

Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013.

Post-traumatic stress disorder and co-morbidity among victims of political violence in a rural community of Huancavelica, Peru. 2013.

Vanessa Herrera-Lopez ^{1,2,a}, Lizardo Cruzado ^{1,a}.

RESUMEN

Entre los años 1980 y 2000 nuestro país vivió uno de los más cruentos conflictos armados de su historia. El departamento de Huancavelica, zona de extrema pobreza del Perú, fue uno de los principales lugares afectados. **Objetivos:** Determinar las características sociodemográficas, prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT), comorbilidad psiquiátrica y factores asociados en víctimas de la violencia política de la comunidad campesina de Cuñi, en el departamento de Huancavelica. **Material y métodos:** Se usó un diseño observacional, de corte transversal, se seleccionó a 121 habitantes de la comunidad, mayores de 18 años, que vivieron en el lugar durante el periodo de violencia política. La muestra representativa se seleccionó mediante muestreo por conglomerados multietápico y aleatorio. Se aplicó el Cuestionario *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) adaptado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Perú (INSM) para valorar TEPT y comorbilidad asociada. **Resultados:** La mayoría de encuestados estaban en extrema pobreza. El promedio de eventos traumáticos como consecuencia de la violencia política fue de 2,26. La prevalencia de vida de TEPT fue 25,6%. Todas las personas encuestadas tuvieron al menos un trastorno psiquiátrico comórbido: los más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión. **Conclusiones:** Se evidenció elevada prevalencia de eventos traumáticos y prevalencia de vida de TEPT y comorbilidad asociada en dicha zona rural.

PALABRAS CLAVE: Estrés postraumático; terrorismo; comorbilidad; Perú; salud rural.

SUMMARY

Between 1980 and 2000, our country experienced one of the bloodiest conflicts in its history. The department of Huancavelica, extreme poverty area of Peru, was one of the main sites affected. **Objectives:** To determine the sociodemographic characteristics, prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), comorbidity, and associated factors in victims of political violence in the rural community of Cuñi, in the department of Huancavelica. **Methods:** An observational, cross-section design was used. One hundred and twenty one community residents were selected, aged 18, who lived at the site during the period of political violence. The representative sample was selected by multistage random sampling clusters. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) questionnaire adapted by the National Institute of Mental Health of Peru (INSM) was used to assess PTSD and comorbidity. **Results:** Most respondents were in extreme poverty (average monthly income 24.4 dollars). The average number of traumatic events relating to political violence was 2.26. The lifetime prevalence of PTSD was 25.6 %. All respondents had

¹ Instituto Nacional de Salud Mental” Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico Psiquiatra.

at least one comorbid disorder. The most prevalent comorbidity was generalized anxiety disorder and depression. **Conclusions:** High prevalence of PTSD and comorbidity was observed. Furthermore, high prevalence of traumatic events and extreme poverty in this rural area was evident.

KEYWORDS: PTSD, terrorism, comorbidity, Peru, rural health.

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema de salud pública a nivel mundial (1). Diferentes estudios han demostrado que la guerra y los conflictos armados constituyen las mayores causas de sufrimiento general y mortalidad a lo largo de la historia, repercutiendo en la salud física y mental de todos aquellos directa o indirectamente involucrados (2-4).

La violencia política ha sido reconocida como una amenaza creciente a la salud pública. Se habla de violencia política cuando se utilizan métodos agresivos, para la resolución de un conflicto político-social-económico suscitándose lesiones, muertes y daños colaterales (2). Se consideran víctimas de la violencia política a las personas, familias y comunidades que han experimentado directamente o han estado próximas a eventos diversos, como incursiones o ataques armados, masacres, tortura, violación sexual, secuestro, desaparición forzada, asesinato, reclutamiento forzado y otros en los que se ha producido la vulneración de sus derechos humanos (4).

Los estudios realizados sobre los efectos de la violencia señalan como principales reacciones el miedo y el temor, emociones extremas que acarrear reacciones corporales, reacciones impulsivas, alteración del sentido de la realidad y la perpetuación misma del temor (5-7). Además del miedo, se presentan otros sentimientos, como vulnerabilidad, inseguridad, desmoralización, desesperanza, desesperación, desamparo, indefensión, sufrimiento, dolor, tristeza, odio y deseo de venganza (5,8,9). Otros de los efectos encontrados son la desconfianza en las personas y en los grupos, el aislamiento, la apatía, la inhibición de la comunicación, los problemas para relacionarse y la baja autoestima.

En relación a los efectos comunitarios, las investigaciones internacionales encontraron en las comunidades afectadas un clima emocional de miedo, lo que a su vez repercute en la inhibición de la comunicación, el ocultamiento de pensamientos y emociones, la desvinculación de los procesos organizativos, el aislamiento social, el cuestionamiento

de los valores y la desconfianza comunitaria (5,8). Entre los fenómenos sociales se observan la migración, el desplazamiento forzado y el refugio. Estos procesos generan ruptura familiar, ruptura de los proyectos de vida de la comunidad, desorganización social, pérdida de redes habituales y relaciones sociales, y también cambios culturales, como la pérdida de formas tradicionales de organización, símbolos, tradiciones, ritos y el ocultamiento de la propia identidad (5,8,10). En relación a los problemas de salud mental más comunes entre las personas que han vivido situaciones de violencia política, se han encontrado casos de depresión, ansiedad, abuso de sustancias como el alcohol y el tabaco, así como obviamente el trastorno de estrés post traumático (5,6,9).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) consiste en la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente penoso, que puede ser vivenciado por el individuo de manera directa o puede ser conocido a través de otra persona cercana al hecho (10). El TEPT, como constructo nosológico, es aún controversial; y en algunos estudios se niega su aplicabilidad en determinados contextos culturales; sin embargo, en muchos estudios clínicos se evidencia el impacto a corto y largo plazo, lo que es corroborado por los correlatos de alteración neurobiológica (1).

Entre algunos cuestionamientos que se plantea a la definición misma del TEPT se menciona que dicho trastorno es conceptualizado como una categoría propia de un sistema de valores y una ontología occidental, para cuya aplicación en sociedades no occidentales se debería tener mucha cautela (12). Asimismo, se ha cuestionado reiteradamente la utilización de una categoría única para las consecuencias de los variados eventos con potencial traumático, así como la ausencia de consideraciones vinculadas al contexto traumático en el tiempo, aspectos culturales e históricos (13).

Igualmente se menciona que con el paso de los años los indicadores de estrés postraumático van disminuyendo, siendo con los años la tasa de prevalencia reportada considerablemente menor. De todas formas, someter a prueba estas afirmaciones en contextos con escasez de estudios sobre TEPT,

como el nuestro, es válido, más aún cuando se ha documentado la relación entre la severidad del trauma y el desarrollo de TEPT crónico. En ese sentido, tras eventos extremadamente violentos como los vividos en la época de la guerra interna, es pertinente buscar sus posibles secuelas en forma de patología psiquiátrica, pese a los años transcurridos (14-18).

Según el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, las zonas de Huancavelica, Ayacucho y Apurímac fueron las principales afectadas durante el conflicto armado entre los años 1980 y 2000. Se ha estimado que la cifra más probable de víctimas fatales de la violencia fue de 69 280 personas. Se dieron innumerables violaciones a los derechos humanos y la población se encontró ante dos frentes, por un lado, Sendero Luminoso y por otro el Ejército y la Policía (19,20).

Pedersen y cols. estudiaron la repercusión de la violencia política en la salud de las personas de las poblaciones alto andinas de Huanta en Ayacucho reportando cifras muy significativas: 73% de prevalencia general de trastornos mentales y 24,8% de estrés post traumático en la población mayor de 14 años. Asimismo en estudios se hace referencia a la existencia de factores de protección como a la capacidad de recuperación de las personas y la resiliencia de la población rural (21).

El resultado de la violencia política en el Departamento de Huancavelica, zona con mayor tasa de pobreza del país, fue miles de personas muertas y miles de personas desplazadas, con el resquebrajamiento de las comunidades campesinas, así como miles de millones de nuevos soles en pérdidas materiales (22,23). La comunidad campesina de Cuñi se encuentra ubicada en el distrito de Marcas, provincia de Acobamba, departamento de Huancavelica-Perú, ubicada en la frontera de Huanta- Ayacucho, a 3525 m.s.n.m. Fue una de las comunidades campesinas afectadas por el conflicto armado en la zona de Huancavelica, instalándose una base de las fuerzas armadas cerca de la zona. Varios pobladores han descrito diversos tipos de agresiones sufridas, incluidas violación sexual, agresión física, secuestro, amenaza de muerte o han sido testigos de torturas o muertes violentas de diversos familiares,. Algunos relataban en reuniones comunales que *“después del conflicto armado, la organización comunal no fue la misma, ni la forma de ser de los comuneros”*. Asimismo, muchas familias y jefes del hogar fueron desplazados y/o desaparecidos quedando al cuidado del hogar sólo

un miembro parental. Persiste en la zona descrita una alta tasa de pobreza extrema y migración local, así como desorganización comunal, pobre iniciativa y escasa concurrencia a los servicios de salud. Hasta la fecha no se ha realizado un estudio científico que permita valorar la presencia de TEPT en dicha zona y su relación con el conflicto armado vivenciado.

Las comunidades campesinas son una de las organizaciones sociales más antiguas que tiene nuestro país. Se sustenta en una red de cooperación mutua y reciprocidad donde los comuneros tienen acceso por igual para el uso de la tierra y bienes comunitarios. Dichas comunidades fueron las que sufrieron un mayor impacto por la violencia política en la época del conflicto armado, siendo aún duradera y notable la repercusión a nivel comunitario. Asimismo, es una de las instituciones aún más olvidadas por el Estado, pues en dichas zonas persisten elevados indicadores de pobreza y exclusión que repercuten en la situación de salud mental colectiva. Dicha exclusión, múltiples determinantes sociales, barreras de acceso y características culturales particulares aún no han tenido un alto foco de interés e investigación sobre las múltiples repercusiones e impacto en la salud mental de las comunidades hasta la actualidad, así como en el análisis de la presencia de TEPT crónico considerando las variables culturales. Existen algunos estudios cualitativos en determinadas zonas donde existió el conflicto armado, sobretudo en Ayacucho, sin embargo en general resultan escasos. Los estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental han podido realizar su ámbito de investigación epidemiológica en salud mental en la gran mayoría de regiones del país, sin embargo dichas investigaciones son más focalizadas al ámbito ciudadano. Para la fecha de realización del presente estudio no se contaba con informe del estudio epidemiológico en salud mental en la región de Huancavelica. Así, no se cuenta con estudios con enfoque cuantitativo en salud mental en el ámbito de Huancavelica. Este estudio sienta un precedente relevante y busca caracterizar a dicha población afectada por la violencia política y la presencia de TEPT y comorbilidad asociada en dicha comunidad campesina con características culturales de origen quechua.

Los objetivos fueron determinar la prevalencia de estrés postraumático en la comunidad campesina de Cuñi-Huancavelica, así como determinar los factores asociados y la comorbilidad más frecuentemente asociada con TEPT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. La población consistió en todos los habitantes de la comunidad campesina de Cuñi, mayores de 18 años, que habían vivido en el lugar entre los años 1980 a 2000, incluyéndose a la población de los diferentes anexos geográficos: Ccochacc, Lambrama, Asahuasi y Cuñi, afectados por la violencia política, incluyéndose asimismo a los ‘retornantes’ (aquellos que se desplazaron de la comunidad por algún periodo de tiempo) y ‘resistentes’ (aquellos que optaron por permanecer en el lugar) que se encontraban residiendo actualmente en la comunidad. Se excluyeron aquellos que presentaron una severa discapacidad orgánica o física que les limitaba responder a la entrevista.

Se utilizó un diseño muestral por conglomerados multietápico aleatorio, donde cada anexo fue considerado un conglomerado. El tamaño muestral se determinó según la fórmula de tamaño muestral para estudios de prevalencia, y los participantes en el estudio de cada conglomerado se seleccionaron de manera aleatoria y proporcional a cada anexo geográfico de la comunidad. Las viviendas fueron seleccionadas sobre la base del número obtenido en el censo geosanitario del establecimiento realizado tres años atrás y contrastado con los datos de los agentes comunitarios, autoridades y situación real actual. Se escogió una persona por vivienda por asignación aleatoria.

Se realizaron coordinaciones con el alcalde, diversos líderes comunales, presidente comunal y personal de salud del establecimiento de la jurisdicción para la aprobación de la realización del estudio en la comunidad. Se contó con el apoyo de dos agentes comunitarios de salud y un profesional de la salud con dominio de idioma quechua a quienes se capacitó para apoyar en el desarrollo de la entrevista que se realizó casa por casa según muestreo seleccionado.

El periodo de recolección de datos fue de enero a julio del 2013. Entre los instrumentos que se utilizaron se consideró un cuestionario general que incluyó preguntas sobre edad, género, estado civil, grado de instrucción, anexo de procedencia, ingreso mensual promedio, tipo de familia y tipo de afectación percibida durante el conflicto armado. Asimismo, se utilizaron los módulos de trastornos psiquiátricos considerados en el Cuestionario *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) validado y utilizado en los estudios epidemiológicos del Instituto

Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM) de nuestro país. Dicho cuestionario ha sido adaptado lingüísticamente por el INSM (24,25) y validado a través de entrevistas a usuarios con trastornos psiquiátricos del INSM y luego en personas residentes de cien viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. Se incluyó los diferentes módulos que evalúan TEPT y otros trastornos psiquiátricos para valorar comorbilidad asociada a TEPT. No se realizó adaptación lingüística al quechua dado que según el Informe del Análisis Situacional de Salud del 2007 del Puesto de Salud Cuñi [26], el 90% de las personas adultas de la comunidad son bilingües, habiéndose realizado previamente encuestas o tamizajes en español, no informándose dificultad lingüística. Los criterios del DSM IV-TR fueron utilizados para establecer los diagnósticos respectivos y motivo del presente estudio.

En relación al plan de análisis, en la primera etapa del procesamiento estadístico de los datos se utilizó estadísticas descriptivas como porcentajes y promedios para determinar las prevalencias de trastornos e indicadores de violencia política y la edad promedio de los entrevistados. Además se realizó análisis bivariado para determinar la asociación entre los indicadores asociados con el estrés postraumático y trastornos comórbidos por medio de razón de ventajas (OR).

Se consideró la significancia estadística al 5% ($p < 0,05$) y finalmente para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS v. 19.0.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Los participantes firmaron libremente su consentimiento informado. Se les asignó una codificación a los encuestados para proteger la identidad de los informantes. Así, la lista aleatorizada de participantes disponible fue codificada y protegida, siendo solo accesible a la investigadora principal. Estos datos no fueron cedidos a ninguna persona o institución bajo ninguna circunstancia.

RESULTADOS

De la muestra seleccionada, se excluyó a cuatro participantes por presentar demencia avanzada, no pudiendo responder el cuestionario, seleccionándose finalmente 121 personas de ambos géneros. La muestra fue extraída a partir de una población de 229 personas. En la Tabla 1 se describen las características

Tabla 1. Características sociodemográficas en encuestados afectados por violencia política de la Comunidad campesina de Cuñi Huancavelica, Perú. 2013.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	44	36,4
	Femenino	77	63,6
Grupo etario *	18--29	15	12,4
	30--59	65	53,7
	60 a más	41	33,9
Procedencia	Cuñipampa	64	52,9
	Ccochac	31	25,6
	Lambrama	16	13,2
	Asahuasi	10	8,3
Grado de instrucción	Inicial/preescolar	23	19,0
	Primaria	71	58,7
	Secundaria	25	20,7
	Superior no universitario	1	0,8
	Superior universitario	1	0,8
Estado civil	Soltero	16	13,2
	Conviviente	21	17,4
	Casado	58	47,9
	Separado	6	5,0
	Viudo	20	16,5
Tipo de familia	Familia nuclear simple	21	17,4
	Familia biparental	60	49,6
	Familia monoparental	36	29,8
	Familia extensa	4	3,3
Lengua materna que aprendió en su niñez	Castellano	3	2,5
	Quechua	118	97,5
Ocupación	Agricultor	101	83,5
	Otro	20	16,5
Cuenta con Registro Único de Víctimas (RUV)	Si	28	23,1
	No	93	76,9

* Edad (años): media = 50,9, mínimo = 18, máximo = 90.; n=121

sociodemográficas de los encuestados afectados por la violencia política (Tabla 1). La edad promedio de los encuestados fue de 50,9 años. De los encuestados, 77 fueron mujeres y 44 varones. El 53,7 % de los encuestados correspondieron al grupo etario de 30 a 59. Los encuestados provenían de los diferentes anexos geográficos de la comunidad campesina. El 52,9 % correspondieron a la zona de Cuñipampa. La zona de Cuñi fue la que presentó el menor ingreso promedio mensual (54 nuevos soles). El 58,7 % de los encuestados tuvieron grado de instrucción nivel primario. El 47,9% de los encuestados eran casados. El 49,6% de los encuestados provenían de una familia biparental. La mayoría de sujetos tuvo como lengua

materna de origen el quechua (97,5%). Asimismo, la mayoría de sujetos tenía como principal ocupación ser agricultor (83,5%). De los encuestados que presentaron diferente grado de afectación percibida por la violencia política, el 76,9% no se habían registrado o no se había aprobado su registro en el listado oficial de personas y comunidades que tiene derecho a los beneficios del Plan Integral de Reparaciones denominado Registro Único de Víctimas (RUV). El 43,9 % de los encuestados tuvieron que cambiar de lugar de residencia por causa de la violencia política. El ingreso mensual promedio fue de 66 nuevos soles. Las mujeres encuestadas presentaron un menor ingreso mensual promedio (60,4 nuevos soles).

De toda la muestra seleccionada, el 83,47% reportó al menos un tipo de afectación por violencia política. En la Tabla 2 se evidencian la percepción de eventos traumáticos por la violencia política más descritos por los encuestados de ambos sexos: los más frecuentes fueron haber tenido que cambiar de lugar de residencia por la violencia política y haber sido reclutados forzosamente por el ejército y/o subversión en algunos casos.

El promedio de eventos traumáticos en la población total encuestada (n=121) fue de 2,26 eventos. El 26,4% de los encuestados presentaron dos tipos de afectación; el 21,5% tres tipos de afectación, y el 17,3% sufrieron cuatro o más. Los varones encuestados no reportaron violación sexual. El 2,6% de las mujeres encuestadas (n=77) reportaron haber sufrido violación sexual durante el conflicto armado.

Tabla 2. Tipo de afectación percibida por violencia política asociado a presencia de TEPT. Comunidad campesina de Cuñi-Huancavelica, Perú. 2013.

		TEPT (31)		no TEPT (90)		Total	OR	OR (IC 95%)	
		Frec	%	Frec	%				
Cambio de lugar de residencia por causa de la violencia política	Si	11	35,5	42	46,7	53	0,63	0,37	1,07
	No	20	64,5	48	53,3	68			
Muerte de familiar directo durante el conflicto armado	Si	2	6,5	4	4,4	6	1,48	0,42	5,21
	No	29	93,5	86	95,6	115			
Sufrir desaparición forzada en algún periodo del conflicto	Si	2	6,5	0	0,0	2	Mayor de 1		*
	No	29	93,5	90	100,0	119			
Sufrir heridas o lesiones siendo miembro autoridad o miembro de comité autodefensa	Si	7	22,6	12	13,3	19	1,85	0,82	4,16
	No	12	38,7	38	42,2	50			
Víctima de algún tipo de tortura durante el conflicto armado	Si	4	12,9	7	7,8	11	1,76	0,67	4,58
	No	27	87,1	83	92,2	110			
Detención ilegal o arbitraria	Si	5	16,1	1	1,1	6	17,12	2,22	131,90*
	No	26	83,9	89	98,9	115			
Víctima de prisión arbitraria	Si	4	12,9	1	1,1	5	13,19	1,66	104,81*
	No	27	87,1	89	98,9	116			
Víctima de secuestro.	Si	1	3,2	0	0,0	1	Mayor de 1		*
	No	30	96,8	90	100,0	120			
Desplazamiento forzoso de Cuñi por algún periodo de tiempo durante el conflicto.	Si	8	25,8	24	26,7	32	0,96	0,53	1,74
	No	23	74,2	66	73,3	89			
Reclutamiento forzoso durante el conflicto armado.	Si	15	48,4	34	37,8	49	1,54	0,90	2,66
	No	16	51,6	56	62,2	72			
Tuvo familiar directo con desaparición forzada durante el conflicto	Si	6	19,4	12	13,3	18	1,56	0,73	3,35
	No	25	80,6	78	86,7	103			
Integrar Comité de autodefensa siendo menor de edad.	Si	3	9,7	6	6,7	9	1,50	0,53	4,24
	No	28	90,3	84	93,3	112			
Sufrir prisión por delitos de terrorismo sin respetar los requisitos formales de ley.	Si	3	9,7	0	0,0	3	Mayor de 1		*
	No	28	90,3	90	100,0	118			
Resultar indocumentado por el conflicto	Si	2	6,5	0	0,0	2	Mayor de 1		*
	No	29	93,5	90	100,0	119			
Sufrir abuso sexual durante el conflicto armado.	Si	3	9,7	1	1,1	3	9,54	1,06	85,46*
	No	28	90,3	89	98,9	118			
Sufrir alguna pérdida de animales o bienes agrícolas.	Si	16	51,6	37	41,1	53	1,53	0,89	2,61
	No	15	48,4	53	58,9	68			

(*) Diferencia significativa

Tabla 3. Criterios diagnósticos de TEPT según DSM IV TR y género en encuestados afectados por la violencia política de la Comunidad Campesina de Cuñi-Huancavelica, Perú. 2013.

		Masculino n=10		Femenino n = 21	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
A. ¿Alguna vez en su vida ha vivido, ha sido testigo o ha presenciado algún acontecimiento extremadamente violento o traumático, durante el cual personas han muerto o usted mismo y/u otras personas han sido amenazadas de muerte o han sido gravemente heridas o atacadas en su integridad física?	Si	10	100,0	21	100,0
	No	0	0,0	0	0,0
B. Piense en la peor reacción frente a alguno de estos sucesos traumáticos, ¿Pensaba a menudo y con pena en este acontecimiento, lo soñaba (o sueña) o tenía (o tiene) frecuentemente la impresión de revivirlo?	Si	10	100,0	21	100,0
	No	0	0,0	0	0,0
C. Desde este acontecimiento, ¿Tenía la tendencia a evitar todo aquello que pudiera recordarle ese acontecimiento?	Si	10	100,0	20	95,2
	No	0	0,0	1	4,8
C3. ¿Tenía dificultad para recordar exactamente lo que había pasado durante el acontecimiento?	Si	3	30,0	8	38,1
	No	7	70,0	13	61,9
D. Desde que sucedió ese acontecimiento, en un mismo periodo ¿Se ha dado cuenta que usted había cambiado* :					
D1. ¿Tenía dificultades para dormirse o se despertaba a menudo?	Si	9	90,0	19	90,5
	No	1	10,0	2	9,5
D2. ¿Estaba particularmente irritable (o rabioso) o montaba fácilmente en cólera?	Si	8	80,0	6	28,6
	No	2	20,0	15	71,4
D3. ¿Tenía dificultades para concentrarse?	Si	4	40,0	10	47,6
	No	6	60,0	11	52,4
D4. ¿Estaba nervioso(a) y constantemente en guardia?	Si	10	100,0	20	95,2
	No	0	0,0	1	4,8
D5. ¿Cualquier pequeña cosa le asustaba o le exaltaba?	Si	9	90,0	20	95,2
	No	1	10,0	1	4,8

* Todos quienes presentaban TEPT tenían 3 o más factores para este criterio.

La edad media de presentación de TEPT fue de 24,9 años, siendo la mínima edad de presentación a los 7 años y la máxima de 45 años. El 41,9% (13) eran menores de 18 años cuando se presentó el episodio. El 35,5% (11) estaban entre 31 y 45 años. El 22,6% estaba entre los 19 y 30 años (Gráfico 1).

En relación a los síntomas o criterios diagnósticos de TEPT más frecuentemente identificados (Tabla 3), el 100% de los encuestados que presentaron TEPT *“pensaba a menudo y con pena en este acontecimiento, lo soñaba o tenía frecuentemente la impresión de revivirlo”*. El 95,2% de los encuestados *“tenía a evitar todo aquello que pudiera recordarle ese acontecimiento”*. El 90,5% tenía *“dificultad para*

recordar exactamente lo que había pasado durante el acontecimiento”. Asimismo, el 95,2% refirió que cuando sucedió ese acontecimiento *“estaba nervioso y constantemente en guardia”*; el 95,2% refirió que *“cualquier pequeña cosa le asustaba”*, el 90,5% *“tenía dificultades para dormirse o se despertaba a menudo”*.

En la Tabla 4 se evidencia la frecuencia de eventos traumáticos relacionados a la violencia política según presencia o ausencia de TEPT. Se evidenció asociación significativa entre la presencia de TEPT y el mayor número de tipos de afectaciones por la violencia política percibidas por los encuestados.

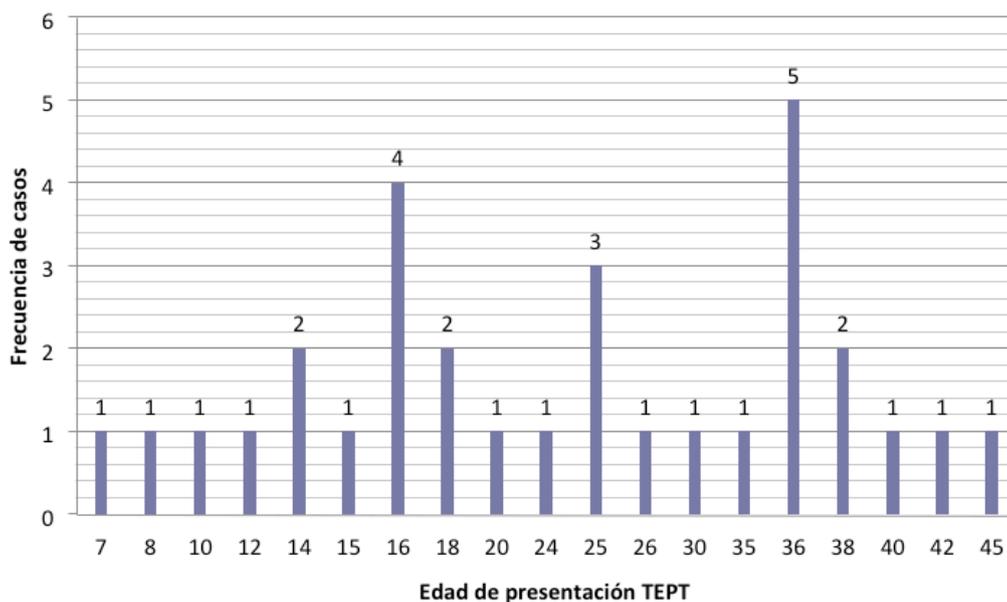


Gráfico 1. Frecuencia de casos de TEPT según edad de presentación de TEPT en encuestados afectados por violencia política de la Comunidad Campesina de Cuñi-Huancavelica, Perú. 2013.

Tabla 4. Frecuencia de eventos traumáticos relacionados a la violencia política según presencia o ausencia de TEPT. Comunidad campesina de Cuñi-Huancavelica-Perú. 2013.

Número de eventos traumáticos	TEPT	No TEPT	Total	X ²	gl	p
0	2	18	20			
1	2	20	22			
2	13	19	32			
3	7	19	26			
4	0	7	7			
5	3	4	7	21732	8	0,005
6	1	3	4			
7	2	0	2			
8	1	0	1			
Total	31	90	121			

Tabla 5. Frecuencia de otros eventos traumáticos no relacionados a la violencia política. Comunidad campesina de Cuñi-Huancavelica, Perú. 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Accidente	5	45,5
Agresión física	3	27,3
Testigo de muerte familiar	1	9,1
Escuchar sobre muerte de familiar	2	18,2
Total	11	100,0

Asimismo, el 9,1 % de los encuestados reportaron haber sufrido otros eventos traumáticos (Tabla 5) entre los que destacaban: haber sufrido un accidente (45,5%); haber sido víctima de agresión física (27,3%); haber escuchado sobre muerte de familiar (18,2%); haber sido testigo de muerte de familiar (9,1%).

La prevalencia de vida de TEPT en la muestra fue de 25,6%. La prevalencia de vida de TEPT para las mujeres fue de 27,3%, mientras que para los varones fue de 22,7%. Al aplicar la prueba X² se vio que no había

diferencia significativa en la prevalencia entre ambos sexos ($p > 0,05$). Se encontró diferencia significativa entre la ubicación geográfica de los anexos y la mayor presencia de TEPT y comorbilidad asociada ($p > 0,05$) (Tabla 6). Los anexos de Cuñi y Lambrama fueron los anexos con más alta prevalencia de TEPT. Esto podría explicarse dado que la plaza principal de la comunidad campesina se encontraba en el anexo de Cuñi, punto de convocatoria frecuente por las fuerzas armadas y subversivos. El anexo de Lambrama se encuentra cerca de la zona de quebrada, punto de acceso por

donde accedían los subversivos.

Todas las personas con TEPT tuvieron al menos un trastorno psiquiátrico comórbido. En relación a los principales trastornos psiquiátricos asociados al TEPT, se observó que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la depresión se asociaron con mayor frecuencia a TEPT, sin embargo solo TAG tuvo una asociación estadística significativa (Tabla 7). Tanto la fobia social y la dependencia al alcohol se presentaron con mayor frecuencia en los encuestados que no tuvieron TEPT.

Tabla N° 6: Presencia y ausencia de TEPT según variables sociodemográficas de encuestados de la comunidad campesina de Cuñi-Huancavelica, Perú. 2013

		TEPT		no TEPT		Total	Chi-cuadrado	gl	P
		n=31	%	n=90	%				
Sexo	Masculino	10	32,3	34	37,8	44	0,304	1	0,582
	Femenino	21	67,7	56	62,2	77			
Grupo edad	18--29	1	3,2	14	15,6	15	4,643	2	0,098
	30--59	21	67,7	44	48,9	65			
	60 a más	9	29,0	32	35,6	41			
Procedencia	Cuñi	22	71,0	42	46,7	64	12,083	3	0,007
	Ccochac	1	3,2	30	33,3	31			
	Lambrama	6	19,4	10	11,1	16			
	Asahuasi	2	6,5	8	8,9	10			
Grado de instrucción	Inicial/preescolar	5	16,1	18	20,0	23	4,068	4	0,397
	Primaria	17	54,8	54	60,0	71			
	Secundaria	8	25,8	17	18,9	25			
	Superior no universitario	1	3,2	0	0,0	1			
	Superior universitario	0	0,0	1	1,1	1			
Estado Civil	Soltero	2	6,5	14	15,6	16	4,211	4	0,378
	Conviviente	4	12,9	17	18,9	21			
	Casado	17	54,8	41	45,6	58			
	Separado	3	9,7	3	3,3	6			
	Viudo	5	16,1	15	16,7	20			
Tipo de Familia	Familia nuclear simple	7	22,6	14	15,6	21	2,986	3	0,394
	Familia biparental	12	38,7	48	53,3	60			
	Familia monoparental	10	32,3	26	28,9	36			
	Familia extensa	2	6,5	2	2,2	4			
Lengua materna que aprendió en su niñez	Castellano	0	0,0	3	3,3	3	1,060	1	0,303
	Quechua	31	100,0	87	96,7	118			
Ocupación	Agricultor	25	80,6	76	84,4	101	0,241	1	0,623
	Otro	6	19,4	14	15,6	20			

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de trastornos psiquiátricos según presencia o ausencia a TEPT. Comunidad campesina de Cuñi-Huancavelica-Perú. 2013.

Trastorno	TEPT n = 31		No TEPT n = 90		Total	OR	OR(95% IC)
	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
TAG	13	42	6	7	19	10,1	3,4 - 30,2
Distimia	3	10	3	3	6	3,1	0,6 - 16,3
Depresión	10	32	13	14	23	2,8	1,1 - 7,3
Ataque de pánico	9	29	13	14	22	2,4	0,9 - 6,4
Agorafobia	5	16	7	8	12	2,3	0,7 - 7,8
Fobia social	9	29	16	18	25	1,9	0,7 - 4,9
Consumo perjudicial de alcohol	2	6	7	8	9	0,8	0,2 - 4,2
Dependencia alcohol	2	6	14	16	16	0,4	0,1 - 1,8
T. psicótico	1	3	0	0	1	0,0	
Ningún trastorno	0	0	38	42	38	0,0	

Tabla 8. Presencia de TEPT y comorbilidad asociada en género masculino. Comunidad Campesina de Cuñi-Huancavelica, Perú. 2013.

	TEPT n = 10		Sin TEPT n = 34		OR	OR (IC 95%)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
TAG	7	70	2	5,9	37,3	5,22	266,74
Depresión	3	30	3	8,8	4,4	0,73	26,57
Ataque de pánico	2	20	2	5,9	4	0,49	32,91
Consumo perjudicial de alcohol	2	20	5	14,7	1,5	0,24	9,23
Agorafobia	1	10	3	8,8	1,1	0,10	11,91
Dependencia alcohol	2	20	11	32,4	0,5	0,09	2,76
Fobia social	1	10	7	20,6	0,4	0,04	3,71
Distimia	1	10	0	0			
T. psicótico	0	0	0	0			
Ninguno	--	--	14	41,2			

Tabla 9. Presencia de TEPT y comorbilidad asociada en género femenino. Comunidad Campesina de Cuñi-Huancavelica, Perú. 2013.

	TEPT n = 21		no TEPT n = 56		OR	OR (IC 95%)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
TAG	6	28,6	4	7,1	5,2	1,30	20,87
Fobia social	8	38,1	9	16,1	3,2	1,03	9,94
Agorafobia	4	19	4	7,1	3,1	0,70	13,76
Depresión	7	33,3	10	17,9	2,3	0,74	7,16
Ataque de pánico	7	33,3	11	19,6	2	0,65	6,14
Distimia	2	9,5	3	5,4	1,9	0,29	12,26
Consumo perjudicial de alcohol	0	0	2	3,6			
Dependencia alcohol	0	0	3	5,4			
T. psicótico	1	4,8	0	0			
Ninguno	--	--	24	42,9			

Tabla 10. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en los últimos doce meses. Comunidad Campesina de Cuñi-Huancavelica-Perú. 2013.

	n = 121	
	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia alcohol	9	7,4
Fobia social	7	5,8
Ataque de pánico	6	5,0
Consumo perjudicial de alcohol	5	4,1
TEPT	1	0,8
TAG	5	4,1
Agorafobia	1	0,8
Depresión	1	0,8
Distimia	1	0,8
Total	35	

Las mujeres y varones con TEPT presentaron mayor comorbilidad que las personas que no padecieron TEPT. En el caso de las mujeres, los trastornos psiquiátricos con mayor comorbilidad fueron TAG y fobia social, con asociación estadísticamente significativa en ambos casos (Tabla 8). En el caso de los varones, los trastornos psiquiátricos con mayor comorbilidad fueron el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor, presentándose asociación estadísticamente significativa solo con TAG (Tabla 9).

En relación a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los últimos doce meses, el 28,9% presentó algún trastorno psiquiátrico, siendo los de mayor prevalencia la dependencia al alcohol (7,4%), trastorno de ansiedad social (5,8%), ataque de pánico (5%), trastorno de ansiedad generalizada (4,1%). Solo se evidenció TEPT en los últimos 12 meses en el 0,8% de la muestra, el cual fue comórbido a TAG (Tabla 10).

DISCUSIÓN

Estudios diversos han descrito una mayor prevalencia de TEPT en situaciones de conflicto armado y mayor exposición y severidad de eventos traumáticos (27-33). Así, estudios en víctimas de situaciones de combate en países de bajos ingresos han encontrado prevalencias de TEPT de 15,8% en Etiopía, de 17,8% en Gaza, de 28,4% en Camboya y de 37,4% en Argelia (34). Davidson reportó una prevalencia del TEPT en un 37,4% de la población

expuesta a traumas violentos (35). En otro estudio realizado en personas desmovilizadas en el proceso de reintegración y residentes del municipio de Medellín-Colombia los resultados arrojaron una prevalencia del TEPT en los desmovilizados evaluados del 39% (36). En el caso del presente estudio la prevalencia de vida de TEPT fue 25,6% siendo similar a los promedios de mayor prevalencia en situaciones de conflicto armado.

Por otro lado, numerosos estudios señalaban que las mujeres presentaban niveles de TEPT más altos (6,12, 37), sin embargo en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en las prevalencias de TEPT. En un estudio realizado quince años después de finalizado el conflicto armado en Perú en mujeres quechuas de tres zonas de Ayacucho, los participantes informaron haber sufrido o presenciado un media de casi nueve hechos violentos durante los años del conflicto, por ejemplo, el 67% fueron gravemente heridos o casi asesinados, el 58% fueron torturados, mientras que el evento más común experimentado fue la muerte violenta de sus familiares y vecinos (83%) (38). Asimismo, se evidenció niveles más altos de síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático en mujeres con niveles más altos de estrés actual, con mayor exposición a la violencia durante el conflicto, edad avanzada, y niveles más bajos de resiliencia.

El TEPT es un cuadro que tiene una alta comorbilidad, la cual en algunos estudios ha alcanzado hasta un 80% (39). Este estudio es consistente con aquellos otros donde se muestra que hombres y mujeres con TEPT a lo largo de la vida tienen mayor probabilidad de tener otro diagnóstico psiquiátrico comórbido que aquellos sin TEPT (42-47). Diversos estudios previos encontraron que una proporción considerable de personas que presentaron TEPT también presentaron comórbidamente depresión en un rango variable de 21% a 94% y en un rango de 39-97% sufrían de cuadros de ansiedad comórbidos; asimismo se ha descrito en diversos estudios una triple comorbilidad, es decir, presencia de otro trastorno de ansiedad y depresión además del TEPT en el 11 al 67% de los pacientes. La comorbilidad del trastorno depresivo mayor y de trastornos por consumo de sustancias fue especialmente alta en un estudio epidemiológico realizado en Chile (31).

Asimismo, en un estudio realizado en 664 veteranos de guerra se encontró mayor prevalencia de comorbilidad triple con TEPT comparado significativamente a la presencia de solo TEPT (45).

En veteranos de Vietnam se ha llegado a encontrar que el 66% presenta también otro trastorno afectivo o de ansiedad, y el 39% tuvo abuso o dependencia de alcohol; sin embargo, había tres o más diagnósticos en el 44% de las mujeres y en el 59% de los hombres (46).

El abuso y dependencia de sustancias puede aparecer en algunos pacientes como una autoterapia para controlar ciertos síntomas del TEPT como son los síntomas ansiosos, los trastornos del sueño y la hiperalerta. Esto podría explicar en parte la mayor presencia de consumo perjudicial y dependencia de alcohol en los que no sufrieron TEPT (48). En el presente estudio no se evidenció una asociación significativa comórbida para TEPT con dependencia al alcohol. A pesar que diversos estudios refieren la comorbilidad elevada entre TEPT y dependencia o consumo de alcohol (31-35), las particularidades de esta población rural con elevada migración interna postconflicto podrían explicar dicha diferencia.

El estudio también evidenció la elevada exposición a diversos eventos traumáticos vinculados a la violencia política, entre los que destacan haber tenido que cambiar de lugar de residencia por la violencia política, haber sido reclutados forzosamente por el ejército y/ o subversión, haber sufrido detención ilegal o arbitraria durante el conflicto armado, siendo el promedio de eventos traumáticos de 2,26 lo cual tiene correlato con diversos estudios internacionales. En una investigación realizada con 126 refugiados de Guatemala que vivieron en Chiapas por los últimos 20 años, todas las personas informaron haber vivido al menos un evento traumático, con un promedio de 8,3 eventos por individuo (48).

Por otro lado, resulta preocupante la situación de exclusión social y extrema pobreza que aún persiste en dicha zona rural de Huancavelica. Estos factores contribuyen a la persistencia de vulnerabilidad y riesgo de mayor afectación en su salud mental (50-55). Asimismo, dichos determinantes económicos y sociales constituye efecto y causa de mayor violencia social posible ante la presencia aún de inequidad en la zona.

Se evidenció la afectación a mujeres y varones de la comunidad quienes tenían origen quechua fundamentalmente. Esto tiene correlato con lo informado por la CVR donde se evidenció la afectación y mayor exclusión en población quechua hablante. La CVR evidenció también que las mujeres, por el hecho de serlo, fueron víctimas singulares de un conjunto de

delitos y atentados contra su dignidad y sus DDHH que difieren de aquellos infligidos a los varones.

Asimismo, la violencia sexual es un delito del que las personas son víctimas tanto en conflictos armados internos como internacionales. Según el informe de la CVR el 16,54% de los hombres sufrieron violencia sexual y el 83,46% fueron mujeres. En el presente estudio el 3,3% (4) de las mujeres encuestadas reportaron haber sufrido afectación por violencia sexual durante el conflicto armado, las cuales presentaron TEPT en el 75% de dichos casos (54).

Huancavelica fue el cuarto departamento más afectado por la guerra interna, después de Ayacucho, Junín y Huánuco. La extrema violencia y el terror infundidos, sumados a la presencia de estresores múltiples, han tenido sin lugar a dudas consecuencias negativas para la salud mental de estas comunidades. Los resultados de este estudio nos han permitido dimensionar la alta prevalencia de vida de TEPT y comorbilidad asociada en una zona afectada por el conflicto armado sufrido en el país.

Actualmente en la zona afectada de Huancavelica ya se dio la etapa de reparación colectiva. Se concluyó el registro de identificados como afectados por la violencia política para la reparación individual por el Estado a través de un registro único de víctimas de la violencia política (RUV). Dicho RUV fue creado por la Ley 28592 que instituye el Plan Integral de Reparaciones y sirve para que el Estado reconozca el derecho fundamental de las víctimas y beneficiarios a obtener alguna modalidad de reparación post el conflicto armado. Es preocupante la escasez de registro de afectados por violencia política en dicha comunidad, lo cual podría verse influenciado por la desinformación en el trámite.

Se desconoce cómo estarían actuando los factores protectores de resiliencia en el impacto de los traumas sufridos en el conflicto armado en la comunidad de Cuñi, así como factores socioculturales propios de la zona que podrían haber influido en la percepción del conflicto y la repercusión en su salud mental individual y colectiva, aspectos que otros estudios consideran relevante también incluir para un abordaje más integral (55-57).

CONCLUSIONES

Se evidenció una elevada prevalencia de vida de TEPT en la Comunidad Campesina de Cuñi en Huancavelica, Perú y una elevada comorbilidad

asociada. La prevalencia de vida de TEPT en la muestra fue de 25,6%. La prevalencia de vida de TEPT para las mujeres fue de 27,3%, mientras que para los varones fue de 22,7%. Se evidenció asociación significativa entre la presencia de TEPT y el mayor número de tipos de afectaciones por la violencia política percibidas por los encuestados.

Las características de mayor frecuencia de tipos de afectación percibida por los encuestados durante el periodo de violencia política, así como la ubicación geográfica tuvieron asociación significativa para la mayor presencia de trastorno por estrés postraumático. Los anexos de Cuñi y Lambrama fueron los anexos con más alta prevalencia de TEPT.

Las mujeres y varones con TEPT presentaron mayor comorbilidad que las personas que no padecieron TEPT. En el caso de las mujeres, los trastornos psiquiátricos con mayor comorbilidad fueron TAG y fobia social, con asociación estadísticamente significativa. En el caso de los varones, los trastornos psiquiátricos con mayor comorbilidad fueron el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor, presentándose asociación estadísticamente significativa solo con TAG.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los últimos doce meses: el 28,9% presentó algún trastorno psiquiátrico, siendo los de mayor prevalencia la dependencia al alcohol (7,4%), trastorno de ansiedad social (5,8%), ataque de pánico (5%), trastorno de ansiedad generalizada (4,1%). Solo se evidenció TEPT en los últimos 12 meses en el 0,8% de la muestra, el cual fue comórbido a TAG.

De los encuestados que presentaron diferente grado de afectación percibida por la violencia política, el 76,9% no se habían registrado o no se había aprobado su registro en el listado oficial de personas y comunidades que tiene derecho a los beneficios del Plan Integral de Reparaciones denominado Registro Único de Víctimas (RUV).

RECOMENDACIONES

Se requieren para próximos estudios el correlato diagnóstico con entrevistas clínicas, estudios de seguimiento, uso de servicios de salud y efectividad de intervención, impacto en su calidad de vida y vinculación con diversos determinantes sociales y culturales de una población de origen quechua. Asimismo considerar las variables y aspectos

relacionados a la resiliencia individual y comunal. Igualmente evaluar la repercusión del funcionamiento psicosocial a mayor comorbilidad asociada, comorbilidad física y asociación con trastornos de personalidad, así como la utilización de servicios de salud según grupo etario y de riesgo.

Dado que la mayoría de las víctimas sobrevivientes provienen de poblaciones históricamente pobres, rurales y marginadas, y han tendido a no ejercer su derecho a la salud por diversas razones sociales, económicas y culturales; enmarcar la salud mental en términos de derechos ayudaría a otorgar poder a esas personas para que influyan sobre el desarrollo de políticas apropiadas sobre salud mental (58-60).

Conflictos de interés: Los autores declaran que no tienen conflictos de interés. No se recibió financiamiento externo alguno.

Agradecimientos: A la comunidad campesina de Cuñi, por la participación masiva en el presente estudio y el apoyo constante para que se efectivice el mismo. A la Asociación Hijos de Cuñi en especial al Sr. Mauro Pedroza y Sr. Desiderio Barra por su compromiso social y colaboración constante. Al señor Edilberto Barbarán ex presidente comunal de Cuñi, por su anhelo de que los afectados por la violencia política sean reparados integralmente incluida las secuelas emocionales. A Cristina, resiliente agente comunitaria afectada por la violencia política. A Edgar Coila por el apoyo en el análisis estadístico.

Correspondencia:

Vanessa Herrera Lopez
Complejo Habitacional Rumihuasi Bloque F
departamento 403, La Victoria.
Lima 13, Perú.
Correo electrónico: vanessaherrera7@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedersen D, Tremblay J, Errazuriz C, Gamarra J. The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands. *Soc Sci Med.* 2008; 67(2):205-17.
2. Jamali AR, Ghulamullah S, Qureshi I, Mehboob G. Human cost of political violence. *J Pak Med Assoc.* 2000;50(1): 25-9.
3. Tremblay J, Pedersen D, Errazuriz C. Assessing mental health outcomes of political violence and civil unrest in Peru. *Int J Soc Psychiatry.* 2009; 55(5): 449-63.

4. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med.* 2002; 55(2):175-90.
5. Tol WA, Kohrt BA, Jordans MJ, Thapa SB, Pettigrew J, Upadhaya N, et al. Political violence and mental health: a multi-disciplinary review of the literature on Nepal. *Soc Sci Med.* 2010; 70(1): 35-44.
6. De Jong JT. A public health framework to translate risk factors related to political violence and war into multi-level preventive interventions. *Soc Sci Med.* 2010; 70(1):71-9.
7. Dillenburg K, Fargas M, Akhonzada R. Long-term effects of political violence: narrative inquiry across a 20-year period. *Qual Health Res.* 2008; 18(10):1312-22.
8. Kanagaratnam P, Asbjornsen AE. Executive deficits in chronic PTSD related to political violence. *J Anxiety Disord.* 2007; 21(4):510-25.
9. Laplante LJ, Holguin MR. The Peruvian Truth Commission's mental health reparations: empowering survivors of political violence to impact public health policy. *Health Hum Rights.* 2006; 9(2):136-63.
10. Beristain M, Giorgua C, Páez D, Fernández I. Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Barcelona: Icaria Editorial / Antrazyt; 1999.
11. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – texto revisado DSM IV – TR. Madrid: Editorial MASSON, 2002.
12. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med.* 1995; 40(80):1073-82.
13. Lindorfer S. Sharing the pain of the bitter hearts: Liberation psychology and gender-related violence in Eastern Africa. Berlin: Lit Verlag; 2007.
14. Zeidner M. Contextual and personal predictors of adaptive outcomes under terror Attack: The case of Israeli adolescents. *J Youth Adolesc.* 2005; 34(5):459–470.
15. Adams RE, Boscarino JA. Stress and well-being in the aftermath of the World Trade Center Attack: The continuing effects of a communitywider disaster. *J Community Psychol.* 2005; 33 (2):175-190.
16. Anckermann S, Dominguez M, Soto N, Kjaerulf F, Berliner P, Mikkelsen E. Psycho-social support to large numbers of traumatized people in postconflict societies: An approach to community development in Guatemala. *J Community Appl Soc Psychol.* 2005; 15:136–152.
17. Kimhi S, Shamai M. Community Resilience and the impact of stress: Adult response to Israel's withdrawal from Lebanon. *J Community Psychol.* 2004; 32 (4): 439-451.
18. Staub E, Bar-Tal D. Genocides, mass killing and intractable conflict: Roots, evolution, prevention, and reconciliation. En: Sears DO, Huddy L, Jervis R (Eds.). *The Psychologies underlying political psychology.* Oxford handbook of political psychology. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 710-751.
19. Centro de Atención Psicosocial. La CVR: Nuevos retos. Memorias del Taller Nacional 2002. Lima: Centro de Atención Psicosocial; 2003.
20. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final. Tercera parte: Las secuelas de la violencia. Capítulo 1: Las secuelas psicosociales. Lima: Comisión de la Verdad y Reconciliación; 2003. (Citado el 12 enero del 2014). Disponible en: <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf/TOMO%20VIII/TERCERA%20PARTE/I-PSICOSOCIALES.pdf>
21. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2003; 19 (1-2): 1-216.
22. Dirección de Promoción de Cultura de Paz. Censo por la Paz 2006: Centros poblados rurales afectados por la violencia ocurrida en el periodo 1980-2000. Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, San Martín y Ucayali. Resultados Generales. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2007.
23. Moyano M. Análisis de los efectos psicosociales de la violencia política en tres distritos del departamento de Huancavelica con diferentes niveles de afectación. Tesis Bachiller Psicología. Lima, Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2009.
24. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios Epidemiológicos de Lima y la Selva Peruana. *Anales de Salud mental.* 2009; 25(S1).
25. Instituto Nacional de Salud Mental. “Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao”. *Anales de Salud Mental.* 2002; 18 (1-2).
26. Puesto de Salud Cuñi, Ministerio de Salud. Análisis situacional de Salud 2007. Informe preliminar. Núcleo Caja Espíritu. Huancavelica: Ministerio de Salud; 2007.
27. Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer. Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *Br J Psychiatry.* 1997; 170: 479–482.
28. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *J Affect Disord.* 2004; 80: 231–238.
29. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry.* 2004; 161: 1390-1396.

30. Zayfert C, Becker CB, Unger DL, Shearer DK. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress*. 2004; 15: 31–38.
31. Pérez C, Vicente B, Zlotnick C, Kohn R, Johnson J, Valdivia S, et al. Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Ment (Mex)*. 2009; 31: 145-153.
32. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(8):1114–1119.
33. Echenique C, Medina L, Medina A, Ramirez A. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelej. *Psicología desde el Caribe (Internet)* 2008; (Citado el 1 de enero del 2014); 21:122-135. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21302107.pdf>
34. De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*. 2001; 286: 555-62.
35. Davidson J. Post-Traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Milan: Psychol Med*; 2000.
36. Quintero C. Memoria autobiográfica y semántica en el trastorno por estrés postraumático en desmovilizados individuales residentes en el municipio de Medellín. Tesis de investigación para optar el título de Magister en Neuro-Psicología. Medellín, Colombia. Universidad San Buenaventura; 2011 (Citado el 23 de octubre del 2013). Disponible en: [Http://www.reintegracion.gov.co/Reintegracion/centro_de_documentacion/reintegracionsocial/Documents/01.pdf](http://www.reintegracion.gov.co/Reintegracion/centro_de_documentacion/reintegracionsocial/Documents/01.pdf)
37. Vargas R. Género y experiencias traumáticas en víctimas de la violencia política. Tesis para optar el grado de Doctor. Salamanca, España. Universidad de Salamanca; 2010.
38. Suarez E. The association between post-traumatic stress-related symptoms, resilience, current stress and past exposure to violence: a cross sectional study of the survival of Quechua women in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Conflict and Health*. 2013; 7:21.
39. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58 (S9):12-5.
40. Mollica RF, McInnes K, Sarajlic N, Lavelle J, Sarajlic I, Massagli MP. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *JAMA*. 1999; 282:433–439.
41. Sundquist K, Johansson L, DeMarinis V, Johansson-Sundquist J. Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. *Eur Psychiatry*. 2005; 20: 158-164.
42. Frayne SM, Seaver MR, Loveland S, Christansen C, Spiro A, Parker VA, Skinner KM. Burden of medical illness in women with depression and posttraumatic stress disorder. *Arch Intern Med*. 2005; 164: 1306–1312.
43. Zayfert C, Becker CB, Unger DL, Shearer DK. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress*. 2002; 15: 31–38.
44. Brady KT, Clary CM. Affective and anxiety comorbidity in posttraumatic stress disorder treatment trials of sertraline. *Com Psychiatry*. 2004; 44: 360–369.
45. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affect Disord*. 2010; 123 (1-3): 249–257. doi: 10.1016/j.jad.2009.08.006.
46. Center for Disease Control. Vietnam Experience Study: Psychological and Neuropsychological Evaluation. Atlanta, Ga: Center for Disease Control; 1988.
47. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2002 ; 40(S2): 20-34.
48. Sabin M, Sabin K, Kim HY, Vergara M, Varese L. The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(3): 163-171.
49. Osso M, Wurst C. Secuelas de la desaparición forzada en familias ayacuchanas. En: Kristal de Burstein R, Stornaiuolo M, Raffo MC (ed). *Desplegando alas, abriendo caminos sobre las huellas de la violencia*. Lima: Centro de Atención Psicosocial; 2003.
50. Kendall R, Matos L, Cabra M. Salud mental en el Perú, luego de la violencia política. *Intervenciones itinerantes*. *An Fac Med*. 2006; 67(2): 184-190.
51. Theidom K. *Entre prójimos*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004.
52. Pedersen D. Reformulando a violência política e efeitos na saúde mental: esboçando uma agenda de pesquisa e ação para a América Latina e região do Caribe. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 11:1189-1198.
53. Madariaga C. *Trauma psicosocial, trastorno de estrés post traumático y tortura*. Santiago, Chile: Ediciones CINTRAS; 2002.
54. Asociación pro derechos humanos. *Lecciones para no repetir la historia: Violencia contra la mujer durante el conflicto armado interno “warmikunayuyariniku”*. Lima: Comisión de la Verdad y Reconciliación; 2005.
55. Malvaceda E. Ñakari - formas culturales de

- sufrimiento tras la violencia política en el Perú. *Revista de Investigación en Psicología*. 2010; 13(2): 129-138.
56. Darghouth S, Pedersen D, Bibeau G, Rousseau C. Painful languages of the body: experiences of headache among women in two Peruvian communities. *Cult Med Psychiatry*. 2006; 30: 271-297.
57. Suarez E. Surviving the “Sasachacuy Tiempu” (difficult times): the resilience of quechua women in the aftermath of the Peruvian armed conflict. Tesis para optar título de Doctor en Filosofía. Toronto, Canada. Universidad de Toronto; 2011.
58. Laplante L, Theidon K. Truth with consequences: justice and reparations in post-Truth Commission Peru. *Hum Rights Quarterly*. 2007; 29:228–250.
59. Laplante L, Rivera M. The Peruvian Truth Commission’s Mental Health Reparations: Empowering survivors of Political violence to Impact Public health policy. *Health and Human Rights*. 9(2):136-163.
60. Boesten J. Analyzing rape regimes at the interface of war and peace in Peru. *Int J Transitional Justice*. 2010; 4(1): 110-129.

Recibido: 24/06/2014
Aceptado: 08/09/2014

Anexo 1

Debido a que se trató de un estudio de prevalencia, la fórmula para el cálculo del tamaño muestral fue la que se utiliza para estimar una proporción:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p_0 \cdot q_0}{d^2}$$

n : Tamaño de la muestra.

α : Error tipo 1 o error alfa.

Z : Nivel de confianza elegido que está determinado por *α*. Para un nivel de confianza del 95% (*α* = 0.05), *Z* será igual a 1.96

Po : Es la prevalencia esperada del parámetro que se ha de estimar.

qo : Es (1-*po*)

d : Precisión.

La población estuvo compuesta por 4 anexos: Cuñi, Ccochac, Lambrama, Asahuasi, las que tienen población mayor de 18 años de 120, 60, 35, 18 respectivamente.

Para un nivel de confiabilidad del 95%, alfa de 5% el valor de *Z* será 1,96, la prevalencia estimada es de 15% y la precisión de 7%.

$$n = 1.96^2 (0,20)(0,80) / 0,07^2$$

Donde *n* = 125. En la siguiente tabla se muestra la distribución de la muestra según anexos.

Distribución proporcional de la muestra en los anexos de la comunidad:

Anexos	Población mayor de 18 años	Proporción	Tamaño muestral según proporción
Cuñi	120	0,51	64
Ccochac	60	0,26	32
Lambrama	35	0,15	19
Asahuasi	18	0,08	10
Total	233	1,00	125