabe anotar que solo se encontró diferencia significativa ( $p = 0.004$ ) en la variable barrio; en la demás variables no se halló diferencias estadísticas importantes (Ver Tabla 1).

#### ■ Fase número dos: diagnóstico

En esta segunda y última fase del trabajo de campo se estableció el diagnóstico clínico de TEPT en aquellas personas que presentaron los síntomas en la primera fase y a las que se les aplicó la escala para el Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el clínico –CAPS- (Blake et al., 1990). Cabe aclarar que de los 77 sujetos encuestados, solo 37 se establecieron definitivamente en los barrios tomados para esta investigación; los demás se relocalizaron en otros asentamientos en la misma ciudad.

**Tabla 1**  
Correlación entre variables demográficas con el TEPT en la fase de tamizaje.

	Síntomatología asociada al TEPT (%)		Estadístico	P
	Presencia (%)	No Presencia (%)		
Sexo			0.01	0.9194
Masculino	59 (29.20)	95 (47.02)		
Femenino	18 (8.91)	30 (14.85)		
	77 (38.11)	125 (61.88)		
Barrio			8.05	0.004*
Campoalegre	22 (11.28)	61 (31.28)		
Cristo Viene	55 (28.20)	64 (32.82)		
Edad			X <sup>2</sup> 0.762	0.382
18 – 28	24 (11.88)	43 (21.28)		
28 – 38	23 (11.38)	35 (17.32)		
38 – 48	22 (10.89)	23 (11.38)		
48 – 58	6 (2.97)	14 (6.93)		
58 – 65	2 (0.99)	10 (4.95)		
Estado civil			X <sup>2</sup> 1.082	0.298
Casado(a)	7 (3.07)	21 (10.76)		
Separado(a)	4 (0.02)	9 (4.61)		
Unión libre	2 (1.02)	2 (1.02)		
Soltero	53 (26.66)	76 (37.1)		
Vindo(a)	11 (5.64)	16 (8.20)		
Tiempo				
< 1 año	42 (20.79)	24 (16.90)		
2 años	17 (8.41)	9 (6.33)		
3 años	12 (5.94)	5 (3.52)		
4 años	28 (13.86)	9 (6.33)		
5 años	43 (21.28)	13 (9.15)		

\* P < 0,05.

Los resultados muestran que de los 142 sujetos correspondientes al total de la población desplazada, el 1.4% (n=2) presentó TEPT actual, un sujeto por cada sexo, y el 4.22% lo tuvo alguna vez en su ciclo vital, para un total de 8 sujetos que equivalen al 5.6% de la población desplazada,

donde (n=5) del barrio Cristo Viene y (n = 3) del barrio Campoalegre (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

Correlación entre variables demográficas con el TEPT en la fase de diagnóstico

	TEPT (%)		Estadístico	P
	No presencia (%)	Presencia (%)		
Sexo			1,52	0,218
Masculino	5 (%)	3 (%)		
Femenino	24 (%)	5 (%)		
Barrio			0.96.	0.326
Campoalegre	23(%)	5()		
Cristo Viene	6()	3()		
Edad			4.29	0.034*
18 – 28	9	0		
28 – 38	9	3		
38 – 48	8	5		
48 – 58	3	0		
58 – 65	0	0		
Estado civil			0.000	0.990
<i>Casado(a)</i>	2	3		
<i>Separado(a)</i>	3	0		
<i>Unión libre</i>	19	5		
<i>Soltero</i>	3	0		
<i>Viudo(a)</i>	2	0		
Tipo víctima			0.889	0.346
<i>Directa</i>	10	3		
<i>Indirecta</i>	15	5		
<i>Testigo indirecto</i>	4	0		

\* P < 0,0

## DISCUSIÓN

El fenómeno del desplazamiento forzado, debido a la violencia sociopolítica que atraviesa el país, es un factor que genera un fuerte impacto sobre

la salud mental de la población porque es más propensa a desarrollar sintomatología asociada a un trastorno mental determinado, en este caso el Trastorno de Estrés Postraumático, ante los múltiples eventos traumáticos que acompañan el proceso migratorio de las personas en los focos de violencia del territorio nacional.

El referente nacional para el Trastorno por Estrés Postraumático (Posada, 2004), señala que cerca de un 0,2% de la población nacional ofrece este diagnóstico en la actualidad, y un 1.8% lo tuvo alguna vez en su vida; es decir, que con relación a los resultados del actual estudio, donde un 1.4% de la población presenta TEPT en la actualidad, y un 4.22%, lo manifestó en su ciclo vital, puede decirse que los resultados a nivel local sobrepasan los porcentajes de la prevalencia nacional para TEPT.

Estos resultados guardan una estrecha relación con las diversas problemáticas que atraviesa el departamento de Sucre, específicamente las relacionadas con sus constantes dinámicas de expulsión y recepción en torno al desplazamiento por violencia; tal como lo muestra el reporte nacional de Acción Social (2006), Sucre es el cuarto municipio receptor de población en condición de desplazamiento del país.

Los resultados no indican una relación significativa entre factores asociados y presencia de TEPT, es decir, que los factores sociodemográficos—edad, sexo, estado civil, barrio y lugar de proveniencia— en estudio no parecen guardar una estrecha relación en cuanto a la presencia o ausencia del TEPT.

Al respecto puede decirse, que a diferencia de los resultados a nivel nacional (Posada, 2003) donde la prevalencia de TEPT es mayor en mujeres (2.5%) que en hombres (0.8%), —alguna vez en la vida— no se encontraron diferencias con relación al sexo. No obstante, algunos estudios de prevalencia de TEPT, específicamente en población desplazada, muestran que estas cifras se dan a la inversa; el porcentaje de TEPT en hombres es de 58% y en mujeres, de 39% (Londoño y cols. 2005).

Con relación a la edad, el presente estudio no muestra grupos etáreos mayormente afectados, que permita asociar la edad como factor de

riesgo para el padecimiento del TEPT. De igual forma, para los factores sociodemográficos de estado civil, barrio y procedencia no se encontraron correlaciones a partir de las cuales se pudieran establecer factores de riesgo (esto es coherente con que investigaciones y con cuales no esta de acuerdo). Al respecto, es pertinente aclarar que los grupos de sujetos no tenían muestras homogéneas con relación a los factores sociodemográficos, lo que podría explicar porqué no son significativas las correlaciones entre estos y la presencia de TEPT.

En cuanto a la sintomatología del TEPT, puede decirse que está íntimamente ligada a los sucesos traumáticos más frecuentes como la presencia de combates y amenaza seria o daño a familiares o amigo íntimo, y son los síntomas más frecuentes en relación a este tipo de evento, la reexperimentación, la evitación y la hipervigilancia. En los sujetos que vivenciaron este tipo de sucesos en un período de tiempo menor a un año, se manifiestan con mayor intensidad los síntomas del TEPT.

Así mismo estos sucesos violentos guardan relación con el período de migración de las personas de su lugar de su procedencia.

La duración de los síntomas en todos los sujetos del estudio es mayor a tres meses, por lo cual el TEPT se clasifica de tipo crónico, es decir, que sus síntomas perduran por largos períodos de tiempo, probablemente a las condiciones de vulnerabilidad que acompañan al desplazamiento. Este resultado sugiere que los sujetos en estudio, vivenciaron o vivencian el proceso de desplazamiento y de forma simultánea, la presencia de sintomatología traumática. Al respecto, la literatura acerca del desplazamiento por violencia con relación al TEPT muestra que las personas en esta condición manifiestan sentimientos de miedo, rabia y dolor, la sensación de un futuro desolador, desconfianza, disminución de la capacidad de control sobre su vida, de su capacidad productiva, entre otras, (Alejo, 2004). Lo anterior guarda concordancia con la sintomatología traumática, es decir, es posible que el desplazamiento forzado es en sí mismo un evento traumático, por todas las implicaciones que conllevan los cambios bruscos en la vida de las personas.

Hay un hecho que llama la atención de los resultados de este estudio: pese a que 37 personas vivenciaron algún tipo de evento traumático,

sólo 8 desarrollaron el TEPT. Surge entonces la pregunta, ¿qué factores evitaron el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático en personas en condición de desplazamiento?

## CONCLUSIONES

Las personas desplazadas en proceso de restablecimiento en los barrios Cristo Viene y Campoalegre de la ciudad de Sincelejo, cuando han vivido sucesos violentos que han atentado contra su integridad, desarrollan características personales que las hacen vulnerables a padecer trastornos mentales como el Trastorno por Estrés Postraumático, cuya sintomatología se manifiesta con la reexperimentación, evitación e hipervigilancia o activación del arousal.

Este tipo de trastorno puede ser desarrollado a cualquier edad, sin discriminación de sexo; sin embargo, los eventos traumáticos se encuentran relacionados con eventos violentos característicos del desplazamiento. A mayor tiempo entre la exposición al evento traumático, menor es la frecuencia y la intensidad de los síntomas.

El desplazamiento que se origina por la serie de eventos violentos como amenazas, muertes y combates –vivenciados de forma directa o indirecta– puede ser un tipo de evento traumático por sí solo que dé paso al desarrollo de sintomatología asociada al Trastorno de Estrés Postraumático.

## RECOMENDACIONES

Es pertinente la realización de intervenciones oportunas a las personas que actualmente presentan el Trastorno de Estrés Postraumático.

Realizar otros estudios epidemiológicos sobre el TEPT en las y los habitantes de la ciudad de Sincelejo teniendo en cuenta los diferentes tipos de comunidades que la habitan, es decir, población desplazada en general, población en condición de pobreza histórica, entre otras, para el establecimiento de comparaciones sobre el comportamiento del TEPT en distintas poblaciones.

Se recomienda la realización de nuevas investigaciones que apunten a la identificación de aspectos que hayan podido influir sobre el desarrollo de TEPT en 8 de 37 sujetos de investigación, aunque todas vivenciaran algún evento traumático relacionado con el proceso de desplazamiento por violencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acción Social. (2006). Registro único de población desplazada. Acumulado hogares y personas incluidas, por departamentos y municipio receptor, unidad territorial RSS, año por año hasta el 30 de junio de 2006. *Enlace web: <http://www.accionsocial.org>*.
- Alejo, E. (2004). Aplicación del modelo de trastorno postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada, *Revista Medunab*, 8,1, p. 23-28.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – texto revisado DSM IV – TR*. Madrid: Editorial MASSON.
- Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney & Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187 – 188.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F. González, M.P., y cols. (2000), Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 4, 207-216.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascaran, M., Saín, P. & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica*. España: Editores Barcelona.
- Cáceres, D., Izquierdo, V., Mantilla, L., Blandía, M., Gonzales, Á. & Jara, J. (2001). Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de la ciudad de Cartagena, Bolívar, y propuesta de un sistema de vigilancia para la población afectada por este fenómeno en Colombia. Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud. Santa Fe de Bogotá.
- Davidson, J. & Smith, R. (1990). Traumatic Experiences in Pshyquiatic Outpatients. *Journal of Trauma and Stress*, 3, p. 459-705.
- Derogatis, I. (1977). *SCL-90-R manual –I. clinical psychometric research*. Baltimore, EE.UU.

- Derogatis, I. & Clearly, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. *Journal of Clinical Psychology*, 33, p. 981-989.
- Dudley, D. (1994). Relational and development of the clinician-administered PTSD scale, national center for PTSD a medical and regional office center white river junction Vermont 05009 USA, 5, 2.
- Echaburúa, E. & Del Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo conductual del Trastorno por Estrés Postraumático. *Ansiedad y estrés*, 2, (3), 249 - 264.
- Holen, A., Sund, A. & Weisaeth, L. (1980). *PTSS -10: Questionare for screening disaster victims, in the Alexander Kielland Disaster*. Psychological reactions among the survivors. Norway: Oslo University.
- Ley 387 aprobada en 1997, República de Colombia.
- Londoño, N., Muñoz, O., Correa, J., Patiño, C. & Jaramillo, G. (2005). Salud Mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó-Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 493-505.
- Médicos sin Fronteras. (2005). *Vivir con miedo*. Ámsterdam: Editorial. MSF.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. & Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos y de Trastorno por Estrés Postraumático en la población mexicana. *Revista de Salud Pública de México*, 47 (1), 8-22.
- Miguel-Tobal, J., Cano, A., Iruarrizaga, I., González, H. & Galea, S. (2005). Psychopathological of the march 11 terrorist attacks in Madrid, *Review Psychology in Spain*, 9 (1), 5-80.
- Pérez-Olmos, I. Fernández, P. & Rodado, S. (2005). Prevalencia del trastorno por Estrés Postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7 (3), 268-280.
- Posada, J., Aguilar, S., Magaña, C. & Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003, *Revista colombiana de Psiquiatría*, 33 (3), 241-262.
- Puertas, G., Ríos, C. & Del Valle, H. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana Salud Pública*, 20 (5), 324-330.
- Ruiz, B. & Abad, L. (2004). Diseño de un programa básico en EMDR y reestructuración cognitiva en pacientes con Estrés Postrauma. *Revista Búsqueda*, 7, 34-48.
- Shapiro, E. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing basic principles, protocols and procedures*. Nueva York: The Guilford Press.
- Uribe, F. (2000). *Desplazados: aproximación psicosocial y abordaje terapéutico*. Bogotá: Editorial KIMPRES.