

Síntomas Disociativos entre Venezolanos Víctimas de Secuestro y Pago de Recate.

Frances F. Pellizzarri, Ph.D. y Colin A. Ross, M.D.

The Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma
1701 Gateway, #349
Richardson, TX 75080
E-mail: rossinst@rossinst.com

RESUMEN: se aplicaron una serie de mediciones de trauma y disociación a una muestra de quince venezolanos víctimas de secuestro y pago de recate. Dos mujeres en particular reportaron altos niveles de experiencias disociativas durante la Entrevista Estructurada sobre Trastornos de Estrés Extremo. Estas dos participantes también mostraron la mayoría de los síntomas en las medidas de trauma. Aunque de forma preliminar, los hallazgos demostraron que los síntomas disociativos pueden ser detectados entre individuos traumatizados en Sudamérica, El estudio tiene un número de limitaciones incluyendo una muestra pequeña no aleatoria.

Palabras Clave: secuestro y pago por recate, disociación, Venezuela

No ha habido estudios epidemiológicos sistemáticos o series de casos de síntomas o trastornos disociativos reportados de Sudamérica, aunque se ha realizado trabajo en Puerto Rico (Lewis-Fernandez, 1994; Martínez-Taboas, 1989; 1991; 1995; Martínez-Taboas, Canino, Wang, García and Bravo, 2006; Reyes-Pérez, Martínez-Taboas and Ledesma-Amador, 2005) y ha habido discusión clínica en Argentina (Baita, 2005).

En el contexto del trabajo llevado a cabo con poblaciones clínicas en Europa, Norte América y Asia (Dell and O'Neil, 2009; Sar y Ross, 2009; Xiao Yan, Wang, Zou Xu, Chen, Zhang, Ross and Keyes, 2006), y basados en la experiencia del autor principal, en la que su hijo fue secuestrado y se solicitó un pago por rescate, nosotros decidimos recopilar una muestra de víctimas de secuestro y pago de rescate en Venezuela, con el fin de determinar si se puede detectar disociación significativa en esta población.

Favaro, Degortes, Colombo y Santanastaso (2000) entrevistaron a 24 víctimas de secuestro y pago de rescate en Sardinia. El tiempo promedio de cautiverio fue de 99.2 días. De las 24 víctimas, 11 cumplieron con los criterios de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) durante la entrevista estructurada para DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon and Williams, 1997). El resultado promedio en la Escala de Experiencias Disociativas (Bernstein y Putnam, 1986) fue de 19.1 para víctimas con TEPT y 8.1 para aquellos sin TEPT, lo cual fue significativo en $p < 0.02$. Estos son los únicos datos sobre las víctimas de secuestro utilizando medidas estandarizadas de disociación. Otros estudios llevados a cabo por Bisson, Searle y Srinivasan (1998) y Navia y Ossa (2003) describen los efectos en la salud mental de víctimas de secuestro pero no discuten la disociación.

En un artículo de revisión, Alexander y Klein (2009) mencionan la disociación como un síntoma del secuestro y toma de rehenes pero no citan estudios que utilicen mediciones estandarizadas de disociación, únicamente el de Favaro et al. (2000).

Siegel (1984) revisó alucinaciones entre 31 víctimas de secuestro, identificadas en archivos de casos de un hospital para veteranos. Encontró que ocho víctimas también experimentaron disociación, pero la disociación no fue claramente definida. En los ejemplos de los casos, la disociación incluyó experiencias de despersonalización como distorsión del cuerpo y el estar fuera del cuerpo. La escasa literatura previa indica que las experiencias disociativas si ocurren entre víctimas de secuestro, pero se reporta poco detalle sobre los síntomas y la severidad.

MÉTODO.

Participantes.

Los participantes fueron quince individuos identificados en artículos de prensa acerca de víctimas de secuestro y pago de recate en Venezuela, quienes pudieron ser contactados y estuvieron dispuestos a participar. Todos eran venezolanos de habla hispana. Habían once hombres y cuatro mujeres cuyo rango de edades era de 24 a 65 años de edad en el momento de la entrevista, con un promedio de 43.7 años de edad. Doce eran casados y tres eran solteros. Seis vivían en asentamientos urbanos y nueve en asentamientos rurales. En la muestra había tres ingenieros, seis ganaderos, dos hombres de negocios, un abogado, un estudiante, un constructor y un terapeuta. El tiempo de estar cautivos tuvo un rango de una a treinta y cuatro semanas con un promedio de 18.9 semanas. De los participantes, tres tenían posgrado, ocho tenían licenciatura, dos tenían secundaria y dos habían concluido la educación primaria. Todos los participantes pertenecían a la clase alta y clase media, lo cual los hacía un blanco para secuestro y pago por recate. Catorce eran católicos y uno era budista. El tiempo entre el secuestro y la entrevista de investigación varió de uno a diecinueve años, con un promedio de 6.9 años. Todos los participantes fueron secuestrados en los estados fronterizos con Colombia, del sur-oeste de Venezuela. Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito y el estudio fue aprobado por el Comité Ético para Estudios Profesionales de la Universidad del Sur de California.

Mediciones.

Las mediciones administradas incluyeron una entrevista estructurada para Trastorno de Estrés Extremo (SIDES) (Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan y Resick, 1997), la escala de trauma de Schillace (Schillace, 1994; manuscrito no publicado) y la lista de chequeo de Síntomas de Los Ángeles (King, King, Leskin, Gregory, y Foy, 1995). Las mediciones fueron traducidas al español por el autor principal pero no se llevó a cabo ninguna traducción comprobatoria del español al inglés. No se llevó a cabo ningún estudio de confiabilidad o validez de las mediciones en sus versiones de español.

La entrevista estructurada SIDES es una entrevista de 48 reactivos que indaga sobre siete síntomas dominantes. Los cinco reactivos en esta entrevista estructurada en la subsección de alteraciones en la atención o la conciencia son: (sub-escala de amnesia) “Dificultad al recordar parte de la vida, o tener confusión de lo ocurrido, o si ciertos eventos importantes pasaron o no”; (episodios disociativos transitorios y sub-escala de despersonalización) “Dificultad para mantener el seguimiento del tiempo en la vida diaria”; “distanciarse cuando se tiene miedo o se está bajo estrés”; “Sentirse irreal, como si estuviera viviendo un sueño, o no estar realmente ahí”; y “Sentirse como si hubiera dos personas viviendo dentro de uno que controlan la conducta”. El punto de corte para la sub-escala de disociación/despersonalización de esta entrevista estructurada es un reactivo aprobado de cuatro; de la subescala de amnesia es un reactivo de uno.

La SIDES pregunta acerca de las reacciones y las alteraciones de conducta durante el último mes, y las reacciones y alteraciones de conducta que ocurrieron después de la experiencia traumática. Las respuestas para cada reactivo varían de cero a cuatro para experiencias durante el último mes, y son “sí” o “no” para experiencias después del trauma. El coeficiente α para las siete sub-escalas de la SIDES varían de 0.53 a 0.90 y es de 0.76 para alteraciones en la atención o la conciencia. La Kappa de Cohen para la confiabilidad inter-evaluador de la entrevista estructurada fue de 0.81 en su desarrollo original.

La entrevista estructurada fue aplicada a 149 víctimas de abuso o violencia interpersonal durante la niñez, 87 víctimas de violencia o abuso durante la adultez y 58 víctimas de desastres naturales. El porcentaje que alcanzó el punto de corte para la sub-escala de amnesia fue de 78% en el grupo de violencia durante la niñez, 40% en el grupo de violencia durante la adultez y 15% en el grupo de desastre. El porcentaje que alcanzó el punto de corte para la sub-escala de disociación/despersonalización fue de 80% en el grupo de violencia durante la niñez, 59% en el grupo de violencia durante la adultez y 44% en el grupo de desastre.

La Escala del Trauma de Schillace es un cuestionario de 91 reactivos en un formato verdadero-falso (Schillace, 1994, manuscrito no publicado). Incluye una escala P de 30 reactivos (escala de Pérdida), una escala T de 37 reactivos (escala de Trauma) y una escala-V de 24 reactivos (escala de Vulnerabilidad). La escala T tiene una buena confiabilidad interna (Cronbach $\alpha = 0.87$) y la confiabilidad de la prueba y repetición de la prueba durante 12 semanas ($r = 0.89$). La escala P tiene una buena confiabilidad interna (Cronbach $\alpha = 0.88$) y la confiabilidad de prueba y repetición de prueba durante 12 semanas ($r=0.90$). La escala V tiene buena confiabilidad interna (Cronbach $\alpha = 0.79$) y confiabilidad de la prueba y repetición de la prueba durante 12 semanas ($r = 0.85$). No se ha establecido corte en la puntuación para la escala de Trauma de Schillace, pero en una muestra no clínica el promedio de las puntuaciones de escala para 100 individuos cuyas edades eran de 40-49 fueron: escala-P, 6.6. (SD 6.1); escala-T 9.4 (SD 5.6) y escala-V 8.9 (SD 7.7). La edad promedio de las 15 víctimas de secuestro en el presente estudio fue de 43.7 años.

Las Escala de Trauma de Schillace incluyen los siguientes reactivos: (escala-T) “Me siento agobiado con miedo cuando pienso sobre ciertos eventos”, y “me siento perturbado por recuerdos repetitivos e imágenes mentales de un evento reciente doloroso o atemorizante”; (escala-V) “Siento como si tuviera un castigo “colgando de mi cabeza” listo para caerse en cualquier momento”; y “ Siento que es importante siempre mantener la guardia en alto y estar alerta a todas las posibles amenazas”; (escala-P) “Tengo el sentimiento de que me han

quitado algo o alguien y lo quiero desesperadamente de vuelta,” y “Solía tener un sentido de que la vida era buena pero ahora parece vacía e hiriente”.

El check list de Síntomas de los Ángeles es un cuestionario de 43 reactivos que indaga sobre un amplio rango de síntomas, con respuestas que van de cero a cuatro. El check list tiene una excelente confiabilidad interna (Cronbach $\alpha = 0.95$) y la confiabilidad de las pruebas y repetición de pruebas en una semana ($\alpha = 0.90$) y dos semanas ($\alpha = 0.94$) en su desarrollo original. Entre los 300 hombre Veteranos de Combate de Vietnam de la muestra, el resultado promedio del check list fue de 45.2 con un rango de 4-68; para 142 mujeres que experimentaron abuso sexual durante la niñez la puntuación promedio fue de 30.3 con un rango de 4-64. No hay punto de corte para el check list de síntomas de los Ángeles.

Reactivos del check list de síntomas de Los Ángeles incluyen: dificultad para quedarse dormido; pérdida de conocimiento momentánea (amnesia); tensión y ansiedad; pensamientos suicidas; recuerdos vívidos de experiencias desagradables; excesivo sobresalto; evitar actividades que recuerden experiencias desagradables y sentirse emocionalmente aplanado.

RESULTADOS.

Resultados Globales.

En una entrevista clínica no estructurada, 8 participantes reportaron experimentar cierto grado de amnesia sobre eventos durante su cautiverio. La amnesia no fue definida de ninguna manera operacional. En la entrevista estructurada (SIDES), la puntuación promedio para reacciones y alteraciones de conducta durante el último mes fue de 16.3, con un rango de 3-49; la puntuación promedio para reacciones y alteraciones de conducta después de la experiencia traumática fue de 13.4, con un rango de 5-21.

El número de participantes que reportaron amnesia inmediatamente después del trauma en la entrevista estructurada fue de 8 (53%). El número de participantes que reportaron por lo menos un reactivo de la sub-escala de disociación/despersonalización durante el periodo inmediatamente después del trauma fue de 9 (60%). Estos números son similares a los del grupo de violencia durante la adultez en el estudio original de la entrevista estructurada (40% amnesia y 57% disociación/despersonalización). Durante el último mes previo a las entrevistas, 5 víctimas de secuestro (33%) reportaron amnesia y 4 (27%) aprobaron por lo menos un reactivo de disociación/despersonalización.

En la escala de Trauma de Schillace, la puntuación promedio en la escala-P fue de 12.9 con un rango de 8-26; en la escala-T fue de 17.9 con un rango de 11-29; y la puntuación promedio de la escala-C fue de 10.3 con un rango de 5-15. Tanto la puntuación promedio de la escala-P y la escala-T se encontraron con más de una desviación estándar arriba de la puntuación media para miembros de la población general de 40-49 años de edad.

En el check list de síntomas de Los Ángeles, la puntuación promedio fue de 31.1 con un rango de 4-86. Esto se compara con la puntuación promedio de 45.2 con un rango de 4-68 para 300 varones Veteranos de combate de Vietnam, y 30.3 con un rango de 4-64 para 142 mujeres adultas quienes fueron abusadas sexualmente durante su niñez. Para la pregunta acerca de la pérdida de conciencia momentánea (amnesia), ocho participantes respondieron "0", tres respondieron "1"; dos respondieron "2" y dos respondieron "4" para la frecuencia de esta experiencia.

Resultados para los dos participantes con mayor disociación.

El propósito de este estudio fue el determinar si los individuos más disociativos pudieran ser identificados por una muestra de las víctimas Venezolanas de secuestro y pago por recate. Por lo tanto reportamos los hallazgos en dos mujeres de la muestra quienes reportaron más síntomas disociativos con más detalles.

Estas dos participantes reportaron por mucho más síntomas disociativos que cualquiera en los 5 reactivos de la sub-escala del SIDES por alteraciones en la atención o la conciencia. Había una mujer soltera de 63 años que trabaja como terapeuta y una mujer casada de 65 años que era ama de casa. Ambas fueron secuestradas en asentamientos urbanos. Ambas mujeres pasaron largos periodos en cautiverio (25 semanas la mujer de 63 años y 30 semanas para la de 65 años).

Cuando se calificó la severidad de sus experiencias para los 5 reactivos de la entrevista estructurada para alteraciones en la atención y la conciencia en el mes pasado, ocho participantes respondieron "0" en cada uno de los reactivos, uno tuvo un total de puntuación de severidad de 1, tres tenían un total de puntuación de severidad de 2, una tenía una puntuación total de severidad de 3, y las dos mujeres con más disociación tuvieron una puntuación total de severidad de 11. La mujer de 63 años fue la única participante que reportó sentir que tenía a dos personas viviendo adentro de ella.

En el check list de síntomas de Los Ángeles, las dos mujeres disociativas fueron las participantes que respondieron con un "4" en el reactivo que indagaba acerca de la pérdida de conciencia momentánea (amnesia). La puntuación global del check list fue de 62 y 86, las dos puntuaciones más altas de todos los participantes.

En la Escala de Trauma Schillace las puntuaciones de la escala-P fueron de 19 y 26, las cuales fueron las puntuaciones más altas; en la escala-T sus puntuaciones fueron 17 y 29; 29 fue la puntuación más alta y 17 fue la novena puntuación más alta; en la escala-V sus puntuaciones fueron 14 y 11, las cuales fueron la segunda y tercera puntuación más alta. La mujer de 63 años quien reportó dos personas viviendo dentro de ella, fue la participante con la puntuación más alta en la Escala de Trauma de Schillace. Sus puntuaciones tuvieron más de dos desviaciones estándar arriba de la media para la población general en la escala-P y la escala -T. Las dos mujeres disociativas se encontraban dentro de los 8 participantes que reportaron amnesia durante las entrevistas clínicas.

DISCUSIÓN.

Es claro por los resultados de las víctimas venezolanas de secuestro y pago por recate que se incluyen individuos que reportaron niveles significativos de disociación. Dos de los 15 participantes en el estudio (13.3%) eran altamente disociativos como se midió con la entrevista estructurada SIDES, y este hallazgo fue consistente con el reactivo de las pérdidas de memoria momentáneas (amnesia), en el check list de Los Ángeles y las entrevistas clínicas. La cifra de 13.3% es similar a la prevalencia de trastornos disociativos diagnosticados entre pacientes adultos psiquiátricos: en 10 estudios en 6 países involucrando 1529 participantes, la prevalencia general de un trastorno disociativo fue de 16.1% (Ross, Duffy y Ellason 2002).

Las dos participantes más disociativas de la muestra también reportaron el mayor número de síntomas de trauma, lo cual es consistente con la conclusión de que su disociación fue una respuesta al trauma. Claramente, sin embargo, las limitaciones de este estudio preliminar hacen imposible cualquier conclusión firme acerca de las causas de la disociación. La muestra no fue aleatoria o sistemática, y la medición más usada para la disociación, La Escala de Experiencias Disociativas (Bernstein y Putnam, 1986) no se utilizó, ni tampoco la entrevista estructurada para trastornos disociativos (Ross, Ellason y Duffy, 2002). Las mediciones utilizadas no fueron revisadas del español al inglés y no se llevaron a cabo pruebas de confiabilidad y validación en las versiones traducidas. Tampoco, se indagó acerca de antecedentes traumáticos previos al secuestro; las dos víctimas más disociativas pudieron haber tenido trauma durante la niñez que contribuyó a la disociación. Los periodos de tiempo tan largos entre los secuestros y las entrevistas generan preocupaciones acerca de la certeza de los recuerdos, y no utilizamos ningunos controles de validez, ni tampoco evaluamos las posibles tendencias de los participantes de exagerar los síntomas.

A pesar de dichas limitaciones, sin embargo, los datos si sugieren que se pueden detectar los síntomas disociativos en Sudamérica, y específicamente entre las víctimas de secuestro y pago por rescate. Se deben de llevar a cabo más investigaciones en América del Sur en la variedad de poblaciones traumatizadas utilizando mediciones válidas y confiables de trauma y disociación. Hay dificultades de practicidad y logística al reunir una muestra de víctimas de secuestro y pago por rescate, no obstante, en estudios futuros se debe de poner todos los esfuerzos para usar mediciones válidas y confiables y para entrevistar a los participantes lo antes posible después de los secuestros.

Referencias.

- Alexander, D.A., & Klein, S. (2009). Kidnapping and hostage-taking: a review of effects, coping and resilience. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102, 16-21.
- Baita, S. (2005). Coping with childhood trauma and dissociation in Argentina. In G.F. Rhoades & V. Sar (Eds.). *Trauma and dissociation in a cross-cultural perspective* (pp. 35-53). New York: Haworth Press.
- Bernstein EM, Putnam FW. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735
- Bisson, J.I., Searle, M.M., & Srinivasan, M. (1998). Follow-up study of British military hostages and their families held in Kuwait during the Gulf War. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 247-252.
- Dell, P.F., & O'Neil, J.A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.
- Favaro, A., Degortes, D., Colombo, G., & Santonastaso, P. (2000). The effects of trauma among kidnap victims in Sardinia, Italy. *Psychological Medicine*, 30, 975-980.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1987). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- King, Lynda A; King, Daniel W; Leskin, Gregory Alan; Foy, David W. (1995). The Los Angeles Symptom Checklist: a self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment*, 2, 1-17

- Lewis-Fernandez, R. (1994). Culture and dissociation: A comparison of ataque de nervios among Puerto Ricans and possession syndrome in India. In D. Spiegel (Ed.). *Dissociation: Culture, mind & body* (pp. 123-167). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Martinez-Taboas, A. (1989). Preliminary observations on multiple personality disorder in Puerto Rico. *Dissociation*, 2, 128-131.
- Martinez-Taboas, A. (1991). Multiple personality disorder in Puerto Rico: Analysis of fifteen cases. *Dissociation*, 4, 189-192.
- Martinez-Taboas, A. (1995). *Multiple personality: An Hispanic perspective*. San Juan, Puerto Rico: Puente Publications.
- Martinez-Taboas, A., Canino, G., Wang, M.Q., Garcia, P., & Bravo, M. (2006). Prevalence and victimization correlates of pathological dissociation in a community sample of youths. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 39-48.
- Navia, C.E., & Ossa, M. (2003). Family functioning, coping, and psychological adjustment in victims and their families following kidnapping. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 107-112.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B.A., Roth, S.H., Mandel, F.S., Kaplan, S., & Resick, P.A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Reyes-Perez, C.D., Martinez-Taboas, A., & Ledesma-Amador, D. (2005). Dissociative experiences in children with abuse histories: a replication in Puerto Rico. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 99-112.

- Ross CA, Duffy CMM, Ellason JW. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 7-17
- Sar, V., & Ross, C.A. (2009). A research agenda for the dissociative disorders field. In P.F. Dell & J.A.O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 693-708). New York: Routledge.
- Schillace, R. (1994). A cross-sectional study of loss, trauma and vulnerability reactions during the adolescent through adult life-span. Paper presented at the Fourth International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, Stockholm, Sweden, June 12.
- Schillace, R.J. (unpublished manuscript). Three experimental scales to measure intensity of reaction to extreme life events: the Schillace trauma, loss and vulnerability scales.
- Siegel, R.K. (1984). Hostage hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 264-272.
- Xiao, Z., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, Y., Chen, J., Zhang, H., Ross, C.A, Keyes, B.B. (2006). Trauma and Dissociation in China. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1388-1391.