

Título: EFECTOS DE LA ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA PROBLEMAS EMOCIONALES EN VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

DESCRIPCIÓN

Convocatoria No. 657-2014

Entidad: UNIVERSIDAD DE LOS ANDES - UNIANDES

Grupo de Investigación: COL0081129 - Psicología Clínica Uniandes

Investigador Principal: Leonidas Castro Camacho

Resumen Ejecutivo: La violencia política en Colombia ha tenido y continúa teniendo un impacto psicológico en la población civil (Bell, Méndez, Martínez, Palma y Bosch, 2012; Martínez, 2013; Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013; Leal, 2013). Más de 6 millones de civiles han sido afectados por el conflicto y se han registrado en el Registro Único de Víctimas (RUV) para recibir asistencia en conformidad con la Ley 1448 de Atención y reparación a víctimas del conflicto armado en Colombia. De estos 6 millones registrados, cerca de 5 millones han sido despojados de sus tierras y han tenido que desplazarse a otros lugares del país. Así mismo, dentro de estas personas registradas se encuentran personas afectadas por hechos como homicidio (792.382), actos terroristas (65.148), pérdida de bienes o inmuebles (79.085), desaparición forzada (124.696), secuestro (34.813), tortura (7.392), y delitos contra la libertad y la integridad sexual (5.110) (RNI, 2014, fecha de corte mayo 1).

Como respuesta a esta situación, el Estado mediante la Ley de Víctimas 1448 (Ministerio del Interior y de Justicia, 2011) está desarrollando planes interinstitucionales para la atención a las personas víctimas de la violencia política a través de medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas y que son implementados por los respectivos entes territoriales. El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) busca garantizar atención individual, familiar y comunitaria de manera gratuita, con atención preferencial y de acuerdo a las necesidades particulares de las víctimas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, 2013). El componente de atención psicosocial incluye los servicios que buscan mitigar, superar y prevenir los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a las relaciones interpersonales generados a las víctimas, sus familias y comunidades por las violaciones de Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (Restrepo y Muñiz, 2005; Arévalo, 2010). A pesar de que el PAPSIVI está respondiendo a la atención psicosocial a víctimas, no hay todavía un programa de intervención establecido en salud mental unificado que permita tratar efectivamente los efectos emocionales y de estado de ánimo en las víctimas mediante intervenciones que hayan mostrado evidencia de efectividad (Médicos sin Fronteras, 2010, 2013). En la actualidad, las víctimas que requieran intervención en salud mental son remitidas a las EPSs en las cuales reciben intervenciones no estructuradas y por lo general no evaluadas y los pocos estudios en los que se ha

hecho una evaluación de la intervención no están incorporados al sistema de atención en salud mental (Sánchez, Casas, Grais, Hustache y Moro, 2009). Además, los profesionales de salud con entrenamiento en el tratamiento de trastornos emocionales basado en tratamiento de trauma es claramente insuficiente (Wilson, 2013). Como resultado, las víctimas no están teniendo acceso a tratamientos efectivos de secuelas emocionales de la violencia política. Por consiguiente, es urgente dar respuesta a las necesidades en salud mental de las víctimas que no están teniendo acceso a tratamientos que hayan demostrado evidencia de efectividad (Richards, Ospina, Barrera, Escobar, Ardila, Metzler y Marmar, 2011).

Esta propuesta de investigación busca evaluar los efectos de una adaptación de un programa de intervención transdiagnóstica, el Protocolo Unificado, PU, para trastornos emocionales en la reducción de secuelas emocionales y en la mejoría en calidad de vida en personas que han sido víctimas de exposición a violencia y que en parte están concentrados en la ciudad de Bogotá. En términos específicos, se busca hacer traducir y adaptar culturalmente el PU así como un conjunto de instrumentos de medidas para evaluar la naturaleza de los efectos emocionales y afectivos y la calidad de vida de los participantes y evaluar la efectividad de la intervención e identificar posibles factores que medien o moderen los efectos del tratamiento (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen y May, 2011) Con el fin de lograr los objetivos anteriormente expuestos, se utilizará una metodología de Ensayo Clínico Aleatorizado con medidas repetidas (ECA) en el que se hará la comparación de los efectos del PU en 50 participantes voluntarios con un grupo de 50 participantes que estarán en Lista de Espera y a quienes se les aplicará la intervención una vez finalizado el tratamiento del primer grupo. Los participantes serán asignados por sorteo a una de las dos condiciones. Se tomarán medidas pre-post y el análisis de datos se hará mediante modelos lineales de comparación y curvas de crecimiento.

Ha sido ampliamente documentado que la población civil que vive en áreas de violencia está expuesta a una gran cantidad de factores generadores de estrés a nivel individual, familiar, comunitario y social. Para muchos, los estresores diarios incluyen imposibilidad de satisfacer necesidades básicas (p.e., vivienda, alimentos, agua o atención médica) y también problemas de seguridad (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013; Roberts, Ocala, Browne, Oyok y Sondorp, 2008; Keller, Lhewa, Rosenfeld, Sachs, Aladjem, Cohen, Porterfield, y col., 2006; Steel, Chey, Silove, Marnane, Bryant y van Ommeren, 2009). Además, las familias con frecuencia tienen que enfrentar adversidades como pérdida de tierras y vivienda, empleo (Bozzoli, Brück y Wald, 2012), y pérdida de seres queridos (Siriwardhana, Adikari, Pannala, Siribaddana, Abas, Sumathipala y Stewart, 2013). La acumulación de estos factores a su vez tiene un impacto negativo general en la calidad de vida y está relacionado con el nivel de gravedad y cantidad de problemas psicológicos (Rasmussen, Nguyen, Wilkinson, Vundla, Raghavan, Miller y Keller, 2010). En ese sentido, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, OMS, establece que las personas expuestas a estresores extremos, como guerra y masacres están en mayor riesgo de desarrollar problemas de salud psicológica y hay una gran necesidad de servicios psicológicos en salud en países de bajos recursos y expuestos a violencia (WHO, 2013).

Es pertinente tener en cuenta que los estudios con refugiados y desplazados en zonas de conflicto y violencia a nivel mundial (p.e., África, Sudeste Asiático, Medio Oriente, los Balcanes, América Central y Suramérica) muestran en forma consistente un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como resultado de la exposición repetida a eventos traumáticos (Ellis, MacDonald, Lincoln y Cabral, 2008; Neuner, Schauer, Karunakara, Klaschik, Robert y Elbert, 2004; Steel y col., 2009). Los resultados de los estudios en Colombia han mostrado efectos similares a los de otras zonas de conflicto tanto en adultos (Aristizabal, Howe y Palacio, 2009; Bell y col., 2011) como en niños (Pérez, Fernández y Rodado, 2005; Cuevas y Castro, 2009). Los efectos a la exposición continua a hechos traumáticos (terror por ataques violentos o amenazas a la integridad personal o de personas cercanas) producen efectos especialmente lesivos puesto que contribuyen a una gran cantidad de secuelas psicológicas, entre las que se pueden mencionar (a) malestar psicológico que se manifiesta como ansiedad, estrés agudo o trastorno de estrés postraumático (Echenique, Medina, Medina y Ramírez, 2008;) (b) problemas del estado de ánimo, depresión y desregulación del afecto (Richards, Ospina, Barrera, Escobar, Ardila, Metzler y Marmar, 2011); (c) pensamientos disfuncionales relacionadas con el contexto impredecible e incontrolable de violencia (Letica-Crepulja, Salcioglu, Franđiđkoviđ, y Basoglu, 2011); (d) formas inadecuadas de afrontamiento como evitación, aislamiento, abuso de sustancias y de alcohol o conductas violentas; (e) disminución de locus de control interno que se refleja en la percepción de un futuro incierto y una ausencia de metas a largo plazo y sentido de vida (Lefcourt, Martin y Saleh, 1984), así como bajos niveles de apoyo social percibido (Scarpa, Haden, y Hurley, 2006; Tol, Stavrou, Greene, Mergenthaler, van Ommeren, y García Moreno, 2011). En la situación del conflicto en Colombia, los severos efectos emocionales se evidencian en los testimonios de las víctimas de masacres y genocidios (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2008; 2009; 2010a, 2010b; 2010c; 2011; 2013). Además del alto grado de sufrimiento que generan estos actos, si estos problemas no se tratan, se pueden volver crónicos e intensificarse y facilitan la aparición de otros trastornos, y en general, deteriorar la calidad de vida de las personas (Keller y col., 2006; Siriwardhana y col, 2013).

En este sentido, la OMS ha establecido en sus Guías para el manejo de trauma y problemas emocionales la necesidad de aplicar intervenciones basadas en evidencia como primera línea de acción (OMS, 2013) y se ha resaltado su utilidad en población desplazada y víctima de violencia en diferentes partes del mundo gracias a su impacto positivo en el funcionamiento psicológico (Basoglu, 2006; Chatterjee, Chowdhary, Ped-nekar, Cohen, Andre, Araya, Simon, King, Telles, Weiss, Verdelli, Clougherty, Kirkwood y Patel, 2008; Tol y col., 2011). Dentro de las prácticas basadas en evidencia, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la que más evidencia ha demostrado en una diversidad de problemas psicológicos en población clínica (Castro, 2014; Wethington, Hahn, Fuqua-Whitley, Sipe, Crosby, Johnson y col., 2008). En víctimas de violencia política, en varios estudios se ha demostrado la utilidad de la TCC adaptada a población de desplazados y refugiados (Kar, 2011) y en víctimas de tortura y eventos atroces (Reger y Berliner, 2007). Las intervenciones en TCC han mostrado efectividad en la reducción de síntomas, malestar y nivel de interferencia en psicopatología relacionada con trauma tanto en poblaciones civiles y militares (Beidel, Frueh, Uhde, Wong y Mentrikoski, 2011), como en refugiados (Crumlish y O'Rourke, 2010; Nickerson, Bryant, Silove y

Steel, 2011; Harvey, Bryant y Tarrier, 2003). Sin embargo, estos estudios han estado en general focalizados en categorías diagnósticas específicas, como TEPT, Ansiedad o Depresión (Tuerk, Yoder, Grubaugh, Myrick, Hamner y Acierno, 2011). El enfoque diagnóstico tiene el inconveniente de que no considera las comorbilidades entre las distintas categorías, y dada la complejidad de los efectos de situaciones traumáticas no parece ser eficiente ya que deja por fuera muchas otras condiciones de malestar emocional que no necesariamente cumplen los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación. Por otra parte, se requeriría una multiplicidad de intervenciones dirigidas a cada uno de los trastornos (Barlow, Allen y Choate, 2004).

Con base en lo anterior, y teniendo en cuenta la extensa literatura y la complejidad de los síntomas asociados al trauma, un tratamiento transdiagnóstico constituye una estrategia más eficiente para tratar procesos comunes a la ansiedad, problemas del estado de ánimo y otros trastornos psicopatológicos que tienden a presentarse simultáneamente. Este enfoque está dirigido a procesos comunes transversales como regulación emocional, revaloración cognitiva y atención centrada en el presente y se han realizado adaptaciones culturales que han demostrado efectividad en disminuir el malestar relacionado con trauma en refugiados del Sudeste Asiático y de población Latina (Hinton, Pham, Tran, Safren, Otto y Pollack., 2004; Hinton, Chhean, Pich, Safren, Hofmann y Pollack, 2005; Hinton, Hofmann, Rivera, Otto y Pollack, 2011; Hinton, Pich, Hofmann y Otto, 2011; Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow y Otto, 2012; Otto, Hinton, Korbly, Chea, Ba, Gershuny y Pollack, 2003). De hecho, es necesario aplicar una intervención transdiagnóstica para dar respuesta a las necesidades psicológicas especiales de personas expuestas a situaciones traumáticas por violencia de conflicto y de esa forma prestar una atención que abarque más áreas afectadas (Nickerson, Bryant, Silove, y Steel, 2011; Murray, Dorsey, Haroz, Lee, Alsiary, Haydary y col., 2014; Farchione y Bullis, 2014).

Se espera que el tratamiento propuesto muestre efectividad tanto en la reducción de síntomas emocionales como en la mejoría de la calidad de vida de los participantes. Con base en estos resultados, se espera poder entrenar a profesionales de la salud y multiplicadores en la implementación de la intervención de tal forma que pueda tener un amplio cubrimiento de las necesidades psicológicas y emocionales y en el aumento de la calidad de vida de las personas afectadas por violencia. Los resultados de esta investigación serán sometidos a publicación en Revistas indexadas tanto nacionales como internacionales. Igualmente, se espera que los resultados de este estudio den lugar a nuevas investigaciones dirigidas a refinar y diseñar nuevos protocolos modulares que respondan a necesidades específicas de las víctimas. Como productos, y dependiendo de los resultados del estudio, se generarán instrumentos de evaluación, manuales protocolizados y formatos de entrenamiento en el protocolo con el fin de difundir su aplicación.