

**CASOS DIAGNOSTICADOS DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO DE GUERRA EN  
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “HERNANDO MONCALEANO PERDOMO”  
DE NEIVA DESDE EL 01 DE OCTUBRE DE 2002 HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE  
DE 2004**

**SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON**  
COD. 90100380

**HUGO FERNANDO MORA SANCHEZ**  
COD. 97100994

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA, 2004**

**CASOS DIAGNOSTICADOS DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO DE GUERRA EN  
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “HERNANDO MONCALEANO PERDOMO”  
DE NEIVA DESDE EL 01 DE OCTUBRE DE 2002 HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE  
DE 2004**

**SANDRA PATRICIA TRUJILLO CALDERON**  
COD. 90100380

**HUGO FERNANDO MORA SANCHEZ**  
COD. 97100994

**Dr. CARLOS JULIO CORREDOR VILLALBA**  
Médico Psiquiatra  
Asesor Científico

**DOLLY CASTRO BETANCOURT**  
Magíster en Salud Pública  
Magíster en Epidemiología  
Asesora metodológica

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA, 2004**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN	1
ABSTRACT	1A
INTRODUCCIÓN	2
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	4
1.1 HISTORIA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	4
2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. JUSTIFICACIÓN	10
4. OBJETIVOS	12
4.1 OBJETIVO GENERAL	12
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
5. MARCO TEORICO	13
5.1 CONCEPTO DE CRISIS	13
5.2 FASES O MOMENTOS FUNDAMENTALES EN LA CRISIS	14
5.3 ¿QUÉ ES UN SUCESO TRAUMÁTICO?	14
5.4 TIPOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS	15
5.5 RESPUESTAS GENERALES A HECHOS TRAUMÁTICOS	16
5.6 LOS PSICÓTICOS	19
5.7 ¿QUÉ ES EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?	20
5.8 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DIFERENTES TIPOS DE VICTIMAS	23
5.8.1 Trastorno de estrés postraumático en niños	23
5.8.1.1 Síntomas en niños	24
5.8.2 Agresión sexual a mujeres	24
5.8.2.1 Síntomas en mujeres	25
5.8.3 Agresión sexual a hombres	25
5.8.3.1 Síntomas en hombres agredidos	25
5.8.4 Abuso sexual en la infancia	26
5.8.4.1 Síntomas del abuso sexual	26
5.8.4.2 Consecuencias en la edad adulta del abuso sexual sufrido en la infancia	26
5.9 ¿CUÁL ES LA CAUSA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?	27
5.10. EPIDEMIOLOGÍA	28
5.11 EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	28
5.11.1 EVALUACIÓN TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: ASPECTOS GENERALES	29
5.12 ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?	30
5.13 TRASTORNOS ASOCIADOS	33
5.14 SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA Y LA EDAD	34

5.15 ¿QUÉ TAN COMÚN ES EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?	34
5.16 NEUROBIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	35
5.17 CURSO	41
5.18 DIAGNÓSTICO	42
5.18.1 Pautas para el diagnóstico	44
5.18.2 Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés posttraumático (PTSD)	44
5.18.3 Criterios diagnósticos clasificación internacional de las enfermedades CIE-10	46
5.18.4 DSM IV. Criterios diagnósticos de los trastornos mentales	47
5.18.5 Criterios internacionales de diagnóstico del trastorno por estrés posttraumático, acorde al DSM-IV TR	49
5.19 TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	50
5.19.1 Tratamiento psicológico del TPET	53
5.19.2 Enfoque psicoeducativo	54
5.19.3 Terapia cognitivo-conductual	55
5.19.4 Hipnosis clínica	57
5.19.5 Terapias psicodinámicas	57
5.19.6 Terapias grupo / grupos autoayuda-apoyo social	58
5.19.7 Tratamiento farmacológico	59
5.19.8 Terapia familiar	60
5.19.9 Terapias alternativas / holísticas / naturales	61
5.20 PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	63
5.21 COMO ENFRENTAR EL ESTRÉS QUE PROVOCA LA GUERRA: INFORMACIÓN PARA FAMILIAS Y COMUNIDADES MILITARES	63
6. HIPÓTESIS	66
7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	67
8. CONSIDERACIONES ETICAS	71
9. DISEÑO METODOLÓGICO	79
9.1 TIPO DE ESTUDIO	72
9.2 ÁREA DEL ESTUDIO	72
9.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	72
9.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	72
9.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	73
10. ANÁLISIS DE LOS REPORTES DE CASOS	73
10.1 CASO 1	74
10.2 CASO 2	76
10.3 CASO 3	77
10.4 CASO 4	78
10.5 CASO 5	80
11. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	82
12. CONCLUSIONES	84

13. RECOMENDACIONES	86	
BIBLIOGRAFÍA		87
ANEXOS		93

## **ANEXOS**

	Pag.
ANEXO 1 ESCALA DE TRAUMA DE Davidson	95
ANEXO 2. ESCALA CORREGIDA DE TRAUMA DE DAVIDSON	95
ANEXO 3 PRESUPUESTO PARA LA REALIZACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION	98
ANEXO 4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	99

## **LISTA DE TABLAS**

TABLA 1: Estudios epidemiológicos para diferentes eventos traumáticos: adultos expuestos a situaciones de riesgo.	5
TABLA 2: Prevalencia en población general y sector servicios.	6
TABLA 3: Técnicas recomendadas para cada síntoma o manifestación.	51
TABLA 4: Tratamiento psicológico de las víctimas recientes de agresiones sexuales.	53
TABLA 5: Tratamiento psicológico de las víctimas adultas de abusos sexuales en la infancia.	54

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestros padres que con su trabajo nos apoyaron económicamente en la realización del proyecto y de la culminación de la carrera; por su apoyo anímico en medio de las dificultades por las que afrontamos en el lapso de nuestros estudios universitarios.

Al Doctor CARLOS JULIO CORREDOR VILLALBA por su asesoría científica, sin la cual no hubiéramos podido sacar adelante el proyecto.

A la profesora DOLLY CASTRO BETANCOURT por su asesoría metodológica, con sus pautas y sugerencias hace realidad el énfasis de la investigación.

A todos aquellos, que aportaron en un momento, su tiempo y disposición para la realización del trabajo y la carrera misma.

## RESUMEN

Debido al conflicto interno que padece el estado colombiano y a la frecuente presencia de eventos de guerra, se han puesto de manifiesto alteraciones en el comportamiento y relaciones sociales de los miembros participantes en estos sucesos, ya sean miembros militares, subversivos o civiles. Esto llevo a hacernos la pregunta ¿Cuales son las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que consultan con diagnostico de Trastorno de Estrés Postraumático?.

Se tomaron 5 casos que se presentaron en el servicio de Psiquiatría de la unidad mental del Hospital Universitario de Neiva, Hernando Moncaleano Perdomo entre el 01 de octubre del 2002 y el 30 de noviembre del 2004. A ellos se les aplico el Test corregido de trauma de Davidson.

El rango de edad de los 5 casos fue entre los 21 y 27 años, siendo todos hombres, miembros del Ejercito Nacional, desempeñándose como soldados profesionales que estuvieron directamente involucrados en un evento de Guerra. Las manifestaciones clínicas presentadas estaban dentro de los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático en los 5 casos, variando la frecuencia e intensidad de los mismos, donde el diagnostico de ingreso fue diferente al de egreso. Solo en un caso se realizo exámenes complementarios. El tratamiento fue exclusivo con fármacos, especialmente Haloperidol y Biperideno.

El estudio nos permite concluir la relación entre el tiempo de vinculación o exposición a los eventos traumáticos y la intensidad de la sintomatología lo que nos explica los resultados encontrados en el 5 caso, al aplicarse la Escala corregida de Trauma de Davidson.

## **ABSTRACT**

because of the internal conflict and the frequent presence of war events the colombian State is facing, some changes in the behaviour and the social relations among the participants of such events either military or civilians have been shown. This heads us to a question. What are the clinical and sociodemographical characteristics of the patients who receive a diagnosis of Posttraumatic Stress transtorn?

5 cases presented in the Psichiatty Service of the Mental Unit at the Neiva University Hospital, Hernando Moncaleano Perdomo within October 1<sup>st</sup> 2002 and November 30<sup>th</sup> 2004. they were applied a corrected test of Davidson Trauma.

The average age of all cases was within 21 and 27 years. They were all male, National Army members, with the range of Professional Soldiers who were directly involved war events. The clinical manifestations shown were under the criteria of Posttraumatic Stress Trastorn in all the 5 cases. In them the frequency and intensity were varied. The Entry diagnosis was different to the discharge. Only in one of the cases extra tests were applied. The treatment was with pharmacs, specially Haloperidol and Biperideno.

The Study allown us to conclude the relation between the time of joining or exposure to the traumatic events and the intensity of the symptoms what explains the results found in the 5<sup>th</sup> case, when applying the corrected Scale of Davidson Trauma.

## INTRODUCCIÓN

El mundo conoce bien el poder de destrucción originado por catástrofes naturales como temporales, huracanes y terremotos. Otros muchos conocen de igual forma la miseria producida por el terrorismo, la violencia, la guerra o la delincuencia. En los últimos 25 años, más de 150 millones de personas anualmente han sido afectados directamente por este tipo de desastres y acontecimientos traumáticos.

Los efectos físicos de un desastre son evidentes. Cientos o miles de personas pierden sus vidas o son gravemente heridos. Los supervivientes arrastran las consecuencias durante toda su vida. Dolor y sufrimiento se distribuyen a partes iguales. Los efectos emocionales – miedo, ansiedad, estrés, ira, rabia, resentimiento, bloqueo emocional - de los desastres son también obvios.

Para muchas víctimas, estos efectos se mitigan e incluso desaparecen con el tiempo. Sin embargo, para otros muchos, las secuelas son a largo plazo y alcanzan en ocasiones la condición de crónicas si no reciben el tratamiento adecuado.

No existe, hasta el momento, una receta eficaz susceptible de ser aplicada universalmente para responder desde el punto de vista psicosocial a los desastres. Probablemente parte del problema resida en la gran variabilidad que se produce en el origen de estos acontecimientos traumáticos.

Algunos, como los huracanes o los terremotos tienen un origen natural. Otros, como las guerras, la violencia o el terrorismo son producto de los seres humanos. Unos, como los actos delictivos con violencia afectan a un reducido grupo de personas. Otros como las catástrofes naturales afectan a comunidades, e incluso países enteros.

Estas circunstancias no hacen sino añadir complejidad a la hora de abordar una intervención efectiva sobre el TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, término en sí mismo multidimensional y complejo, y que en los últimos años está gozando de un mayor interés y reconocimiento, estando de especial actualidad en estos momentos por los acontecimientos acaecidos en los últimos días.

El presente trabajo pretende ofrecer una visión global e integradora desde una doble perspectiva, tanto teórica (conceptualización) como práctica (evaluación y tratamiento), de la concepción actual del trastorno por estrés postraumático, así como de los criterios diagnósticos y de las líneas de intervención más ampliamente utilizadas.

El texto se divide en cuatro secciones:

En primer lugar y como introducción, se define el concepto de trastorno por estrés postraumático.

En segundo lugar, se presentan los criterios diagnósticos más ampliamente utilizados en la actualidad de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En tercer lugar se describen los elementos básicos de las modalidades terapéuticas más frecuentes, incluyendo la aproximación cognitivo-conductual, la terapia de grupo, el tratamiento psicofarmacológico, la hipnosis clínica, los enfoques psicoeducativos, la terapia psicodinámica, la terapia familiar y las terapias holísticas / alternativas.

Por último, se ofrece una selección de recursos terapéuticos en la red, brevemente comentados, así como una selección de bibliografía relevante, tanto en castellano como en inglés, donde el lector interesado podrá ampliar la información ofrecida en el presente trabajo.

## 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

### 1.1 HISTORIA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La exposición a eventos traumáticos y las consecuencias que de ello se derivan no es un fenómeno nuevo. Los seres humanos han estado experimentando tragedias y desastres a lo largo de toda la historia. Evidencias de reacciones postraumáticas datan del siglo sexto antes de Jesucristo y se fundamentan en las reacciones de los soldados durante el combate (Holmes, 1985).<sup>30</sup>

Las respuestas al estrés traumático han sido etiquetadas de muy diversas formas a lo largo de los años. Algunos términos diagnósticos utilizados han incluido los de neurosis de guerra, neurosis traumática, síndrome Post-Vietnam o Fatiga de Batalla (Meichenbaum, 1994).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) reconoció por primera vez el trastorno por estrés postraumático como una entidad diagnóstica diferenciada en el año 1980. Fue categorizado como un trastorno de ansiedad por la característica presencia de ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica.<sup>16</sup>

En 1994, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) fue publicado y en él se recogen, respecto a los criterios diagnósticos del trastorno, los últimos avances e investigaciones realizadas en el campo<sup>48</sup>.

La evolución constante del concepto de TEP, ha permitido abrir nuevas vías a la investigación pero ha supuesto una dificultad añadida al estudio de su epidemiología. En primer lugar, porque se apuntan diferencias significativas en el desarrollo del TEP para diferentes tipos de situaciones estresantes; y, en segundo lugar, porque los criterios diagnósticos se han ampliado tanto que sujetos que actualmente serían diagnosticados con TEP, hace 20 años no formarían parte de estas estadísticas. De hecho, Fairbank, Schlenger, Saigh y Davidson (1995)<sup>3, 14</sup> atribuyen a estos dos aspectos la dificultad encontrada al determinar porcentajes específicos de prevalencia; por lo que se observa una alta variabilidad en los porcentajes con rangos que van desde el 6,3% hasta el 30,9% en veteranos del Vietnam (*tabla 1*), o de un 1% a un 12,3% en población general (*tabla 2*).

TABLA 1: Estudios epidemiológicos para diferentes eventos traumáticos: adultos expuestos a situaciones de riesgo.

FUENTE	GRUPO	PREVALENCIA	
		En vida	Actual
Helzer, Robins y McEvoy (1987)	Veteranos del Vietnam	6,3%	
Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von (1987)	Victimas de delitos		7,5%
Centers for Disease Control Vietnam Experience Study (1988)	Veteranos del Vietnam	14,7%	2,2%
Shore, Vollmer y Tatum (1989)	Residentes de una población expuesta a una erupción volcánica	3,6%	
Goldberg, True, Eisen, Henderson (1990)	Veteranos de Vietnam		16,8%
Green, Grace, Lindy, Gleser, Leonard (1990)	Veteranos de Vietnam		17,0%
Green et al (1990)	Supervivientes de inundaciones		28,0%
Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordon, Marmar y Weis (1990)	Veteranos del Vietnam	30,9% hombres 26,9% mujeres	15,2% hombres 8,5% mujeres
Winfield, George, Swartz y Blazer (1990)	Victimas de agresiones sexuales		3,7%
McFarlane y Papay (1992)	Bomberos voluntarios expuestos a desastres naturales de Australia		18,0%
Norris (1992)	Victimas en delitos, emergencias, accidente y combates		8,5% crímenes 5,8% emergencias 8,6% accidentes 2,2% combates
North, Smith y Spitznagel (1994)	Victimas de tiroteo masivo		20,0% hombres 36,0% mujeres
O'toole, Marshall, Grayson, Schureck, Dobson, Ffrench, Pulvertaft, Meldrum, Bolton y Vennard (1994)	Veteranos de guerra australianos	20,9%	11,6%

(Fairbank, Schlenger, Saigh y Davidson, 1995). <sup>3, 14</sup>

TABLA 2: Prevalencia en población general y sector servicios

FUENTE	POBLACIÓN	PREVALENCIA	
		En vida	Actual
Helzer, Robins y McEvoy (1987)	Adultos de población general (área metropolitana de St. Louis)	1,0%	
Davidson, Hughes, Blazer, George (1991)	Adultos de población general (Piedmon, Carolina del Norte)	1,3%	
Breslau, Davis, Andreski, Peterson (1991)	Jóvenes adultos de un centro de salud del área metropolitana de Detroit.	9,2%	
Norris (1992)	Adultos residentes en 4 ciudades sureñas (Charlotte, Charleston, Greenville, Savannah)		5,1%-6,2%
Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best (1993)	Mujeres de población general en EEUU	12,3%	4,6%
Kesler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson (1995)	Población general de EEUU entre 15 y 54 años	10,4% mujeres 5,0% hombres	3,0% mujeres 1,5 % hombres

(Fairbank, Schlenger, Saigh y Davidson, 1995). <sup>14, 36, 54</sup>

Tras los **atentados** de Madrid del 11 de Marzo de 2000 se espera que muchas personas lleguen a desarrollar algunos de los síntomas de estrés agudo, que posteriormente podrían desencadenar en un trastorno de estrés postraumático. Después de los atentados del 11-S en Estados Unidos se llevó a cabo un estudio, dirigido por el profesor Galea, con una muestra superior a mil personas adultas (N=1008), residentes en Manhattan, y se encontró que a las 5-8 semanas de los atentados un 7,5% (4,8% en varones y 9,9% en mujeres) presentaba los síntomas del estrés postraumático y un 9,7% (7,3% en varones y 12% en mujeres) tenía depresión. En los individuos que vivían cerca del World Trade Center el porcentaje de población que sufría estrés postraumático se elevaba al 20%, mientras que la depresión afectaba al 16,8%. Entre las personas que ayudaron a las víctimas se encontró un 16,2% con trastorno de estrés postraumático y un 14,1% con depresión.

En Madrid se está realizando una investigación similar, dirigida por el Profesor Juan José Miguel Tobal, patrocinada por la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Contamos con la colaboración del profesor Sandro Galea (Director Asociado del Center for Urban Epidemiologic Studies at the New York Academy of Medicine e investigador principal del estudio realizado en Nueva York sobre el 11-S) y el profesor Stevan E. Hobfoll (Director de la Summa - Kent State University Center for the Treatment and Study of Traumatic Stress y Past-President de la Stress and Anxiety Research Society – STAR).<sup>45, 50, 56</sup>

En un estudio en el que participaron 30,000 mujeres, los investigadores del Veterans Affairs Palo Alto Health System de California compararon el número de síntomas médicos y el estado físico general de mujeres con trastorno por estrés postraumático, mujeres a las que se les diagnosticó un cuadro de depresión y mujeres sin depresión ni trastorno por estrés postraumático. Descubrieron que las mujeres con trastorno por estrés postraumático tenían un peor estado físico general y más enfermedades físicas que las mujeres que padecían depresión. De hecho, en todos los grupos de edad, las mujeres con trastorno por estrés postraumático tenían más enfermedades médicas y un peor estado físico general, como, por ejemplo, falta de energía diaria, dolor crónico y funciones físicas reducidas, que las mujeres que padecían de depresión o que las mujeres que no padecían ni trastorno por estrés postraumático ni depresión. La conclusión de los autores del estudio es que el trastorno por estrés postraumático puede convertirse en "un componente importante" del elevado índice de enfermedades y fallecimientos en mujeres con depresión.<sup>69</sup>

En Neiva las sicólogas Ana Patricia Alvira Tamayo y Magda Gutiérrez García, en el año 2002, realizaron un trabajo investigativo como requisito de su grado, sobre los síntomas psicológicos de la población civil adulta del municipio de Santa María, después de haber experimentado una toma guerrillera. En este estudio se tomaron 63 personas, de los cuales 37 eran mujeres y 26 hombres, donde se concluyó que el 85.7% presentó inquietud motora (49.2% mujeres y 36.5% hombres), 73% necesidad de protección (49.2% mujeres y 23.8% hombres), 17.3% problemas de relación interpersonal, 66.6% estado de alerta, 55.5% asociación de ruidos con el suceso, 52.4% dificultad para mantener el sueño, 47.6% sueños recurrentes.<sup>1</sup>

También en Neiva los psicólogos Mónica Andrea López Jiménez, María Milena Calderón Pomar y Fernando Velásquez Almario, en el año 2002, realizaron un trabajo investigativo como requisito de su grado, sobre el Estrés en el Personal de reacción perteneciente al Comando de Policía – Huila. En este estudio se tomaron los 21 integrantes del escuadrón, de los cuales 15 eran patrulleros, 1 conductor, 4 subintendentes y 1 sargento. Emplearon la escala de Mississippi donde 61.9% tuvieron buen ajuste; 28.6% presentan alto nivel de estrés con temor a las misiones de combate, cansancio, hipersensibilidad, ansiedad, depresión, irritabilidad y perturbación del sueño; 9.5% tenían un ajuste normal y balanceado. Se concluyó que el factor sociodemográfico, la edad y el tiempo de vinculación incide en la presencia del Estrés, así por ejemplo quienes llevaban más tiempo en la institución presentaban mayor nivel de estrés; los más adultos también presentaron un mayor nivel de estrés.<sup>45</sup>

## 2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno por estrés postraumático se asocia con un gran número de enfermedades médicas, no sólo con la depresión. Este trastorno, que se estudió por primera vez en veteranos de la guerra de Vietnam, puede afectar a los supervivientes de ciertos acontecimientos traumáticos como desastres naturales, crímenes violentos o graves accidentes. Entre sus síntomas se pueden citar recuerdos recurrentes del trauma, pesadillas, insomnio, retraimiento emocional y depresión.<sup>21, 43, 44</sup>

Además de los síntomas ya mencionados, el TEPT puede dar lugar a ataques de pánico, comportamientos de evitación de múltiples situaciones, pensamientos suicidas, abuso de alcohol y otros tóxicos, sentimientos de soledad, sentimientos de desconfianza hacia los que le rodean e ira. Además, es importante prevenir la posible discapacidad, que como consecuencia de lo anteriormente mencionado, puede surgir para todas las actividades diarias desde laboralmente, a social y de actividades de ocio. En ocasiones, algunas personas también pueden presentar ideas y percepciones extrañas (como creer que pueden comunicarse e incluso ver a personas queridas que hayan fallecido)<sup>45, 55, 56, 64</sup>.

Habiéndose convertido el Trastorno de Estrés Postraumático en un problema no solo psiquiátrico, sino de salud pública y social, tras el estar en un medio de alta incidencia de factores de riesgo por el conflicto armado interno de nuestro país, nos ha llevado a la necesidad de formularnos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que consultan el servicio de Psiquiatría de la unidad mental del Hospital Universitario de Neiva, Hernando Moncaleano Perdomo, con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático entre el 01 de octubre del 2002 y el 30 de noviembre del 2004?

### 3. JUSTIFICACION

El motivo que nos condujo a la realización del siguiente trabajo, es la presencia cada vez en aumento de personas que padecen la entidad de Estrés Postraumático, la subvaloración de la misma y el diagnóstico tardío lo que hace que su manejo sea complicado y su rehabilitación poco efectiva.

Tras experiencias intensas en las que nuestra integridad peligró, es muy común que aparezcan miedos y respuestas emocionales que bloqueen o dificulten nuestro modo de vida anterior. A mayor percepción de daño, mayor será la probabilidad de sentirnos superados. Habitualmente la persona que vive estas circunstancias nota una dificultad para disfrutar de lo cotidiano, tiene pensamientos e imágenes invasivas que no puede frenar a pesar del malestar que producen. La realidad es que no es posible evitar estos síntomas, por lo menos no durante los primeros días tras el incidente. Es necesario que nuestra mente elabore y acepte las secuelas y por ello el recuerdo del hecho volverá recurrentemente. Al evaluar las causas del trastorno por estrés postraumático pueden encontrarse muchas diferentes: Accidentes de tráfico, incendios, abusos sexuales, vivencias de acoso. Para crear este trastorno no es necesario siquiera vivirlo en primera persona, basta con ser observadores directos, o incluso con que nos cuenten una vivencia extrema, para que en algunos casos pueda llegar a producirse.

Para que no se convierta en un problema aún mayor del ya vivido es necesario que la persona afronte situaciones relacionadas con el hecho traumático lo antes posible. La mejor forma es hacerlo gradualmente de menos a más. Obviamente cada situación requiere medidas específicas, no todos los accidentes ni todas las vivencias de ellos son iguales. La clave para superarlo es ir poco a poco permitiendo que la sensación de malestar baje al enfrentarnos sin forzarnos. No hacerlo puede hacer que comencemos a evitar hacer actividades que antes nos eran gratas: coger el coche para ir a jugar al tenis, salir con nuestros amigos. Cuando es por un periodo de tiempo breve, no tendrá demasiadas consecuencias, pero cuando se alargue, nuestro estado de ánimo será el primero en acusarlo.

La situación de violencia por la que atraviesa Colombia actualmente, ha permitido que un número elevado de ciudadanos, tales como miembros de la Fuerzas Militares, de Policía, de extrema derecha y extrema izquierda, se vean enfrentados a situaciones beligerantes, como enfrentamientos armados creando un ambiente de excesiva ansiedad, haciendo que individuos con una personalidad débil estén expuestos a padecer la entidad, trayendo como consecuencia una disfunción en la unidad familiar, en la relación del paciente con su trabajo y en la interacción de este con la sociedad.

La capacidad que desarrollemos para hacerles frente es la que nos mantendrá a salvo. Una vez los hechos se imponen, somos nosotros quienes podemos minimizar su impacto en nuestra vida haciéndoles frente poco a poco. En los casos en los que familiares o amigos detecten cambios significativos en la persona tras alguna vivencia extrema, es bueno que

intenten ayudar a enfrentarse, a no evitar. Si el bloqueo es muy fuerte, lo mejor será buscar la ayuda de un profesional.

Al no conocer los síntomas y signos característicos de esta patología, no son identificados como pacientes, siendo catalogados como incompetentes en el desempeño de la labor asignada, lo que lleva a que sus superiores los estigmaticen en la categoría de “cobardes”, agudizando la sintomatología del cuadro que padecen.

Todo lo anterior conlleva a un diagnóstico tardío, reflejándose en un tratamiento ineficaz y una rehabilitación inadecuada, dificultando la reinserción de la persona a su trabajo, a su familia y a la sociedad.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que consultan el servicio de Psiquiatría de la unidad mental del Hospital Universitario de Neiva, Hernando Moncaleano Perdomo, con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático entre el 01 de octubre del 2002 y el 30 de noviembre del 2004, para crear una guía de identificación y atención temprana para las instituciones con pacientes de alto riesgo.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Describir las características sociodemográficas de los pacientes expuestos a los eventos de Guerra.

Identificar en forma temprana a los pacientes que están expuestos al ambiente de violencia.

Reconocer las características relacionadas con el evento de Guerra como factores de riesgo para la presentación del trastorno.

Descubrir las manifestaciones clínicas que nos hagan sospechar que el paciente este cursando con la patología.

Reconocer los principales signos que permitan clasificar al paciente dentro de este trastorno.

Describir los exámenes complementarios utilizados dentro del manejo de la institución.

Identificar el diagnóstico clínico dado a los pacientes tanto en su remisión, como al ingreso y egreso de la institución hospitalaria, según la clasificación CIE – 10.

Describir el tratamiento dado y si es el más adecuado y eficaz para el afectado.

Crear una guía de identificación y atención temprana para las instituciones con pacientes de alto riesgo.

## 5. MARCO TEORICO

### 5.1 CONCEPTO DE CRISIS

Crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.<sup>52</sup>

Se enfatiza sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o enfrentamientos durante el estado de crisis. Taplin, subrayó el componente cognoscitivo, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por el proceso traumático, o la incapacidad para manejar situaciones nuevas y dramáticas. “Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento”.<sup>6</sup>

Uno de los aspectos más obvios de la crisis, es el trastorno emocional grave o desequilibrio experimentado por el individuo. Se describen sentimientos de tensión, ineficacia e impotencia. A rasgos generales, las personas en crisis experimentan significativamente:

- Sentimientos de cansancio y agotamiento, desamparo, inadecuación y confusión.
- Síntomas físicos, ansiedad y desorganización.

Una parte de la desorganización es la vulnerabilidad del individuo. Cuando ya no es capaz de enfrentar, todo parece destruirse, ya no queda nada por defender. La sobrecarga de la estructura cognoscitiva deja al organismo confundido. En este estado de la crisis, el individuo puede aceptar información que le explique lo que está pasando. De la forma de integrar o recibir esta información, va a resultar un comportamiento más o menos estructurado. Probablemente, el individuo oscile en estos episodios confusos, ofreciendo un estado de ánimo o expresión alternante. En este tipo de acontecimientos tan críticos, graves o inesperados, el desconocimiento de lo que está sucediendo puede facilitar comportamientos automáticos no determinados por ninguna estrategia cognoscitiva, tal y como suele apreciarse.<sup>15</sup>

Casi cualquier definición de crisis se centra en la idea de que el enfrentamiento o la solución de problemas se ha trastornado. La crisis es demasiado grave, demasiado intensa para nuestros recursos, que no resultan ni suficientes ni disponibles para resolver lo que está sucediendo (apreciación subjetiva). La persona en crisis se siente completamente ineficaz para abordar esas circunstancias.<sup>33</sup>

Se resumen en siete las características del comportamiento efectivo:

- Explorar resultados reales y solicitar información.

- Expresar sentimientos negativos y tolerar la frustración.
- Pedir ayuda a otros.
- Trabajar un problema cada vez.
- Ser consciente de lo que propicia la desorganización y la fatiga, manteniendo el control y el esfuerzo como sea posible.
- Dominar y flexibilizar sentimientos.
- Confiar en sí mismo y en otros y ser optimista en cuanto a los resultados.

El estado de crisis se caracteriza por un trastorno en estos procesos: una primera valoración de la situación y el peligro y una respuesta adaptada. La solución racional de problemas es imposible (petición de ayuda, resolver una cosa cada vez) y se tiene incapacidad para manejar aspectos subjetivos: miedo, dolor, etc.<sup>39</sup>

## **5.2 FASES O MOMENTOS FUNDAMENTALES EN LA CRISIS:**<sup>42</sup>

- Impacto, retirada y recuperación o desadaptación.
- El impacto produce un efecto de exceso emocional y sobrecarga. Aparece un primer momento de retirada con síntomas tales como la negación, la ansiedad y la inhibición o agitación.
- Si el individuo cuenta con los recursos personales suficientes, o recibe la ayuda necesaria, la recuperación adaptativa supone la resolución de la crisis y, generalmente, hay un fortalecimiento de las defensas y un aumento de la autoestima y la independencia. En el caso de fracasar los mecanismos adaptativos, aparecerán síntomas crónicos con persistencia de las memorias traumáticas, indefensión futura y dependencia.

## **5.3 ¿QUÉ ES UN SUCESO TRAUMÁTICO?**<sup>3</sup>

Un acontecimiento traumático se define en DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) como más allá de la experiencia humana generalmente, tal como la agresión, el asalto sexual, o de la tortura, que amenaza la integridad física de una persona. El trauma temprano, como la cirugía genital realizada en menores, puede tener efectos psicológicos adversos de larga duración (Levy, 1945). La circuncisión traumatiza obviamente a los menores (Eth & Pynoos, 1985; Ramos, 2000; Terr, 1990). La circuncisión, masculina y femenina, tiene los acontecimientos intensos dolorosos que implican fuertemente ser refrenado, teniendo parte de los órganos genitales amputado--cuanto más joven es el niño a la hora del trauma, mayor es el probable psicopatólogo subsecuente (Green, 1983). La disociación de la experiencia traumática y del dolor emocional asociado del conocimiento, es un mecanismo psicológico de defensa (Chu & Dill, 1990; Noyes, 1977). El trauma doloroso en los menores puede causar cambios neurofisiológicos y neuroquímicos duraderos del cerebro (Ciaranello, 1983; Kolk, 1991; Anand & Carr, 1989).

Casi todos hemos vivido en nuestra vida un suceso que nos ha producido mucho estrés. Cuando un suceso, o serie de sucesos, causa mucho estrés, se le llama suceso traumático.

Los sucesos traumáticos están caracterizados por una sensación de horror, impotencia, lesiones graves, o amenaza de lesiones graves, o muerte. Estos sucesos afectan tanto a los sobrevivientes y rescatistas como a los amigos y familiares de las víctimas. De la misma manera, pueden causar impacto en todos aquellos que han vivido el suceso tanto directamente como por televisión.

#### **5.4 TIPOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS<sup>52, 58</sup>**

Meichenbaum distingue 5 tipos de acontecimientos traumáticos:

*1) Acontecimiento traumático simple:*

Peligroso, perjudicial, amenazador, a menudo imprevisto y abrumador para casi todo el mundo.

- Desastres naturales: inundaciones, terremotos...
- Desastres accidentales: coche, tren, explosión, accidente químico, avión, incendio...
- Desastres de diseño humano intencional: bombardeo, atentado terrorista, violación, agresión, disparos...

*2) Trauma repetido, prolongado:*

- Natural. Exposición a la radiación, enfermedad...
- Ejecución humana intencional: abuso sexual, maltrato doméstico, prisioneros...

*3) Exposición indirecta:*

Especialmente en el caso de los niños.

- Hijos de supervivientes
- Exposición a la experiencia traumática de alguien muy cercano, o cercanía situacional al propio lugar del suceso.

*4) Traumas Tipo I:*

- Hechos traumáticos simples.
- Experiencias traumáticas aisladas.
- Hechos repentinos inesperados y devastadores.
- Duración limitada.
- Desastres naturales, accidentes de coche.
- Los hechos se recuerdan con detalle.
- Mayor probabilidad de síntomas de idea intrusiva, evitación y síntomas de hiperactividad.
- Recuperación rápida más probable.

*5) Traumas Tipo II:*

- Traumas variables, múltiples, crónicos y permanentes.
- Con más probabilidad de ejecución humana intencional.

#### **5.5 RESPUESTAS GENERALES A HECHOS TRAUMÁTICOS<sup>47</sup>**

En un primer momento, el sujeto expuesto ante la situación de extremo peligro y amenaza vital, puede poner en marcha dos grandes tipos de reacción inmediata (respuestas inmediatas), tradicionalmente designadas como Sobrecogimiento y Sobresalto.

- *Sobrecogimiento*: es la reacción más elemental, el más arcaico y el más profundo de nuestros modos de reaccionar ante el peligro. Se trata de una reacción de inmovilidad, de estupor, de agarrotamiento absoluto hasta la paralización. A veces la parálisis dura sólo unos segundos, siguiéndole una reacción elaborada de defensa o huida. En otras ocasiones, puede prolongarse mientras dura el acontecimiento, que el individuo presencia entonces “como si fuera ajeno a la escena”.

- *Sobresalto*: la reacción de sobresalto se caracteriza por una descarga masiva de hormonas y neurotransmisores en la sangre y SNC, iniciándose una frenética e incontrolable actitud de defensa o escape. En esta situación, no suele darse pérdida de conocimiento, pero sí estados alterados de conciencia, recordando después sólo fragmentos de lo sucedido. También puede darse una conciencia clara, pero con sensación de absoluto descontrol de los propios impulsos y movimientos.

Ante un impacto psicológico considerable, como un atentado terrorista, lo habitual es que se produzca la reacción de sobrecogimiento. En esta etapa, las reacciones no son reflejos de la personalidad ni de las características del individuo, sino un patrimonio colectivo de la especie. Son innatas y reflejas, produciéndose de modo automático respondiendo a un esquema biológico. Son independientes de la voluntad y carentes de control.

Pasados estos primeros instantes y una vez fuera del lugar de peligro, lo habitual es que se produzca un cierto enturbiamiento de la conciencia, que varía desde una leve sensación de flotamiento o extrañeza, hasta un cuadro semiestuporoso con escasa respuesta a los estímulos. Se aprecia un embotamiento general, con lentitud y pobreza de reacciones, acompañado por una sensación de gran laxitud y abatimiento.

Los primeros pensamientos suelen ser de extrañeza e incredulidad y, a medida que la conciencia se va haciendo más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de “shock”, van abriéndose paso las vivencias afectivas de un colorido más violento y dramático: dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa, miedo, alternándose con momentos de profunda aflicción y abatimiento.

Paralelamente, la memoria parece volver a despertarse y no son infrecuentes las irrupciones súbitas de escenas relativas al suceso, ya sea espontáneo, o en función de algún estímulo asociado.

Estas escenas producen en el sujeto una dolorosa conmoción que suscita un estado de intensa alteración emocional, pudiendo desencadenarse un ataque de angustia. Este mecanismo de intrusión de recuerdos se considera normal en la mayoría de los casos. También suelen observarse irrupciones del recuerdo durante el sueño, en forma de pesadilla recurrente, con despertares frecuentes de alto contenido emocional.

Hasta aquí son reacciones genéricas ante una situación de peligro y se producen sistemáticamente en la mayoría de los individuos. En cambio, lo que sucede a continuación depende mucho de las características y la situación del afectado y su entorno.

Un acontecimiento traumático puede desembocar en situaciones muy distintas, dependiendo de si el sujeto se encuentra bien apoyado por su entorno más cercano o si no es así. Prácticamente todos los autores coinciden en el papel de la familia / grupo social como fuente principal de apoyo. En este sentido, se habla de la intervención de dos tipos de factores: Factores de vulnerabilidad y factores de protección. El destino psicológico de la víctima, va a depender en gran medida de la dialéctica entre estos dos tipos de factores.

\* Factores de vulnerabilidad: existen tres tipos de factores característicos del sujeto y de su entorno, previos al trauma, que pueden vulnerabilizarle hacia cuadros psicológicos posteriores:

- *Factores de personalidad*: generalmente son personas con tendencia a evitar experiencias nuevas. Presentan un tiempo de adaptación lento y un locus de control externo.

- *Factores biológicos*: dependen de unas pautas determinadas de respuesta endocrina y de neurotransmisión.

- *Ausencia - Influencia de factores de protección social*.

\* Factores de protección: son aquellos que, siendo tanto internos como externos, van a proteger al individuo de la posibilidad de desarrollar cuadros psicopatológicos posteriores:

- *Factores de personalidad y biológicos*: recursos de afrontamiento al estrés.

- *Apoyo y protección familiar*

- *Apoyo social próximo*: amigos, grupos de afiliación.

- *Apoyo social general*: opinión pública, medios de comunicación

- *Apoyo social institucional*: Estado, Administración Pública

Si la dinámica de estos factores favorece al sujeto, los síntomas se irán metabolizando (readaptación funcional). Si ocurre lo contrario, el desequilibrio de esta segunda etapa se irá agravando, emergiendo y fraguándose en un conjunto de síntomas que determinarán su vida: PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) y trastornos asociados.

Se van a añadir a los cuadros psicopatológicos, ciertas consecuencias difícilmente tipificables en ocasiones, pero que influyen en gran medida en el sufrimiento subjetivo de las víctimas:

- Ruptura del sentimiento de seguridad, indefensión.

- Pérdida del rol personal o social previos, cambio de jerarquías y criterios de valor.

- Graves problemas de desadaptación social, laboral y familiar.

- Trastornos de carácter: introversión, pasividad, regresividad, dependencia, e irritabilidad.
- Conflictos socio-familiares: que, obviamente, se derivan y cierran el círculo vicioso, desembocando frecuentemente en una situación de desencuentro recíproco, desconfianza y frustración, en el que conviven el aislamiento y el rechazo.

Desde la perspectiva de la víctima, la incapacidad por parte del entorno para comprender la situación y ofrecerle reconocimiento y compensación, acaba constituyendo una segunda victimización, a menudo más dolorosa que la inicial.

Ante la muerte inesperada de un ser querido, se suceden según Horowitz (1.976), reacciones de tensión graves, que pueden ser tipificadas en una serie de etapas:

- *El Grito*: según este modelo, la primera reacción es el grito, una reacción emocional reflexiva, así como llanto, pánico, grito, desmayo o lamentos. La reacción puede ser más o menos obvia. El llanto conduce a la negación o a la intrusión.

- *La Negación*: conduce a un bloqueo del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo ocurrido. Una viuda puede entrar en esta etapa en el momento del funeral, llevando a la conclusión de fortaleza aparente.

- *La Intrusión*: incluye la abundancia involuntaria de ideas y sentimientos de dolor sobre el suceso. Aparecen pesadillas periódicas. Puede empezar a experimentarlo en los momentos en que han finalizado las gestiones iniciales y se enfrentan a la soledad o a la normalidad. Es entonces cuando suele aparecer el impacto pleno de la pérdida. La abundancia de pensamientos intrusivos puede incluir afirmaciones sobre la pérdida y su impacto.

Algunos individuos omiten la fase de negación y entran en la de intrusión. También se aprecian oscilaciones y retornos de una etapa a otra.

- *La Penetración*: es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes. Algunos hacen solos este proceso, otros necesitan ayuda externa.

- *La Consumación*: Es la etapa final de la experiencia en crisis. Conduce a una integración de la misma en la vida del individuo. A la desorganización de la crisis la sustituye el sentimiento de tristeza por el recuerdo de la pérdida, que se sitúa cronológicamente en el pasado (atención a rituales presentes, altares).

El duelo no resulta sobre la pérdida de un ser querido. Aparece un sentido de culpa por la supervivencia. Imágenes recurrentes y recuerdos sobre el desastre, pesadillas, pensamientos sobre la muerte. Culpabilidad, auto condenación por haber sobrevivido (o no haber podido rescatar a otros) mientras los demás murieron. Entorpecimiento psíquico, apatía, aislamiento. Deterioro de las relaciones humanas, y sobre todo una lucha interna por encontrar alguna formulación cognoscitiva del significado del desastre.

## 5.6 LOS PSICÓTICOS<sup>58</sup>

En muchas personas ansiosas, depresivas, psicóticas y bipolares -que son aquellas cuyo estado de ánimo puede cambiar considerablemente-, estos hechos incrementen sus padecimientos. Todas las patologías psiquiátricas aumentan, porque estas personas eran candidatas a que esas circunstancias les afecten más.

Se indica que ante esta situación hay que defenderse, e incluso que hay personas que se involucran tanto en estos procesos que llegan a padecer de estrés postraumático, porque lo viven de tal forma que lo introducen en sus vivencias. “Hay quienes, aunque no conozcan a nadie allá, por el hecho de estar escuchando constantemente las informaciones, pueden llegar a una psicopatología”.

Se destaca que como seres humanos esto afecta a todos, que la guerra terminará algún día, mientras que los traumas persisten si las personas se quedan inmersas en esta situación. Recomienda que al momento en que la persona está consciente de que estos hechos le están afectando, debe visitar a un especialista de la conducta.

La violencia también forma parte de la sintomatología del desajuste emocional. Y es que en la persona no sólo se produce ansiedad y depresión, sino que los actos de violencia aumentan e, incluso, provocan una indiferencia hacia la vida y un aplanamiento emocional. De ahí, la importancia de detectar estos hechos y tratar a tiempo el mal.

Hay que darse cuenta de que los medios de comunicación capitalizan estos eventos, por lo que las personas no se deben dejar llevar hasta afectar su salud.

Los problemas psicológicos se pueden manifestar en serios padecimientos, como son las molestias estomacales, de tipo respiratorio, dermatológico y cardiovascular, sin embargo, es posible que mientras esté la guerra no se estén reflejando, pero cuando todo esto termine se podrán observar las reacciones.

Los hechos violentos de la guerra causan lo que se llama estrés postraumático, que se produce cuando las personas presencian actos de gran violencia, como son los asesinatos y maltratos físicos, también por presenciar actos de guerra o violencia armada. Los síntomas pueden variar desde revivir constantemente el trauma, hasta la pérdida general de emociones. Los individuos son incapaces de concentrarse en labores de rutina.

## **5.7 ¿QUÉ ES EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?**<sup>16, 33</sup>

El concepto de estado traumático tiene sus orígenes conocidos en la *Odisea* de Homero, en la que se encuentran penosas descripciones de los guerreros sobre sus reacciones de intenso terror, con gran agitación, parálisis conductual, desorientación y otros trastornos que experimentaron tanto durante las batallas como en otras situaciones amenazadoras para sus vidas.

Las imágenes de la situación traumática vuelven a reexperimentarse una y otra vez (**flashback**), en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, imaginándolo con todo lujo de detalles, acompañado de intensas reacciones de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.) Todo ello genera un fuerte estrés, agotamiento, emociones intensas, y pensamientos irracionales que aumentan la intensidad de ese estrés, del agotamiento, de las emociones intensas<sup>10</sup>.

Años atrás solía llamársele “fatiga de combate”, y los estudios realizados se centraban casi siempre en los veteranos de guerra. En la actualidad la situación es muy diferente: no hay que ser soldados para que se nos diagnostique tal enfermedad, sino simplemente *supervivientes* de un suceso traumático<sup>47</sup>.

Casi la totalidad de las personas expuestas a un suceso traumático desarrollan síntomas típicos del trastorno de estrés postraumático (TEPT), durante los días siguientes al trauma. Es una reacción normal encaminada a asimilar lo sucedido y aprender lo más posible de dicho acontecimiento, como un modo de mejorar la supervivencia en el futuro. En muchos casos estos síntomas van disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer. Sin embargo, si los síntomas perduran después de un mes, se considera que existe un trastorno de estrés postraumático. En los casos en los que el trastorno se prolonga entre 3 y 6 meses, existen muchas probabilidades de que se haga crónico, pudiendo durar años y afectando significativamente la vida de estas personas en todos sus ámbitos.<sup>17</sup>

Entre los detonantes figuran desde una guerra hasta un accidente automovilístico, pasando por un intento de violación. Un informe del National Center for PTSD (Centro Nacional del Trastorno de Estrés Postraumático) de Estados Unidos lo expresa así: “Para que se emita un diagnóstico de esta índole, la persona tiene que haber sufrido una situación traumática” que haya “puesto en peligro real o potencial su integridad FÍSICA”.<sup>47</sup>

Aunque es común pasar por un breve estado de ansiedad o depresión después de dichos eventos, las personas que sufren de trastorno de estrés postraumático siguen "volviendo a vivir" el trauma; evitan a las personas, los pensamientos o situaciones relacionadas con el evento y tienen síntomas de emociones excesivas. Las personas con este padecimiento sufren estos síntomas durante más de un mes y no pueden llevar a cabo sus funciones como lo hacían antes del suceso traumático. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático por lo general aparecen en un período de tres meses de la situación traumática, sin embargo, a veces se presentan meses o hasta años después.<sup>41</sup>

El estrés postraumático se caracteriza porque le otorga gran importancia a estas imágenes y a la ansiedad que provocan. Se desarrollan muchos pensamientos relacionados con el acontecimiento traumático y con sus consecuencias. Se concede mucha importancia también a estos pensamientos, que generan más ansiedad, más estrés, más inseguridad. El mundo se percibe como altamente peligroso. Se suele perder la sensación de control sobre la seguridad propia. Se recuerdan muchos detalles de la situación, o las sensaciones vividas en los momentos del suceso, con gran viveza, con gran intensidad, y con una alta

frecuencia. Esas sensaciones visuales, auditivas, táctiles quedan profundamente grabadas en la memoria y poseen una alta relevancia entre cualquier otro recuerdo.

Las imágenes y las sensaciones pueden volverse intrusivas (acuden una y otra vez a la mente, produciendo malestar), especialmente si se pretende evitarlas. Cuando queremos evitar un pensamiento aumenta la frecuencia de ese pensamiento no deseado y se vuelve más estresante.

Tras el trauma (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.) el pensamiento, el diálogo interno del individuo, no sólo provoca más ansiedad, sino que tiende a generar sentimientos de culpa, por aquello que se hizo, por lo que no se hizo, porque no se estuvo a las circunstancias, por haberse salvado, por... toda una serie de motivos poco realistas, bastante irracionales, y de excesiva autoexigencia. Se va tejiendo así una red cada vez más elaborada en la que están relacionados todos estos elementos que cambian en la misma dirección: provocar más estrés.<sup>36</sup>

A veces se producen fenómenos disociativos o amnesia emocional. Cuando hay algún estímulo que recuerda el suceso (aniversario, pasar por el mismo lugar, condiciones meteorológicas similares, etc.) la persona vuelve a incrementar los síntomas. El individuo suele hacer esfuerzos constantes por alejar de su mente el acontecimiento sin conseguirlo. El estrés postraumático hay que tratarlo cuando dura más de un mes.

Bajo el estrés agudo inicial que se produce tras el trauma (en el primer mes), así como bajo el estrés postraumático posterior (después de transcurrido el primer mes), también son frecuentes los sentimientos de indefensión e impotencia, las reacciones de ira, los sentimientos de hostilidad, de rabia, y las imágenes de agresión contra el agente que ha generado el daño, o se considera que lo ha generado.

Este estado de estrés se caracteriza por un intenso estado emocional en el que predominan la ansiedad, la culpa, la ira, la rabia, la hostilidad, a veces la vergüenza, y con mucha frecuencia la tristeza e incluso la depresión (el trastorno de estrés postraumático tiene una alta comorbilidad con el trastorno depresivo, entre un 60-80% de personas presentan ambos desórdenes). Dicho estado emocional produce un fuerte malestar psicológico, alta activación fisiológica y problemas de conducta a la hora de readaptarse a las distintas facetas de la vida cotidiana.

Sin embargo, es frecuente que las personas que están experimentando estrés agudo, y después estrés postraumático, no puedan y no quieran expresar sus emociones. Algunas, tienen también dificultades para experimentar estas emociones, que dicen deberían estar experimentando como las personas de su alrededor.

Muchas personas desarrollan algunos de estos síntomas de estrés postraumático a pesar de no haber estado en la situación traumática. La probabilidad de que esto suceda depende de la valoración y grado de implicación que se hace del acontecimiento traumático. Si una persona concede la máxima valoración a lo sucedido y comienza a sentirse vulnerable

porque se siente implicada ("podría haberme sucedido a mí") tiene más probabilidad de desarrollar algunos síntomas del estrés postraumático.<sup>51</sup>

Puede ocurrir a cualquier edad, en ambos sexos y en personas psicológicamente sanas y bien ajustadas. Tiene un efecto acumulativo. Es decir, cuanto mayor sea el número de traumas vividos, mayor probabilidad existe de desarrollar un TEPT.

La severidad de los síntomas puede variar en función de muchos factores, incluyendo la gravedad del trauma, el modo en que fue percibido por el individuo, la capacidad personal de afrontar el estrés y el tipo de apoyo y ayuda recibido de la familia, amigos, profesionales, etc.

Si una persona se repite con frecuencia cuestiones como "¿por qué?, ¿por qué a mí?, ¿qué he hecho para merecer esto?", o algunas otras cuestiones que generalmente no tienen una respuesta racional, que sirven para activar más dolor, más activación fisiológica, más ansiedad, más impotencia, etc., se estará aumentando la probabilidad de desarrollar este trastorno de ansiedad denominado trastorno de estrés postraumático.<sup>23</sup>

Las víctimas necesitan apoyo social de las personas que les rodean, necesitan que vuelva a fluir la comunicación, que ventilen (hablen) sus pensamientos, imágenes, emociones, etc., necesitan reelaborar todo ese material. En la medida en que se lleve a cabo bien o mal esta reelaboración, así será la gravedad de los síntomas después del trauma, los síntomas del estrés postraumático.

Otras formas de estrés severo (pero no extremo) pueden afectar seriamente al individuo pero generalmente no son los detonantes típicos de un trastorno por estrés postraumático, como por ejemplo la pérdida del puesto de trabajo, divorcio, fracaso escolar, etc.

Es importante destacar, tal como indica la investigación reciente, que a pesar de la heterogeneidad de los sucesos traumáticos, los individuos que directa o indirectamente han experimentado este tipo de situaciones muestran un perfil psicopatológico común etiquetado en la actualidad bajo el rótulo de TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO y en algunas ocasiones se presentan otros trastornos asociados como depresión, trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico o abuso de sustancias (Solomon, Gerrity, & Muff, 1992).<sup>42</sup>

La intervención temprana en víctimas recientes o potenciales afectados por este trastorno (familiares, cuidadores de las víctimas, personas que observaron la escena, vecinos, etc.) es eficaz y previene la aparición de síntomas. Esta intervención temprana consiste en: (1) dar información sobre el proceso la reacción psicológica que suele seguir, los síntomas que se suelen experimentar, los pensamientos que se suelen desarrollar, etc.; (2) entrenamiento en relajación y respiración; (3) exposición en imaginación a los recuerdos del suceso traumático; (4) exposición real (en vivo) a las situaciones que se evitan, que no supongan riesgo; y (5) reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales que provocan sentimientos negativos.<sup>21</sup>

## 5.8 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DIFERENTES TIPOS DE VICTIMAS<sup>20, 45</sup>

Hay un perfil diferencial de este cuadro clínico en las personas agredidas sexualmente en comparación con los ex combatientes. La probabilidad de experimentar el trastorno es mayor en las mujeres violadas que en las personas que han sufrido los efectos de la guerra porque el suceso traumático se produce con frecuencia en un ambiente seguro -casa, lugar de trabajo, portal, etc.-, en el que la víctima se desenvuelve en su vida normal. Los ex combatientes, por el contrario, al no estar ya en el entorno bélico, no se van a volver a exponer a esa situación de estrés. Por ello, el temor a volver a experimentar el suceso es mayor en las víctimas de agresiones sexuales.

### 5.8.1 Trastorno de estrés posttraumático en niños<sup>11</sup>

Prácticamente la totalidad de los niños que presencian el asesinato de un padre o una agresión sexual desarrollan un TEPT, así como el 90% de los niños que sufre abuso sexual, el 77% de los niños expuestos a tiroteos en la escuela y el 35 % de los expuestos a violencia callejera.

Hay tres factores que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que los niños desarrollen TEPT:

La severidad del acontecimiento  
La reacción de los padres.  
la proximidad física al acontecimiento traumático.

Los niños que reciben el apoyo de sus familias y que tienen padres con menos estrés, tienen menos probabilidades de desarrollar TEPT. Los acontecimientos traumáticos provocados por las personas tienen más probabilidades de desarrollar TEPT que otros tipos de traumas.

#### 5.8.1.1 Síntomas en niños<sup>11</sup>

- Reexperimentan el trauma a través de pensamientos, recuerdos o pesadillas que suelen centrarse en los momentos de extremo terror o desesperanza vividos durante el suceso. Pueden ir acompañados de síntomas físicos como taquicardias, náuseas, vómitos y sensación de mareo.
- Sus juegos o dibujos suele incluir la incorporación de las experiencias traumáticas.
- En ocasiones pueden reproducir en los demás las experiencias traumáticas que sufrieron.
- Evitación de pensamientos, sentimientos o actividades que desencadenen el malestar asociado al trauma. Pueden disminuir su interés por las actividades en general, presentar

regresiones en sus capacidades ya adquiridas, como el lenguaje, orinarse en la cama o presentar trastornos de conducta como interrumpir las clases para disminuir su ansiedad.

- Estado de activación que da lugar a trastornos del sueño, irritabilidad, estado de alerta, dificultades de concentración, acentuadas respuestas de sobresalto y a veces, rabietas y agresividad. Se encuentra hiperalerta y preparado para responder a posibles amenazas del entorno.

- En los niños menores de tres años, los síntomas más frecuentes son: mutismo, regresión (chuparse el dedo orinarse encima), temores, pesadillas o terrores nocturnos, y la repetición a través del juego.

- Los niños de edad escolar suelen presentar cambios en su afectividad y comportamiento, disminución de rendimiento escolar y abandono de las tareas domésticas en las que solían colaborar.

- Los adolescentes y niños mayores suelen sentirse inseguros respecto al futuro, sus expectativas son negativas e incluso pueden llegar a cambiar su actitud frente al matrimonio, la posibilidad de tener hijos y la actividad profesional.

#### 5.8.2 Agresión sexual a mujeres<sup>15, 20</sup>

La agresión sexual es el acontecimiento que más probabilidades tiene de dar lugar a un trastorno de estrés postraumático. La mayoría de las agresiones sexuales a mujeres son cometidas por maridos, parejas, amigos o citas (76%), mientras que los extraños son responsables del 18 % de las agresiones sexuales a mujeres. Muchas mujeres no cuentan lo sucedido porque es una experiencia muy personal, porque se culpan a sí mismas, por miedo a la reacción de los demás, porque piensan que no servirá de nada o porque no quieren hablar de ello ni recordarlo.

La reacción puede ser diversa. Algunas se recuperan con rapidez mientras que otras desarrollan un TEPT que puede durar años. Algunas responden inmediatamente, mientras que en otras los síntomas tardan un tiempo en aparecer.

##### 5.8.2.1 Síntomas en mujeres<sup>15, 20</sup>

Las consecuencias inmediatas, que afectan a la mayoría de las mujeres violadas son:

Síntomas emocionales: shock (sensación de irrealidad, como si eso no pudiera haber pasado), miedo intenso, llanto, rabia, vergüenza, impotencia.

Síntomas psíquicos: confusión, desorientación, recuerdos no deseados, disminución de la concentración, culpa.

Síntomas físicos: lesiones, enfermedades de transmisión sexual, tensión muscular, fatiga, nerviosismo, trastornos del sueño, del apetito y del impulso sexual, problemas gastrointestinales, taquicardias, dolor.

Las consecuencias a largo plazo pueden incluir enfermedades de transmisión sexual, desconfianza hacia los demás, rabia intensa, aislamiento y trastornos psicológicos como:

Depresión, desesperanza, baja autoestima, falta de motivación o de propósito en la vida, disminución del placer en actividades de las que antes disfrutaba, cambios en el patrón de sueño y a petito, pensamientos o intentos de suicidio.

Abuso del alcohol y/o drogas.

Problemas sexuales. Se encuentran entre los síntomas más duraderos tras la agresión. Puede temer y evitar las relaciones sexuales y sentir una disminución del deseo e interés sexual.

### 5.8.3 Agresión sexual a hombres<sup>15, 20, 27</sup>

Los agresores suelen ser extraños o figuras de autoridad en escuelas u otros centros. En su mayoría son hombres heterosexuales y suelen escoger como víctimas a chicos jóvenes o adolescentes, (con una media de edad de 17 años). Tienen más probabilidades de asaltar a muchas víctimas.

#### 5.8.3.1 Síntomas en hombres agredidos<sup>15, 20, 27</sup>

- Trastornos emocionales: trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad.
- Abuso de sustancias.
- Incontinencia intestinal (encopresis).
- Conductas de riesgo, como actos delictivos, huir de casa, conductas sexuales de riesgo que los exponen a enfermedades de transmisión sexual.
- Problemas de identidad, debido que la sociedad enseña a los chicos que ser una víctima no es propio de hombres.
- Sentimientos de vergüenza y humillación.
- Si el agresor ha sido un hombre puede haber rechazo por parte de los demás y si ha sido una mujer, los demás no se toman el asalto en serio, y la víctima siente que sus sentimientos no son tomados en cuenta.
- Los padres apenas saben nada de agresión sexual a hombres y pueden negar la experiencia o restarle importancia, lo cual dificulta la recuperación.
- Muchos de estos hombre temen que la experiencia los transformen en homosexuales, lo cual es totalmente falso, ya que la agresión sexual no influye en la orientación sexual de las personas.

#### 5.8.4 Abuso sexual en la infancia<sup>15, 34, 20</sup>

Según un estudio realizado en España, una de cada cuatro o cinco niñas y uno de cada seis y siete niños padecen o han padecido algún tipo de abuso sexual a lo largo de su infancia e inicio de adolescencia. En un estudio realizado en Estados Unidos con personas adultas, el 27 % de las mujeres y el 16 % de los hombres afirmaron haber sido objeto de abuso sexual en su infancia. De ellos, el 42 % de las mujeres y el 33% de los hombres nunca contaron a nadie lo sucedido.

El 60% de las personas que cometen abusos sexuales con niños son amigos de la familia, cuidadores o vecinos; el 30% son padres, tíos o primos y el 10% son extraños. La mayoría son hombres. Las mujeres son las agresora en un 14 % de los casos de abusos a niños varones y un 6% de los casos de abusos a niñas.

#### 5.8.4.1 Síntomas del abuso sexual<sup>15,34</sup>

Trastorno de estrés postraumático, conducta sexual o seductora impropia de su edad, sentimientos de vergüenza, culpa, inadecuación personal y miedo, dibujos en los que utilizan mucho el rojo o el negro sobre temas violentos, intentos de herirse a sí mismo o suicidarse, agresividad, crueldad hacia los demás, huir de casa, problemas en el colegio.

#### 5.8.4.2 Consecuencias en la edad adulta del abuso sexual sufrido en la infancia <sup>7, 20, 34</sup>

Puede producirse un trastorno de estrés postraumático crónico, ansiedad, depresión y pensamientos de suicidio. Según los estudios realizados con mujeres, suelen tener problemas sexuales en un 47 % de los casos, siendo de hasta un 70 % en los casos en los que hubo penetración. Pueden presentar ansiedad sexual (con evitación de las relaciones sexuales) o bien promiscuidad sexual, en la cual se devalúa a sí misma y su sexualidad. Dicen sentirse menos satisfechas que el resto de las mujeres con sus relaciones sexuales. Pueden ver las relaciones sexuales como algo basado en la explotación y la coerción. A menudo tienen problemas en sus relaciones de pareja, menor insatisfacción, niveles más bajos de comunicación y de cercanía emocional con su pareja (aunque no tienen problemas para sentir esa cercanía emocional con sus amistades) y mayores rupturas en sus relaciones. Tienen más probabilidades de tener parejas intrusivas, controladoras, y emocionalmente distantes. Pueden tener también problemas de ansiedad, trastornos alimenticios, abuso de sustancias, conductas auto-destructivas, baja autoestima. En los casos de abuso muy graves y duraderos puede producirse un trastorno de personalidad límite o un trastorno de personalidad múltiple.

## 5.9 ¿CUÁL ES LA CAUSA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?<sup>26, 51</sup>

Las causas exactas del "PTSD" no han sido comprendidas hasta el momento. En general, los trastornos mentales son el resultado de una combinación de factores genéticos y biológicos y de aspectos de tipo afectivo, social y familiar. La influencia de los aspectos fisiológicos y sociales es compleja.

Los síntomas del "PTSD" son "disparados" por el evento traumático. Los estudios indican que personas que han tenido una experiencia traumática (abuso, lesiones serias, vivir por un desastre natural y/o ser víctima o testigo de actos violentos) tienen la posibilidad de desarrollar "PTSD." Otros estudios demuestran que hay cambios significativos en el cerebro que se asocian con los síntomas del "PTSD" como el miedo, la ansiedad, pensamientos que intruyen importunadamente y recuerdos del evento.

He aquí una lista de circunstancias que pueden desencadenar el PTSD:

- Algo que ocurrió en la vida de la persona.
- Algo que sucedió en la vida de una persona cercana.
- Algo que la persona presencié.

Sin embargo, el hecho de que sea frecuente no significa que todos los supervivientes de una tragedia reaccionen así. Ledray señala: "Un estudio realizado en 1992 indicó que, una semana después de ser violadas, el 94% de las víctimas presentaban los síntomas del trastorno de estrés postraumático, y a las doce semanas, el 47%. La mitad de las mujeres atendidas en 1993 en el Sexual Assault Resource Service de Minneapolis (un centro de asesoramiento) sufrían el síndrome un año después de la violación".<sup>29</sup>

Según tales estadísticas, la enfermedad es mucho más común de lo que imagina la mayoría de la gente y afecta a toda clase de personas que pasan por trances de diversos tipos. Los escritores Alexander C. McFarlane y Lars Weisaeth dicen: "Las últimas investigaciones demuestran que los sucesos traumáticos afectan a menudo tanto a civiles en tiempo de paz como a soldados y víctimas de la guerra, y muchos de ellos desarrollan el mal". Hasta operaciones quirúrgicas o infartos han sido el desencadenante en algunos casos.

"Se ha convertido en un trastorno común", dicen los escritores citados, y añaden: "Una encuesta realizada al azar entre 1.245 adolescentes estadounidenses indicó que el 23% había sido víctima de agresiones físicas o sexuales, además de presenciar actos violentos contra otras personas. De estos, a 1 de cada 5 se le diagnosticó el TEPT, lo que pone de manifiesto que cerca de un millón setenta mil jóvenes lo padecen".

Tanto es así que la depresión y las tensiones se han apoderado de muchos colombianos y, según la psiquiatra Fior Méndez Solís, son muchas las señales que se pueden detectar antes de saber si este hecho está produciendo serios daños psicológicos. Aunque la experta dice que el incremento de las consultas psiquiátricas quizás no sea evidente ahora, asegura que dentro de un tiempo se reflejarán los traumas psicológicos que están causado.<sup>62</sup>

Hoy, las tensiones que se producen en el escenario de la guerra se transmiten a través de los medios de comunicación directamente a los hogares.

## **5.10. EPIDEMIOLOGÍA** <sup>11, 18, 40</sup>

En los últimos años los accidentes de tráfico y las agresiones sexuales han acaparado buena parte de la investigación sobre este trastorno, por ser estos los eventos traumáticos más

frecuentes a los que se exponen los habitantes de los países desarrollados. Esto ha provocado la aparición de nuevos y diferentes datos sobre la epidemiología del TEP.

En víctimas de accidentes de tráfico, Kessler et al. (1995) encuentran que el 19,4% de los implicados en este tipo de accidentes desarrollan el TEP, mientras que Norris (1992) ofrece datos superiores, alcanzando el 23,4%.

Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14%, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p.ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58%.

Efectos aun más negativos pueden observarse en las víctimas de violación y/o abusos sexuales. Así, Rothbaum, Foa, Murdock, Riggs y Walsh (1990) señalan que el 94% de las víctimas presentan síntomas característicos del TEP inmediatamente después de la agresión<sup>1</sup>, bajando hasta el 47% transcurridos tres meses. Kilpatrick,

Saunders, Best y Von (1987), mediante un estudio retrospectivo, encontraron que el 57,1% de las víctimas habían desarrollado TEP en algún momento tras la agresión, y que incluso un 16,5 % sufrían síntomas de TEP aunque habían pasado un promedio de 17 años desde que la agresión ocurriera.

## **5.11 EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO<sup>37</sup>**

En primer lugar se presentan algunos principios generales del proceso de evaluación clínica de este tipo de trastornos, destacando el papel de la entrevista dentro del mismo y enumerando algunos de los instrumentos más utilizados.

En segundo lugar, se enumeran los síntomas mas comúnmente relacionados con el TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO y se describen brevemente algunas de las patologías asociadas en este trastorno y que requieren en la mayoría de las ocasiones de una evaluación y/o tratamientos específicos.

Para terminar se presentan los criterios diagnósticos mas ampliamente utilizados en la actualidad en la práctica clínica, tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

### **5.11.1 Evaluación del trastorno por estrés postraumático: aspectos generales<sup>38, 45</sup>**

El profesional que trabaja con este tipo de pacientes debe considerar el carácter multidimensional y necesariamente complejo de este tipo de trastornos.

Una entrevista clínica global y multidimensional es una estrategia de evaluación de primer orden para el adecuado diagnóstico del estrés traumático.

Un adecuado proceso de entrevista permite al paciente relatar su experiencia y sus impresiones del evento, teniendo la oportunidad de expresarse con libertad en un entorno seguro, empático y no crítico.

Los pacientes (y a menudo sus familiares más cercanos) necesitan sentirse comprendidos y apoyados mientras tratan de encontrar un significado a la experiencia recientemente vivida.

La entrevista también facilita una "alianza de trabajo" efectiva, necesaria para el normal desarrollo del proceso terapéutico en etapas posteriores, así como una ocasión única para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica (rapport), imprescindible para el éxito terapéutico.

Además, la entrevista permite extraer los detalles de la experiencia vivida por el sujeto, evaluar los niveles pasados y presentes de funcionamiento del sujeto y determinar la modalidad de tratamiento así como los objetivos terapéuticos más adecuados en cada caso concreto.

Entre las entrevistas estructuradas más utilizadas se encuentran:

- Clinician Administered PTSD scale (CAPS; Blake et al., 1990).
- Anxiety Disorders Interview Schedule-IV (ADIS-IV; DiNardo, Brown, & Barlow, 1994).

Otros instrumentos de evaluación específicos utilizados son:

- Subscala del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI; Keane, Malloy, & Fairbank, 1984; Schlenger & Kulka, 1987),
- The Penn Inventory for PTSD (Hammarberg, 1992).

Es frecuente encontrar en este tipo de pacientes otros trastornos asociados, como trastornos de pánico, depresión o ansiedad generalizada, por lo que la evaluación de este tipo de trastornos debería ser parte del proceso evaluativo (Meichenbaum, 1994).

Una aproximación global que implique la recogida de información de diferentes fuentes, utilizando diversos métodos y a lo largo de diversos momentos es especialmente recomendable y necesario en el proceso de diagnóstico de este tipo de trastornos (Meichenbaum, 1994).

## **5.12 ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?**<sup>6, 8, 36</sup>

Los síntomas de PTSD deben incluir al menos uno de los siguientes: evocaciones recurrentes e intrusas del suceso; sueños recurrentes y angustiosos del suceso; el actuar súbito o sentirse como si el suceso traumático estuviera repitiéndose; o angustia psicológica o reacción física intensa al ser expuesto a sucesos que simbolizan o se asemejan a un aspecto del suceso traumático. La persona también tiene que evitar persistentemente los estímulos asociados con el trauma o experimentar el entumecimiento de toda respuesta general, lo cual debe incluir al menos tres de los siguientes: esfuerzos para evitar pensamientos o sentimientos asociados con el trauma; esfuerzos para evitar actividades o situaciones que despiertan las evocaciones del trauma; incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; interés o participación marcadamente disminuidos en actividades significativas; sentirse apartado o enajenado con respecto a los demás; una serie de sentimientos restringidos; o un sentido de un futuro reducido. Finalmente, deben haber síntomas persistentes de excitación incrementada, incluyendo al menos dos de los siguientes: dificultad o incapacidad de quedarse dormido; irritabilidad o explosiones de ira; dificultad para concentrarse; hipervigilancia; o una respuesta sorprendente exagerada.

**Repetición de la vivencia.** La persona frecuentemente tienen recuerdos o pesadillas repetidas sobre el evento que les causó tanta angustia. Algunos pueden tener "flashbacks", alucinaciones u otras emociones vívidas de que el evento está sucediendo o va a suceder nuevamente. Otros sufren de gran tensión psicológica o fisiológica cuando ciertos objetos o situaciones les recuerdan el evento traumático, reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática.

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

**Aumento de excitación emocional.** Los síntomas de las personas en las que se ve un aumento en la excitación emocional pueden incluir sentir dificultades en quedarse dormido o no poder despertar, irritabilidad o desplantes de rabia, impulsividad, dificultad para concentrarse, volverse muy alertas o cautelosos sin una razón clara, nerviosismo o facilidad para asustarse.

**Reexperimentación.** Consiste en volver a revivir en su mente lo sucedido, a través de pensamientos, recuerdos o imágenes mentales relacionadas con el trauma que aparecen en su mente sin que pueda controlarlo cuando se encuentra en un estado de alerta o cuando la víctima está expuesta a situaciones que le recuerdan el trauma. También tienden a revivirlo en forma de pesadillas que escenifican el trauma o bien expresan lo que siente la víctima, aunque no guarden relación directa con lo sucedido, como cuando sueñan que son sepultados por una enorme masa de agua durante un maremoto. A veces se producen

flashbacks, durante los cuales tienen la sensación de estar viviendo de nuevo todo lo que pasó. También pueden sentir sensaciones físicas parecidas a las que sintieron entonces. Estas reexperimentaciones van acompañadas de emociones intensas como pánico y rabia, sensación de gran peligro (con ansiedad), deseo de escapar o deseo de defenderse atacando a alguien.

También pueden reaccionar ante los recuerdos mediante síntomas físicos, como agitación, temblores, sudoración, taquicardias.

**Reexposición compulsiva al trauma.** De un modo que no logran explicar, tienden a buscar situaciones que les recuerdan el trauma vivido. Por ejemplo, las mujeres que han sido maltratadas en la infancia tienden a convivir con hombres maltratadores, las niñas que han sufrido abusos sexuales tienen más probabilidades de dedicarse a la prostitución o los niños que han sido maltratados en la infancia tienen más probabilidades de ser maltratadores en la edad adulta. Una posible explicación es que estas personas tienen la sensación de haber fracasado ante dicha situación y buscan revivirla para intentar controlarla y salir indemnes de ella.

**Evitación y embotamiento.** Debido al malestar que sienten ante los recuerdos, tratan de evitar cualquier situación, persona o conversación que pudiera recordarles el trauma. Cuando van por la calle temen que pueda volver a repetirse, de modo que algunos pueden llegar a desarrollar agorafobia. Conforme pasa el tiempo, son cada vez más las cosas que les recuerdan lo sucedido, debido a que se van estableciendo asociaciones entre unas y otras; empiezan a sentirse acosados por lo sucedido pero, paradójicamente, cuando más tratan de huir más parecen perseguirles los recuerdos. Esta huida llega a dar lugar a un embotamiento de los sentidos, en un intento de dejar de sentir cualquier cosa para no sentir más dolor emocional. Las emociones, sean positivas o negativas, llegan a ser una amenaza, de modo que dejan de sentirlas, se distancian del resto de las personas, incluidas sus familias, parejas o amistades, el mundo exterior empieza a perder su viveza y se transforma en algo frío y distante que no les produce ninguna reacción especial. Se sienten vacíos por dentro, como muertos en vida y pierden el interés en cosas o actividades con las que antes disfrutaban.

**Hipervigilancia.** Reacciona intensamente ante estímulos irrelevantes. El sonido del teléfono, cualquier golpe inesperado, una palmada en la espalda, etc. los hace sobresaltarse bruscamente. Se encuentran en un constante estado de alerta, percibiendo mundo de un modo hostil y amenazante. Tienen problemas para dormir, irritabilidad, nerviosismo y estallidos violentos. El continuo estado de activación los distancia tanto de sus emociones como de sus sensaciones corporales.

**Síntomas secundarios.** Son síntomas que se producen como consecuencia de los anteriores.

- *Agresividad y rabia hacia los demás o hacia sí mismos.* Debido a su necesidad de defenderse, al hecho de no poder controlar sus síntomas y al estado de alerta en que se encuentran.

- *Culpa y vergüenza.* Suelen aparecer cuando empiezan a pensar que deberían haber hecho algo, que si no hubiesen hecho tal o cual cosa tal vez lo habrían evitado. En parte, esto es debido a una necesidad de control: si se consideran responsables pueden pensar que hay algo que pueden hacer para evitarlo si vuelve a suceder, que no están totalmente a la merced de su agresor. De hecho, este es un mecanismo de protección bastante extendido que a veces lleva a las personas a culpar a la víctima para poder seguir pensando que puede evitarse, que a ellos o a sus seres queridos no les pasará algo así porque sabrán impedirlo. Pero lo cierto, es que muchas veces es imposible controlar el comportamiento de otras personas.

- *Problemas para relacionarse.* Les resulta difícil volver a confiar en los demás. Su embotamiento emocional puede impedirles sentir cercanía emocional hacia otras personas. Su necesidad de estar en guardia y defenderse puede impedirles dejarse llevar en situaciones íntimas con sus parejas, pues eso requeriría bajar la guardia, lo cual puede dejarlos a merced de ese mundo que perciben como hostil, un lugar en el que pueden pasar cosas terribles, pero no a los demás, como suele creer la mayoría de las personas, sino a ellos mismos, sin previo aviso y sin que puedan hacer nada para evitarlo. Pueden acabar aislándose del resto de las personas y del mundo.

Es importante saber que las personas con trastorno de estrés postraumático con frecuencia consumen alcohol u otras drogas como forma de automedicarse o hacerse sentir mejor. Las personas que tienen este padecimiento también pueden correr un riesgo más elevado de suicidarse.

Sin embargo, el prototipo de estrés postraumático de los ex combatientes está caracterizado por la apatía, el aumento de activación no es en este caso una respuesta adaptativa, ya que se encuentran lejos del escenario de guerra, y por un gran número de pesadillas, explicables probablemente por el contacto duradero con los estímulos aversivos (Albuquerque, 1992). Asimismo las amnesias selectivas, los fenómenos disociativos, la atribución de los síntomas a circunstancias ajenas al trauma, y las complicaciones asociadas a este cuadro clínico, depresión, alcoholismo, explosiones de violencia, etc., son mucho más frecuentes entre los ex combatientes que en las víctimas de agresiones sexuales. La existencia de los fenómenos disociativos puede explicarse por los sentimientos de vergüenza y/o de culpabilidad experimentados y por la tendencia a olvidar acontecimientos desagradables, así como, en algunos casos, por una percepción insuficiente o deformada de lo ocurrido.

### **5.13 TRASTORNOS ASOCIADOS<sup>40, 41</sup>**

El 85% de los hombres y el 70% de las mujeres suelen tener algún otro trastorno asociado, como consecuencia del trauma vivido. Entre estos trastornos se encuentran la depresión mayor (el 50 % de las personas), trastorno obsesivo-compulsivo, fobia simple, fobia social,

trastorno de pánico, agorafobia y ansiedad generalizada. El abuso de alcohol se produce en el 50% de los hombres y el 30 % de las mujeres.

- **ATAQUES DE PÁNICO.** Los individuos que han experimentado un trauma tienen posibilidades de experimentar ataques de pánico cuando son expuestos a situaciones relacionadas con el evento traumático.

Estos ataques incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas como taquicardias, sudoración, náuseas, temblores, etc.

- **DEPRESIÓN.** Muchas personas sufren episodios depresivos posteriores, pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad ideaciones suicidas recurrentes.

Estudios recientes muestran, por ejemplo, que aproximadamente el 50% de las víctimas de violación muestran ideas recurrentes de suicidio.

- **IRA Y AGRESIVIDAD.** Se tratan de reacciones comunes y, hasta cierto punto lógicas, entre las víctimas de un trauma. Sin embargo cuando alcanzan límites desproporcionados interfiere de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico así como en el funcionamiento diario del sujeto.

- **ABUSO DE DROGAS.** Es frecuente el recurso a drogas como el alcohol para tratar de huir / esconder el dolor asociado. En ocasiones esta estrategia de huida aleja al sujeto de recibir la ayuda adecuada y no hace más que prolongar la situación de sufrimiento.

- **CONDUCTAS EXTREMAS DE MIEDO / EVITACIÓN.** La huida / evitación de todo aquello relacionado con la situación traumática es un signo común en la mayoría de los casos, no obstante, en ocasiones este intenso miedo y evitación se generaliza a otras situaciones, en principio no directamente asociadas con la situación traumática lo que interfiere de forma muy significativa con el funcionamiento diario del sujeto.

Estos y otros síntomas, en la mayoría de los casos, disminuyen de manera significativa durante el tratamiento, sin embargo en ocasiones, y dada su gravedad, pueden requerir intervenciones adicionales específicas.

#### **5.14 SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA Y LA EDAD<sup>12, 47</sup>**

Las personas que han emigrado recientemente de áreas con disturbios sociales y conflictos civiles importantes pueden presentar una mayor incidencia de trastorno pos estrés postraumático. Estos individuos pueden mostrarse especialmente reacios a divulgar sus experiencias relativas a torturas y traumatismos debido a la vulnerabilidad de su *status* político como inmigrantes. Para diagnosticar y tratar correctamente a estos individuos suele requerirse una valoración específica de sus experiencias traumáticas.

En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo (Ej., un niño que se vio implicado en un grave accidente de tráfico lo recrea en sus juegos haciendo chocar sus coches de juguete). Puesto que para un niño puede ser difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores. En los niños la sensación de un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También puede producirse la "elaboración de profecías", es decir, la creencia en una especial capacidad para pronosticar futuros acontecimientos desagradables. Los niños pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.

#### **5.15 ¿QUÉ TAN COMÚN ES EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO?** 6, 10

Aunque es común pasar por un breve estado de ansiedad o depresión después de dichos eventos, las personas que sufren de trastorno de estrés postraumático siguen "volviendo a vivir" el trauma; evitan a las personas, los pensamientos o situaciones relacionadas con el evento y tienen síntomas de emociones excesivas. Las personas con este padecimiento sufren estos síntomas durante más de un mes y no pueden llevar a cabo sus funciones como lo hacían antes del suceso traumático. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático por lo general aparecen en un período de tres meses de la situación traumática, sin embargo, a veces se presentan meses o hasta años después.

Los estudios sugieren que entre el 2 y el 9 por ciento de la población tiene cierto grado del trastorno. No obstante, la probabilidad de sufrirlo es mayor cuando la persona se ve expuesta a múltiples traumas o a eventos traumáticos durante su niñez y adolescencia, especialmente si el trauma dura mucho tiempo o se repite. Se ven más casos de este trastorno entre la población joven de las ciudades y entre personas que han inmigrado recientemente de países en donde han habido problemas. Parece ser que las mujeres sufren más del trastorno de estrés postraumático que los hombres.

Quizá el grupo de personas que se asocian más con este trastorno es el de los ex-combatientes; antes a este trastorno se le conocía como "neurosis o fatiga de guerra". La Asociación Americana de Trastornos de la Ansiedad observa que del 15 al 30 por ciento de los tres millones y medio de hombres y mujeres que combatieron en Vietnam han sufrido del trastorno de estrés postraumático.

## 5.16 NEUROBIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO<sup>29, 49, 68</sup>

La biología es verdaderamente un territorio de posibilidades ilimitadas. Tenemos que esperar de ella que nos provea la información más sorprendente y no podemos predecir qué respuestas dará en unas pocas decenas de años a las cuestiones que le planteamos. (Freud, 1920. *Más allá del principio del placer*. St. Edit. vol. XVIII, p. 60.).

Han pasado más que las pocas decenas de años que Freud visionaba respecto a los aportes de la biología para el conocimiento del funcionamiento del psiquismo, y de la relación compleja de éste con el cerebro anatómico, neuroquímico y neurofisiológico, pero disponemos, por fin, de evidencia que muestra la articulación compleja entre lo psíquico y lo neurobiológico. Por un lado, la fantasía inconsciente, la significación / codificación de las experiencias, la operatoria del psiquismo -el fenomenal campo de conocimiento que abrió el psicoanálisis-, todo ello actuando sobre el nivel biológico, modificando la anatomía, la química y los circuitos cerebrales (véase la sección de neurociencia en números anteriores de "Aperturas Psicoanalíticas"). Por el otro, el nivel neurobiológico interviniente en las condiciones de producción de la significación, imprimiéndole su sello. Y, sobre todo, la continuación articulación reverberante -a doble vía- entre uno y otro. La vuelta a Freud, como plantea Emilce Dio Bleichmar, no es exclusivamente al Freud psicólogo o al Freud biólogo, sino a alguien cuya preocupación era entender lo propio de cada territorio -especificidad no reducible de uno al otro- y la forma en que interactuaban, es decir a un Freud que buscaba la integración.

En este sentido, el trastorno de estrés posttraumático se convierte en un campo, aún en desarrollo incipiente, pero que muestra la complejidad de la articulación psiquismo / cerebro.

Las bases biológicas de la patología se deben a "alteraciones en los sistemas de la serotonina, la adrenalina, la noradrenalina, los opiáceos endógenos, el eje hipotálamo-hipofisiario tiroides y de las zonas intermedias del sistema nervioso central, que se desencadenan en el individuo como consecuencia de la situación estresante vivida", según ha precisado el especialista.

Las recientes investigaciones sobre la biología del trastorno de estrés posttraumático han revelado que las personas que sufren esta afección presentan una serie de alteraciones neurobiológicas, entre otras las siguientes (Pitman, 1997):

Diversos estudios neurobiológicos han evidenciado que existen varias estructuras cerebrales claramente implicadas en el estrés posttraumático. Dichas estructuras intervienen igualmente en el procesamiento emocional en general y son la amígdala, el locus cerelus, el tálamo, el hipocampo, el hipotálamo, el córtex orbitofrontal y medial y el sistema opioide-endógeno.

La *amígdala* es una estructura importante en el procesamiento de las emociones, ya que se ha comprobado que contribuye a la evaluación del significado emocional de los estímulos

sensoriales, especialmente visuales y auditivos, jugando un papel relevante en la puesta en marcha de las respuestas de ansiedad y miedo (LeDoux, 1992a, 1999, 2000; Wilson y Rolls, 1990).

Conjuntamente con el hipocampo, la amígdala interviene en el mecanismo del recuerdo emocional, ya que el hipocampo parece estar relacionado con el recuerdo emocional explícito y la amígdala con el recuerdo emocional implícito (LeDoux, 1999). La estimulación eléctrica de la amígdala provoca un aumento de las respuestas de miedo y ansiedad a nivel autonómico, neuroendocrino y de respuestas reflejas (Gloor, 1960; Kaada, 1972). Los pacientes con epilepsias del lóbulo temporal en las que se activa eléctricamente la amígdala, presentan más episodios de reacciones emocionales de miedo, ansiedad e ira (Gloor, 1992; Gloor, Olivier, Quesney, Anderman y Horowitz 1982). Algunos estudios han constatado que la actividad de la amígdala se ve aumentada en estados de alta carga emocional (Halgren, 1992).

La lesión de la amígdala está relacionada con la aparición de conductas agresivas e incremento de las conductas de ingesta compulsivas (Weiskrantz, 1956). Además, es crítica su función en el aprendizaje y las asociaciones entre el estímulo y el refuerzo (Jones y Mishkin, 1972; Mishkin y Aggleton, 1981), lo que implica una incapacidad de dar un significado apropiado para organizar adaptativamente las respuestas comportamentales (Kling y Brothers, 1992; Kling, Lancaster y Benitone, 1970).

El *locus ceruleus* está formado por conjunto de núcleos de neuronas noradrenérgicas. Situado en el tronco del encéfalo, es decisivo en los procesos de aprendizaje, ya que permite modular la atención hacia los estímulos del entorno y en los procesos de mantenimiento de la vigilia. Además, alberga los cuerpos celulares de las vías noradrenérgicas, que están implicadas en el control de las funciones autonómicas (Delgado, 1998). También se ha señalado su importancia en la génesis de las emociones, ya que cuando se ha estimulado eléctricamente esta zona, se ha constatado la aparición de respuestas emocionales de miedo y sensación de muerte inminente (Nashold, Wilson y Slaughter, 1974); así mismo, su estimulación durante el sueño provoca insomnio (Kaitin, Bliwise, Gleason, Nino-Murcia, Dement y Libet, 1986). Como señala Krystal (1990), el locus cerúleo controla las funciones de emergencia y es el lugar en el que se realiza la integración de memoria, conducta y activación autonómica.

El sistema noradrenérgico prepara al organismo para planear y ejecutar conductas que le sirven para sobrevivir, sin embargo cuando se ve hiperactivado, aparecen alteraciones en el ritmo cardiaco, presión arterial, alteraciones de temperatura, hipoglucemias (Charney, Woods, Cristal, Nagy, y Heninger, 1992; Morilak, Fornal y Jacobs 1988), que son respuestas típicamente relacionadas con estados de ansiedad y ataques de pánico. Van der Kolk (1987) encuentra que después de un trauma, hay una caída de los niveles noradrenérgicos, por el excesivo uso, lo cual crea que los receptores noradrenérgicos se sensibilicen por la falta de esta sustancia. Una vez acabado el trauma y volver a subir los niveles de noradrenalina, se crea un estado de sobresaturación que estaría provocando una exagerada activación del sistema.

El *tálamo* es una estructura que se caracteriza por interconectar las estructuras límbicas con el córtex y las vías de información de estímulos auditivos, visuales y somestésicos (LeDoux, Iwata y Pearl, 1986; LeDoux, Sakaguchi y Iwata, 1986). No parece quedar afectado tras un evento traumático, pero su importancia reside en ser una interfase necesaria en el procesamiento emocional.

El *hipocampo* es una estructura básica en el proceso emocional y en el aprendizaje. Básicamente, gestiona la información almacenada en la memoria a largo plazo, contrastándola con las nuevas situaciones y los nuevos estímulos. Sin embargo, cuando se lesiona aparecen trastornos en la memoria retrógrada, más que cambios en las reacciones emocionales (Zola-Morgan, Squire, Álvarez-Royo y Clower, 1991; Squire, 1992). Bremner (1997) señala que el hipotálamo en personas afectadas por TEP queda dañado anatómicamente y fisiológicamente, apareciendo alteraciones en su apariencia externa, reduciendo su volumen y provocando trastornos en la memoria verbal. La explicación de este cambio no sería tanto por la sobreexcitación del propio hipocampo, sino como efecto colateral de la excesiva secreción de glucocorticoides característica de la reacción de estrés a largo plazo (Everly, 1989). Además, debemos señalar que una sobreestimulación eléctrica del hipocampo provocada por algunas epilepsias, suele generar ilusiones y alucinaciones antes del ataque epiléptico (Delgado, 1998). Estos datos sobre el funcionamiento del hipocampo podrían sugerir que está implicado en los procesos de reexperimentación, flashbacks, ideas intrusivas y amnesias psicógenas que aparecen en el TEP.

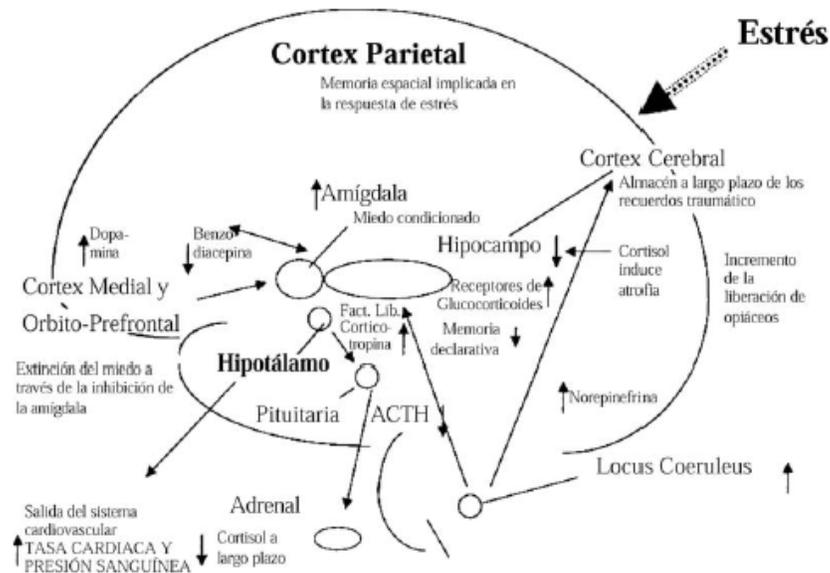
**Disminución del volumen del hipocampo**, sitio relacionado con la regulación de la memoria y que interviene en la extinción de los condicionamientos, por lo cual la hipotrofia del hipocampo dejaría al sujeto con menor capacidad para la extinción de las respuestas condicionadas que hacen que cualquier estímulo que se asocie al trauma desencadene el recuerdo del mismo.

El *hipotálamo* es una estructura fundamental que prepara al organismo para actuar ante situaciones que impliquen un sobreesfuerzo ante demandas ambientales. Está íntimamente implicado en el eje neuroendocrino y endocrino de respuestas a medio y largo plazo ante situaciones estresantes (Delgado, 1998).

El *córtex orbitofrontal y medial* juega un papel relevante en el aprendizaje, ya que recibe información de vías aferentes sensitivas y está conectado aferente y eferentemente con la amígdala, el hipocampo y el séptum. Está implicado en la codificación de las características y significado de la información estimular (Aggleton, Burton y Passingham, 1989; Amaral y Price, 1984; Fuster, 1989; Goldman-Rakic, Selemon y Schwartz 1984; Vogt y Pandya, 1987).

El *sistema opioide-endógeno* está implicado en la denominada analgesia inducida por estrés. Burges-Watson (1988) señala que las personas afectadas por el TEP presentan una mayor tolerancia al dolor ante estímulos que les recuerdan al evento traumático. Al parecer, la respuesta ante el estrés agudo liberaría una gran cantidad de opiáceos endógenos que al

cesar, crearía un estado similar al de un síndrome abstinencia. Para van der Kolk (1987) este síndrome de abstinencia provoca la hiperactividad del locus ceruleus, al tratar de compensar la necesidad de los receptores de opiáceos cerebrales; lo que podría dar lugar a síntomas de ansiedad y ataques de pánico y la tendencia al consumo de drogas de muchos de los afectados por el TEP con el fin de revertir este efecto de alguna manera.



**La inyección de yohimbina y lactato** producen recuerdos de la experiencia traumática en forma de "flashbacks". Es decir, a partir del trauma queda una sensibilización a nivel neurobiológico ya que no sólo todo lo que psicológicamente se asocia posteriormente con la situación traumática, y que la evoque de alguna manera, desencadena el recuerdo en forma de "fogonazo" sino que sustancias que actúan sobre centros cerebrales son capaces, también, de producirlo. Evidencia de que ha habido una modificación de estos centros.

- **Disminución del cortisol en sangre, en saliva y en orina**, lo que va en contra de los prejuicios intuitivos que hubieran hecho pensar que el cortisol, que aumenta en el estrés normal, debería estar incrementado. Esta disminución del cortisol en sangre permite diferenciar claramente (Yehuda, 1997) el trastorno por estrés posttraumático del trastorno por estrés crónico, delimitando al primero como un cuadro bien definido. Hay una alteración crónica, estable, en el eje endocrino hipotálamo - hipófisis - adrenal.

- **Aumento de la hormona tiroidea en sangre.**

- **Alteración de ciertas propiedades de las células sanguíneas:** aumento de los receptores glucocorticoides de los linfocitos, disminución de la captación de serotonina en las plaquetas, disminución de la actividad de la monoamino oxidasa en las plaquetas.

- **Alteraciones importantes del funcionamiento cerebral** como muestran los estudios de Ruiz Solís, Mingote, Gonzalo y colaboradores (2000). Estos autores, mediante la técnica de neuroimagen con SPECT cerebral, estudiaron 23 casos de trastorno de estrés postraumático y 11 sujetos como control. Hicieron a ambos grupos dos exámenes: uno en condiciones basales (sin activación psicológica) y otro mediante la activación psicológica producida con el recuerdo de la situación traumática. Encontraron diferencias significativas entre los dos grupos (el de trastorno de estrés postraumático y el control) tanto en condiciones basales (sin activación) como cuando eran activados. Comparando las medias de las diferencias en el grupo control entre condición basal y condición de activación, sus hallazgos muestran que tras la activación hay **incremento** del metabolismo y del flujo cerebral en todas las regiones cerebrales, siendo estadísticamente significativo el incremento en la región medial temporal izquierda, temporal derecha, occipital y frontal superior izquierda. Por el contrario, en el grupo con trastorno de estrés postraumático, en condiciones de activación, hay una disminución del metabolismo y del flujo cerebral en todas las regiones cerebrales, excepto en la zona occipital. Estos resultados van en contra de lo que intuitivamente, y en un "a priori", se podría pensar, que los que sufren de trastorno de estrés postraumático, al recordar la condición precipitante, aumentarían su flujo sanguíneo y metabolismo cerebral. Lo que muestra, una vez más, que se requieren de estudios experimentales que pongan a prueba nuestros supuestos.

Entre los estudios sobre la neurobiología de la memoria de situaciones emocionalmente importantes, uno que merece destacarse es el de Larry Cahill (Center for the Neurobiology of Learning and Memory, Universidad de California, <http://www.cnlm.uci.edu>). La tesis, que Cahill ha demostrado mediante estudios experimentales, es que las experiencias emocionalmente significativas están reguladas por un sistema neurobiológico endógeno que se activa en función de la importancia de las mismas, lo que parecería ser un mecanismo adaptativo generado a lo largo de la evolución: si se recuerdan más las situaciones de peligro, el sujeto está mejor preparado para evitarlas.

El sistema de fijación de las memorias con significación afectiva tiene dos componentes: a) Las catecolaminas epinefrina (adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina) favorecen la fijación del acontecimiento cargado afectivamente; b) el complejo anatómico de la amígdala cerebral.

La inyección de adrenalina inmediatamente después de una experiencia importante afectivamente aumenta el recuerdo de la misma actuando, sobre todo, a nivel de la amígdala cerebral. Esto fue demostrado en estudios con animales en el laboratorio de McGaugh en el que trabaja Cahill. El mérito de Cahill es haber diseñado experimentos que prueban que lo mismo sucede en los humanos, con particular relevancia para los sucesos traumáticos. Realizó varios tipos de experimentos, de los cuales mencionaremos dos:

a) Se le mostraron a sujetos experimentales escenas con una historia cargada emocionalmente (un niño sufre un accidente de coche) y otras equivalentes pero en la que falta la escena del accidente. Como era de esperar, cuando a la semana se les hace un test sobre cuánto recuerdan de ambas escenas, se recuerda más la historia cargada

afectivamente. Pero si una hora antes de la experiencia en que se hacen ver las dos historias se inyecta un bloqueante de los receptores beta-adrenérgicos sobre los que actúan la adrenalina y la noradrenalina, entonces la historia cargada emocionalmente pierde el poder de ser más recordada que la neutra. Este trabajo, y otros adicionales, muestran que las catecolaminas intervienen en la fijación de las experiencias con alto significado emocional a nivel cerebral y que el bloqueo de las mismas disminuye el recuerdo. La prueba de que se trata de catecolaminas a nivel cerebral y no periférico es que sólo un bloqueante que pase la barrera hemato-encefálica, y que llega al cerebro, produce el efecto mencionado. Los bloqueantes que actúan a nivel periférico -no penetran en el cerebro- carecen de esa acción sobre la memoria afectiva.

b) A 36 sujetos sanos, a quienes se le mostraron 11 diapositivas con escenas cargadas emocionalmente, se los dividió en 3 grupos que recibieron cada uno de ellos, una hora antes de visualizar las escenas, una de las tres sustancias siguientes : 1) yohimbina, que activa el sistema el sistema noradrenérgico; 2) metoprolol, que bloquea el sistema noradrenérgico; 3) un placebo.

Los sujetos que recibieron yohimbina recordaron más detalles y diapositivas de las escenas cargada emocionalmente y los que recibieron el beta bloqueante recordaron menos (O'Carroll et. al.).

Lo anterior ofrece apoyo experimental a las tesis psicoanalíticas acerca de que el estado emocional del sujeto en el momento de la experiencia traumática interviene de manera decisiva en cómo ésta es procesada, pero no sólo el tipo de fantasía -el factor más enfatizado- sino, también, el estado de activación neurovegetativo existente.

En la actualidad, Cahill está realizando estudios en los que se inyectan bloqueantes de las catecolaminas a personas que acaban de tener un accidente de tránsito (dentro de las primeras 2 horas), o fueron asaltadas o violadas, para ver si ello produce una menor tasa de trastornos de estrés postraumático.

Un aspecto a destacar es que no sólo la situación traumática específica (accidente, violación, asalto, etc.) que precede a la emergencia del trastorno de estrés postraumático interviene como causa del mismo, o que los traumas previos -especialmente los infantiles- preparan el camino para que el acontecimiento precipitante tenga poder patógeno, sino que los "flashbacks", y la reexperienciación emocional de los recuerdos intrusivos que forman parte del cuadro refuerzan, a nivel psicológico y biológico, a los acontecimientos vividos en la realidad. En el trastorno de estrés postraumático, cada recuerdo intrusivo, lejos de ser atractivo es traumatizante. Por lo que las intervenciones presuntamente catárticas terminan siendo iatrogénicas. El factor terapéutico es probable que resida en la resignificación del suceso en **el contexto de un vínculo humano reasegurante** (para un examen documentado del problema, ver la sección 6 del libro de Yehuda y McFarlane que figura en la bibliografía).

## 5.17 CURSO<sup>28, 61</sup>

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien pueden haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo. Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación, y síntomas de activación (*arousal*) pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinen las probabilidades de presentar el trastorno. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático.

## 5.18 DIAGNÓSTICO<sup>13, 40 39</sup>

Para diagnosticar este tipo de trastorno los especialistas cuentan con herramientas muy precisas como las escalas de valoración de conducta o los métodos analíticos (sangre y orina) y los exploratorios (TAC, PET, etc.). En cuanto al abordaje terapéutico, se centra en tres elementos -tratamiento biológico, psicológico y social- "que deben conjugarse y aplicarse según el caso, las circunstancias y los antecedentes del sujeto".

Enrique Rojas ha repasado sucintamente en qué consisten cada uno de estos tratamientos. Así, "la terapia biológica descansa en la utilización de ansiolíticos, antidepresivos, psicorrelajantes y, en algunos casos, fármacos antipsicóticos y medicación para regular el sueño, ya que es frecuente que en estos enfermos se rompa el ritmo sueño-vigilia. En segundo lugar, pero no menos importante, la psicoterapia: fundamentalmente es de carácter cognitivo-conductual, que trata de enseñar al paciente a que archive y supere la circunstancia vivida. Por último, la función de la socioterapia consiste en facilitar al sujeto habilidades para la comunicación interpersonal que pueda haber perdido como consecuencia del impacto vivido".

Rojas ha matizado que la superación del estrés postraumático "no consiste en olvidar, porque es imposible, pero sí en conseguir que los acontecimientos vividos no afecten al comportamiento personal. No obstante, el problema es la recurrencia en la vida cotidiana de recuerdos obsesivos que crean una especie de miedo a la repetición de actos similares".

Más que una predisposición genética a padecer este tipo de estrés, el catedrático en Psiquiatría se ha referido a la existencia de factores de vulnerabilidad que pueden influir en los individuos; estos factores serían la historia familiar o personal de antecedentes psiquiátricos.

## GUIA MULTIMODAL DE 2º ORDEN DEL TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO

Nombre:    Edad:    Fecha:    N° Hª:

### 1. AREA COGNITIVA

- (1) Pedirle que nos relate los recuerdos invasivos que tiene respecto al evento traumático.
- (2) Pedirle si presenta recuerdos retrospectivos (flashbacks) donde el malestar y el temor traumático original es revivido como si ocurriera en el presente.
- (3) Pedirle si presenta sueños o pesadillas en relación al evento traumático.
- (4) Pedirle si intenta evitar los pensamientos y recuerdos sobre el trauma y como lo intenta.
- (5) Preguntar por las siguientes disfunciones (distorsiones cognitivas) del pensamiento en relación al trauma :
  - Extrema culpabilidad por lo ocurrido.
  - Incapacidad para fiarse de los demás.
  - Temor constante sobre la seguridad personal.
  - Baja autoestima.
  - Olvidos de aspectos importantes del evento.

### 2. AREA AFECTIVA

- (1) Pedirle al sujeto que nos describa el acontecimiento traumático experimentado o del que ha sido testigo donde su vida o la de otros se ha visto amenazada y ha producido miedo intenso, indefensión o terror.
- (2) Preguntar al sujeto y acompañante de la aparición de síntomas de desapego o falta de sensibilidad después del trauma. El sujeto dice o parece insensible, y parecen no tener sentimientos.
- (3) Valorar la presencia de síntomas depresivos asociados, uso de alcohol / drogas, ansiedad e ideas suicidas.

### 3. AREA SOMATICA

- (1) Valorar si usa fármacos o drogas para aliviarse el malestar por su cuenta.
- (2) Detectar hiperactividad fisiológica: el sujeto parece en alerta continua, tiene problemas del sueño, concentración, irritabilidad y respuestas de sobresalto.

(3) Valorar la aparición de enfermedades físicas nuevas o el agravamiento de otras anteriores tras el suceso estresante.

#### 4. AREA INTERPERSONAL

(1) Valorar como se ha deteriorado y limitado la vida socioprofesional del sujeto tras el trauma

(2) Preguntar a familiares y al sujeto como reaccionan sus allegados al trastorno, y como les afecta a estos

#### 5. AREA CONDUCTUAL

(1) Detectar la presencia de conductas de evitación de situaciones relacionadas con el trauma. Listar esas conductas y situaciones de evitación.

(2) Detectar si el sujeto lleva una vida muy limitada tras el trauma (p.ej. sale poco, ha dejado amistades, etc.).

(3) Valorar si la situación estresante es crónica (p.ej. abuso sexual repetitivo de un menor o malos tratos a una mujer por su cónyuge) o agudo (p.ej. accidente de tráfico o violación sexual específica).

##### 5.18.1 Pautas para el diagnóstico <sup>13, 18, 32, 60</sup>

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.

Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).

Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados.

También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

##### 5.18.2 Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático (PTSD) <sup>27, 32, 70</sup>

Para establecer un diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático es preciso que:

*a) La persona debe haber estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que:*

- Existió riesgo para su integridad o la de otros
- Respondió con temor o desesperanza

*b) Reexperiencia del hecho:*

- Aparecen recuerdos, imágenes, pensamientos o percepciones, que son recurrentes e intrusivos.
- Aparecen sueños recurrentes sobre el hecho.
- Se revive repetidamente el hecho traumático.
- Aparece un malestar con más relativos.
- Aparecen respuestas fisiológicas al exponerse.

*c) Evita estímulos asociados al trauma:*

- Evitar cogniciones sobre el suceso traumático
- Evitar actividades
- Olvidos parciales
- Pérdida de interés
- Desapego o enajenación frente a los demás
- Restricción de la vida afectiva
- Sensación de un futuro desolador

*d) Síntomas persistentes de activación (arousal):*

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultades para concentrarse
- Hipervigilancia
- Respuestas exageradas de sobresalto

*e) Estas alteraciones se prolongan más de un mes*

*f) Provocan malestar o deterioro social, laboral etc.:*

En el ámbito de las variables de humor, tendremos aquellas que estén relacionadas con la situación de estrés, y en especial la respuesta hormonal particular. Ello nos dará que uno de los estudios que revela cierta sensibilidad, aun cuando no especificidad es la supresión de cortisol por dexamentasona, que en estos pacientes es generalmente positiva. Un aspecto interesante es la respuesta diferente a la depresión de la cual puede ser uno de los elementos para evaluar la comorbilidad.

Por otra parte, la evaluación de un perfil de humor puede permitir descartar elementos potencialmente productores de ansiedad que pudieran modular el cuadro (Ej. hipertiroidismo).

Otro elemento es la medición de metabolitos, catecolaminas, serotoninérgicos, principalmente en sangre y orina. Si bien la respuesta no será diferente a la de otros trastorno por ansiedad, puede aportarnos una ayuda en el seguimiento del cuadro.

En cuanto a las imágenes, otro elemento de futuro más prometedor, es el de las neuroimágenes. Las posibilidades dadas por las nuevas técnicas de resonancia magnética (MNR- RNM), y aún más las funcionales RMf, han abierto la posibilidad a explorar las estructuras que se suponían relacionadas con las respuestas encontradas en estos cuadros. De manera general hemos visto que hay áreas relativas a la memoria y a las diferentes características de la misma (conceptual, perceptiva etc.).

Lo mismo puede ser mediante imágenes de SPECT, es decir una modalidad no anatómica pero sí funcional. Los mejores resultados se obtienen utilizando la fusión de imágenes, por ejemplo entre la SPECT y la RNM. En este caso nos vemos con imágenes de calidad anatómica y funcional a la vez, y la gran ventaja es que están disponibles de forma más frecuente.

La PET o TEP, la tomografía por emisión de positrones, necesita de una gran tecnología, y un elevado costo, pero que a cambio da imágenes de extremada precisión y sobretodo la funcionalidad, es el factor sobresaliente. Es decir no sólo puedo tener una visión estática sino que podemos actuar con estimulaciones que intenten modular el cuadro. A esto se le llaman activaciones, que en definitiva nos darán una visión bastante más aproximada del interjuego entre áreas cerebrales. Gran parte de la investigación actual está en este sentido.

Otro elemento que creemos, es más inespecífico y superado es el mapa cerebral. En el mismo se pueden encontrar quizás los datos más interesantes en los aspectos del diagnóstico diferencial y la probabilidad de observar asimetrías o activación frontotemporal o temporal.

### 5.18.3 Criterios diagnósticos clasificación internacional de las enfermedades CIE -10<sup>17</sup>

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre

un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses).

El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad .

#### **5.18.4 DSM IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES<sup>3</sup>**

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

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

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

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. restricción de la vida afectiva (p. Ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. sensación de un futuro desolador (p. Ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. irritabilidad o ataques de ira.

3. dificultades para concentrarse.

4. hipervigilancia.

5. respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar sí:*

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

*Especificar si:*

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

#### **5.18.5 LOS CRITERIOS INTERNACIONALES DE DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, ACORDE AL DSM-IV TR, SON LOS SIGUIENTES: <sup>18</sup>**

El individuo a estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (por Ej.. guerras, atentados o catástrofes).
- Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- El individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (por Ej.. sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks).
- Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales.
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- Restricción de la vida afectiva (por Ej.. incapacidad para tener sentimientos de amor).
- Sensación de un futuro desolador (por Ej.. no tener esperanzas respecto a encontrar una pareja, formar una familia, hallar empleo, llevar una vida normal).

Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultad para concentrarse
- Respuestas exageradas de sobresalto

Estas alteraciones duran más de 1 mes y provocan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.

## **5.19 TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO<sup>22, 23, 50, 65</sup>**

La terapia del estrés postraumático debe conjugar 3 elementos distintos.

El trastorno de estrés postraumático apareció como concepto clínico independiente a principios de los años 80 para aunar las manifestaciones clínicas que presentan los sujetos que han sobrevivido a situaciones de gran violencia o peligro de muerte.

Tras haber presenciado una circunstancia impactante "pueden aparecer en el sujeto diversas alteraciones, tanto físicas como psicológicas, laborales y sociales, que influyen negativamente, e incluso llegan a impedir el desarrollo de una vida cotidiana normal", ha explicado Rojas.

Las bases biológicas de la patología se deben a "alteraciones en los sistemas de la serotonina, la adrenalina, la noradrenalina, los opiáceos endógenos, el eje hipotálamo-hipofisiario tiroides y de las zonas intermedias del sistema nervioso central, que se desencadenan en el individuo como consecuencia de la situación estresante vivida", según ha precisado el especialista.

Los síntomas físicos y psicológicos se centrarían fundamentalmente en estados de ansiedad, depresión, recuerdos obsesivos, pesadillas, bloqueos afectivos, amnesias e hipermnesias. Los síntomas laborales y sociales, según ha enumerado Rojas, incluirían un bloqueo y una reducción en el rendimiento profesional y una mayor introversión del individuo.

Muchas técnicas y estrategias, a menudo de enfoques teóricos contrapuestos, se han utilizado y siguen siendo utilizadas en el abordaje terapéutico del TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Existen varios tratamientos para este trastorno, y cada persona responde de manera particular. El trastorno de estrés postraumático se puede tratar eficazmente con psicoterapia o medicamentos, o una combinación de ambos.

Parece evidente que la elección de una técnica sobre otra dependerá en buena medida de la propia formación teórica y práctica del profesional de la salud mental.

En todo caso, y reconociendo la multidimensionalidad y complejidad del trastorno, parece aconsejable en la mayoría de las ocasiones optar por un enfoque ecléctico, adaptable a las circunstancias del paciente en la medida de lo posible.<sup>16</sup>

Tabla 3. Técnicas recomendadas para cada síntoma o manifestación.

<b>SÍNTOMA MÁS RELEVANTE</b>	<b>TÉCNICAS RECOMENDADAS</b>	<b>TAMBIÉN CONSIDERAR</b>
Pensamientos intrusivos	Exposición	Terapia cognitiva Manejo de ansiedad Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Flashbacks	Exposición	Manejo de ansiedad Terapia cognitiva Psicoeducación
Miedos asociados al trauma, pánico y evitaciones	Exposición Terapia cognitiva Manejo de ansiedad	Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Embotamiento afectivo / alejamiento de los demás / pérdida de intereses	Terapia cognitiva	Psicoeducación Exposición
Culpabilidad / autohumillación	Terapia cognitiva	Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Irritabilidad / ira	Terapia cognitiva Manejo de ansiedad	Psicoeducación Exposición

Ansiedad general (hiperreactividad, hipervigilancia, agitación, alarma)	Manejo de ansiedad Exposición	Terapia cognitiva Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Perturbaciones del sueño	Manejo de ansiedad	Exposición Terapia cognitiva Psicoeducación
Dificultad de concentración	Manejo de ansiedad	Terapia cognitiva Psicoeducación

Foa et al., 1999.<sup>22</sup>

El tratamiento específico para el trastorno por estrés postraumático será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

La edad del paciente, su estado general de salud y sus antecedentes médicos

Qué tan avanzados son los síntomas.

La tolerancia a determinados medicamentos o terapias.

Sus expectativas para la trayectoria del trastorno.

Su opinión o preferencia.

El PTSD se puede tratar. La detección e intervención tempranas son muy importantes y pueden reducir la gravedad de los síntomas, estimular el crecimiento y el desarrollo normal del niño, y mejorar la calidad de vida de los niños o adolescentes que tienen PTSD. El tratamiento siempre se debe basar en una evaluación exhaustiva del niño y la familia. Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir la terapia cognitiva de comportamiento para el niño. La terapia cognitiva de comportamiento se centra en ayudar al niño o adolescente a adquirir habilidades para controlar su ansiedad y ayudarlo a dominar la situación o las situaciones que contribuyeron al desarrollo del PTSD. Algunos niños también se benefician del tratamiento con medicamentos antidepresivos o contra la ansiedad para ayudarlos a tranquilizarse. La tasa de recuperación de PTSD en niños y adolescentes es muy variable y depende de la fortaleza interna, la capacidad para enfrentar dificultades y la capacidad de recuperación (habilidad para "levantarse"). La recuperación también se ve influenciada por el apoyo disponible en el entorno familiar. Los padres tienen un rol vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

El tratamiento es a largo plazo, lo que explica el alto grado de abandono de la terapia. Se estima que el 75 por ciento de los pacientes tratados lo abandona. El tratamiento se basa en una combinación de fármacos y psicoterapia.

Los fármacos empleados se dirigen a los diversos síntomas del síndrome, teniendo en cuenta los más acusados. Los medicamentos que suelen prescribirse son antidepresivos y ansiolíticos.

La psicoterapia se encamina a desarrollar técnicas de relajación, como aprender a respirar correctamente ante una crisis provocada por el síndrome. Este tratamiento se puede combinar con métodos cognitivos para racionalizar los hechos traumáticos y también con

terapia de choque, por la que se recrea la situación vivida para ayudar a la víctima a superarla y a perder el miedo que le produjo.

La terapia del comportamiento se concentra en aprender técnicas de relajación o para sobrellevar la situación. Con frecuencia, esta terapia hace que el paciente se exponga más a la propia situación que le causa miedo como forma de reducir gradualmente su reacción a ella. La terapia cognitiva es el tipo de terapia que ayuda a las personas que sufren del trastorno de estrés postraumático a analizar más de cerca sus patrones de pensamiento y a aprender a dejar de pensar negativamente. La terapia de grupo ayuda a muchas personas con trastorno de estrés postraumático al ponerlas en contacto con otras personas que han pasado por una situación similar y al saber que sus miedos y emociones son comunes.

Frecuentemente se hace uso de medicamentos junto con la psicoterapia. Los antidepresivos y ansiolíticos podrían ayudar a reducir los síntomas como los problemas para dormir (insomnio o pesadillas), depresión y tensión nerviosa.

### **5.19.1 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TEPT<sup>35, 39, 49</sup>**

El tratamiento psicológico suele tener las siguientes características:

- Información sobre TEPT
- Tratamiento de emociones intensas como rabia, culpa, vergüenza, miedo, etc., de modo que aprendan a manejarlas y transformarlas adecuadamente.
- Exposición gradual en imaginación o por escrito a las situaciones temidas, comenzando por las más fáciles de afrontar. Enseñarles cómo afrontar los recuerdos postraumáticos, imágenes mentales, sentimientos y pensamientos negativos sin sentirse abrumado por ellos. Los recuerdos no desaparecerán pero se pueden volver manejables, de modo que no den lugar a emociones tan intensas y dolorosas, sino a emociones que, aunque sigan siendo negativas, sean más fáciles de soportar y menos intensas. Por ejemplo, sentir enfado o enojo al recordar ciertas cosas, pero no rabia o deseos de destruir o atacar.
- Tratar otros trastorno asociados, como depresión, abuso de alcohol o drogas, trastorno de pánico, fobia social, etc.
- Enseñarle a tener una percepción más realista del mundo y de las personas que le rodean, que no esté teñida por el trauma vivido.
- Tratar los problemas en sus relaciones, problemas de pareja o problemas sexuales.

A continuación se presenta una breve revisión de algunas de las modalidades terapéuticas más comúnmente utilizadas en la actualidad.

Tabla 4. Tratamiento psicológico de las víctimas recientes de agresiones sexuales.<sup>20</sup>

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Expresión y apoyo emocional</li><li>2. Reevaluación cognitiva</li><li>3. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento<ol style="list-style-type: none"><li>a) Relajación y respiraciones profundas.</li><li>b) Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas:<ul style="list-style-type: none"><li>• Asertividad ante la policía y el juez.</li><li>• Comunicación de la confidencia al entorno íntimo de la víctima.</li><li>• Recuperación de las actividades cotidianas.</li></ul></li><li>c) Superación de los pensamientos intrusivos:<ul style="list-style-type: none"><li>• Parada de pensamiento y aserción encubierta.</li><li>• Técnicas de distracción cognitiva.</li></ul></li></ol></li></ol>
--

Tabla 5. Tratamiento psicológico de las víctimas adultas de abusos sexuales en la infancia.<sup>34</sup>

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Expresión y apoyo emocional</li><li>2. Reevaluación cognitiva</li><li>3. Técnicas de exposición<ol style="list-style-type: none"><li>a) Exposición a estímulos evocadores de ansiedad y evitación en la vida cotidiana.</li><li>b) Exposición gradual a actividades evitadas y gratificantes.</li><li>c) Exposición en imaginación a las pesadillas por medio de la grabación en cinta o de la escritura repetida de las mismas.</li><li>d) Exposición gradual a las conductas sexuales evitadas.</li></ol></li></ol>
--

### 5.19.2 ENFOQUE PSICOEDUCATIVO<sup>24</sup>

El enfoque psicoeducativo implica proporcionar al paciente / familia información básica sobre su enfermedad, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento.

Esta primera categoría de tratamientos incluye compartir información básica con el sujeto, a través de libros, artículos y otros documentos de interés que permita adquirir al paciente nociones esenciales de conceptos relacionados con el trastorno como conocimientos de psicofisiología, introducción al concepto de respuesta de estrés, conocimientos jurídicos básicos relacionados con el problema (como por ejemplo en casos de violación / delincuencia), etc.

A nivel familiar incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno. Este enfoque psicoeducativo, a nivel familiar, parece reducir considerablemente las

sensaciones de estrés, confusión y ansiedad que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desestructurarla, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente.

En todo caso, parece importante destacar la necesidad de un enfoque colaborativo, donde tanto paciente como terapeuta compartan información relevante, en una y otra dirección, facilitando de esta manera el proceso terapéutico.

### **5.19.3 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL** <sup>2,19</sup>

Surgida a partir de la segunda guerra mundial, originariamente bajo el concepto de MODIFICACION DE CONDUCTA O TERAPIA DE CONDUCTA, se fundamentaba en sus primeros orígenes en técnicas de naturaleza básicamente conductista, basados en los trabajos de Pavlov y Skinner.

Posteriormente con la incorporación de los trabajos de autores como Bandura y más recientemente Ellis, Beck, Meichenbaum o Cautela, la MODIFICACION DE CONDUCTA ha ido "asimilando" a su repertorio de técnicas de intervención las estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva, basada en la modificación de patrones de pensamiento distorsionados y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de ansiedad o inoculación de estrés.

Tanto por el número de estrategias eficaces de intervención disponibles como por la propia naturaleza multidimensional del trastorno, el enfoque cognitivo-conductual parece especialmente adecuado en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos.

A continuación se presenta, de forma esquemática, las técnicas de intervención potencialmente útiles, desde una perspectiva cognitivo-conductual:

- **TECNICAS DE RELAJACION / CONTROL ACTIVACIÓN EMOCIONAL**
- La relajación progresiva de Jacobson
- El entrenamiento autógeno
- La meditación
- Técnicas de respiración
- Técnicas de biofeedback
- Técnicas Imaginación / visualización
- Técnicas de auto-hipnosis
- Sofrología
- **DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA**
- **TECNICAS DE EXPOSICIÓN E INUNDACION**
- **TECNICAS OPERANTES**
- Procedimientos operantes básicos
- Reforzamiento positivo
- Reforzamiento negativo
- Castigo Positivo

- Castigo Negativo
- Extinción
- Técnicas operantes para desarrollar y mantener conductas
- Moldeamiento
- Desvanecimiento
- Encadenamiento
- Técnicas para reducir y eliminar conductas
- Reforzamiento diferencial
- Coste de respuesta
- Tiempo fuera
- Saciación
- Sobrecorrección
- Sistemas de Organización de Contingencias
- Economía de fichas
- Contratos de contingencias
- TECNICAS DE CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO
- TECNICAS DE AUTOCONTROL
- Técnicas de Planificación ambiental
- Control de estímulos
- Contratos de contingencias
- Entrenamiento empleo respuestas alternativas
- Técnicas de programación conductual
- Autorrefuerzo
- Autocastigo
- Técnicas facilitar cambio de conducta
- Autoobservación
- Autorregistro
- Tareas terapéuticas entre sesiones
- TECNICAS AVERSIVAS
- TECNICAS DE MODELADO
- TECNICAS DE REESTRUCTURACION COGNITIVA
- Terapia Racional Emotiva de Ellis
- Terapia Cognitiva de Beck
- Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum
- Reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried
- TECNICAS DE HABILIDADES DE ENFRENTAMIENTO
- Inoculación de Estrés de Meichenbaum
- Entrenamiento manejo de ansiedad de Suinn y Richardson
- Desensibilización de autocontrol de Goldfried
- Modelado encubierto de Cautela
- TECNICAS DE RESOLUCION DE PROBLEMAS
- Terapia de Resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried
- Técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack y Shure

#### **5.19.4 HIPNOSIS CLINICA** <sup>25</sup>

Dejando aparte posibles recelos que entre ciertos sectores de la comunidad científica levanta el concepto de hipnosis (acrecentada por la imagen pública que de ella se tiene), lo cierto es que las estrategias hipnóticas, aplicadas por un profesional con la debida calificación y en conjunción con otras técnicas de intervención, han mostrado un potencial terapéutico relevante en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático. En la fase inicial de la intervención, la hipnosis puede ser especialmente eficaz para estabilizar al paciente, proporcionándole estrategias de autocontrol emocional y manejo del estrés / control de activación, ayudándole a través del aprendizaje de sencillas técnicas de auto-hipnosis a generalizar las habilidades adquiridas en la consulta a su vida cotidiana.

En el estado hipnótico es un momento especialmente adecuado para proporcionar sugerencias hipnóticas y posthipnóticas que incrementen su autoestima y su sensación de seguridad / control, facilite el afrontamiento de los recuerdos más dolorosos y permita combatir síntomas comunes asociados con el PTSD como el insomnio, agresividad / ira, la excesiva activación emocional o la ansiedad generalizada. Este incremento del autocontrol emocional del paciente a través de la hipnosis como estrategia de control del estrés permitirá al paciente beneficiarse de otras estrategias de intervención posteriores.

En una segunda fase, varias técnicas pueden ser utilizadas para la integración y resolución de los recuerdos traumáticos. En este contexto el paciente puede aprender a modular la distancia cognitiva y emocional hacia el evento traumático y los recuerdos asociados.

Por otro lado, la hipnosis puede servir como estrategia para poder acceder a recuerdos dolorosos y traumáticos que pueden estar influyendo en el estado presente del sujeto y de los que, en ocasiones, no es consciente o han sido reprimidos. Técnicas imaginativas, proyectivas y de reestructuración cognitiva pueden ser especialmente útiles en este proceso.

Finalmente, los objetivos terapéuticos se dirigirían a la consecución de una integración funcional y adaptativa de las experiencias traumáticas en la vida del paciente y la adquisición de nuevas técnicas de afrontamiento.

Estrategias como los ensayos encubiertos o la potenciación del propio autoconcepto irían encaminados en esta dirección. La hipnosis clínica, constituye una estrategia terapéutica potencialmente eficaz, fácilmente compatible con otras técnicas de intervención y que no debería ser excluida a priori por desconocimiento, prejuicios o falta de formación especializada.

#### **5.19.5 TERAPIAS PSICODINAMICAS <sup>55</sup>**

La escuela dinámica, que subraya la importancia de los pensamientos, los sentimientos y la historia pasada del cliente, así como la necesidad de descubrir nuestro propio interior para cambiar la personalidad, ha surgido de la teoría psicoanalítica de Freud.

Aunque son hoy relativamente pocos los partidarios del análisis clásico, la filosofía Freudiana sigue siendo compartida, en mayor o menor medida, por toda una serie de escuelas terapéuticas englobadas bajo el concepto de terapias psicodinámicas. Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas.

A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia ("insight") de los conflictos intrapersonales y su resolución. El paciente es guiado hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza.

El psicoanálisis más tradicional implica diversas sesiones semanales, de entre 45 y 50 minutos durante periodos de entre 2 y 7 años. Es precisamente esta larga duración lo que ha provocado que, a la luz de la formulación original, se hayan originado diversas variaciones del método original, de duración más limitada.

La psicoterapia psicodinámica breve, por ejemplo, comprende entre una y dos sesiones semanales durante un promedio de entre 12 y 20 sesiones. En definitiva, el terapeuta psicodinámico pretende un cambio de largo alcance. Busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ella, ayudando a las personas a desarrollar una visión adecuada de sí mismas y a tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente.

#### **5.19.6 TERAPIAS GRUPO / GRUPOS AUTOAYUDA-APOYO SOCIAL <sup>31, 56</sup>**

La terapia de grupo es una opción terapéutica efectiva en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta.

Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los recuerdos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana. A pesar de que existen una gran variedad de aproximaciones grupales al tratamiento del trauma en general la terapia de grupo pretende alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos:

- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a la experiencia traumática.
- Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones.
- Aprender estrategias efectivas de afrontamiento y manejo ante el estrés.

En cuanto a los grupos de autoayuda / apoyo para los pacientes y las familias con enfermedades mentales, afortunadamente van haciéndose progresivamente más comunes.

Aún en el caso de que no se encuentren dirigidos por profesionales de la salud mental, su valor terapéutico es indudable en la medida que proporcionan a los miembros del mismo un apoyo emocional considerable.

Compartir experiencias, éxitos, fracasos, información y recursos son algunas de las posibilidades que ofrecen estos grupos.

El hecho de unirse permite, además, una mayor efectividad en la lucha por erradicar los estigmas que aún permanecen en la sociedad hacia las personas con problemas psicológicos.

### **5.19.7 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO <sup>62, 65</sup>**

Probablemente la siguiente cita del Dr. Friedman extraída de un reciente artículo sobre la aproximación psicofarmacológica al tratamiento del trastorno por estrés postraumático resume bastante bien algunos de los desafíos a los que es preciso enfrentarse en este momento:

*"Existen muchos retos para escribir un artículo sobre la farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático (PTSD). El problema más obvio es que la literatura publicada sobre ensayos clínicos es demasiado escasa e inconsistente para que cualquiera pueda hacer recomendaciones de fiar. Segundo, lo que nosotros entendemos actualmente sobre la psicobiología del PTSD es tan complicado que es difícil predecir que clases de fármacos pueden tener la expectativa de mejorar y qué grupo de síntomas. Tercero seleccionar el mejor fármaco implica tener en cuenta la realidad clínica que el paciente con PTSD usualmente exhibe con un espectro de diagnóstico comorbido (por ejemplo depresión, ansiedad, trastornos de ansiedad, y dependencia o abuso de agentes químicos). A pesar de estas muchas consideraciones, los psiquiatras deben sumergirse en el mar de las incertezas actuales y tomar las decisiones más inteligentes que puedan sobre qué drogas o qué fármacos prescribir a sus pacientes con PTSD."*

La terapia farmacológica actual puede reducir la ansiedad, depresión e insomnio a menudo asociados al propio trastorno por estrés postraumático, y en algunos casos puede ayudar a aliviar el estrés y el bloqueo emocional asociado a los recuerdos de la experiencia traumática.

Diversos tipos de drogas antidepresivas han demostrado su eficacia en algunos ensayos clínicos y otros tipos de sustancias han mostrado resultados prometedores.

Ahora bien, hasta este momento, ninguna droga en particular ha emergido como el tratamiento definitivo y suficiente por sí mismo para tratar eficazmente el amplio espectro de sintomatología asociada al trastorno por estrés postraumático.

El tratamiento farmacológico del estrés postraumático indica que diferentes medicaciones pueden afectar a los múltiples síntomas presentes en el PTSD.

Por ejemplo, Clonidine ha demostrado reducir los síntomas de hiperactivación.

Propranolol, Clonazepam, y Alprazolam parecen regular la ansiedad y los ataques de pánico.

Fluoxetine puede reducir las conductas de evitación y la depresión puede ser tratada a través de antidepresivos tricíclicos y SSRI. (Vargas & Davidson, 1993).

Como concluye el propio Dr. Friedman:

*"Sin embargo los pacientes necesitan el tratamiento hoy mismo. No pueden esperar a que toda la investigación esté completa.*

*Para resumir, lo que recomiendo es comenzar con un agente antiadrenérgico. Si los síntomas persisten, como suele ocurrir, después de una valoración óptima, el fármaco siguiente a recetar es un SSRI. Si en los pacientes aparece insomnio y/o agitación, como suele ocurrir, la elección siguiente es añadir trazadona a la hora de acostarse. Si todavía siguen dándose síntomas clínicos significativos, después de una prueba de 8-10 semanas de duración del SSRI en su dosis óptima, es el momento de recomenzar"*

Es importante destacar que la farmacoterapia por sí misma como única estrategia de intervención es raramente suficiente para provocar una remisión completa de los problemas asociados al trastorno del estrés postraumático. (Vargas & Davidson, 1993). Si bien la medicación, por sí sola, no parece probable que se constituya como herramienta única, si aparece como claramente útil para el alivio sintomático del trastorno, de forma que posibilite al paciente beneficiarse de otras estrategias de intervención posteriores, como la psicoterapia.

### **5.19.8 TERAPIA FAMILIAR <sup>31, 55</sup>**

La terapia familiar es similar a la terapia de grupo en la medida que su foco de interés fundamental es la interacción entre las personas, sin embargo difiere en algunos aspectos importantes.

En primer lugar, un grupo no tiene un pasado, una historia o un futuro común. En cambio, la familia si los tiene y es en buena medida el factor determinante del éxito en la terapia.

En segundo lugar, el rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo.

El terapeuta de grupo suele actuar más como un facilitador de procesos y dinamizador del grupo.

Pero quizás la diferencia más importante sea que el objetivo final del terapeuta familiar sea la de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales, mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se autodisuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Generalmente este tipo de terapia es utilizada como complemento necesario a otras estrategias terapéuticas más directamente asociados con la sintomatología del trastorno por estrés postraumático, no siendo considerada como una estrategia suficiente, por sí misma, para un tratamiento eficaz del trastorno.

Las estrategias terapéuticas abarcan una variedad de objetivos, desde los más ambiciosos que tratan de intervenir sobre la familia en su conjunto, desde una perspectiva sistémica y global, hasta los más centrados en ofrecer estrategias, información y pautas de actuación concretas a los miembros de la familia del paciente para que lo apoyen durante el proceso terapéutico, potenciando la comunicación entre las familias y reduciendo posibles focos de tensión.

#### **5.19.9 TERAPIAS ALTERNATIVAS / HOLISTICAS / NATURALES** <sup>63, 64</sup>

Bajo este concepto, por definición amplio y global, y que despierta no pocos recelos entre algunos sectores, se esconden todo un conjunto de métodos, técnicas, filosofías y procedimientos con mayor o menor apoyo científico y que pueden ser utilizados, en solitario o en conjunción con otras estrategias, para el tratamiento de los problemas asociados al trastorno por estrés postraumático.

A continuación se presenta una breve definición de algunas de las más comunes:

- Acupuntura. Método terapéutico milenario, y parte integrante de la medicina tradicional china, basado en el uso de agujas para prevenir y tratar las enfermedades, estimulando los "canales energéticos" del cuerpo.
- Aromaterapia. Sistema amplio de masajes a través de aceites naturales adaptados a fines específicos. Los aceites esenciales utilizados son destilados aromáticos extraídos de las plantas medicinales que concentran sus principales virtudes.
- Ejercicio físico. El uso de la actividad física para mantenerse en forma, liberar tensión y mejorar el estado de ánimo.
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Es un relativamente nuevo enfoque psicoterapéutico, desarrollado por la psicóloga norteamericana FRANCINE SHAPIRO, que combina elementos de la terapia de exposición, terapia cognitivo-conductual y determinados patrones de movimiento ocular y sonidos que generan una alteración del foco de atención, lo que facilitaría, en teoría, el acceso y procesamiento de los recuerdos traumáticos.

- Herboterapia. Uso de plantas y extractos vegetales para el tratamiento de trastornos específicos a partir de sus propiedades medicinales y/o nutritivas.
- Homeopatía. Término derivado de dos vocablos griegos HOMEIO (similar) y PATHOS (sufrimiento). Usa remedios preparados a partir de sustancias que se presentan en la naturaleza para tratar a toda la persona, estimulando la tendencia del cuerpo a curarse por sí mismo. Utiliza dosis muy concretas de sustancias que en masivas dosis producen efectos similares a aquellos producidos por la enfermedad a tratar.
- Masaje. Técnica manual dirigida fundamentalmente a la liberación de la tensión en los músculos.
- Medicina oolítica. El objetivo es tratar a la persona en su "globalidad". Se parte de la premisa de que mente, cuerpo y espíritu están íntimamente unidos y deben ser tratados "conjuntamente". Se utilizan diversas estrategias de tratamiento alternativas / naturales como la meditación, yoga, plegarias, ciertas combinaciones dietéticas, vitaminas, minerales hierbas y otros suplementos dietéticos / naturales evitando aproximaciones tradicionales basadas en el uso de fármacos.
- Naturopatía. Enfatiza la "curación natural" y emplea tratamientos naturales tales como dietas específicas, masajes, hidroterapia, ejercicios y asesoramiento.
- Programación Neurolingüística. Modelo psicoterapéutico, desarrollado en la década de los 70 a partir de los trabajos de RICHARD BANDLER Y JOHN GRINDER y fundamentado en el estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. Ha desarrollado numerosos procedimientos específicos para el trabajo con los traumas basados en técnicas de carácter imaginativo / encubierto.
- Reflexología. Un tipo de masaje, focalizado en "desbloquear" las 7.200 terminaciones nerviosas concentradas en los pies, con el objetivo de estimular los propios procesos curativos del cuerpo, y alcanzar un "estado equilibrado". Usado para el tratamiento de afecciones específicas y sentimientos generales de malestar.
- Remedios florales de Bach. Se preparan con flores de hierbas silvestres, arbustos y árboles. Suelen utilizarse para "modificar" el humor del individuo y su estado mental, puesto que se sabe que el miedo, la aprehensión y la preocupación suelen interferir con los procesos curativos del cuerpo.
- Shiatsu. Un enfoque, basado en el masaje, dirigido a corregir el "flujo de la energía" del cuerpo, a través de un tratamiento de contacto corporal. En japonés, "shiatsu" significa «presión con los dedos», una presión que sustituye a las agujas de acupuntura en la estimulación de los canales energéticos.

- Tai chi. Sistema tradicional chino basado en un movimiento físico suave, que permite al individuo canalizar su energía, su fuerza y su poder de modo más positivo.
- Tratamiento nutricional (dietética). Se centra en mejorar el estado de ánimo a través de unos buenos hábitos dietéticos y una suplementación específica de determinados nutrientes (vitaminas, minerales, sustancias naturales, etc.).
- Yoga. Antiguo sistema de posturas corporales, control de respiración y prácticas de meditación que fomentan el bienestar general y el equilibrio interior.

## **5.20 PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO<sup>67</sup>**

Las medidas preventivas para reducir la incidencia o disminuir las posibilidades de las experiencias traumáticas en los niños incluyen, entre otras, las siguientes:

Enseñar al niño que está bien decirle NO a alguien que intenta tocar su cuerpo o acercarse de cualquier manera que lo haga sentir incómodo.

Enseñar al niño que está bien contarle de inmediato a un adulto de su confianza que alguien lo ha hecho sentir incómodo.

Brindar el apoyo y los consejos adecuados a los niños y los adolescentes que hayan experimentado o presenciado un suceso traumático.

Fomentar los programas de prevención en la comunidad o en el sistema escolar de la zona.

## **5.21 COMO ENFRENTAR EL ESTRÉS QUE PROVOCA LA GUERRA: INFORMACIÓN PARA FAMILIAS Y COMUNIDADES MILITARES<sup>37</sup>**

Usted o tal vez alguien que usted conoce puede estar presentando los siguientes síntomas de impacto emocional debido a la tensión, o tal vez éstos se hagan sentir en las siguientes semanas y meses:

- Dificultad para terminar las tareas
- Problemas para concentrarse
- Temor y ansiedad por el futuro
- Apatía e insensibilidad emocional
- Irritabilidad y cólera
- Tristeza y depresión
- Sentimiento de impotencia
- Hambre extrema/ falta de apetito
- Dificultad para tomar decisiones
- Llanto sin “ningún motivo aparente”
- Dolores de cabeza o problemas estomacales
- Dificultad para conciliar el sueño

- Consumo excesivo de alcohol o uso de drogas
- Retraimiento

Algunas personas intentarán volver a la rutina diaria tan pronto como sea posible para volver a tener un sentido de control, pero otros tendrán problemas para concentrarse durante algún tiempo. Ambas reacciones son respuestas comunes a las crisis. La intensidad de los sentimientos disminuirá a medida que pase el tiempo y uno centre su atención en las actividades cotidianas. Ya que todos sentimos el estrés de manera diferente, no compare sus “progresos” con otros que están a su alrededor ni juzgue las reacciones y las emociones de otras personas. Si bien, muchas personas superan situaciones importantes que causan estrés sin sufrir problemas psicológicos importantes, otros pueden necesitar ayuda.

He aquí algunos consejos para hacer frente a estos tiempos difíciles:

**Hable con otras personas:** Al hablar con otras personas, especialmente con los cónyuges de otros militares, sentirá alivio y sabrá que otros comparten sus sentimientos. Existen grupos de apoyo en la mayoría de centros militares. Si hay alguno disponible cerca de donde usted vive, únase a ellos; si no, considere la posibilidad de iniciar uno. Si se siente abrumado, solicite ayuda. No es un signo de debilidad. Hable con una persona de su confianza, ya sea un pariente, un amigo, el trabajador de un centro de servicios familiares, un ministro o rabí. Los capellanes militares pueden ser útiles, ya que la mayoría ha recibido preparación en orientación pastoral y para tiempos de crisis. No se aíse.

**Cuide su salud física:** Tómese un descanso y haga ejercicio, evite beber en exceso y consumir drogas y coma adecuadamente. Evite los alimentos ricos en grasas y calorías.

**Reduzca el tiempo que pasa frente a los medios de comunicación:** Especialmente evite las transmisiones televisivas que cubren la guerra minuto a minuto e Internet. Las imágenes, rumores y especulaciones pueden ser muy dañinos para su bienestar.

**Participe en actividades que lo relajen y calmen.** Cultive flores, asista a un concierto, visite una galería de arte o tome un largo baño. Sea gentil con usted mismo.

**Haga algo positivo.** Participe en actividades que fomenten el compañerismo y la confianza. Póngase en contacto con organizaciones de voluntarios de su comunidad para ver en qué forma puede ayudar. Done sangre, prepare “paquetes de ayuda” para hombres y mujeres que prestan servicio en el ejército o escriba cartas a personas que sirvan en el ejército. Apoye a un amigo o vecino que esté atravesando tiempos difíciles.

**Busque tratamiento:** Si tiene sentimientos fuertes que no desaparecen o si se siente atribulado durante más de cuatro a seis semanas, tal vez desee buscar la ayuda de un profesional. Las personas que han sufrido problemas de salud mental anteriormente y que han superado un trauma del pasado, tal vez deseen consultar también a un profesional de salud mental. Casi todos los establecimientos militares cuentan con un Centro de Servicios Familiares, un Centro de Apoyo a la Familia o un Centro de Servicios Comunitarios del

Ejército (de acuerdo a la dependencia del servicio) donde se puede acceder a información, referencias, asesoría y servicios de ayuda en caso de crisis. Además, todas las familias de militares, incluyendo las familias de miembros de la Guardia y Reserva Nacional que están activos durante más de 30 días, son idóneos para recibir atención médica y en salud mental ya sea en un Centro Militar de Tratamiento Médico o en un centro civil mediante el Programa Civil de Salud y Medicina de los Servicios Uniformados (CHAMPUS, por sus siglas en inglés).

## **6. HIPOTESIS**

Las características clínicas del Trastorno de Estrés Postraumático, dependen directamente del evento traumático al que se expone la persona y el impacto psicológico del mismo, que a su vez esta determinado por la madurez psicológica y el medio en el que se rodea.

## 7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	SUB VARIABLE	CATEGORIA	NIVEL DE MEDICION
CARACTERES SOCIO DEMOGRAFICOS	Son características propias de la condición del ser humano que esta conviviendo en una comunidad	Edad	No. Años cumplidos al momento de la consulta en la unidad mental	Numeral
		Fecha de nacimiento	Es la fecha especifica en el que el paciente nació	Nominal
		Sexo	Masculino o Femenino	Nominal
		Procedencia	Sitio en donde tiene su residencia el paciente	Nominal
		Estado civil	Condición que puede ser: Casado U. libre Soltero Viudo Separado	Nominal
		Ocupación laboral	Oficio que desempeña el paciente y del cual obtiene una remuneración, puede ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercito</li> <li>• Policía</li> <li>• Empleado</li> <li>• Domestico</li> </ul> Independencia	Nominal
CARACTERISTICAS DE LA GUERRA	Son características propias del evento	Ocupación social	Lugar o posición del paciente dentro del evento de guerra como:	Nominal

			<p>Oficial Ejercito</p> <p>Suboficial Ejercito</p> <p>Soldado Profesión</p> <p>Soldado raso</p> <p>Soldado bachiller</p> <p>Oficial Policía</p> <p>Suboficial Policía</p> <p>Patrullero</p> <p>Intendente</p> <p>Auxiliar Policía</p> <p>Civil</p>	
		Evento de Guerra	Es la forma del evento: Toma guerrillera	Nominal
			<p>Toma paramilitar</p> <p>Combates cuerpo a cuerpo</p> <p>Muerte de compañero</p>	
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA	Manifestaciones clínicas que son características del Trastorno de Estrés Postraumático de Guerra	Imagen, recuerdo o pensamiento doloroso del evento	La frecuencia con que se presenta estos síntomas puede ser:	Ordinal
			<p>0 Nunca</p> <p>1 A veces</p> <p>2 2-3 veces</p> <p>3 4-6 veces</p> <p>4 A diario</p>	
			Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: la	Ordinal

		e lerada cada tema	
	Pesadillas sobre el hecho	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que pueden ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: 0 Nada 1 Leve 2 Moderada 3 Marcada 4 Extrema	Ordinal
	El evento estaba ocurriendo de nuevo, reviviendo	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que pueden ser:  0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve	Ordinal

		Moderada	
		Marcada 4 Extrema	
	Molesta alguna cosa que le haya recordado el evento	La frecuencia con que se presenta estos síntomas puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces	Ordinal
		4 A diario	
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada  Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Manifestaciones físicas por recuerdos del hecho, como sudores, temblores, taquicardia, disnea, náusea o diarrea	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser:  0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal

		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada  Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Evita pensamiento o sentimientos sobre el evento	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada  Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Evita hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden el hecho	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser:  0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal

		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada	Ordinal
		4 Extrema	
	Incapaz de recordar partes importantes del evento	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada  Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Dificultad para disfrutar de las cosas	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal

		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada	Ordinal
		Leve Moderada  Marcada 4 Extrema	
	Distante o alejado de las cosas y de las personas	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada  Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Incapaz de tener tristeza o afecto	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal

		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser:	Ordinal
		Nada Leve Moderada Marcada 4 Extrema	
	Dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser:  0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser:  Nada Leve Moderada Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Dificultad para iniciar o mantener el sueño	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser:  0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal

		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Irritable o accesos de ira	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Dificultad de concentración, fácilmente distraído	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal

		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Permanece en guardia	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal
		Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada Marcada 4 Extrema	Ordinal
	Nervioso o se asusta fácilmente	La frecuencia con que se presenta estos síntomas que puede ser: 0 Nunca 1 A veces 2 2-3 veces 3 4-6 veces 4 A diario	Ordinal

			Es la intensidad o gravedad de la presentación de estos síntomas que puede ser: Nada Leve Moderada  Marcada 4 Extrema	Ordinal
<b>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</b>	Son el conjunto de exámenes de laboratorio, radiológicos y electrofisiológicos, que descarta o complementa el diagnóstico aparente	Exámenes complementarios	Cualquier examen	Nominal
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Es el rotulo de diagnóstico a la remisión, ingreso o egreso del servicio de la Unidad Mental	Diagnóstico de Remisión	Diagnóstico psiquiátrico	Nominal
		Diagnóstico de Ingreso	Diagnóstico psiquiátrico	Nominal
		Diagnóstico de Egreso	Diagnóstico psiquiátrico	Nominal
<b>TRATAMIENTO</b>	Es el medicamento con el que se trato dentro de la hospitalización o externamente	Fármacos	El esquema que el medico psiquiatra empleo para el mejoramiento de los síntomas	Nominal

## **8. CONSIDERACIONES ETICAS**

Debido a que este trabajo recopila información de la historia clínica y que es un instrumento privado del paciente y se debe garantizar su privacidad e intimidad, se especifica plena confidencialidad sobre los datos recopilados en el presente proyecto. El consentimiento informado en este caso no aplica, por que no hay contacto directo con el paciente y lo dispendioso que seria para el trabajo por la localización de cada uno de ellos y el medio en el que se encuentran. La información se obtuvo por solicitud realizada al Doctor Carlos Corredor, sobre los datos almacenados en el servicio de psiquiatría y archivo.

## **9. DISEÑO METODOLOGICO**

### **9.1 TIPO DE ESTUDIO**

Teniendo en cuenta los objetivos y el seguimiento que se hace de los pacientes, este estudio tiene un diseño estructurado, transversal, donde implica la obtención de datos en un momento específico; los fenómenos por investigar se captan, según se manifiestan, durante un periodo limitado de recolección de la información; ellos resultan particularmente adecuados para describir el estado de fenómenos determinados o de las relaciones entre ellos en un momento dado, así en nuestro ejemplo, estamos interesados en determinar si la exposición a estrés psicológico del trauma de guerra tiene correlación con los síntomas biosicosociales.

Es un diseño retrospectivo, por que vamos a analizar la información de los eventos que ya han acontecido con antelación a la fecha de la recolección de los datos. Es una investigación descriptiva, de reporte de casos por que específicamente se analizaran los pacientes que consultaron por la presencia de síntomas o signos o la alteración del comportamiento, en el periodo comprendido entre 01 octubre del 2002 y 30 de noviembre del 2004.

### **9.2 AREA DEL ESTUDIO**

La unidad mental del Hospital Universitario de Neiva, Hernando Moncaleano Perdomo, dirigido por los doctores CARLOS JULIO CORREDOR VILLALBA y JAVIER GOMEZ, médicos Psiquiatras. La Unidad tiene cobertura para los departamentos del Huila, Caquetá, Putumayo, sur del Tolima y algunas poblaciones del Cauca, por ser el Hospital una entidad de tercer nivel y de referencia. Además recibe pacientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto del régimen contributivo como subsidiado. La unidad se encuentra en el primer piso; su ingreso se puede realizar por la puerta que comunica con la Facultad de Salud, por la puerta que comunica con la Unidad de Cancerología, o por el pasillo que comunica con el resto del hospital universitario. Consta de 3 consultorios para la atención de consulta externa; de una oficina para la secretaria de la unidad; 2 consultorios para la atención de consulta interna (revista), 6 habitaciones con 4 camas cada una; 2 habitaciones de aislamiento, 2 baños, una estación de enfermería, un equipo para hacer Terapia Electro convulsiva.

### **9.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Se tomaron casos de Trastorno de Estrés Postraumático de Guerra que consultaron al Hospital Universitario de NEIVA, Hernando Moncaleano Perdomo entre el 01 de Octubre de 2002 hasta el 30 de Noviembre de 2004, y que en algún momento estuvieron expuestos a un evento traumático, como tomas guerrilleras, enfrentamientos en los campos colombianos, ante la muerte de un compañero de combate, o como una persona civil que queda en medio del fuego cruzado.

#### **9.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Revisión documental de historias clínicas, en la cual se consignaron los datos, y se registraron en un instrumento elaborado en donde estaban las variables (ver Anexo 2). Basándonos en la escala de Trauma de Davidson (Anexo 1), donde se le agrego fecha de nacimiento, procedencia, estado civil, ocupación laboral dentro de los caracteres sociodemográficos; de igual manera se coloco la ocupación social y evento de guerra dentro de las características de la guerra; la caracterización clínica se estableció por letras del abecedario para distinguirlo de la escala de valoración de frecuencia y gravedad; se añadió exámenes complementarios, diagnostico tanto de remisión como de ingreso y egreso y el tratamiento que recibió dentro de la institución o que se instauró como manejo terapéutico.

#### **9.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Habiendo hecho la revisión bibliográfica, se toma la escala de Trauma de Davidson como guía, realizándose las modificaciones ya descritas, con la asesoría del doctor Carlos Julio Corredor; después nos remitimos a la base de datos de la unidad mental, revisando las epicrisis, donde encontramos los 5 casos; de allí, tomando el numero de historia clínica, se solicitan las mismas en archivo, donde se aplica el instrumento y se obtiene la información estudiada.

## 10. ANALISIS DE LOS REPORTES DE CASOS

### 10.1 CASO 1

Es un paciente de 23 años de edad, nacido el 27 de septiembre de 1981 en Colombia - Huila, de sexo masculino, procedente de la ciudad de Neiva, estado civil casado, quien trabaja como soldado profesional, y ha estado en diferentes enfrentamientos. Hace 23 meses presenta una Neuropatía Ciática Izquierda postraumática secundaria a una inyección que le aplicaron con posterior cojera e incapacidad laboral desde hace 3 meses; sin embargo hace 4 meses empieza a tornarse agresivo, con insomnio, inquietud psicomotora, de ambulación sin rumbo fijo, hablando incoherencias y teniendo alucinaciones auditivas. Ingresa el 23 de Enero de 2004 con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y Depresión. Dentro de la hospitalización él refirió cefalea intensa tomándosele TAC cerebral y EEG, sin encontrar hallazgos patológicos. Inicia el 24 de Enero con Haloperidol tabletas x 10 mg tomando media en la mañana y en la noche ( $\frac{1}{2}$  - 0 -  $\frac{1}{2}$ ); Biperideno tabletas x 2 mg, una en la mañana, otra en la tarde y otras en la noche (1 - 1 - 1); Fluoxetina cápsulas x 20 mg (1 - 0 - 0); Levomepromazina x 100 mg tabletas (0 - 0 - 1). El 25 de Enero se disminuye el Haloperidol ( $\frac{1}{2}$  - 0 - 0), y se agrega Valcote 250 mg (1 - 0 - 1) y Acetaminofen. El día 26 de Enero tras una mejoría clínica sale con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Crónico y Trastorno Depresivo Recurrente en episodio actual con síntomas sicóticos. A El se le realiza cuadro hemático, glicemia, VSG, VDRL, TAC cerebral, EEG.

El 5 de Marzo del 2004 es encontrado por su esposa colgado de una cuerda, donde previamente al episodio se había golpeado en repetidas ocasiones contra las paredes; se encontró desorientado en persona, tiempo y espacio, agitado, con lenguaje incoherente, pensamiento ilógico e incoherente. Se le hace diagnóstico de ingreso de Esquizofrenia Paranoide y Estado sicótico agudo. Se inicia manejo con Haloperidol (1 - 0 - 1), Biperideno (1 - 1 - 1) y Clozapina tabletas x 100 mg (0 - 0 - 1); el día 6 de marzo se disminuye el Haloperidol ( $\frac{1}{2}$  - 0 -  $\frac{1}{2}$ ) y se agrega Fluoxetina (1 - 0 - 0) y Carbamazepina x 200 mg (1 - 1 - 1). El 7 de marzo se disminuye la Clozapina (0 - 0 -  $\frac{1}{2}$ ). Tras recuperar su estado se le da salida con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático. En esta oportunidad se le realizo Glicemia, Eritrosedimentación, VDRL y cuadro hemático.

El día 29 de mayo del 2004 ingresa con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Le ordenan Haloperidol y Biperideno en las dosis ya anotadas y control por consulta externa.

El día 18 de septiembre del 2004 se hospitaliza con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Se maneja con Haloperidol y Biperideno, saliendo el 24 de septiembre.

El día 25 de septiembre ingresa a la Clínica la Inmaculada de las Hermanas Hospitalarias El Segundo Corazón de Jesús con diagnóstico de ingreso de Esquizofrenia Paranoide. Se trata con Haloperidol 20 mg día, Ácido Valproico 750 mg día, Imipramina 125 mg día, Biperideno 6 mg día, Clonazepam 4 mg día. Sale el 7 de octubre del 2004 con diagnóstico

de Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno Depresivo Recurrente con Psicosis y Neuropatía Ciática Izquierda.

Aplicando la Escala corregida de Davidson los resultados fueron:

En el no se encontró imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, ni que el acontecimiento estuviera ocurriendo de nuevo o reviviendo. A veces, presentó pesadillas sobre el evento, molestia por alguna cosa que le haya hecho recordar, manifestaciones físicas (cefalea), evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden lo ocurrido, con incapacidad de recordar partes importantes del evento; todos con leve gravedad. En 2 a 3 oportunidades evito pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento, molestias para iniciar o mantener el sueño, con moderada gravedad; también problemas de concentración pero de leve gravedad. Entre 4 y 6 veces se le ha dificultado imaginar una vida larga con marcada gravedad. A diario se le imposibilita disfrutar de las cosas e incapacidad de tener sentimientos de tristeza o afecto con una marcada gravedad. De igual manera a diario se siente distante o alejado de las personas, irritable con accesos de ira, con nervios y se asusta fácilmente, y permanece en guardia, con extrema gravedad. En conclusión, con respecto a la frecuencia 2 ítem dio que nunca (11.8 %), 5 que a veces (29.4 %), 3 que de 2 a 3 veces (17.6 %), 1 que de 4 a 6 veces (5.9 %) y 6 a diario (35.3 %). Con respecto a la gravedad 2 ítem dio que nada (11.8 %), correspondiendo con los de frecuencia, 35.3 % leve gravedad (6 ítem), 11.8 % moderada gravedad (2 ítem), 17.6 % marcada gravedad (3 ítem), 23.5 % extrema gravedad (4 ítem). Esto nos muestra que la frecuencia de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y la gravedad de los mismos es notoria, lo cual si reúne los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático de Guerra.

Con respecto al tratamiento, como observamos, se manejo permanentemente con Haloperidol y Biperideno. En dos hospitalizaciones se dio Fluoxetina. En una sola hospitalización se dio Levomepromazina, Valcote (Ácido Valproico), Clozapina, Carbamazepina, Imipramina y Clonazepam.

Los exámenes solicitados fueron: cuadro hemático, glicemia, VSG, VDRL, TAC cerebral, EEG en la primera hospitalización. Glicemia, Eritrosedimentación, VDRL y cuadro hemático en la segunda hospitalización.

## **10.2 CASO 2**

Paciente de 21 años de edad, nacido el 12 de octubre de 1983, de sexo masculino, procedente de la ciudad de Neiva, estado civil soltero, quien trabaja como soldado

profesional, estuvo en la toma guerrillera de Santa María – Huila. Hace un año se le realizó vasectomía. Fue remitido del batallón el 27 de febrero del 2004 por presentar ideas delirantes y persecutorias de guerra. Es enviado con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Psiquiatría le encuentra agitación psicomotora, ansiedad con agresividad verbal, alucinaciones auditivas asociadas a ideas delirantes tipo persecutorias y de venganza. Se le inicia tratamiento el día 27 de febrero con Haloperidol (½ - 0 - ½), Biperideno (1 - 0 - 1). Al otro día tras tener mejoría clínica se da salida con el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, Estado Sicótico Agudo y Trauma Acústico.

Aplicando la Escala corregida de Davidson los resultados fueron:

En el no se encontró el evitar pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento, el ser incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto, ni dificultad para iniciar o mantener el sueño. A veces, presenta manifestaciones físicas (cefalea e hipoacusia), evita hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden lo ocurrido, con incapacidad de recordar partes importantes del evento, problemas de concentración, todo esto de leve gravedad. En 2 a 3 oportunidades, se siente distante o alejado de las personas, limitación para imaginar una vida larga con moderada gravedad; de igual manera que el acontecimiento estuviera ocurriendo de nuevo o reviviendo con leve intensidad. Entre 4 y 6 veces señaló haber tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, dificultad para disfrutar de las cosas, irritable con accesos de ira, con marcada gravedad. A diario le molesta alguna cosa que le haga recordar el hecho, con nervios y se asusta fácilmente, con una marcada gravedad. También a diario presenta pesadillas sobre el evento, y permanece en guardia con extrema gravedad. En conclusión, con respecto a la frecuencia 3 ítem dio que nunca (17.6 %), 4 que a veces (23.5 %), 3 que de 2 a 3 veces (17.6 %), 3 que de 4 a 6 veces (17.6 %) y 4 a diario (23.5 %). Con respecto a la gravedad 3 ítem dio que nada (17.6 %), correspondiendo con los de frecuencia, 29.4 % leve gravedad (5 ítem), 11.8 % moderada gravedad (2 ítem), 29.4 % marcada gravedad (5 ítem), 11.8 % extrema gravedad (2 ítem). Esto nos muestra que la frecuencia de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y la gravedad de los mismos es importante, lo cual, a consideración nuestra, si reúne los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático de Guerra.

Con respecto al tratamiento, como observamos, se maneja exclusivamente con Haloperidol y Biperideno.

No se le pidieron exámenes.

### **10.3 CASO 3**

Es un paciente de 24 años de edad, nacido el 20 de febrero de 1980, de sexo masculino, procedente de la ciudad de Neiva, estado civil unión libre, quien trabaja como soldado profesional, que presenció la muerte de sus compañeros. Refiere que en diciembre vio como mataron a 3 soldados, compañeros y desde entonces ha escuchado voces que

murmuran y ve personas grandes; sin embargo, según remisión, el cuadro inicio hace 1 año, agudizándose hace 4 semanas, con agresividad a sus compañeros, irritable, tendencia a la soledad y mutismo. Ingresó el 13 de Julio del 2004 con diagnóstico de remisión de Esquizofrenia Paranoide y diagnóstico de ingreso de Trastorno sicótico a estudio. Se encuentra desorientado en tiempo, bradipsíquico, bradilálico, pensamiento ilógico, ideación delirante Paranoide, alteraciones sensorio-perceptivas, escucha voces que murmuran pero que no le dicen nada. Se le inicia el 13 de julio tratamiento con Haloperidol (1 – 0 – 1), Biperideno (1 – 0 – 1), Levomepromazina (0 – 0 – 1). El día 15 se aumenta el Biperideno (1 – 1 – 1). El día 16 de julio tras mejoría clínica, se le da salida con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático.

Aplicando la Escala corregida de Davidson los resultados fueron:

En el no se encontró imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, o que el suceso estuviera ocurriendo de nuevo o reviviéndolo, ni molestia por alguna cosa que le haya hecho recordar, sin incapacidad de recordar partes importantes del evento. A veces, presenta pesadillas sobre el evento, muestra manifestaciones físicas (cefalea), evita pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento, hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden lo ocurrido, problemas para iniciar o mantener el sueño, todo esto de leve gravedad. En 2 a 3 oportunidades, irritable con accesos de ira, permanece en guardia, con moderada gravedad. Entre 4 y 6 veces presenta complicaciones para imaginar una vida larga, con dificultad de concentración, con una marcada gravedad; de igual manera impedimento para disfrutar de las cosas, con moderada gravedad. A diario, se siente distante o alejado de las personas, con una marcada gravedad. También a diario la incapacidad de tener sentimientos de tristeza o afecto, con nervios y se asusta fácilmente con extrema gravedad. En conclusión, con respecto a la frecuencia 4 ítem dio que nunca (23.5 %), 5 que a veces (29.4 %), 2 que de 2 a 3 veces (11.8 %), 3 que de 4 a 6 veces (17.6 %) y 3 a diario (17.6 %). Con respecto a la gravedad 4 ítem dio que nada (23.5 %), correspondiendo con los de frecuencia, 29.4 % leve gravedad (5 ítem), 17.6 % moderada gravedad (3 ítem), 17.6 % marcada gravedad (3 ítem), 11.8 % extrema gravedad (2 ítem). Esto nos muestra que la frecuencia de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y la gravedad de los mismos es notoria, lo cual si reúne los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático de Guerra.

Con respecto al tratamiento, como observamos, se maneja con Haloperidol, Biperideno y Levomepromazina.

No se le pidieron exámenes.

#### **10.4 CASO 4**

Es un paciente de 22 años de edad, nació el 31 de Enero de 1982, de sexo masculino, procedente de la ciudad de Neiva, estado civil soltero, quien trabaja como soldado profesional, que ha estado en diferentes enfrentamientos. Ingresó el 8 de septiembre del 2004 con diagnóstico de remisión Esquizofrenia Paranoide por presentar insomnio,

inquietud psicomotora, ansiedad, afecto depresivo, llanto fácil, temores paranoides, alucinaciones visuales y auditivas y aislamiento, con personalidad premorbidamente extrovertida; soldado bachiller hace año y medio; ha estado en combates, el último hace 4 meses. Hace 2 meses fue hospitalizado en Hospital Militar Central en Unidad Psiquiatría durante 10 días. Al ingreso estado delirante, logorrea, desatención de órdenes, corre y semeja que estuviera en combate, con tendencia a la soledad, labilidad emocional. Inicia tratamiento el 9 de septiembre con Haloperidol (1 – 1 – 1), Biperideno (1 – 1 - 1), Levomepromazina (0 – 0 – 1). El 10 de septiembre se disminuye el Haloperidol (1 – 0 – 1), Levomepromazina (0 – 0 - ½), Fluoxetina (1 – 0 – 0). El 15 de septiembre se disminuye el Haloperidol (½ - 0 - ½). El día 16 de septiembre, por solicitud del Hospital Militar Central se contrarremite con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno Afectivo Bipolar Episodio Depresivo con síntomas Sicóticos

Aplicando la Escala corregida de Davidson los resultados fueron:

En el no se encontró manifestaciones físicas, ni el hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran lo ocurrido, ni el ser incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto, ni dificultad de concentración. A veces, se molesta por alguna cosa que le hace recordar el hecho, evita pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento, presenta problemas para imaginar una vida larga, dificultad para iniciar o mantener el sueño con leve gravedad. En 2 a 3 oportunidades, limitación para disfrutar de las cosas, con moderada gravedad, y se siente distante o alejado de las personas, con leve gravedad. Entre 4 y 6 veces, incapacidad de recordar partes importantes del evento, irritable con accesos de ira, con nervios y se asusta fácilmente, con una marcada gravedad; de igual manera que el acontecimiento estuviera ocurriendo de nuevo o reviviendo, con moderada gravedad. A diario, presenta pesadillas sobre el evento, con moderada gravedad y las imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, con una marcada gravedad; También a diario permanece en guardia, con extrema gravedad. En conclusión, con respecto a la frecuencia 4 ítem dio que nunca (23.5 %), 4 que a veces (23.5 %), 2 que de 2 a 3 veces (11.8 %), 4 que de 4 a 6 veces (23.5 %) y 3 a diario (17.6 %). Con respecto a la gravedad 4 ítem dio que nada (23.5 %), correspondiendo con los de frecuencia, 29.4 % leve gravedad (5 ítem), 17.6 % moderada gravedad (3 ítem), 23.5 % marcada gravedad (4 ítem), 5.9 % extrema gravedad (1 ítem). Esto nos indica que la frecuencia de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y la gravedad de los mismos es evidente, lo cual, consideramos, que si reúne los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático de Guerra.

Con respecto al tratamiento, como observamos, se maneja con Haloperidol, Biperideno, Levomepromazina. Y después se agrega Fluoxetina.

No se le pidieron exámenes.

## 10.5 CASO 5

Es un paciente de 27 años de edad, nacido el 28 de Enero de 1977, de sexo masculino, procedente de la ciudad de Neiva, estado civil casado, quien trabaja como soldado profesional, que ha estado en diferentes enfrentamientos. Ingresó el 19 de noviembre del 2004 con diagnóstico de remisión Trastorno Obsesivo compulsivo manejado con Fluoxetina y Alprazolam, quien refiere ocasionalmente deseos de agredir a compañeros y esposa, hiperactivo, con deseos de matarse, ansiedad, tristeza, desasosiego, en la noche despierta aterrorizado gritando; frecuentemente deseos de estar solo; síntomas físicos como cefalea, diaforesis; él refiere que pierde muy fácilmente el control. El diagnóstico de ingreso fue Depresión. Tiene como antecedentes que sufre dislipidemia, HTA desde hace 4 años tratado con Hidroclorotiazida 25 mg / día; losartan, ibuprofeno. De acuerdo a lo anterior y a que el contenido de las pesadillas está relacionado con eventos de guerra, además por su vinculación prolongada (10 años) con el Ejército, se hace el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático. El venía con tratamiento de Imipramina 25 mg 1 tableta 3 veces al día, sulpiride 200 mg 1 tableta en la noche. El día 1 de diciembre viene por consulta externa: refiere que ha tenido ansiedad, muchos nervios en el día, durmiendo bien. Se da como plan de manejo ambulatorio Imipramina 1 tableta 3 veces al día, sulpiride 200 mg 7 PM, Biperideno 2 mg 7 PM, Alprazolam 0.5 mg mañana y noche.

Aplicando la Escala corregida de Davidson los resultados fueron:

En el A veces, presenta dificultad para imaginar una vida larga, con leve gravedad. En 2 a 3 oportunidades, incapacidad de recordar partes importantes del evento, incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto, limitación para iniciar o mantener el sueño, con leve gravedad y evita pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento, con moderada gravedad. Entre 4 y 6 veces, manifestaciones físicas (cefalea, diaforesis), de leve gravedad; se molesta por alguna cosa que le haya hecho recordar, problemas de concentración, con moderada gravedad, y evita el hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden lo ocurrido, permanece en guardia con una marcada gravedad. A diario, presenta pesadillas sobre el evento, con moderada gravedad; las imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, dificultad para disfrutar de las cosas, irritable con accesos de ira, con una marcada gravedad; que el acontecimiento estuviera ocurriendo de nuevo o reviviendo, se siente distante o alejado de las personas, con nervios y se asusta fácilmente, con extrema gravedad. En conclusión, con respecto a la frecuencia ningún ítem marcó que nunca (0 %), 1 que a veces (5.9 %), 4 que de 2 a 3 veces (23.5 %), 5 que de 4 a 6 veces (29.4 %) y 6 a diario (35.3 %). Con respecto a la gravedad ningún ítem dio que nada (0 %), correspondiendo con los de frecuencia, 29.4 % leve gravedad (5 ítem), 23.5 % moderada gravedad (4 ítem), 29.4 % marcada gravedad (5 ítem), 17.6 % extrema gravedad (3 ítem). Esto nos muestra que la frecuencia de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y la gravedad de los mismos es mucho más notorio en este paciente que en los anteriores, lo cual sí reúne los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático de Guerra.

Con respecto al tratamiento, como observamos, se manejo con Biperideno, Imipramina, sulpiride, Alprazolam. Completamente distinto el esquema en este paciente donde no se dio ni Haloperidol ni Fluoxetina.

No se le pidieron exámenes.

## 11. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El rango de edad de los 5 casos fue entre los 21 y 27 años, estando clasificados en Adulto Joven, contrario al estudio realizado en los Estados Unidos donde se analizaron los veteranos de la Guerra de Vietnam. <sup>21,43,44</sup>

El sexo fue el masculino, ya que todos eran miembros del Ejército Nacional; razón por la cual no se encontró ni mujeres ni civiles, semejante al estudio de los pacientes en los Estados Unidos, años después de haber participado de la guerra, donde se vio afectada la relación con el medio social. <sup>21,43,44</sup>

Todos son procedentes de la ciudad de Neiva, porque su guarnición militar se encuentra en esta ciudad. El estado civil encontrado fue de 2 casados (23 y 27 años), uno en unión libre (24 años) y 2 solteros (21 y 22 años), lo que acarrea un problema no solo para la institución, sino también para la familia, donde participa esposa e hijos, problemas que fueron evidenciados en los estudios de los excombatientes en los Estados Unidos, donde después de tantos años, se comprometía aún la relación familiar, debido al compromiso que le ocasionaron los eventos traumáticos. <sup>21,43</sup>

Todos son soldados profesionales y estuvieron directamente involucrados en un evento de Guerra, característicos de los estudios realizados, anteriormente. Las manifestaciones clínicas presentadas en los 5 casos son muy similares a los estudios realizados por los psicólogos de la Universidad Surcolombiana, así como los efectuados por los españoles con el 11 de Marzo estaban dentro de los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático en los 5 casos, variando la frecuencia e intensidad de los mismos <sup>21,43,44,46</sup>

Todos reunieron criterios de diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, dentro de la Escala modificada de Trauma de Davidson. En todos los casos el diagnóstico de ingreso fue otro al de egreso (Trastorno de Estrés Postraumático), lo que nos demuestra que el personal médico no tiene en cuenta la patología para hacer un diagnóstico diferencial adecuado. Particularmente en el primer caso, en hospitalizaciones anteriores fue manejado con variados diagnósticos. <sup>14</sup>

El tratamiento empleado en dichos pacientes fue netamente farmacológico, dejando de lado todo el esquema de manejo que hoy en día se tiene para esta patología, como terapias psicológicas, cognitiva – conductual, entre otras. <sup>63, 64</sup>

El esquema medicamentoso utilizado en 4 de los casos fue de Haloperidol con Biperideno. En algunos se combinó con Fluoxetina, Levomepromazina, clonazepam, carbamazepina, clozapina, ácido valproico. En el último caso el manejo fue completamente diferente, donde se dio Biperideno, Imipramina, sulpiride, Alprazolam. Este manejo se correlaciona con el empleado a nivel internacional; sin embargo no se recurrió ni al Propanolol ni a la prazadona. <sup>62, 65</sup>

Solo en el primer caso se le ordenaron exámenes de laboratorio e imagenología, tratando de descartar patologías orgánicas, por la sintomatología que el paciente presentaba. En el caso 5 el paciente presentaba manifestaciones clínicas similares y no se le solicitaron estudios paraclínicos complementarios, a diferencia de la gran gama de opciones que a nivel mundial se esta empleando para el diagnostico de la entidad.<sup>70</sup>

El análisis de los 5 casos nos lleva a la conclusión, que existe una fuerte relación entre el tiempo de vinculación o exposición a los eventos traumáticos y la intensidad de la sintomatología, ya que en el 5 caso, se encontraron estas características, semejante a lo encontrado en el estudio de los sicólogos López Jiménez y colaboradores.<sup>46</sup>

## 12. CONCLUSIONES

El rango de edad de los 5 casos fue entre los 21 y 27 años, estando clasificados en Adulto Joven. El sexo predominante fue el masculino, ya que todos eran miembros del Ejército Nacional; razón por lo cual no se encontró ni mujeres ni civiles. Todos son procedentes de la ciudad de Neiva, porque su guarnición militar se encuentra en esta ciudad. El estado civil encontrado fue de 2 casados (23 y 27 años), uno en unión libre (24 años) y 2 solteros (21 y 22 años).

Todos son soldados profesionales y estuvieron directamente involucrados en un evento de Guerra. La detección y reconocimiento del estrés asociado a situaciones traumáticas es el primer paso para el individuo en el camino de su total recuperación e integración social.

La depresión, la ansiedad y la fobia o el miedo a las cosas que usualmente no son aterradoras para otras personas, pueden acompañar este trastorno. Las manifestaciones clínicas presentadas estaban dentro de los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático en los 5 casos, variando la frecuencia e intensidad de los mismos.

Solo en un caso se le realizaron exámenes complementarios. En todos los casos el diagnóstico de ingreso fue diferente al de egreso.

El tratamiento a través de profesionales con la debida calificación y experiencia se constituye como el factor crucial, junto a la propia actitud y predisposición del paciente, para ayudar a las víctimas a afrontar la tragedia y continuar con su vida de forma satisfactoria. El tratamiento fue exclusivamente farmacológico y la constante se determino por el empleo de Haloperidol y Biperideno.

El mejor pronóstico o resultado depende de la prontitud con que se desarrollen los síntomas después del trauma y de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

El estudio nos permite concluir la relación entre el tiempo de vinculación o exposición a los eventos traumáticos y la intensidad de la sintomatología lo que nos explica los resultados encontrados en el 5 caso, al aplicarse la Escala corregida de Trauma de Davidson.

A un nivel predictivo global, la evolución de los síntomas a la remisión o a la cronificación puede depender de la existencia de un trastorno psicopatológico previo, de la percepción de control sobre los sucesos negativos, de la intensidad y gravedad de los estresores, de la presencia temprana de síntomas disociativos y del apoyo psicológico y social recibido durante y después del trauma

Resulta evidente que es aún prematuro hablar de un modelo integrado universalmente reconocido en el que los datos psicológicos y neurobiológicos encajen perfectamente y sean explicados en su totalidad. En todo caso, ¿no es éste el reto que actualmente se plantea en un buen número de campos de estudio de la Medicina y la Psicología?.

### **13. RECOMENDACIONES**

Hay recomendaciones especiales para los familiares para tener en cuenta. No todos los sentimientos de angustia son síntomas de TEPT. Los sentimientos se deben expresar a los familiares y amigos. Si los síntomas duran mucho tiempo o son peores que los de los amigos, se debe buscar ayuda médica.

Se debe buscar ayuda si la persona se siente abrumada por la culpa, si es impulsiva y piensa hacerse daño a sí misma, si es incapaz de manejar el comportamiento o si está experimentando otros síntomas muy angustiantes de TEPT. También se debe buscar asistencia médica cuando se tienen problemas progresivos como pensamientos recurrentes, irritabilidad y trastornos del sueño.

No es solo un problema de salud, sino también social, ya que la mayoría de las veces puede presentarse intentos de suicidio por parte de la población afectada, por lo que se debería exigir un control más riguroso de las personas expuestas a estos eventos.

Para mejorar la atención de los pacientes afectados, es preciso que el sector salud desarrolle programas de capacitación, dirigido a médicos y enfermeras que trabajen en centros de salud y unidades militares en que concierne al diagnóstico y tratamiento de este tipo de patología.

Por último, el autocuidado del terapeuta, en forma de trabajo en equipo, por ejemplo, desempeña un papel muy importante cuando se trata a víctimas aquejadas del trastorno de estrés postraumático porque una labor clínica continuada con este tipo de pacientes puede ser psicológicamente desestabilizadora.

Afortunadamente, el estrés traumático y sus consecuencias continúan ganando reconocimiento y las investigaciones recientes son abundantes en este campo, si bien más trabajo de investigación debe ser realizado para alcanzar los resultados de efectividad deseados.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alvira Tamayo, A. P; Gutiérrez García, M. Síntomas psicológicos de la población civil adulta del municipio de Santa María, después de haber experimentado una toma guerrillera. Neiva, 2002. Trabajo de grado del programa de Psicología. Biblioteca Facultad de Salud Universidad Surcolombiana
2. Astin M.C y Resick, P.A : Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En V.E. Caballo y cols: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos .Volumen 1. Ed. Siglo XXI, 1996
3. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
5. Ayuso, J.L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Martínez Roca.
6. Andrew E. Slaby, M. D. Villard Books. After Shock: Surviving the Delayed Effects of Trauma, Crisis and Loss. (Después del Choque: El Sobrevivir los Efectos Retrasados de Trauma, Crisis y Pérdida.). New York, NY. 1989.
7. Belloch, Sandín y Ramos (McGraw-Hill. Madrid 1995). Manual de Psicopatología, Volumen II.
8. Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L. M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. y Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. The behavior Therapist, 13, 187-188.
9. Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). MMPI-2: Manual for administering and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.
10. Breslau, Naomi. (1990). Stressors: Continuous and discontinuous. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(20), 1666-1673.
11. Bryant, R.A. (2000). Acute Stress Disorder. *PTSD Research Quarterly*, 11(2), 1-7.
12. Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1997). Acute Stress Disorder: A critical review of diagnostic issues. *Clinical Psychology Review*, 17, 757-773.
13. Davidson, J.R.T., & Foa, E.B (Eds.). (1993). *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

14. De Jong, J., Komproe, T.V.M., Ivan, H., von Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundaram, D.J. (2001). Lifetime events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286 (5), 555-562.
15. De Lucas García Nieves Revista Electrónica de Medicina Intensiva. Especial Irak nº 1. Vol 3 nº 3, marzo 2003.
16. De Paul Ochotorena, J. (1995). Trastorno por Estrés Postraumático. En Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Carrobes, J. A. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. 441-469. Madrid: Siglo XXI.
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4º edition (DSM-IV TR). American Psychiatric Association. American Psychiatric Press, 2000.
18. Echeburúa, E. y De Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de Estrés Postraumático. *Ansiedad y Estrés*. 3 (2-3), 249-264.
19. Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). Trastorno de Estrés Postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. A Coruña: Fundación Paidea.
20. Egendorf Houghton Mifflin. Healing from the War: Trauma and Transformation After Vietnam. (El Sanarse de la Guerra: Trauma y Transformación Después de Vietnam.). New York, NY. 1985.
21. Egendorf Houghton Mifflin. Post Traumatic Stress Disorder: A Complete Treatment Guide. (El Trastorno de Estrés Postraumático: Una Guía de Tratamiento Completo). Aphrodite Matsakis. New Harbinger. Oakland, CA. 1994.
22. Foa, E. B., Davidson, J. R. y Frances, A (Eds.) (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, Supplement 16.
23. Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Publications.
24. Foa, E.B, Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539-588.
25. Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. y Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-474.

26. Foa, E.B., Rothbaum, B.O. y Steketee, G.S. (1993). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.
27. Foa, E.B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability of Post-traumatic Stress Disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
28. Friedman, M.J., Charney, D.S. & Deutch, A.Y. (1995) *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
29. Hammarberg, M. (1992). PennInventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, 4, 67-76.
30. Holmes, S.R. y McKindley, J.C. (1985). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring*. New York: Psychological Corporation.
31. Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
32. Horowitz, M.J., Wilner, N. y Álvarez, W. (1979). Impacts of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
33. Howard Levine. *Prisoners of the Past: Overcoming Post Traumatic Stress Disorder*. (Prisioneros del Pasado: El Sobreponerse al Trastorno de Estrés Postraumático). PIA Press, Summit, NJ. 1992.
34. Intervención psicológica en desastres (número monográfico). *Papeles del psicólogo*. Revista del colegio oficial de psicólogos. Epoca III. N° 68. 1997.
35. Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry*, 8° edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 1997.
36. Keane, T.M., Caddel, J.M. y Taylor, K.L. (1988). Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
37. Keane, T.M., Malloy, P.F. y Fairbank, J.A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.
38. Keane, T.M., Wolfe, J., & Taylor, K.I. (1987). Post-traumatic Stress Disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 32-43.

39. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E.J., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
40. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1996). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
41. Koopman, C., Classen, C.C., Cardena, E., & Spiegel, D. (1995). When disaster strikes, Acute Stress Disorder may follow. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 29-46.
42. Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
43. Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. New York: Brunner/Mazel.
44. Las víctimas de la violencia, de Enrique Baca Baldomero y M<sup>a</sup> Luisa Cabanas Arrate (eds.), de la editorial Triacastela, 2003
45. López Jiménez, M. A.; Calderón Pomar, M. M.; Velásquez Almario, F. El Estrés en el Personal de reacción perteneciente al Comando de Policía – Huila. Neiva, 2002. Trabajo de grado del programa de Psicología. Biblioteca Facultad de Salud Universidad Surcolombiana
46. Marsella, A.J., Friedman, M.J., Gerrity, E. & Scurfield R.M. (Eds.). (1996). *Ethnocultural aspects of Post-Traumatic Stress Disorders: Issues, research and applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
47. Millon, T. (1994). Manual for the MCMI-III. Minneapolis, MN:National Computer Systems.
48. Miguel-Tobal, J. J., González Ordi, H y López Ortega, E. (2000). Estrés Postraumático: hacia una integración de los aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 6, 255-280.
49. Miguel-Tobal, J.J., González Ordi, H. y López Ortega, E. (2002). Estrés postraumático. Conceptualización, evaluación y tratamiento. En E.G. Fernández-Abascal y M.P. Jiménez Sánchez (Eds.), *Control del estrés* (pp. 328-347). Madrid: UNED Ediciones.
50. NSW Institute of Psychiatry and Center for Mental Health. (2000). *Disaster Mental Health Response Handbook*. North Sydney: NSW Health.

51. Ochotorena, J : Trastorno por estrés postraumático. En V.E. Caballo y cols. : Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Volumen 1.Ed. Siglo XXI. 1995.
52. O'Carroll RE; Drysdale E; Cahill L; Shajahan P; Ebmeier KP (1999) Stimulation of the noradrenergic system enhances and blockade reduces memory for emotional material in man. *Psychol Med*, 29(5):1083-8.
53. Pitman, R. K. (1997) Overview of biological themes in PTSD. En: Yehuda, R. y McFarlane, A. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 821, p.1-9.
54. Psicología para después de una crisis, de Manuel Trujillo. Aguilar S.A. de Ediciones, 2002
55. Psiquiatría en Esquemas. Trastorno de estrés postraumático. J.Bobes, MP. G-Portilla, PA.. Sáiz, MT. Bascarán, M. Bousoño. Ars Médica. Barcelona. ISBN 84-9706-036-1. 2002.
56. Raymond B. Flannery, Jr. Post Traumatic Stress Disorder: The Victim's Guide to Healing and Recovery. (El Trastorno de Estrés Postraumático: La Guía de la Víctima para la Curación y Recuperación.). New York, NY. 1995.
57. Revised from Encyclopedia of Psychology, R. Corsini, Ed. (New York: Wiley, 1984, 1994).
58. Ruiz Solís, S., Mingote, C., Gonzalo, A., y colab. (2000). Aproximación neurobiológica al trastorno de estrés postraumático. *Archivos de Psiquiatría*, Vol. 63, No. 3, p. 221-240.
59. Schlenger, W. y Kulka, R.A. (1989). PTSD scale development for the MMPI-2. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
60. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Gibbon, M. (1987). Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Version NP-V. New York: Biometrics Research Department.
61. Stein DJ, Zungu-Dirwayi N, van der Linden GJH, Seedat S. Farmacoterapia para el trastorno por estrés postraumático (Revisión Cochrane traducida). En: *La Cochrane Library plus en español*, número 3, 2004. Oxford, Update Software Ltd.
62. **St. Laurent, D. (1996).** *The nutritional needs of rescue teams*. Emergency Preparedness Digest, April-June, pp. 26-27.
63. Trastorno de estrés postraumático. Julio Bobes García, Manuel Bousoño García, Alfredo Salcedo Barba, M<sup>a</sup> Paz González García-Portilla, coordinadores. Masson. Barcelona. 2000.

64. Treatments of Psychiatric Disorders, 2° edition. Gabbard and Atkinson. American Psychiatric Press, 1997.
65. Trimble, M.D. (1985). Post-traumatic Stress Disorder: History of a concept. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. New York: Brunner/Mazel.
66. Ursano, R.J., Grieger, T.A., & McCarroll, J.E. (1996). Prevention of posttraumatic stress: Consultation, training, and early treatment. In B. A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 441-462). New York: Guilford Press.
67. Yehuda, R. (1997). Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic Stress Disorder. En: Yehuda, R. y McFarlane, A. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 821, p. 57-75.
68. El trastorno por estrés postraumático puede aumentar la aparición de problemas de salud de las mujeres. *Archives of Internal Medicine*. American Medical Association, news release, June 28, 2004
69. Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). Trastorno de Estrés Postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. A Coruña: Fundación Paidea.
70. Veronen, L.J. y Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management for rape victim. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.). *Stress reduction and prevention*. New York. Plenum Press (Traducción, Desclée de Brower, 1987).

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**

# Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace,  
17 de febrero de 1999)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H  M

Estado civil: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

\_\_\_\_\_

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante **la última semana**. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

<u>Frecuencia</u>	<u>Gravedad</u>
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

- |   |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?.....   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?<br>¿Como si lo estuviera reviviendo?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?.....   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?.....   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?.....   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?.....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?.....   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## ANEXO 2.

### ESCALA CORREGIDA DE TRAUMA DE DAVIDSON

( Jonathan R. T. Davidson )

( Traducida por J. Bobes, M. T. Bascarán, M. P. González, M. Bousoño, A. Salcedo, J. A. Ormaechea, D. H. Wallace, 17 Febrero de 1999).

### CARACTERES SOCIO DEMOGRAFICOS

No. Historia Clínica \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Procedencia \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
Ocupación laboral \_

### CARACTERISTICAS DE LA GUERRA

Ocupación social \_\_\_\_\_

Evento de Guerra \_\_\_\_\_

### CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

Aquí cada uno de los ítem es un síntoma específico. Se considera, cuántas veces ha molestado el síntoma y con cuanta intensidad, durante el último tiempo

<b>FRECUENCIA</b>	<b>GRAVEDAD</b>
0 NADA	0 NADA
1 A VECES	1 LEVE
2 2 – 3 VECES	2 MODERADA
3 4 – 6 VECES	3 MARCADA
4 A DIARIO	4 EXTREMA

A. Imagen, recuerdo o pensamiento doloroso del evento

B. Pesadillas sobre el hecho

FRECUENCIA GRAVEDAD

C. El evento estaba ocurriendo de nuevo, reviviendo

D. Molesta alguna cosa que le haya recordado el evento

E. Manifestaciones físicas por recuerdos del hecho, como sudores, temblores, taquicardia, disnea, nauseas o diarrea

F. Evita pensamiento o sentimientos sobre el evento

G. Evita hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden el hecho

H. Incapaz de recordar partes importantes del evento

I. Dificultad para disfrutar de las cosas

J. Distante o alejado de las cosas y de las personas

K. Incapaz de tener tristeza o afecto

L. Dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos

M. Dificultad para iniciar o mantener el sueño

N. Irritable o accesos de ira

O. Dificultad de concentración, fácilmente distraído

P. Permanece en guardia

asustado fácilmente

Q.  
Nervioso o

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

---

---

---

---

---

---

---

---

DIAGNÓSTICO

---

Diagnóstico de Remisión

---

Diagnóstico de Ingreso

---

Diagnóstico de Egreso

---

TRATAMIENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXO 3**  
**PRESUPUESTO PARA LA REALIZACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION**

<b>RECURSOS</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>TOTAL</b>
Personal (horas diarias por costo de obras) Investigadores principales (2)	\$210.000.00	\$420.000.00
Asesor+ia epidemiològica (1)	\$40.000.00	\$40.000.00
Asesorìa científica (1)	\$40.000.00	\$40.000.00
<b>Subtotal personal</b>	<b>\$290.000.00</b>	<b>\$290.000.00</b>
<b>Materiales:</b>		
Papel	\$30.000.00	\$30.000.00
Fotocopias	\$25.000.00	\$25.000.00
Lapiceros	\$7.000.00	\$7.000.00
Impresión	\$50.000.00	\$50.000.00
Empastado	\$5.000.00	\$5.000.00
CD'S	\$10.000.00	\$10.000.00
<b>Subtotal de materiales</b>	<b>\$127.000.00</b>	<b>\$127.000.00</b>
<b>Equipos:</b>		
Computador	\$2.500.000.00	\$2.500.000.00
<b>Subtotal de equipos</b>	<b>\$2.500.000.00</b>	<b>\$2.500.000.00</b>
Imprevistos	\$150.000.00	\$150.000.00
<b>Total de aportes</b>	<b>\$3.067.000.00</b>	<b>\$3.277.000.00</b>

**ANEXO 4**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	TIEMPO EN SEMESTRES										
	I / 2004						II / 2004				
	E	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Conformación de grupos de investigación, elección del tema del estudio y visita a asesores para solicitar apoyo en la realización del trabajo de investigación.											
Anteproyecto: Antecedentes, objetivos, formulación del problema, justificación.											
Proyecto: Marco teórico, hipótesis y variables.											
Diseño metodológico: - Tipo de investigación, población y muestra, plan de recolección e instrumentos - Aspectos éticos - Diseño administrativo											
Recolección de datos											
Procesamiento de datos											
Análisis de datos											
Presentación del trabajo final											