



UNIVERSIDAD SIGLO 21
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

- TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN -



**TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS
DE MALVINAS**

ANÍBAL LEONARDO JALIL

- 2006 -

INDICE GENERAL

CAPITULO 1	7
<i>1. INTRODUCCIÓN</i>	8
1.1 Breve reseña histórica del conflicto Malvinas	10
1.2 Problema	13
1.3 Antecedentes	14
1.4 Fundamentación	21
1.5 Objetivos	24
CAPITULO 2	25
<i>2. MARCO TEÓRICO</i>	26
2.1 Introducción	26
2.2 Trauma y Psicoanálisis	28
2.3 Una mirada cognitiva-conductual	30
2.4 Desarrollo de la Categoría Diagnóstica T.E.P.T.	33
2.5 Factores de Riesgo para el desarrollo de T.E.P.T.	39
2.6 Epidemiología y Comorbilidad del T.E.P.T.	42
2.7 Neurobiología del T.E.P.T.	43
CAPITULO 3	46
<i>3. METODOLOGÍA</i>	47
3.1 Tipo de Estudio	47
3.2 Diseño de Investigación	47
3.3 Procedimiento Metodológico	48
CAPITULO 4	52
<i>4. RESULTADOS</i>	53
4.1 Resultados del Cuestionario administrado	53

4.2 Resultados de la Escala de Trauma de Davidson	60
4.3 Presentación de los resultados de la Escala de Trauma de Davidson según los criterios diagnósticos del DSM IV para el T.E.P.T.	78
4.4 Resultados de las Pruebas “T”	86
CAPITULO 5	103
5. CONCLUSIONES	104
5.1 Sugerencias	110
CAPITULO 6	111
6. BIBLIOGRAFÍA	112
CAPITULO 7	117
ANEXOS	

MI CÁLIDO AGRADECIMIENTO A:

- ✓ **Mis padres y a mi hermano**, por el apoyo incondicional, la infinita paciencia y tanto más ...
- ✓ **Julieta, mi novia**, por su amor, colaboración y constante aliento.
- ✓ **Mgter. Silvia Ayllón y Mgter. Beatriz Ergo**, por dirigir este Trabajo con tanta sabiduría como cariño.
- ✓ **Dra. Ana Faas**, por su inalterable disposición y colaboración desde el inicio de este Trabajo.
- ✓ **Mgter. Eduardo Bologna**, por sus valiosos aportes y constante asesoramiento.
- ✓ **Mis amigos/as de siempre**, por acompañarme durante todo el camino recorrido.
- ✓ **Mis compañeros/as de Facultad**, con quienes compartí todos estos años persiguiendo una meta en común.
- ✓ **Los veteranos de Malvinas**, verdaderos protagonistas de esta historia.

A quienes combatieron en Malvinas y sus familias.

Juan López y John Ward

Les tocó en suerte una época extraña.

El planeta había sido parcelado en distintos países, cada uno provisto de lealtades, de queridas memorias, de un pasado sin duda heroico, de derechos, de agravios, de una mitología peculiar, de próceres de bronce, de aniversarios, de demagogos y de símbolos. Esa división, cara a los cartógrafos, auspiciaba las guerras.

López había nacido en la ciudad junto al río inmóvil; Ward, en las afueras de la ciudad por la que caminó Father Brown. Había estudiado castellano para leer el Quijote.

El otro profesaba el amor de Conrad, que le había sido revelado en una aula de la calle Viamonte.

Hubieran sido amigos, pero se vieron una sola vez cara a cara, en unas islas demasiado famosas, y cada uno de los dos fue Caín, y cada uno, Abel.

Los enterraron juntos. La nieve y la corrupción los conocen.

El hecho que refiero pasó en un tiempo que no podemos entender.

Jorge Luis Borges

CAPITULO 1

“ INTRODUCCIÓN ”

“La guerra es castigo tanto para el victorioso como para el vencido.”

Thomas Jefferson
(1743-1826) Político Norteamericano

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de la materia “Práctica Profesional” de la carrera de Psicología, fue abierta la posibilidad de insertarse en el ámbito hospitalario. Dicha experiencia consistía, entre otros objetivos, en participar en las entrevistas de admisión del Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Privado-Centro Médico de Córdoba. Entre los diagnósticos allí efectuados, predominaban los Trastornos de Ansiedad, del Estado de Ánimo y comorbilidad entre estos. A través de la consulta bibliográfica acerca de estos trastornos, surge una especial inquietud hacia el estudio del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Los eventos traumáticos severos o catastróficos, contrastan con las experiencias o agentes estresantes cotidianos u ordinarios, exigiendo a la víctima un importante esfuerzo de afrontamiento. Aquellos individuos que no han podido adaptarse con creatividad y flexibilidad una vez superado el sufrimiento inicial, pueden quedar afectados de una manera crónica, sufriendo una constelación de síntomas que caracterizan a este trastorno específico. (Cía, 2001)

El TEPT, como condición clínica y entidad nosológica, representa parte del espectro de las posibles reacciones y respuestas ante una experiencia traumática. El trastorno impacta a la totalidad del sujeto, afectando su funcionamiento emocional, conductual, neurofisiológico, psicológico y social, así como la visión de sí mismo, del mundo y las expectativas de futuro.

Si bien cualquier evento traumático puede ser el disparador de esta patología, tales como accidentes de diversa índole, asaltos, ataques físicos o sexuales, catástrofes naturales, etc., no hay situación que atente más contra la propia integridad física y psíquica que haber participado en una guerra: en primer lugar por la cantidad y variedad de acontecimientos estremecedores propios de tal situación, y, en segundo término, por haber estado expuesto a los mismos de manera constante, durante un lapso de tiempo prolongado.

La magnitud de los eventos traumáticos o su severidad, así como su repetición en el tiempo, constituyen elementos críticos para el posible desarrollo de este trastorno. (Cía, 2001)

De esta manera, nace el interés por realizar una investigación científica aplicada con veteranos de la guerra de Malvinas, observando cuál es su situación 23 años después de haber participado en la misma.

Ante esta tentativa, pueden surgir numerosos interrogantes de diversa índole: ¿Qué secuelas psíquicas pueden estarse manifestando? De existir sintomatología, ¿Corresponde a algún trastorno específico? ¿Qué papel juega la personalidad? ¿Cuál es la situación laboral de los veteranos? ¿Existe entre ellos un sentido de pertenencia a un grupo determinado? ¿Cómo repercutió la situación de posguerra en los familiares? ¿Son ignorados dentro de la sociedad? ¿Existe un reclamo por parte de ellos?, etc.

Todos estos interrogantes ubican a la problemática a tratar como multideterminada y compleja. Supone pensarla desde varios niveles: individual, social, político, económico, grupal, etc. Las perspectivas de abordaje para el desarrollo de la temática son múltiples, lo que no impide una delimitación y focalización de la problemática sobre un eje o punto nodal. De esta manera, a modo de un primer acercamiento al fenómeno en estudio (que podrá ser complementado en investigaciones posteriores), se buscará investigar y describir, los posibles indicadores presentes de la sintomatología propia del Trastorno por Estrés Postraumático en sujetos que hayan participado en la guerra de Malvinas.

1.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL CONFLICTO MALVINAS

"La Nación Argentina ratifica su legítima e imprescriptible soberanía sobre las islas Malvinas, Georgias del Sur y Sandwich del Sur y los espacios marítimos e insulares correspondientes, por ser parte integrante del territorio nacional. La recuperación de dichos territorios y el ejercicio pleno de la soberanía, respetando el modo de vida de sus habitantes, y conforme a los principios del derecho internacional, constituyen un objetivo permanente e irrenunciable del pueblo argentino."

Disposición Transitoria Primera

CONSTITUCIÓN ARGENTINA

Para poder comprender el conflicto armado entre Argentina e Inglaterra por la soberanía de las Islas Malvinas, es necesario remitirse a ciertos antecedentes históricos.

Hacia 1.527 las Islas Malvinas fueron bautizadas como Islas San Antón por el Rey español Carlos I. El Tratado de Tordesillas de 1494 establecía que las islas permanecían dentro del ámbito geográfico español. Sin embargo, durante el siglo XVIII comienzan las primeras discusiones sobre el origen del descubrimiento del archipiélago, que se atribuían navegantes de procedencia inglesa y holandesa.

En 1.764, el navegante francés Louis de Bougainville desembarcó en las islas, fundando Port Louis situado al este de las mismas y dio al archipiélago el nombre de Malouines; del que derivaría Malvinas. Dos años más tarde, el británico John Mac Bride funda puerto Egmont dando inicio al establecimiento de ingleses al oeste del territorio.

En 1770, España reacciona ante la ocupación francesa e inglesa y logra la retirada, reafirmando la soberanía de la Corona española. En 1816 las Provincias Unidas del Río de la Plata (posteriormente Argentina) establecieron que sucedían a España en la posesión de las islas Malvinas e instalaron un gobernador en 1828.

El 3 de enero de 1833, los británicos tomaron por la fuerza Puerto Soledad y al año siguiente ocuparon el resto del archipiélago. Desde entonces y hasta el presente, Argentina ha venido reivindicando de manera permanente su reclamo a nivel bilateral y

en los foros internacionales competentes, entre ellos las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos.

En el marco del programa de descolonización de las Naciones Unidas en 1965, se invita a la Argentina y al Reino Unido a proceder a negociaciones a fin de encontrar una solución pacífica al problema de las Islas Malvinas. Durante ese período que duró hasta 1982, ambos países analizaron diferentes hipótesis de solución de la disputa; sin poder arribar a un acuerdo.

Guerra de Malvinas

En 1982, el escenario político argentino se encontraba bajo el mando de un gobierno militar que había accedido al poder mediante un golpe de estado en 1976. La situación económica estaba signada por la inflación y la deuda externa. Socialmente había un enorme descontento, que comenzaba a expresarse en manifestaciones contra el régimen. El militar Leopoldo Galtieri gobernaba el país y sabía que necesitaba urgentemente un recurso que afianzara su mandato y el poder de la junta militar.

El Gral. Galtieri y sus seguidores, creyeron que una rápida victoria sobre los ingleses lograría recuperar para el régimen militar la popularidad perdida. A su vez, esperaban unificar a las Fuerzas Armadas y, especialmente, lograr el reconocimiento de la sociedad acallando los reclamos que por entonces se multiplicaban. Los militares argentinos pensaron que los ingleses no se molestarían en defender las desoladas islas a más de 12 mil kms. de Inglaterra. Además, creyeron que contarían con el apoyo de la administración de Ronald Reagan, presidente de los Estados Unidos, quien se había aliado con las dictaduras latinoamericanas para combatir las guerrillas procomunistas.

El 2 de abril de 1982, unidades de las Fuerzas Armadas Argentinas desembarcaron en las Islas Malvinas y luego de derrotar a las tropas inglesas que defendían el territorio, izaron la bandera nacional. El gobierno conservador de Margaret Thatcher, considerando que las islas pertenecían a Inglaterra, ordenó el envío de una flota para recuperar su soberanía. Se inició así la contienda militar entre Argentina e Inglaterra por la posesión de las islas.

Cabe destacar que el gobierno militar argentino envió a la guerra a un grupo de conscriptos que poseían ciertas características especiales. Entre ellas, la escasa preparación militar y la corta edad de los soldados. Sumado a esto, el pobre

equipamiento, desde la inadecuada vestimenta y material bélico anticuado, hacía que corrieran con una gran desventaja militar.

La derrota argentina no se hizo esperar, tras 74 días de guerra y 44 de combate, el 14 de junio el General Menéndez, a cargo de las fuerzas argentinas, presenta la rendición. La confrontación bélica había dejado como saldo 649 víctimas argentinas, 323 hombres durante el hundimiento del crucero General Belgrano, mientras que 326 soldados perdieron sus vidas en las islas.

La derrota. El regreso

Al inicio de la guerra, los militares acertaron respecto de la reacción inmediata de la población: la invasión produjo un desbordamiento de sentimientos patrióticos. Esto se debió en buena medida a la manipulación de los medios de información, que exageraban ciertas victorias argentinas y callaban las noticias sobre el contraataque inglés.

Pero los argentinos no pudieron evadir mucho tiempo la realidad. Las tropas británicas, mejor entrenadas y más experimentadas, finalmente sitiaron a los soldados argentinos que se encontraban en Puerto Argentino y obtuvieron su rendición. La derrota afectó profundamente el ánimo de los argentinos. El sentimiento de fracaso llevó a la decepción total del régimen militar que los gobernaba. El fervor patriótico se tornó en manifestaciones ante la Casa Rosada y el General Galtieri se convirtió en el blanco de los ataques.

Leopoldo Galtieri renunció a la presidencia de la República y la unidad militar comenzó a resquebrajarse, abriéndose así el largo proceso que llevaría a la democracia Argentina. Luego de la renuncia de Galtieri, las Fuerzas Armadas designaron como nuevo presidente al General retirado Reynaldo Bignone. Al asumir el cargo en julio de 1982, Bignone prometió elecciones al año siguiente, y el regreso del gobierno civil antes de 1984.

1.2 PROBLEMA

¿ Se presentan indicadores de Trastorno por Estrés Postraumático en veteranos de Malvinas, veintitrés años después del conflicto bélico?

1.3 ANTECEDENTES

La guerra puede ser considerada como el evento traumático más severo, el acto de mayor violencia en gran escala generado por la raza humana. Es por este motivo que el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), como entidad nosológica, encuentra en los conflictos bélicos su origen y fuente de los más importantes desarrollos científicos sobre el tema.

Si bien la sistematización clínica y diagnóstica se produjo en 1980, las manifestaciones sintomáticas del Trastorno por Estrés Postraumático, (particularmente las vinculadas a la devastación emocional causada por guerras) , han sido descritas desde tiempo inmemorial. Según Carvajal (2002) a pesar de que la mayor cantidad de descripciones clínicas de cuadros que corresponden al actual concepto de TEPT fueron publicadas durante el siglo XX, también debe tenerse en cuenta que los primeros relatos provienen de la Grecia clásica. Por ejemplo, Hipócrates menciona pesadillas relacionadas con los combates en soldados sobrevivientes a ciertas batallas y Heródoto da cuenta en su "Tratado sobre la Historia" de los síntomas que presentaban los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón.

Además, la Revolución Francesa y la figura de P. Pinel dan inicio a la psiquiatría moderna y se incorpora esta especialidad al resto de la medicina. Los médicos militares en esa época propusieron hipótesis etiológicas para explicar los síntomas observados por algunos soldados a consecuencia de las explosiones de granadas, aunque no presentaran lesiones físicas. Tomando en cuenta los síntomas experimentados por los soldados y el efecto provocado por algunos hechos traumáticos en la población civil, Pinel describió la "neurosis cardiorrespiratoria" y los estados postraumáticos estuporosos que denominó "idiotismo". Estas descripciones corresponden al concepto de neurosis de guerra que surgirá posteriormente.

A su vez, en el marco de la Guerra Civil Norteamericana a fines del siglo XIX, síntomas como la hiperactivación, irritabilidad y taquicardia, característicos del TEPT fueron descritos por Da Costa, médico psiquiatra estadounidense, al trabajar con soldados expuestos al combate. Este autor estableció un cuadro clínico, que se conoce con el nombre de *Síndrome Da Costa* o *Corazón irritable de soldado*. (Trimble, 1981).

En investigaciones realizadas durante la Primer Guerra Mundial, se describieron algunas reacciones que presentaban soldados que habían estado expuestos a

explosiones de granadas, minas, o bien al hecho de ser testigos de las muertes de sus compañeros. Estos síntomas se caracterizaban por estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, incapacidad para mantenerse en pie o caminar, pérdidas de conciencia y pseudoconvulsiones. En 1915 en un artículo de “The Lancet” surgió el término “shell shock” que correspondía a la descripción de la pérdida de memoria, visión, gusto y olfato que presentaban algunos soldados. (Carvajal, 2002)

Luego de la Primer Guerra Mundial, otros investigadores continuaron realizando estudios y observaciones en los veteranos de guerra, describiendo síntomas propios de lo que hoy conocemos como TEPT. De esta manera, el neurólogo alemán Herman Oppenheim introducía el rótulo de “neurosis traumática”, para señalar que los problemas funcionales, se originaban, a partir de ciertos cambios en las moléculas del sistema nervioso central. Este autor fue uno de los primeros en describir los síntomas de flashbacks (reviviscencias de situaciones traumáticas en estado de vigilia) que experimentaban sus pacientes cuando viajaban en subterráneos o entraban a túneles. Los flashbacks eran sobre imágenes de estar en trincheras y otras situaciones particulares de la guerra.

Desde el psicoanálisis, Freud, aportaba algunas consideraciones con respecto a las llamadas “neurosis traumáticas”. Las “neurosis traumáticas” (enfermedades como las que provoca la guerra), se basan en una fijación al momento del suceso traumático. Estos enfermos, según Freud, repiten regularmente en sueños la situación traumática, se trasladan a esa situación, como si dicha situación se les presentara a modo de una tarea actual. (Cía, 2001).

Un aporte revolucionario fue el del psicoanalista A. Kardiner, quien trató a veteranos de la Primera Guerra Mundial entre 1922 y 1925 y publicó en 1941 su libro "The Traumatic Neuroses of War". A partir de conceptos psicoanalíticos postuló que la neurosis de guerra correspondía a una fisioneurosis, en la cual el trauma era capaz de desencadenar síntomas somáticos y psicológicos. Los pacientes que él atendió presentaban un extremo estado de hiperalerta con hipersensibilidad a los cambios de temperatura, al dolor o a los estímulos táctiles súbitos además de la respuesta emocional.

En la historia militar, el síndrome del “corazón irritable” o el “síndrome de Da Costa” de la Guerra Civil Norteamericana, y la “fatiga de combate” o la “fiebre de las trincheras” de la Primera Guerra Mundial, daban paso a las primeras hipótesis acerca de la fuerte base psicogénica de las manifestaciones observadas. Finalmente, el

"síndrome traumático patológico" descrito por Kardiner para etiquetar sus estudios en soldados expuestos a combate, confirmaron la impresión de que no sólo cada guerra genera sus rótulos diagnósticos, sino que tal experiencia debe ser considerada como la más traumatogénica de todas las acciones humanas que dan lugar a un conjunto de síntomas sorprendentemente similares" (Alarcón, 2002)

Las investigaciones continuaron al finalizar la Segunda Guerra Mundial, y nuevamente se aportaron nuevos cuadros clínicos, por ejemplo la llamada "fatiga de combate" descrita por Grinker. Los síntomas descritos en aquel momento eran irritabilidad, fatiga, dificultad en conciliar el sueño, temor, respuestas exageradas de sobresaltos y alcoholismo entre otros.

Un estudio a largo plazo sobre la traumatización masiva de las víctimas de campos de concentración, realizado por Krystal (1968/1978), mostró que la experiencia central del individuo traumatizado, consistía en el abandonarse y aceptar la muerte y destrucción como inevitable. Este autor escribió que la respuesta del trauma comprende desde un estado de ansiedad e hiperalerta, a un bloqueo progresivo de las emociones e inhibición comportamental.

En los prisioneros de guerra, el TEPT puede ser un trastorno crónico que dura toda la vida. Goldstein y col. (1987) afirma que el 29 % de los prisioneros de guerra en Japón durante la Segunda Guerra Mundial sufrían TEPT 40 y 50 años más tarde.

Los psiquiatras norteamericanos hicieron aportes significativos al desarrollo de la psiquiatría militar con ocasión de la Segunda Guerra Mundial. Mediante cuestionarios especiales, fueron creando sistemas de detección de probable psicopatología en los soldados antes de enviarlos al frente de batalla. También implementaron la presencia de especialistas en salud mental en el área de combate, facilitando una rápida recuperación de los soldados con síntomas psíquicos, evitando de esta manera, enviar a los mismos a hospitales alejados.

Entre algunos de los aportes de psicoanalistas al fenómeno de la guerra está el de Bion, quien entre 1940-1942, empezó a trabajar acerca del trauma bélico en su rol de psiquiatra militar. En el Craigmile Bottom Hospital trataba a hombres traumatizados que sufrían de conmociones emocionales por haber vivido el choque de la explosión de una granada. Este autor tomaba de referencia los aportes teóricos realizados por Sigmund Freud sobre las neurosis de guerra. Más específicamente, la teoría del instinto de muerte, desarrollada en el trabajo "Más allá del principio del placer" donde Freud hacía mención de los sueños repetitivos de los pacientes aquejados de esta neurosis. En

1942 en Northfield, Bion trabajó junto con Rickman, como psiquiatra en uno de los centros de rehabilitación de pacientes traumatizados víctimas de la guerra. Entre sus aportes, se destaca el tratamiento en grupo como factor terapéutico.

Si bien, todos los aportes presentados contribuyeron al desarrollo del concepto de TEPT en veteranos de guerra, las investigaciones psiquiátricas y/o psicológicas más importantes en la materia se centran principalmente en estudios con ex combatientes del conflicto de Vietnam (1965-1975). Puede decirse que la población de veteranos de guerra en los Estados Unidos no solamente se trata del grupo históricamente vinculado a los desarrollos y hallazgos más importantes en torno a esta entidad clínica (TEPT) en las últimas décadas, sino también probablemente del más numeroso y exhaustivamente estudiado en sus aspectos clínico, epidemiológico, etiopatogénico y terapéutico.

A pesar de las medidas en salud mental desarrolladas por el ejército norteamericano, se estima que la Guerra de Vietnam (1964-1973) dejó unos 700.000 veteranos que han requerido de algún tipo de ayuda psicológica. El denominado síndrome post Vietnam se diagnosticó con una alta frecuencia en la década de 1970 y este hecho constituyó uno de los factores importantes para que la Asociación Psiquiátrica Americana incluyera al TEPT como una de las patologías en el DSM-III de 1980. Así se inició una nueva época con el reconocimiento por la comunidad científica de esta entidad nosológica” (Carvajal, 2002)

Más específicamente, el estudio epidemiológico más sólido en relación a la prevalencia de TEPT en la población de veteranos de la guerra de Vietnam fue el “Estudio Nacional de Readaptación de Veteranos de Vietnam” (NVVRS), el cual fue llevado a cabo por Kulka (Kulka, 1988). Éste estuvo basado en entrevistas cara a cara con 3.016 veteranos, utilizando un instrumento estructurado junto con escalas e inventarios. Dicha investigación revela que 30,6 % de soldados varones y 26,9 % de mujeres sufrieron los síntomas de TEPT en algún momento de sus vidas. Seis meses después, en una segunda evaluación, las personas afectadas por este trastorno eran el 15,2 % en la población masculina y 8,5 % en la femenina. Estas estimaciones permitieron dos conclusiones: estimar que alrededor de 500.000 de los 3.200.000 soldados que sirvieron en Vietnam podrían tener TEPT al momento de la segunda evaluación, e inferir que aproximadamente la mitad de los casos de TEPT por un trauma relativo al combate, presenta un curso crónico. (Davidson, 1993)

A su vez, Alarcón (2002) postula que inclusive, en veteranos de Vietnam, se han descrito intervalos de hasta 10 ó 15 años entre el retorno al hogar y la aparición de

síntomas de TEPT, al igual que la investigación presentada por Breslau y Davis (1987) en donde postulan que veteranos que participaban de atrocidades en la guerra presentaban rasgos característicos de TEPT 10 años más tarde de finalizada la guerra.

Archibald y Tuddenham (1965) determinaron que veteranos de guerra que no presentaban síntomas de TEPT al finalizar la misma, desarrollaron este cuadro 15 años más tarde, en coincidencia con eventos característicos o disparadores como ser el nacimiento de un hijo, la pérdida de un cónyuge, jubilación o enfermedades orgánicas.

Un estudio encontró que pesadillas, sobresaltos e insomnio eran los síntomas más comunes, en tanto que embotamiento emocional y sentimientos de culpa apenas eran detectados. (Herman, 1992).

Otro estudio, reportó imágenes o pensamientos invasores y revivencia del evento en 100 % de los casos, reacción de estupor en 88 %, insomnio en 81 %, suspicacia en 79 %, conducta evitativa en 65 % y baja de la concentración en 58 %; pero sentimiento de culpa sólo en un 9 % de los estudiados. (Davidson, Hughes, Blazer, 1991).

Una investigación de prevalencia del TEPT en combatientes de Vietnam detectó una tasa de 28% de TEPT entre aquellos expuestos a un nivel medio de combate y, del 45 % entre los que tuvieron que afrontar el nivel más alto. (Snow, Stellman y col., 1988).

Card (1987), por su parte, condujo un estudio de seguimiento en una muestra de 1500 personas, 481 de las cuales eran veteranos de Vietnam, 502 veteranos de otras guerras y 487 no veteranos. La prevalencia de vida de TEPT fue 19,3%, 12,9% y 12,1 %, respectivamente. En este estudio se observa que no hay una diferencia significativa entre los veteranos y aquellos que no lo son.

Herman (1992) afirma que en estudios psicofisiológicos en veteranos de Vietnam diagnosticados con TEPT, sonidos de helicópteros, armas de fuego e imágenes de combate, activan respuestas de miedo condicionado, mientras que una investigación llevada a cabo por Lavie (1998) comprueba trastornos del sueño en el 68% de los casos en una muestra de veteranos de Vietnam diagnosticados con TEPT.

En un estudio norteamericano, donde se midieron las variables agresión, cólera y hostilidad en veteranos de la guerra de Vietnam diagnosticados con TEPT y en veteranos sin TEPT., los resultados arrojaron niveles más altos en las tres variables (agresión, cólera y hostilidad) en los diagnosticados con TEPT. (Lasko, 1994)

McNally y Shin (1995) investigaron el coeficiente intelectual en veteranos de Vietnam. Aquellos que fueron diagnosticados con TEPT tuvieron un coeficiente

intelectual disminuido respecto a sujetos de control. Estos pacientes presentaban déficit en la memoria autobiográfica, caracterizada por una inhabilidad en evocar recuerdos específicos respecto a los grupos de control.

En cuanto a los posibles factores de riesgo prebélicos, por ejemplo en lo que respecta a antecedentes psiquiátricos, se encontró que soldados que desarrollaron TEPT a su retorno de Vietnam, tenían historias de depresión, otros trastornos afectivos y abuso de alcohol antes de enrolarse en el ejército. Habían tenido igualmente frecuentes problemas de aprendizaje, trastorno de déficit atencional con hiperactividad y enuresis nocturna. Su rendimiento escolar y relación con maestros y otras figuras de autoridad mostraba serias deficiencias. (Blank, 1993)

En relación a la existencia de TEPT como consecuencia de la guerra en sujetos no expuestos directamente al trauma, Rosenheck en 1985 describió síntomas traumáticos en los hijos de los veteranos de guerra de Vietnam muchos años después de la experiencia traumática de los padres. Se ha encontrado una traumatización vicaria entre padres, hijos y hermanos que no fueron expuestos directamente al evento traumático (Herman, 1992). Por traumatización vicaria se entiende el impacto emocional que pueden sufrir quienes están muy cercanos a quien fue víctima del trauma de forma directa.

Por otro lado, se han encontrado por cierto semejanzas y diferencias en muestras de veteranos de la guerra del Golfo Pérsico, librada a comienzos de la década de 1990, en comparación con cohortes de Vietnam. Pareciera que la prevalencia global es menor, debido probablemente a la diferente naturaleza de este conflicto, con limitadas acciones militares en tierra; sin embargo, algunos estudios parecen indicar que la frecuencia de casos diagnosticados tiende a aumentar con el tiempo, que los síntomas de hipervigilancia parecen ser más severos y que factores de género y pre-traumáticos son más visibles que en otras muestras (McFarlane, 2000)

Vasterling y col. (1998) en su trabajo con veteranos de la Guerra del Golfo detectaron deterioros cognitivos en funciones de memoria y atención entre otros, además de síntomas de desinhibición social. Un estudio norteamericano con una muestra de veteranos de la misma guerra evidencia una relación recíproca entre los diagnósticos de Trastorno por Estrés Postraumático y Depresión (Eriksson, 2001), mientras que otra investigación también llevada a cabo con veteranos de la Guerra del Golfo, indica que se han aplicado instrumentos para medir TEPT y Depresión. Luego de

24 meses, en la segunda medición, los índices de Depresión bajaron, no así los de TEPT. (Sharkansky, 2000)

Finalmente, puede decirse que la correlación entre eventos traumáticos, síntomas y curso clínico es otro campo en el que se investiga activamente. Helzer (1987) determinó que la exposición al combate y al asalto físico fueron eventos específicamente asociados con cronicidad. Davidson (1991), en su estudio en veteranos y otros pacientes con TEPT en el estado de Carolina del Norte, encontró que los eventos más cercanamente vinculados a cronicidad fueron combate, ser testigo de ataques o asesinatos o ser víctima de agresión física, en tanto que sentimientos de culpa (en sobrevivientes) y conducta evitativa fueron los síntomas más llamativos. En el mismo estudio se encontró que fobia social y trastorno de somatización parecían mostrar comorbilidad más frecuente con TEPT crónico que cualquier otra condición clínica.

Según O'Brien y col. (1996) los veteranos que experimentan mayor cantidad de síntomas intrusivos (reviviscencias o flashbacks) eran más vulnerables a mantener síntomas de TEPT crónico, aún 14 años después del conflicto bélico.

Como es posible apreciar en la revisión bibliográfica, la descripción de síntomas psiquiátricos y psicológicos vinculados a la experiencia de la guerra provienen desde la antigüedad, y se centran principalmente, en estudios realizados con veteranos norteamericanos de la Guerra de Vietnam. Mientras que no se encontraron aportes latinoamericanos significativos en la materia, lo cual resulta paradójico en una región que a través de la historia ha estado signada por los conflictos armados, el terrorismo de estado y los enfrentamientos civiles.

Específicamente, no se hallaron desarrollos científicos rigurosos y sistematizados acerca de TEPT en veteranos de la Guerra de Malvinas (1982), cuestión que supone un descuido si se considera a dicha población como sometida a una experiencia altamente traumática como es la guerra. Desde el presente trabajo de investigación, se plantea la necesidad de investigar el fenómeno del TEPT 23 años después en ex combatientes de la Guerra de Malvinas para, a partir de este conocimiento, poder implementar estrategias claras y consensuar criterios acerca del tratamiento de dicha patología.

1.4 FUNDAMENTACIÓN

Volver de la guerra requiere un proceso de reorganización psíquica que abarca amplios y variados sectores de la vida humana y cotidiana.

“La guerra, como experiencia desorganizadora y traumática, implica a su término la necesaria revalorización de la vida por encima de la supervivencia, desde la inhibición de los impulsos agresivos hasta la recuperación de los estados de deseo sin que esto atente contra la vida, así como la reimplantación del temor a la muerte en su justa medida”. (Pisoli, 2000)

Tareas psíquicas de difícil elaboración si se carece de complejas redes de articulación entre el sujeto, grupo, las instituciones y la sociedad. En el caso de los sujetos que participaron del conflicto de Malvinas, numerosos grupos de veteranos continúan dándose cita en las plazas más importantes de cada provincia argentina. Acampan por meses emitiendo un reclamo que contiene tres puntos principales:

- Una pensión “digna”
- Una atención en salud tanto física como psicológica
- Un resarcimiento moral y económico del Estado Argentino

Frente a este sentimiento de abandono y demanda de atención, se hace evidente un complejo estudio donde la perspectiva psicológica no puede permanecer ausente. Es a partir del conocimiento y no del abandono o la indiferencia, desde donde se puede comenzar a responder a las necesidades de asistencia de una población en riesgo.

Un ejemplo claro de esto, radica en la inexistencia de una estadística oficial sobre la cantidad de veteranos suicidados luego de finalizada la guerra, debido a la falta de un ente organizador que centralice los datos. Distintos medios de prensa nacionales y centros de agrupación de veteranos, estiman que los ex-combatientes que han cometido suicidio luego del conflicto bélico se aproximarían a los 350 casos, mientras que 649 fueron los hombres caídos en combate. Esta última cifra pertenece a la estadística oficial del Ejército Argentino.

El trastorno por Estrés Postraumático es un trastorno que puede durar muchos años y hasta toda la vida, en una proporción de individuos que no son tratados (Green y col., 1994).

Si bien la Guerra de Malvinas fue considerada como un conflicto de baja intensidad por la brevedad y los escasos días en que realmente se prolongó el combate en comparación con otros conflictos bélicos, ya que fueron 74 días de guerra con 44 días de combate, cabe discriminar algunas características especiales que pudieron haber perjudicado a los ex combatientes y que reafirman la necesidad de priorizar la tarea diagnóstica desde las disciplinas de la salud mental.

Como agentes estresores inmediatos, puede mencionarse como el de mayor significación el hecho de las vivencias traumáticas propias de toda situación de guerra. Experiencias que estuvieron acompañadas de condiciones generadoras de profundo sufrimiento, así como factores de predisposición para el desarrollo de un trastorno. Entre ellos podrían mencionarse: deficiencias en la satisfacción de necesidades básicas, irregularidad y privación del sueño, incertidumbre por la ignorancia de la real evolución de las operaciones, inadecuada preparación para el combate, asignación de roles para los que no se hallaban preparados, etc.

Además, si se toma en cuenta los factores de riesgo para desarrollar un TEPT, la edad en la que se vive el hecho traumático es una característica a tener en cuenta. La mayoría de los combatientes argentinos, no eran soldados de profesión sino conscriptos adolescentes, en algunos casos con un solo mes de instrucción.

Herman (1992) comenta que diferentes estudios afirman que los soldados adolescentes que han estado expuestos a combates, tienen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno por Estrés Postraumático.

No sólo corrían con la desventaja de la escasa formación militar, sino también en la falta de equipamiento como ser uniformes adecuados al clima y elementos de combate. Además, la situación de posguerra, donde se hacían presentes la frustración por la derrota militar, la decepción de un pueblo y la idea de haber combatido una guerra inútil e imposible de ganar. A este contexto inicial instalado al regreso de los veteranos, se sumó la falta de una política estatal e institucional que diera respuesta a las demandas de sujetos que, aún hoy, se perciben como víctimas del rechazo y la indiferencia social. Dadas estas condiciones, se trata de una población en riesgo, la cual constantemente se encuentra emitiendo mensajes y pedidos de asistencia.

Investigar la presencia de indicadores de Estrés Postraumático, no sólo arrojaría una aproximación diagnóstica en el plano de la Psicología, sino que también sería un pilar fundamental donde podrían apoyarse futuros proyectos de intervención

psicoterapéutica, donde puedan verse beneficiados aquellos sujetos que fueron víctimas de este terrible acontecimiento.

1.5 OBJETIVOS

General:

- Relevar indicadores de Trastorno por Estrés Postraumático en una muestra no probabilística de veteranos de Malvinas residentes en la ciudad de Córdoba e interior de la provincia.

Específicos:

- Detallar los datos sociodemográficos de los veteranos en estudio (sexo, edad, estado civil, ocupación y lugar de residencia).
- Describir indicadores de T.E.P.T. en cuanto a su frecuencia y gravedad.
- Observar la incidencia de los factores de riesgo en los indicadores de T.E.P.T.

CAPITULO 2

“ MARCO TEÓRICO ”

“Se tardan veinte o más años de paz para hacer a un hombre, y bastan veinte segundos de guerra para destruirlo.”

Balduino I

(1930-1993) Rey de Bélgica.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, los seres humanos se han visto expuestos a actos terribles: guerras, genocidios, torturas, mutilaciones y otros hechos criminales; a catástrofes naturales como terremotos, inundaciones, y otros eventos traumáticos como accidentes, violaciones o abuso sexual y demás adversidades. Frente a ellos, muchos individuos han podido adaptarse con creatividad y flexibilidad una vez superado el sufrimiento inicial, mientras que otros han quedado afectados por estas situaciones traumáticas, sufriendo las consecuencias biopsicosociales de las mismas, entre las que se encuentran diversas enfermedades.

Cía (2001) entiende por trauma a la presencia de trastornos emocionales en el sujeto, producto de la exposición a eventos de naturaleza grave o catastrófica. Cualquier hecho grave de carácter amenazante, exige un importante esfuerzo de afrontamiento; el cual se manifiesta en la víctima de distintas maneras, por ejemplo: pesadillas o reminiscencias, apatía, irritabilidad, perturbaciones emocionales, trastornos del sueño, entre otros.

Las posibles consecuencias que pueden suscitarse luego de haber sufrido un evento traumático, guardan una estrecha relación con la capacidad de “resiliencia” del individuo. Término de la ciencia Física, que significa el índice de resistencia al choque de un material. La Psicología, ha adoptado este concepto para referirse a la resistencia al sufrimiento, y señala tanto la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia. Refiere también, a la capacidad humana de enfrentar una situación de adversidad, sobreponerse y hasta salir fortalecido de la misma. (Cyrulnik, 2005).

Las patologías que generalmente desarrollan las personas que no han podido superar el impacto del evento traumático son: Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), otros trastornos de ansiedad y/o trastornos del estado de ánimo.

“Cuando irrumpe con fuerza excepcional un acontecimiento estremecedor, y en lugar de constituirse un eslabón más de la cadena experiencial, perfora las defensas,

puede instaurarse el cuadro llamado Trastorno por Estrés Postraumático”. (Halsband, 2002).

En cuanto a la epidemiología, las estadísticas muestran que el 31% de las mujeres y el 25 % de los hombres expuestos a un trauma, sufren de TEPT. La prevalencia está relacionada con la naturaleza de la situación traumática. Por ejemplo, en personas que han sido testigos de algún suceso traumático, se calcula que alrededor del 15 % desarrollarán TEPT, mientras que aquellas personas que han sido víctimas de una violación, se estima que el 50 % desarrollará esta enfermedad. Con respecto a los veteranos de guerra, el 30 % sufre este trastorno. (Cía, 2001)

Como se describió en los antecedentes, a lo largo de la historia, algunos investigadores fueron observando y estudiando las consecuencias psíquicas y físicas que presentaban las personas que por algún motivo habían sido víctimas directas o testigos de estremecedores acontecimientos.

Se considera al célebre papiro egipcio Kuniyus, de aproximadamente 1900 años A.C., como el primer documento que informa de la respuesta de grupos humanos a eventos traumáticos, en este caso feroces inundaciones causadas por crecidas del Nilo a lo largo del delta. Las tragedias de Homero, las obras de Shakespeare, las novelas de Dickens y relatos históricos tales como el diario de Samuel Pepys sobre el gran incendio de Londres en 1666, coinciden en detallar dramáticas perturbaciones anímicas y conductuales en víctimas de diversos traumas. (Carvajal, 2002).

En el siglo XVIII, la famosa Épica de Gilgamesh, ambientada 3000 años A.C., relata el sufrimiento de un héroe mesopotamio luego de la muerte de su hijo en una acción de guerra. En 1860, Erichsen describió una serie de problemas psicológicos en trabajadores de los nacientes ferrocarriles británicos, víctimas de serios accidentes laborales. (Cía, 2001).

De esta manera, se fueron creando distintos cuadros clínicos. Aquellos que han tenido su origen en la guerra o distintos contextos donde el combate estaba presente, fueron brevemente descritos en los antecedentes de este trabajo. Sin embargo, cabe detenerse de forma más detallada en las aportaciones de algunos autores de la teoría Psicoanalítica.

2.2 TRAUMA Y PSICOANÁLISIS

La palabra “trauma” proviene del griego y significa *herida*. En cuanto al trauma en la literatura psicoanalítica, Freud incluyó en la esfera psíquica las significaciones inherentes a esta palabra: la de una herida violenta y sus consecuencias sobre el conjunto del organismo.

En los comienzos del psicoanálisis, el trauma designaba a un acontecimiento puntual de la historia del sujeto, cuya fecha podía establecerse con exactitud y que resultaba subjetivamente importante por los efectos penosos que desencadenaba. El trauma implicaba una falta de “abreacción” de la experiencia vivida, que persistía en el interior de psiquismo como un cuerpo extraño.

El acontecimiento recibía valor traumático mediante circunstancias específicas: las condiciones psicológicas en las que se encontraba el sujeto en el momento del acontecimiento, la situación real que impedía una reacción adecuada, y finalmente, sobre todo, según Freud, el conflicto psíquico que impide al sujeto integrar en su personalidad conciente la experiencia que le ha sobrevenido. (Lagache y Pontalis, 1996)

En 1895, en su artículo “Estudios sobre la histeria”, Freud afirmaba que las consecuencias del trauma eran la imposibilidad del aparato psíquico de liquidar las excitaciones según el “principio de constancia”. Principio mediante el cual, el aparato psíquico mantendría un equilibrio energético. En otras palabras, lo que le conferiría el valor “traumático” a un acontecimiento sería la imposibilidad de reacción ante el mismo. En este punto, Freud, se preguntaba qué es lo que impide que esta reacción sea posible, abriendo de esta manera el camino a su teoría de la represión.

Durante 1890, Freud desarrollaba su teoría de la seducción, relacionando los síntomas con una experiencia sexual traumática. Luego, a raíz de una reformulación de su teoría postuló que las historias que relataban sus pacientes histéricas, nunca habían tenido lugar en el plano de lo real, sino que eran producto de la esfera de las propias fantasías. Freud y Breuer, inspirados en Janet, pensaban que algo tomaba el carácter de traumático porque era disociado y permanecía fuera del conocimiento conciente, llamando a este estado “histeria hipnoide”.

En 1896, Freud, abandonó la disociación como proceso central patogénico relacionado al trauma y comenzó a desarrollar sus contribuciones originales, afirmando que los deseos instintivos reprimidos constituían la base funcional de las neurosis.

Posteriormente estableció que no hay fundamentos que hagan presuponer la presencia de los estados hipnoides, previamente mencionados.

No es objetivo de este trabajo profundizar en los conceptos de la teoría psicoanalítica, ni hacer un detallado informe de cómo Freud fue elaborando y reelaborando sus teorías en relación al origen de las neurosis. Sin embargo, es preciso comentar las observaciones que apuntaba este autor con respecto a las llamadas “neurosis traumáticas”.

Las “neurosis traumáticas” se desencadenaban a partir de la experiencia de un individuo al sufrir algún grave accidente donde el sujeto había experimentado un terror intenso. En la literatura psicoanalítica se puede encontrar las primeras descripciones sintomáticas de esta enfermedad en el artículo de Breuer y Freud “Estudios sobre la histeria”.

“Durante los primeros días posteriores al accidente, junto con su recuerdo se repite el estado hipnoide de terror; pero al acontecer esto mismo con más y más frecuencia, su intensidad decrece a punto tal que ya no alterna con el pensar despierto, sino que sólo subsiste junto a él. Ahora se vuelve continuo y los síntomas somáticos, que antes persistían únicamente en el ataque de terror, cobran una existencia duradera.” (Breuer, 1895).

Seis años más tarde, Sigmund Freud, describía otros síntomas de estas neurosis al observar un teniente internado en un hospital debido a la guerra.

“También en esta oportunidad se observaban los fuertes temblores que a primera vista confieren tan grado parecido a los casos acusados de esta neurosis; estado de angustia, tendencia al lloriqueo, inclinación a unos ataques de ira con manifestaciones motrices convulsivas e infantiles, y al vómito ante la menor emoción”. (Freud, 1901)

Trazando un paralelo con las neurosis de transferencia, y teniendo en cuenta el concepto de fijación de Freud, éste opinaba que así como una paciente histérica quedaba rezagada en cierto período de su pasado (y en la mayoría de los casos en fases muy tempranas de la vida), aquellas personas que sufrían de neurosis traumática, tenían como base de la enfermedad una fijación al momento del accidente traumático. (Freud, 1917)

Otro punto que destacaba el psicoanalista, era aquel referido a los sueños. Freud observaba que estos pacientes repetían regularmente en sus sueños la situación traumática vivida, lo que lo llevó a concluir que estas pesadillas constituían una

excepción a su teoría donde la vida onírica marcaba una tendencia encubierta de la expresión de un deseo.

Además, observó otro síntoma característico de los que hoy llamamos “Trastorno de Estrés Postraumático”, y era aquél referido a la evitación de estímulos asociados al trauma.

“No he sabido que los enfermos de neurosis traumática frecuenten mucho en su vida de vigilia el recuerdo de su accidente. Quizá se esfuercen más bien por no pensar en él.” (Freud, 1920).

Años más tarde, Freud se interesó en relacionar las neurosis traumáticas con las causas de las neurosis de transferencia; intento que quedó suspendido por no contar con un análisis exhaustivo de algún caso de neurosis traumática. Sin embargo, en su artículo “Inhibición, síntoma y angustia”, sospecha firmemente que esta enfermedad debiera tener conexiones con la vida anímica inconciente.

“Después de todo lo que sabemos acerca de la estructura de las neurosis más simples de la vida cotidiana, es hartamente improbable que una neurosis sobrevenga solo por el hecho objetivo de un peligro mortal, sin que participen los estratos inconcientes más profundos del aparato anímico.” (Freud, 1926).

2.3 UNA MIRADA COGNITIVA-CONDUCTUAL

Las categorías de reacciones a los sucesos traumáticos incluyen respuestas diversas. Éstas son emocionales, biológicas, comportamentales y cognitivas.

Además de la amenaza real de vida que puede haber existido en el momento traumático, es de vital importancia la significación singular que el individuo le otorgue. Es decir, la evaluación subjetiva del suceso y sus consecuencias, puede llegar a ser distinta en dos sujetos que hayan experimentado juntos la misma situación traumática.

Una de las consecuencias que puede acarrear haber sido víctima de algún suceso de estas características, es la modificación en el sistema de creencias de la persona y los pensamientos asociados a los distintos estímulos y contextos por donde transita.

“La víctima siente que el mundo ya no es un lugar seguro para él, toma conciencia de su vulnerabilidad y se manifiestan pensamientos negativos y creencias disfuncionales” (Flannery, 1992).

Los pensamientos negativos tienden a ser automáticos y no están basados en la razón y la lógica, sino que son producto de asociaciones aprendidas y provocan una reacción emocional específica. Con respecto a las creencias disfuncionales, constituyen un sistema, a través de las cuales las personas vivencian al mundo e interpretan los diferentes eventos de sus vidas. “Son supuestos que los sujetos mantienen respecto al mundo que los rodea y funcionan como anteojos ahumados, en donde al mirar a través de esos cristales todo se ve como si estuviese teñido del color de los mismos” (Cía, 2001)

El siguiente cuadro que ilustra estas creencias es tomado de Cía. (2001)

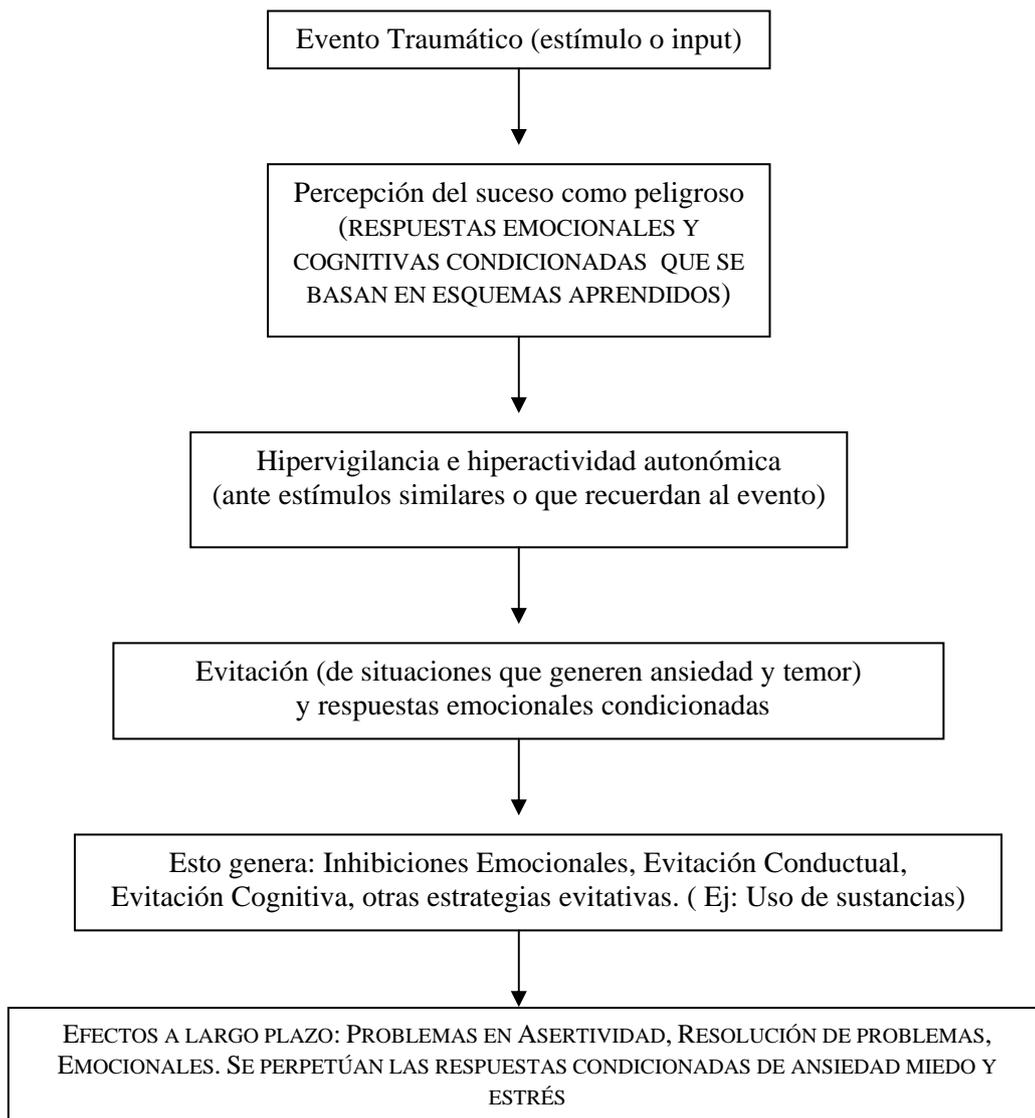
CREENCIAS PRE-TRAUMA	CREENCIAS POS-TRAUMA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Invulnerabilidad: <i>Eso no me puede pasar a mí</i> ✓ Confianza en sí mismo: <i>Me siento bien, sé que puedo lograr lo que quiero</i> ✓ Confianza en el futuro: <i>Voy a ser feliz en el futuro</i> ✓ <i>Yo puedo</i> ✓ Sensación de que el mundo tiene un sentido ✓ Confianza en las personas ✓ Sentir que el mundo es un lugar seguro 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preocupación recurrente: <i>Me va a volver a pasar</i> ✓ <i>No valgo nada, no voy a poder hacer lo que me propongo</i> ✓ <i>Nunca voy a lograr estar bien</i> ✓ <i>No logro nada. No voy a poder</i> ✓ Sensación de no encontrarle sentido a nada ✓ Desconfianza en todo y en todos ✓ Sensación de inseguridad en todos lados

Otra forma de estudiar los síntomas de este Trastorno es a través de la Teoría del Condicionamiento, donde se postula que a través de una asociación repetitiva de estímulos, se pueden provocar respuestas condicionadas o aprendidas.

La víctima de un acontecimiento traumático queda tan hiperactivizada, que un mínimo estímulo que de alguna manera conduzca por la memoria asociativa al mencionado hecho (por ejemplo una imagen) puede provocar una crisis de angustia. Esto obliga al sujeto en cuestión, evitar sistemáticamente todo aquello que tenga relación alguna con el accidente.

Herman (1992) comenta estudios picofisiológicos en ex-combatientes diagnosticados con TEPT, que sonidos de helicópteros o de armas de fuego o imágenes de combate, activan respuestas de miedo condicionado.

Modelo del TEPT según la teoría cognitiva-conductual. (Modificado de Halsband, 2002).



2.4 DESARROLLO DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En la sexta edición de La Clasificación de Enfermedades Mentales (CIE-6, 1948) efectuada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se introduce por primera vez un criterio diagnóstico de este trastorno, a partir de estudios realizados por psiquiatras con soldados y civiles de la Segunda Guerra Mundial. La denominación que adoptó este trastorno en aquel momento fue “Trastorno Adaptativo Situacional Agudo”.

La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) decidió incluir en su primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM I, 1952) el nombre “Perturbación Transitoria Situacional de la Personalidad”.

En 1968, tanto el DSM-II como la CIE-8, utilizaron el mismo término para hacer referencia a este trastorno: “Perturbación o Disfunción Transitoria Situacional”.

La necesidad de una categoría diagnóstica relacionada al estrés se sintió, en especial, luego de la guerra de Vietnam, por aquellas personas que habían estado vinculadas con el conflicto bélico. En el año 1974 se constituyó el VVWG (Vietnam Veterans Working Group). Este grupo llamó la atención de La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) respecto a la necesidad de reconocer e incluir los síndromes relacionados al estrés en su Manual Diagnóstico. Finalmente, en 1978, se aprobó la inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático para ser incluido en el DSM-III, que fuera publicado en 1980.

En aquella instancia se distinguieron dos subtipos de TEPT.

Agudo: los síntomas comienzan en el transcurso de los 6 meses posteriores al trauma, con una duración que no excede los 6 meses.

Crónico o demorado: los síntomas se manifiestan con posterioridad a los 6 meses de ocurrido el hecho, pudiendo perdurar 6 meses o más.

Posteriormente en el DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2001) se modificó esta clasificación reemplazándola por la siguiente:

Agudo: Si la duración de los síntomas es menor de 3 meses.

Crónico: Si la duración de los síntomas es de 3 meses o más

De inicio demorado: Si el inicio de los síntomas se manifiesta con posterioridad a los 6 meses de ocurrido el hecho.

En el DSM IV el **TEPT** se encuentra clasificado dentro de los Trastornos de Ansiedad, porque uno de los criterios que definen al diagnóstico es la hiperactivación (arousal) y también está presente la ansiedad en lo que hace a los llamado síntomas intrusivos, en los que el sujeto se ve invadido por vivencias no deseadas. (Halsband, 2002)

Los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para el TEPT son los siguientes:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido las siguientes condiciones:

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.

En la CIE-10 (OMS, 1992) el Trastorno de Estrés Postraumático se encuentra dentro de la clasificación “Reacciones a estrés grave y Trastornos de Adaptación”

Los criterios diagnósticos según la CIE – 10 (OMS, 1992) para el TEPT son los siguientes:

- Surge como respuesta tardía a un evento estresante, o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en un número mayoritario de personas
- Ciertos rasgos de personalidad (ej: compulsivos o asténicos), o antecedentes de enfermedad neurótica pueden predisponer el padecimiento de la enfermedad, disponer un descenso en el umbral de la aparición del síndrome o agravar su curso.
- Sus características: episodios reiterados de reviviscencias o sueños, persistente sensación de “entumecimiento” emocional, desapego, falta de capacidad de respuesta, anhedonia y evitación de todo lo que evoca al trauma.
- Suelen temerse, e incluso evitarse las situaciones que recuerden o sugieren al trauma
- Pueden presentarse estallidos agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original
- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia e incremento de la reacción de sobresalto e insomnio
- Los síntomas se acompañan de ansiedad y/o depresión, y no son raras las ideaciones suicidas
- El consumo excesivo de sustancias o alcohol puede ser un factor agravante del cuadro
- Comienza con un período de latencia luego del trauma cuya duración varía desde unas pocas semanas a meses.

- El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación, en la mayoría de los casos
- En algunos casos el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad.
- Se diagnostica si aparece dentro de los 6 meses posteriores a un hecho traumático. Establecer un diagnóstico fuera de este término es posible cuando sus manifestaciones clínicas son típicas y la alternativa de otro diagnóstico no es viable. Deben estar presentes: las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes (vigilia) o de ensueños reiterados. Suelen estarlo: el desapego emocional, el embotamiento afectivo, la evitación de estímulos relacionados al trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico.

***Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno de Estrés Agudo (TEA).
Diagnóstico Diferencial.***

Si bien estas dos categorías acusan semejanzas, es importante presentar las diferencias para cada diagnóstico.

El TEA incluye a la mayoría de los síntomas del TEPT y a otros relacionados a la disociación. Esta categoría está incluida en el DSM-IV para diagnosticar a los sujetos que exhibían los síntomas dentro de las primeras cuatro semanas, puesto que el TEPT no puede ser diagnosticado hasta un mes después de haber transcurrido el evento estresante.

Además de los síntomas disociativos, un individuo para ser diagnosticado con TEA debe cumplir con una sola de las siguientes categorías: Reexperimentación, Evitación, Hiperactivación. A diferencia del TEPT, que requiere la presencia simultánea como mínimo de: Tres síntomas de la categoría de Evitación y dos o más de la categoría de Hiperactivación.

El TEA debe durar como mínimo dos días y como máximo cuatro semanas, y aparece dentro del primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

A pesar de que el TEA es un predictor posible del TEPT, no todos los que presentan un Trastorno de Estrés Agudo desarrollan luego un Trastorno por Estrés Postraumático. Asimismo personas que no desarrollaron un TEA pueden, eventualmente sufrir un TEPT.

De todas maneras, la mayoría de los sujetos que presentan un TEA se encuentran en un mayor riesgo de contraer un TEPT. Por estas razones, el Trastorno de Estrés Agudo es criticado por algunos autores, por tener poco valor predictivo. (Cía, 2001)

*Tríada clínica característica del Trastorno por Estrés Postraumático
(Modificado de Carvajal, 2002)*

Síntomas de Reexperimentación	Síntomas de Evitación	Síntomas de Hiperactivación
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ideación Intrusiva ◆ Pesadillas ◆ Flashbacks ◆ Molestias psicológicas asociadas al trauma ◆ Respuestas fisiológicas asociadas al trauma 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evitación de pensamientos y/o sentimientos sobre el hecho traumático ◆ Evitación de estímulos (personas, lugares, etc.) que recuerden el hecho traumático ◆ Incapacidad para recordar aspectos asociados al hecho traumático ◆ Disminución del interés ◆ Sensación de aislamiento ◆ Anestesia Emocional ◆ Pérdida de expectativas Futuras 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Insomnio ◆ Irritabilidad ◆ Dificultades en la concentración ◆ Hipervigilancia ◆ Respuestas exageradas de sobresalto

Además de los síntomas citados anteriormente, el TEPT puede presentar otros síntomas que deben tenerse en cuenta (Cía, 2001)

- **Actos autodestructivos:** Estas acciones generalmente se presentan en personas que han sufrido abuso físico o han sido víctimas de violaciones durante su infancia. Estas acciones pueden llegar a manifestarse como intentos suicidas, daños físicos auto-provocados, mutilaciones, etc.
- **Daños a terceros:** Se manifiesta cuando la víctima se transforma en victimario atacando a otras personas. También ocurre generalmente en personas que fueron abusadas sexual o físicamente cuando eran niños.
- **Exposición compulsiva al trauma:** Se trata de individuos que intentan re-exponerse compulsivamente a situaciones similares del trauma vivido. Por ejemplo mujeres que continuamente buscan relaciones con hombres que las maltratan.

2.5 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TEPT

Herman (1992) define al factor de riesgo como una característica o condición especial, cuya presencia se asocia a un incremento en que la posibilidad de un trastorno específico esté presente o se desarrolle.

Cía (2001) diferencia los factores de riesgo en pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos.

Entre los factores *pretraumáticos* se encuentran:

- Género: las mujeres presentan más posibilidades de generar un TEPT
- Edad: ser menor de 25 años
- Status socioeconómico bajo
- Exposición previa a traumas
- Trastorno psiquiátrico preexistente

- Historia familiar de trastornos psiquiátricos.

Entre los factores *peritraumáticos* (que tienen que ver con las características del hecho) se encuentran:

- Severidad del trauma: a mayor magnitud de la exposición traumática mayor es la posibilidad de desarrollar un TEPT.
- Naturaleza del trauma: las víctimas de violencias interpersonales como asaltos o violaciones son más propensas a generar un TEPT que aquellas que fueron víctimas de eventos impersonales como ser un desastre natural.
- Participación en atrocidades: como perpetrador, testigo o víctima de las mismas.

Entre los *Factores Postraumáticos* se encuentran:

- Pobre contención social y familiar
- Escasos recursos económicos
- Traumas adicionales

Además de los citados anteriormente, Flannery (1992) propone la predisposición biológica, una historia de familia disfuncional y los esquemas cognitivos de valores y significados de la persona. En cuanto a las características del evento mencionan la cualidad de estar sólo o acompañado en ese momento.

Foa (1992) ha propuesto que los factores que contribuyen a graduar la intensidad de la respuesta al trauma son la *capacidad de control* que tiene el sujeto sobre la situación misma, la *capacidad de predecir* el hecho y la amenaza percibida, mientras que Carvajal (2002) apunta que cuando el hecho traumático se acompaña de alguna pérdida, o bien cuando el paciente siente que fue incapaz de minimizar el daño a terceros, o cuando aparecen sentimientos de culpa o de humillación por lo ocurrido probablemente se acentuará la intensidad de la respuesta emocional ante el trauma.

En los veteranos de guerra, los factores de riesgo a tener en cuenta son los siguientes (Cía, 2001)

Factores de riesgo *prébelicos*:

- ✓ Historia familiar de trastornos psiquiátricos
- ✓ Trastornos emocionales durante la infancia
- ✓ Traumas previos
- ✓ Inmadurez en el momento del reclutamiento
- ✓ Intelectualidad pobre y desarrollo neurológico comprometido

Factores de riesgo *bélicos*:

- ✓ Rango
- ✓ Enlistamiento obligado
- ✓ Recibir heridas en combate
- ✓ Participar o ser testigo de atrocidades o de violencia abusiva
- ✓ Riesgo de vida o amenazas
- ✓ Otros factores como clima adverso, comida inadecuada, etc

Factores de riesgo *posbélicos*:

- ✓ Contención sociofuncional y socioestructural
- ✓ Reinserción en la vida civil
- ✓ El estilo de enfrentar el trauma vivido
- ✓ Eventos estresantes experimentados posguerra.

2.6 EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD DEL TEPT

En los Estados Unidos, el Estudio Nacional de Comorbilidad dio a conocer los siguientes datos: el 60,7 % de los hombres y el 51,2 % de las mujeres habían protagonizado uno o más eventos traumáticos a lo largo de su vida. (Kessler y col., 1995). Se estima que el 31 % de las mujeres que han sufrido algún suceso de estas características desarrollarán TEPT mientras que en los hombres la cifra es del 25 %. Como se explicó anteriormente, el TEPT no es el único trastorno que desarrollan las personas que no han podido superar las consecuencias del trauma. Otro punto a tener en cuenta es que la prevalencia de TEPT está relacionada con la naturaleza de la situación traumática. Por ejemplo, en personas que han sido testigos de algún suceso traumático, se calcula que alrededor del 15 % desarrollarán TEPT, mientras que aquellas personas que han sido víctimas de una violación, se estima que el 50 % desarrollará esta enfermedad. Con respecto a los veteranos de guerra, el 30 % sufre este trastorno; en lo referente a personas que han sido víctimas de abuso infantil se calcula el 45 % (Cía, 2001)

Carvajal (2002) da cuenta de estudios recientes en víctimas de situaciones de combate en países de bajos ingresos donde han encontrado prevalencias de TEPT de 15,8 % en Etiopía, de 17,8 % en Gaza, de 28,4 % en Camboya y de 37,4 % en Argelia. Los datos epidemiológicos referidos a los veteranos de guerra, se pueden encontrar más detallados en los Antecedentes de este Trabajo.

La presencia simultánea de dos o más Trastornos en el mismo individuo se da a conocer con el nombre de Comorbilidad. En el TEPT esta característica es muy frecuente.

Según el DSM-IV (1994), aproximadamente el 80 % de los sujetos con TEPT responderá asimismo al criterio de alguna otra patología, por ejemplo: Trastornos afectivos, otros Trastornos de ansiedad, Trastornos de abuso de sustancias y/o uso de químicos.

Los Trastornos comórbidos más comunes son: Depresión Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Fobia Específica, Fobia Social, Trastorno de Pánico (TP), Abuso de sustancias, particularmente abuso de alcohol, Trastornos de Conducta, suicidio, somatizaciones, Trastornos de la alimentación y disociativos, problemas

matrimoniales, Trastorno de Personalidad Múltiple. En especial se da una alta comorbilidad con Alcoholismo, Depresión, TAG y TP. (Cía, 2001)

Específicamente en veteranos de Vietnam se ha llegado a encontrar que el 66 % presenta otro trastorno afectivo o bien de ansiedad, y el 39 % tiene abuso o dependencia de alcohol. De acuerdo con la extensa investigación sobre comorbilidad en población general, dirigida por Kessler se encontró que el TEPT se asociaba con otro diagnóstico en el 17 % de las mujeres y en el 12 % de los hombres; sin embargo, había tres o más diagnósticos en el 44 % de las mujeres y en el 59 % de los hombres. En cifras decrecientes el TEPT se asoció con abuso de alcohol en hombres (51,9 %), depresión mayor (48 %), trastornos de conducta en hombres (43,3 %), fobia simple (30 %), fobia social (28 %), abuso de alcohol en mujeres (27,9 %) y agorafobia en mujeres (22,4 %); los otros diagnósticos tuvieron menores frecuencias de presentación. (Carvajal, 2002)

Asberg y cols. (1998) postulan que en refugiados que han sufrido situaciones traumáticas severas se ha encontrado una comorbilidad entre TEPT y suicidio que alcanza al 95 %, y los pacientes con comorbilidad TEPT- Depresión presentan mayor ideación suicida que aquéllos con TEPT sin Depresión. El diagnóstico exclusivo de TEPT constituye en sí mismo un alto riesgo para intentos suicidas.

2.7 NEUROBIOLOGÍA DEL TEPT

Las estructuras cerebrales que generalmente se ven comprometidas en pacientes que sufren este tipo de trastorno son el Sistema Nervioso Central (SNC), el eje neuroendocrino-inmunitario y el Sistema Nervioso Vegetativo. Éstas son aquellas que se encargan de integrar la percepción, almacenar y procesar la información, relacionarla con sus contextos asociativos, organizar las respuestas y preparar al resto del organismo para actuar en consecuencia mediante conductas adaptativas.

El SNC posee un sistema de defensa, o de alarma que en el TEPT queda hipersensibilizado, especialmente para todo estímulo relacionado asociativamente con el trauma. (Halsband, 2002).

El hipocampo (estructura del SNC) y las cortezas adyacentes desempeñan un importante papel integrador, al reunir y vincular información proveniente de múltiples

cortezas sensoriales y transformarla en un recuerdo único en el momento de la evocación. Además se ocupan de localizar el recuerdo y ubicarlo en espacio y tiempo. En el TEPT, la función del hipocampo puede verse alterada a la hora de evocar un recuerdo. Los recuerdos traumáticos no suelen ser ubicados de manera correcta en el espacio-tiempo, dando lugar a la amnesia. Por otra parte, estos recuerdos traumáticos pueden irrumpir en la conciencia a modo de recuerdos intrusivos, reminiscencias o flashbacks. (Cía, 2001).

En cuanto a la amígdala, también tiene un importante rol en el procesamiento de la memoria emocional, particularmente para otorgar una carga afectiva a los sucesos. Las reacciones físicas intensas como taquicardia, hiperventilación o tensión muscular de los pacientes con TEPT cuando se exponen a un estímulo gatillo (como puede ser un video de combate para un veterano de guerra) constituirían una demostración del miedo condicionado que se genera a partir de la activación del núcleo central de la amígdala.

Por otra parte, la corteza prefrontal órbito-medial que participa tanto en la adquisición como en la extinción del miedo condicionado, ejerce una influencia inhibitoria tónica sobre la amígdala; cuando se producen lesiones órbito-mediales la respuesta al estrés agudo será más intensa, lo que puede traducirse en un mayor riesgo de que pueda consolidarse un TEPT. Además se han descrito lesiones neuroanatómicas y funcionales en la corteza órbito-medial en la depresión mayor, lo que podría explicar en parte la asociación entre TEPT y Depresión. (Carvajal, 2002).

En cuanto a los cambios neuroquímicos en el TEPT, múltiples sistemas de neuropéptidos y neurotransmisores se encuentran involucrados en la respuesta al estrés incluyendo al CRF, a la NA, a la serotonina, a la dopamina, a las benzodiazepinas y los opiodes endógenos. Los cambios en la neurotransmisión, que son el resultado de un trauma o que provienen de una vulnerabilidad al estrés, pueden darse a distintos niveles, incluyendo el metabolismo de un neurotransmisor, su liberación o su recaptación, en la función de los receptores o segundos mensajeros, en la regulación neuronal, en la producción neuronal, en la diferenciación y muerte celular y en los patrones de conexiones neuroanatómicas. (Cía, 2001)

Con respecto a la neuroendocrinología, los estudios se han concentrado en las respuestas del eje HPA (hipotálamo-hipófiso-adrenal). En el TEPT, las alteraciones de este eje podrían resumirse en:

- ✓ Disminución en los niveles de cortisol.
- ✓ Incremento de la sensibilidad de los receptores para los glucocorticoides.

- ✓ Inhibición con mecanismos de retroalimentación negativa más fuerte.
- ✓ El sistema HPA se vuelve progresivamente más sensible.

Cabe destacar, que en este apartado no se ha intentado hacer un desarrollo completo de la neurobiología de este trastorno, sino que son apenas unos lineamientos de este complejo campo que abarcan las neurociencias. El punto que se ha querido destacar, es que la vivencia de un hecho traumático, no sólo deja sus huellas en la psiquis del individuo, sino que también produce alteraciones en el funcionamiento cerebral, pudiendo modificar desde la anatomía hasta la neuroquímica de los afectados.

CAPITULO 3

“METODOLOGÍA”

“La guerra es una masacre entre gentes que no se conocen, para provecho de gentes que si se conocen pero que no se masacran.”

Paul Ambroise Valéry

(1871-1945) Escritor Francés.

3. METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta el problema de la investigación y los objetivos de la misma, se decide la siguiente metodología:

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se propone en el presente proyecto es de carácter descriptivo.

Los estudios descriptivos miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así, (valga la redundancia) describir lo que se investiga. (Hernández Sampieri, 2000)

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación seleccionado es el diseño transeccional o transversal. Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández Sampieri, 2000)

3.3 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

CRITERIO MUESTRAL

La muestra es no probabilística. En la muestra de este tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores. (Hernández Sampieri, 2000)

La misma se obtendrá de distintas organizaciones de veteranos de Malvinas de la Ciudad de Córdoba y del interior de la Provincia, teniendo como única condición necesaria y suficiente haber participado del conflicto bélico. La misma estará compuesta por 50 sujetos que se ofrezcan a participar en la investigación.

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Para la medición de indicadores de Trastorno por Estrés Postraumático, se les administrará a los veteranos la “Escala de Trauma de Davidson”.

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA

La Escala de Trauma de Davidson fue diseñada por Jonathan R.T. Davidson y cols. (Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Duke University, Medical Center, Durham, U.S.A. 1997) para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16).

Consta de 17 ítems, los referentes a intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento aislamiento e hiperactivación sólo valoran la presencia o ausencia de los mismos. Cada ítem se evalúa

mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior.

Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala.

La escala es autoadministrada y el marco de referencia es la semana anterior.

La validación española de este instrumento fue llevada a cabo por Bobes y cols. (2000)

INTERPRETACIÓN

Su utilidad reside en la valoración de la gravedad y frecuencia de síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático y en la valoración de la respuesta al tratamiento, ya que se ha mostrado sensible al cambio a lo largo del tiempo.

El rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136. A mayor puntuación mayor severidad y/o frecuencia.

Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos sobre el total, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

La fiabilidad test-retest tras dos semanas es de 0.86. La consistencia interna, tanto para las subescalas de frecuencia y gravedad como para el total son elevadas (alfa de Cronbach de 0,97 – 0,98 – 0,99 respectivamente).

En la validación española el alfa de Cronbach obtenido fue de 0,9.

Validez:

La validación concurrente se realizó con el SCID, demostrando como punto de corte más eficiente los 40 puntos (eficiencia de 0,83). Presenta validez convergente adecuada con el Clinician Administered PTSD Scale (0,78) y con el Impact of Event Scale (0,64). La validez discriminante se realizó con el Eysenck Personality Inventory Extroversion subescale (0,04). El análisis factorial arroja soluciones de 2 y de 6 factores.

La validación española también ofrece valores adecuados de validez concurrente y discriminante.

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) llevó a cabo un estudio a cargo de Villafañe y cols. (2003) con el propósito de evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. Las muestras estuvieron constituidas por sujetos entre 18 y 20 años, una conformada por estudiantes de Psicología de la U.N.C. y otra por estudiantes de diferentes instituciones educativas de Río Tercero.

Como conclusión final de este estudio, la Escala de Trauma de Davidson cuenta con propiedades psicométricas aceptables para evaluar el Trastorno por Estrés Postraumático en nuestro medio.

2. Con el fin de realizar un estudio de relación entre los indicadores de T.E.P.T. y factores de riesgo (como se explicitó en los objetivos específicos del proyecto de investigación), se tomará un cuestionario autoadministrado a cada uno de los evaluados interrogando algunos factores de riesgo (antecedentes y actuales) así como también los datos sociodemográficos de los encuestados.

Los puntos que refieren a los factores de riesgo que serán tenidos en cuenta, son los siguientes:

Antecedentes:

- Historia familiar de trastornos psiquiátricos.
- Trastorno psiquiátrico preexistente.
- Exposición previa a traumas.

- Inmadurez en el momento de reclutamiento.
- Status socioeconómico al momento del reclutamiento.
- Condición de enlistamiento al ejército (obligado o voluntario).
- Rango y rol que ocupaba en el conflicto bélico.
- Tiempo de exposición.
- Heridas sufridas en combate.
- Participación y/o haber sido testigo de incidentes de extrema violencia.
- Autopercepción de riesgo de vida.
- Factores contextuales de la situación de guerra (clima adverso, comida inadecuada, etc.)

Situación Actual:

- Grupo Familiar
- Situación laboral
- Contención sociofuncional

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizará un estudio estadístico (cuantitativo) con los indicadores de Trastorno por Estrés Postraumático, donde se tendrá en cuenta la ausencia o presencia de los mismos, su gravedad y frecuencia.

Además, para observar la relación entre los indicadores de T.E.P.T. y factores de riesgo, se realizarán Pruebas “T”, prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. El nivel de significancia escogido es de 0.05.

CAPITULO 4

“ RESULTADOS ”

“Todas las guerras, desde el principio de la civilización, se hacen con sangre, son iguales, sólo son diferentes las explicaciones .”

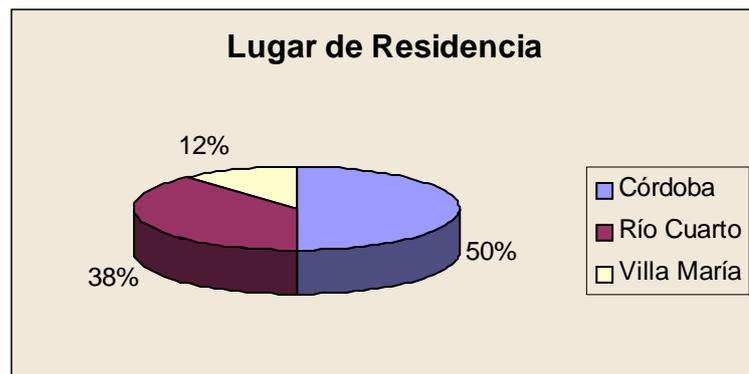
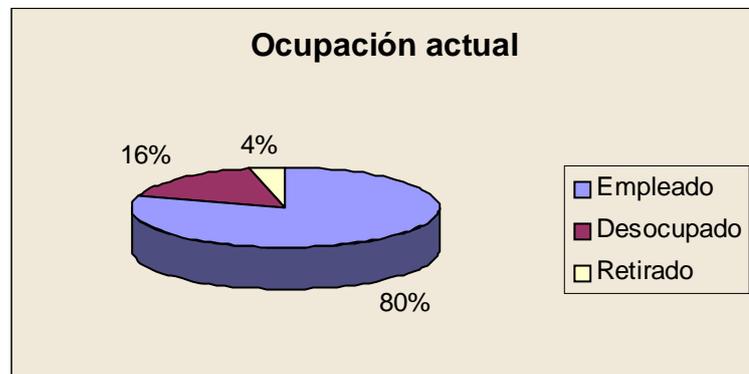
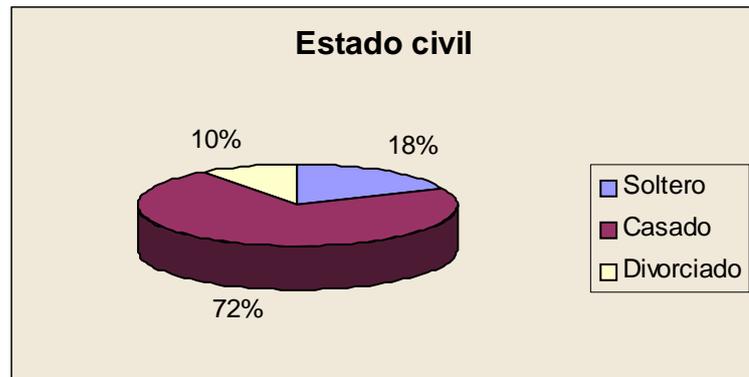
Samuel Fuller

(1911-1997) Director, Novelista Norteamericano

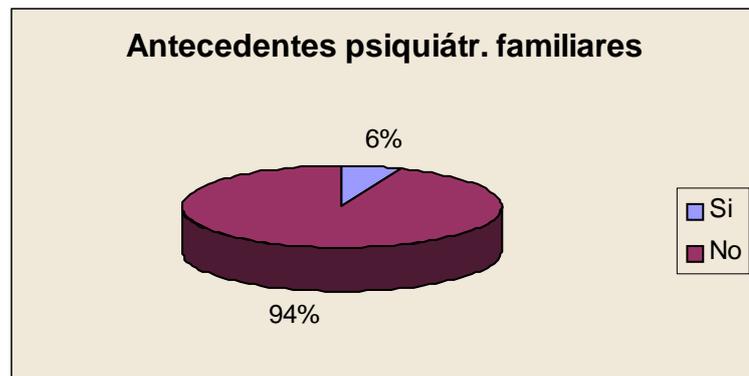
4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO ADMINISTRADO

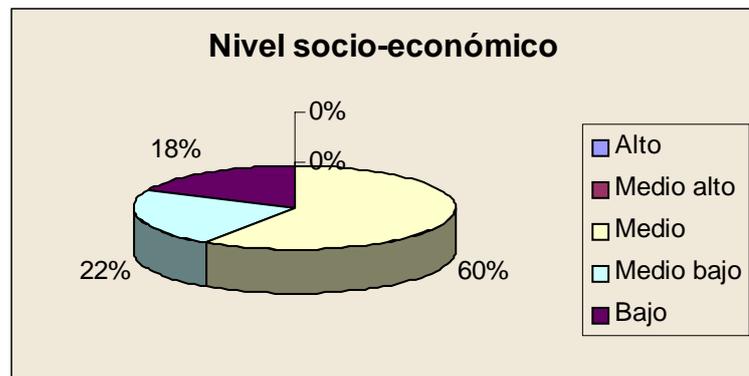
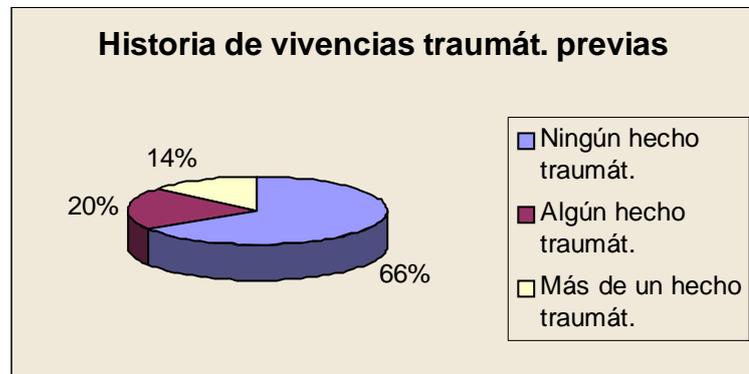
Información sociodemográfica



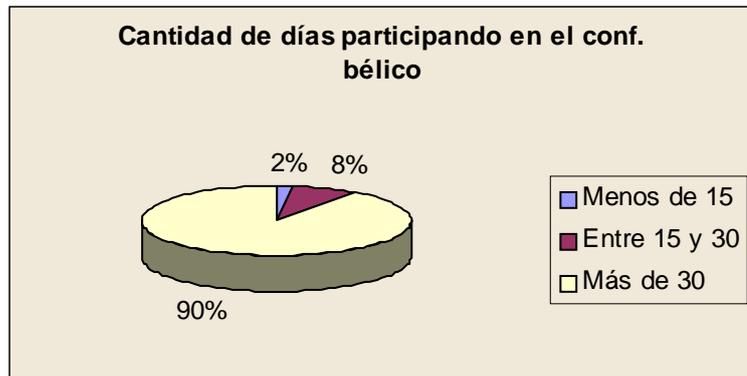
Información de Historia Clínica



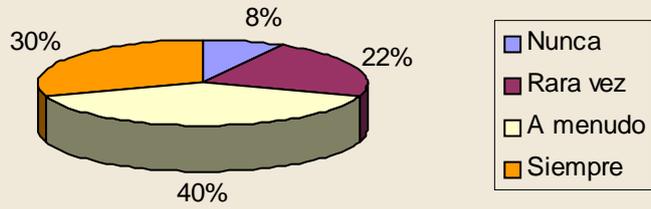
Información acerca de hechos o situaciones previas al conflicto bélico



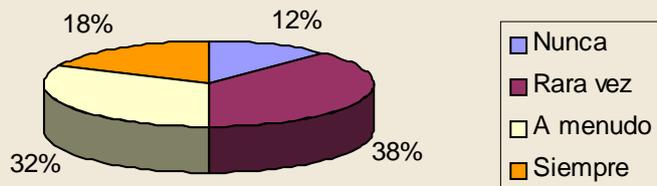
Información acerca de hechos o situaciones durante el conflicto bélico



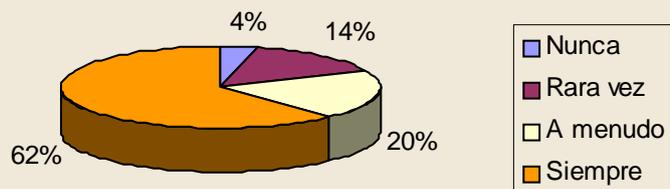
Testigo de incidentes de extrema violencia



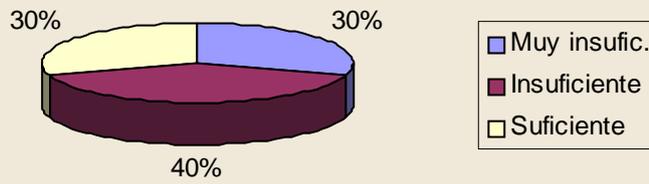
Particip. en incidentes de extrema violencia



Autopercepción de riesgo de vida

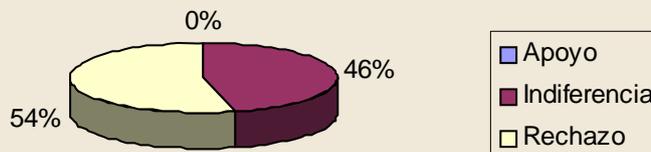


Evaluación de la alimentación recibida

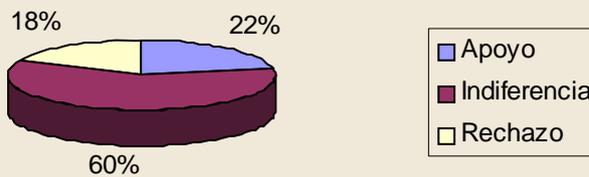


Información acerca de hechos o situaciones posteriores al conflicto bélico

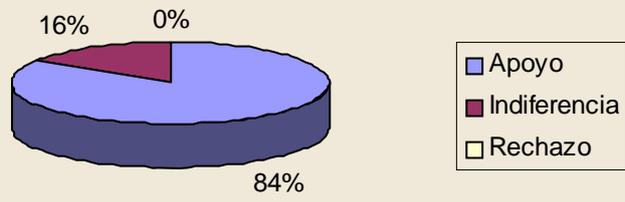
Percepción de la actitud del Gobierno Argentino frente a los veteranos



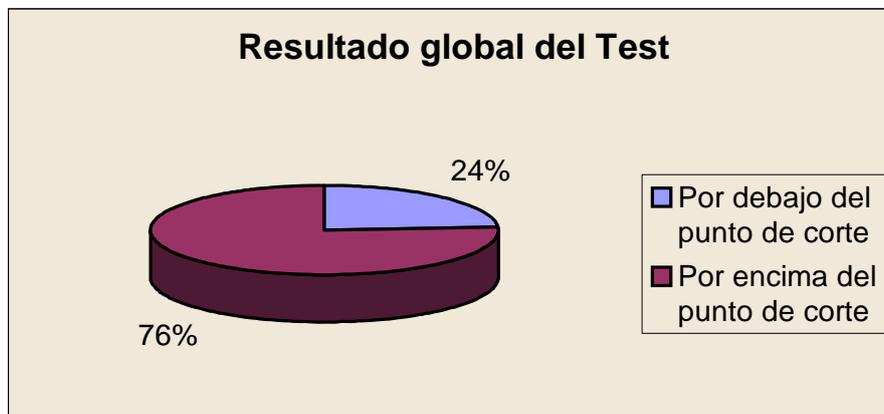
Percepción de la actitud de la sociedad frente a los veteranos



Percepción de la actitud de la propia familia

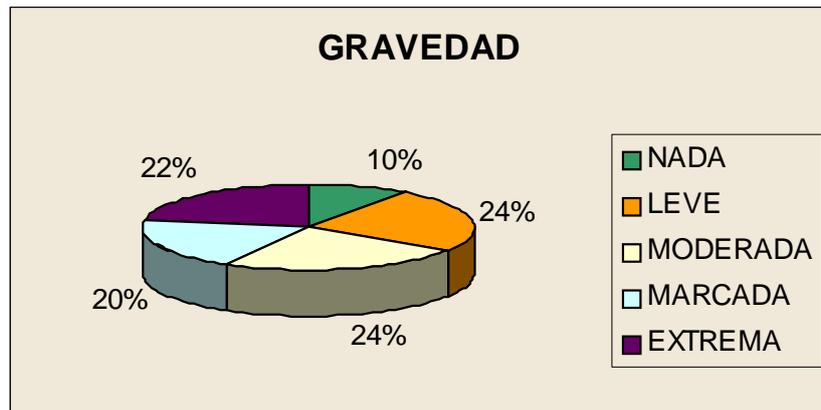
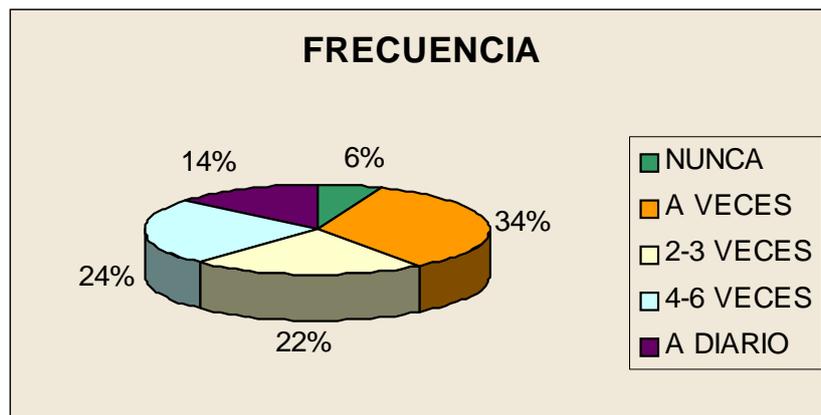


4.2 RESULTADOS DE LA ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON

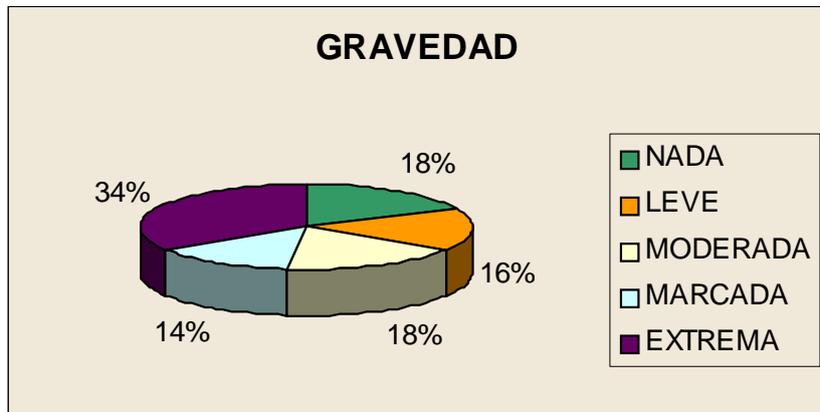
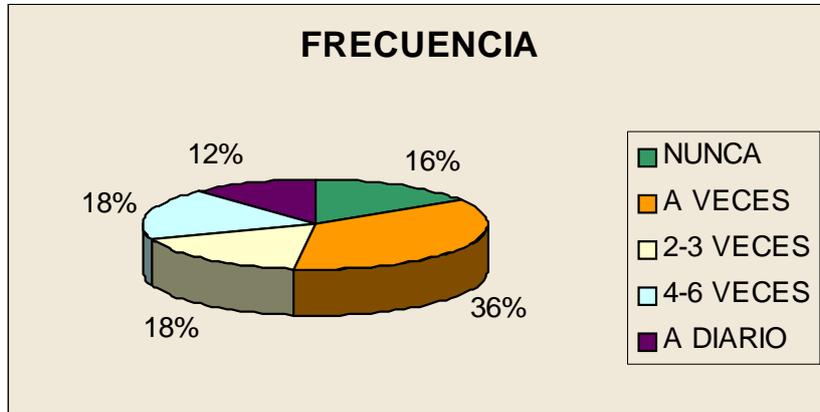


Gráficos correspondientes a los indicadores de la Escala de Trauma de Davidson, discriminados en Frecuencia y Gravedad

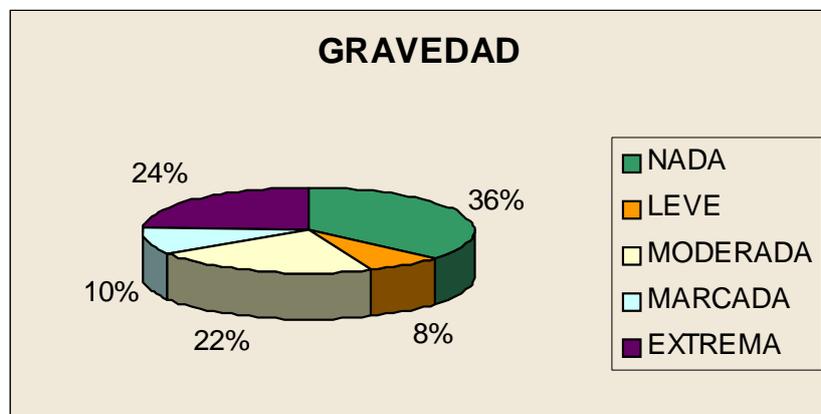
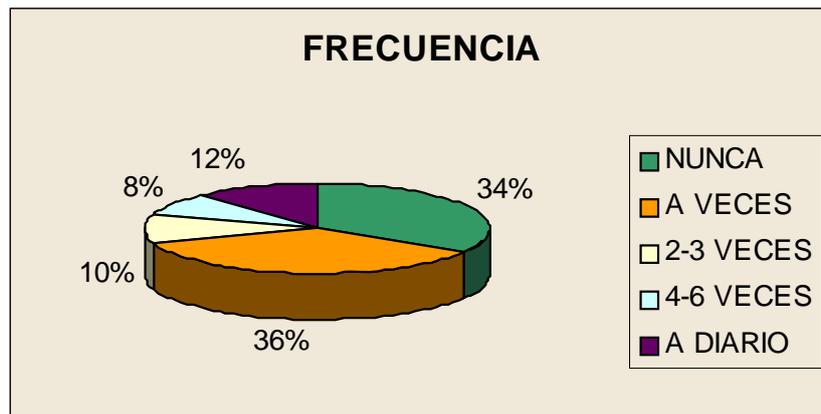
¿Ha tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?



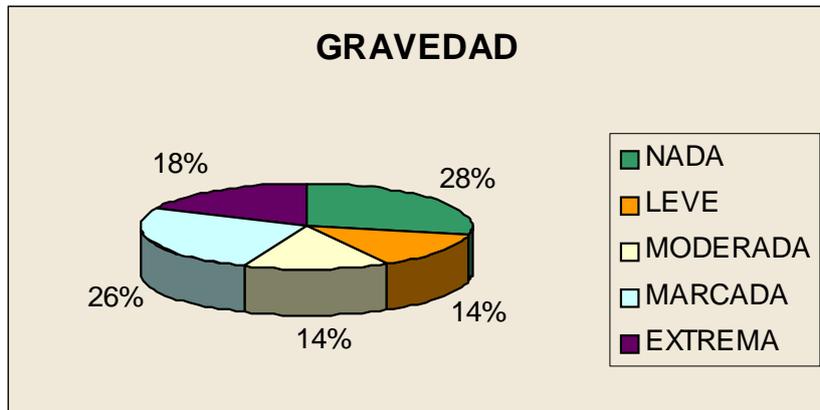
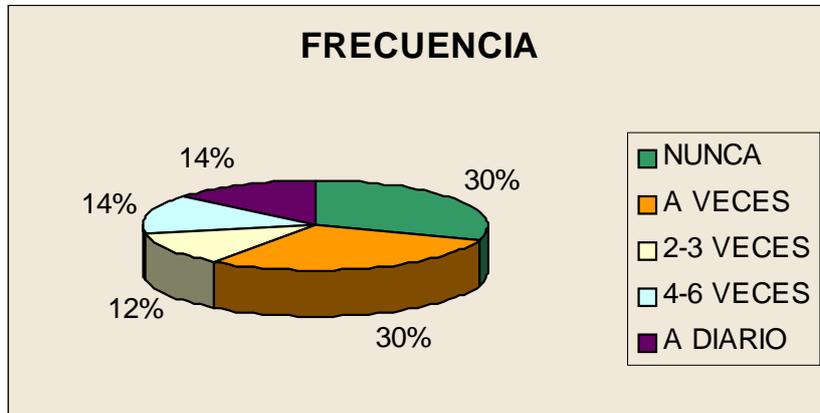
¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?



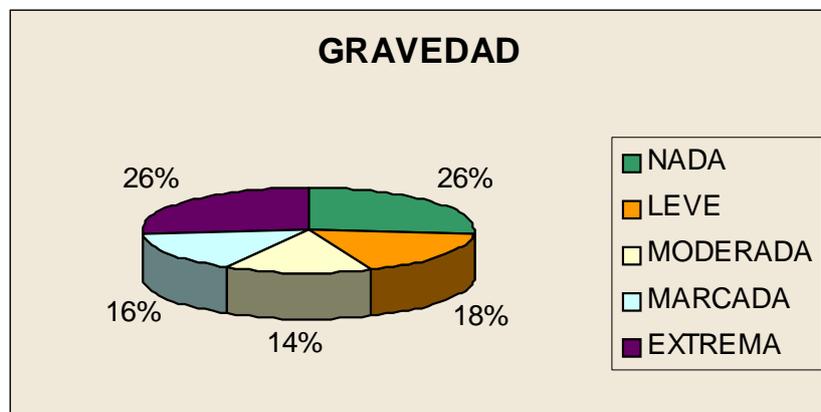
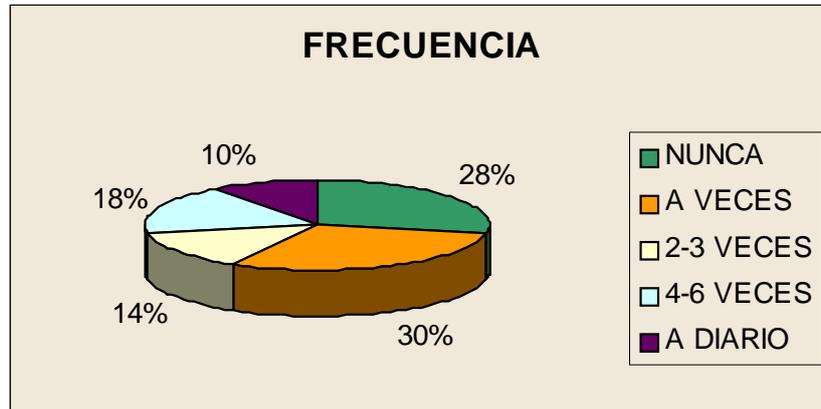
¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?



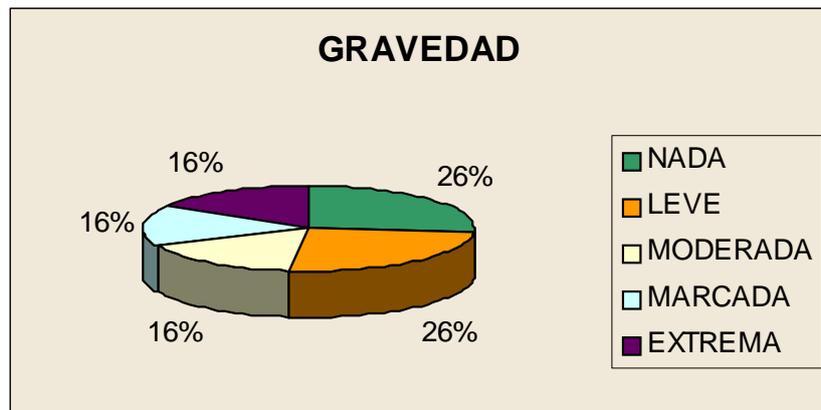
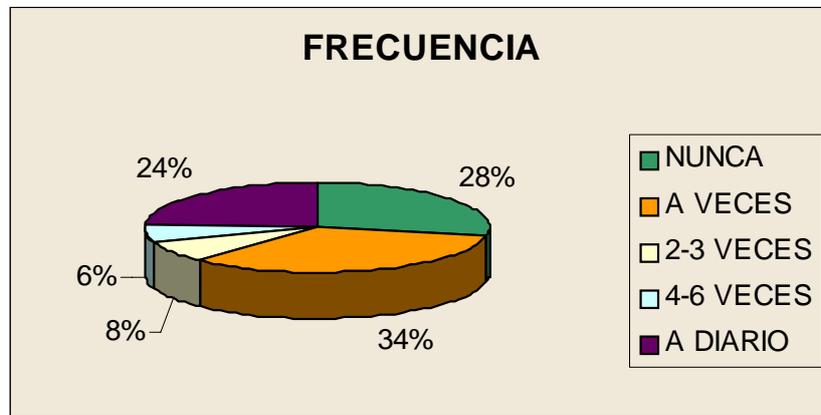
¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?



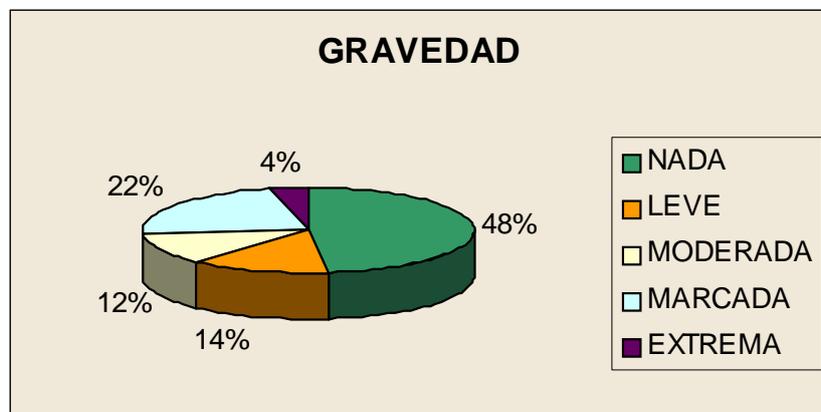
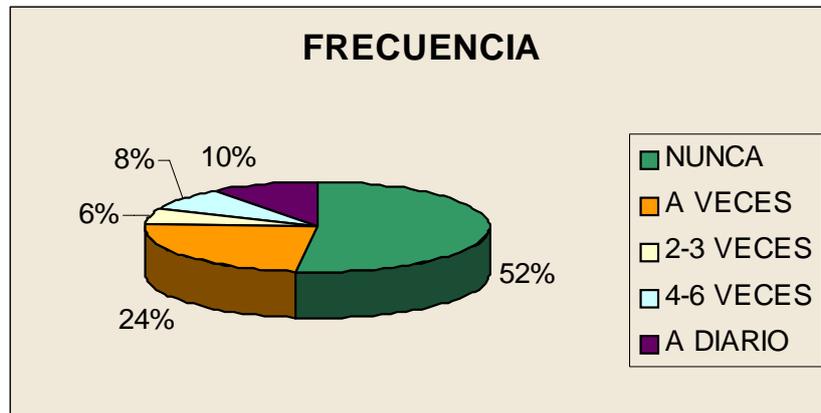
¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas, diarreas, etc.)



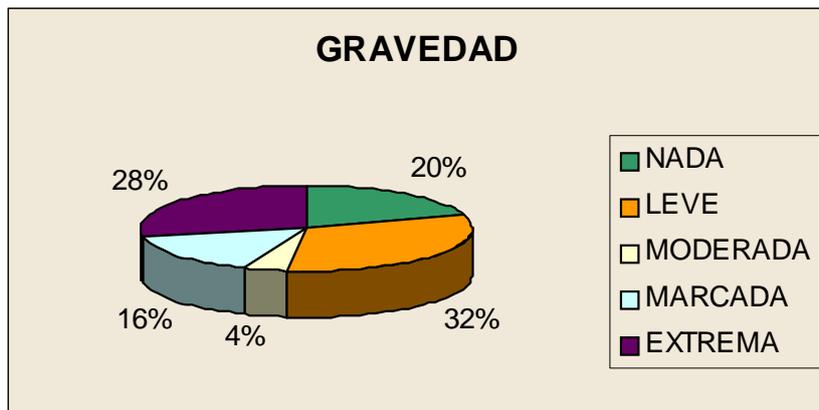
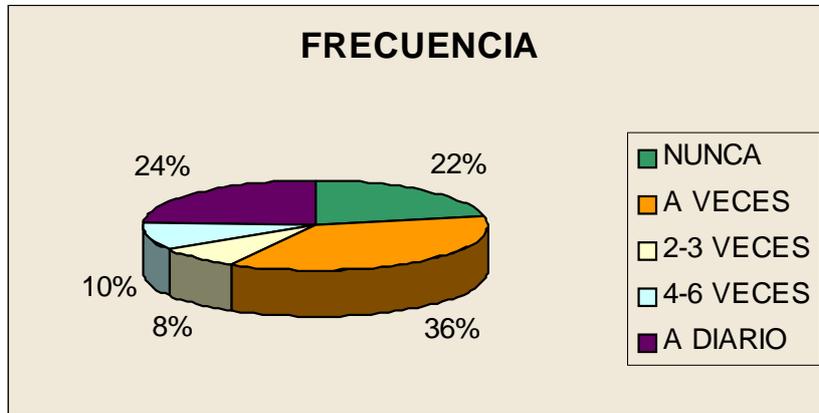
¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?



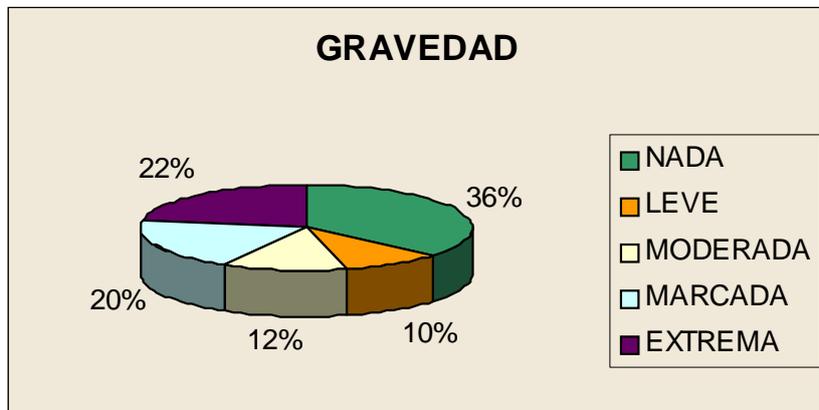
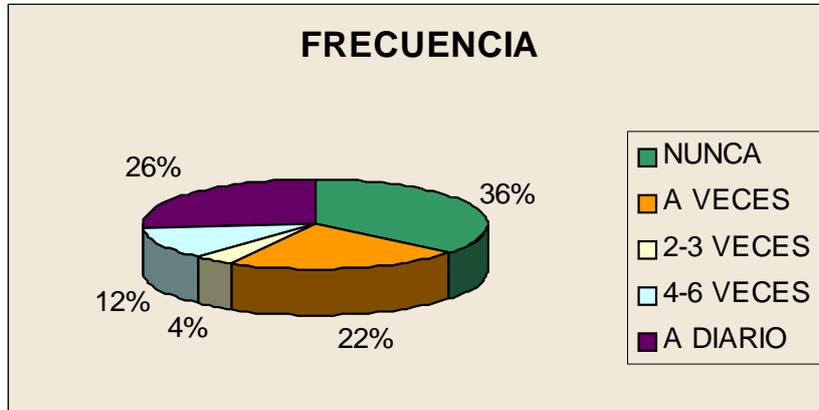
¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?



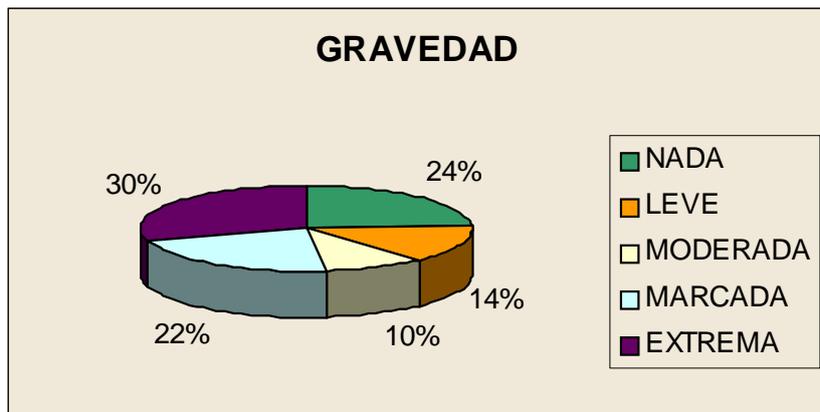
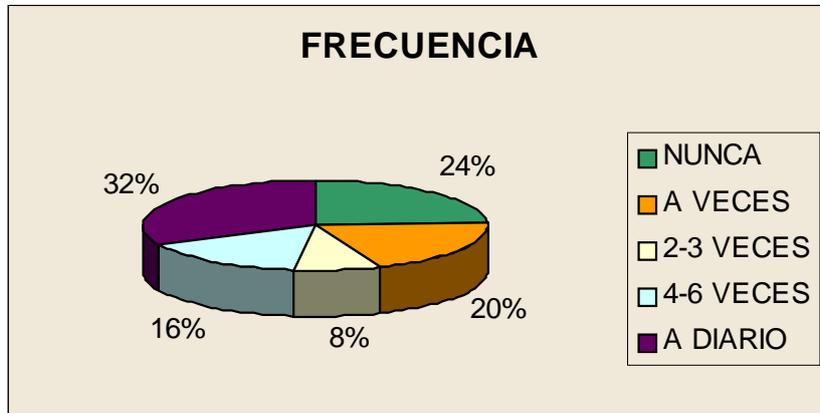
¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?



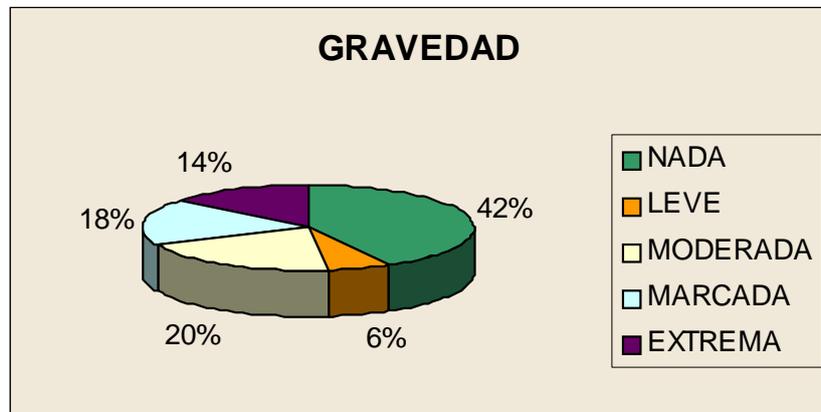
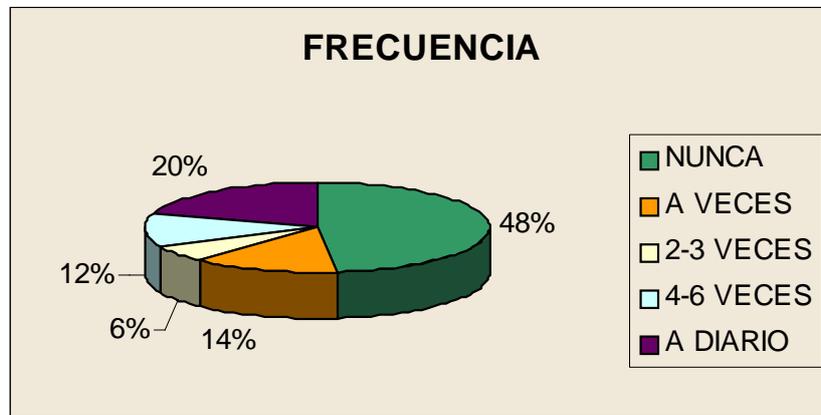
¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?



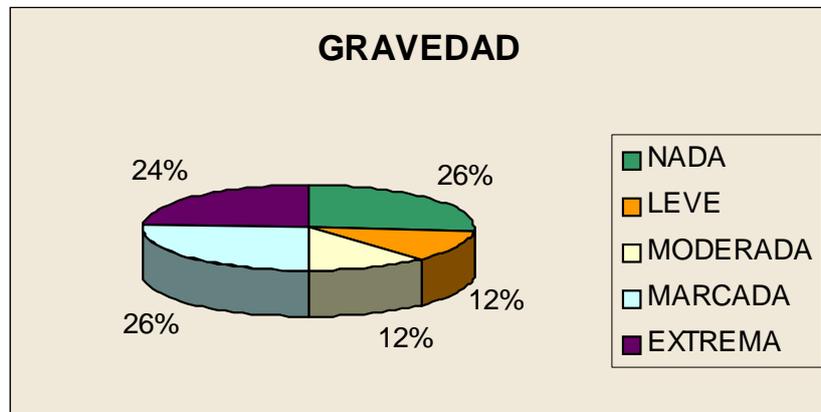
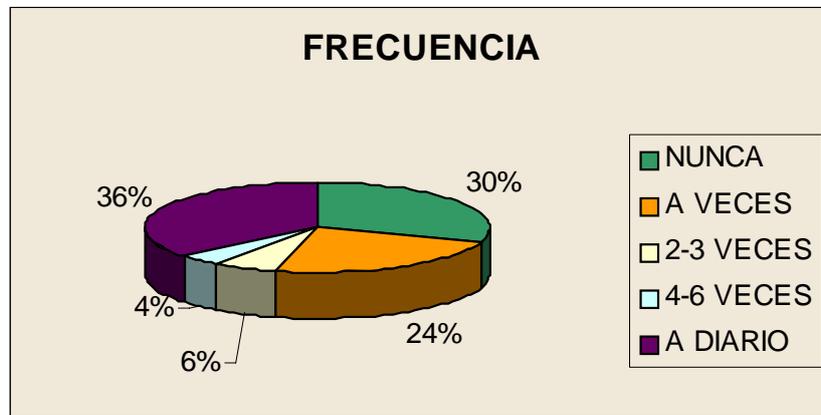
¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?



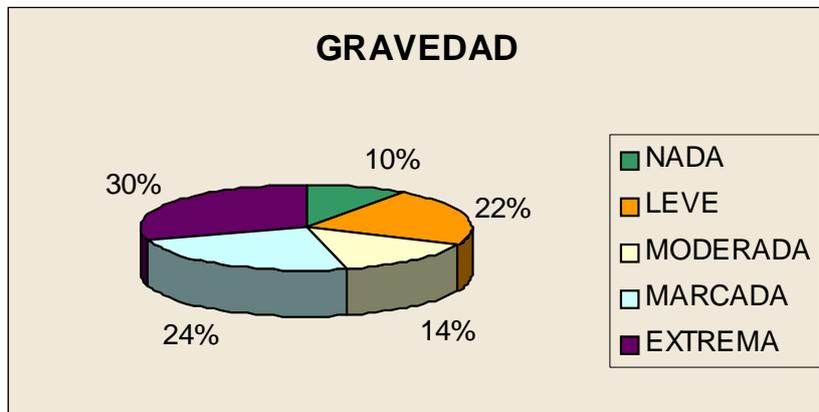
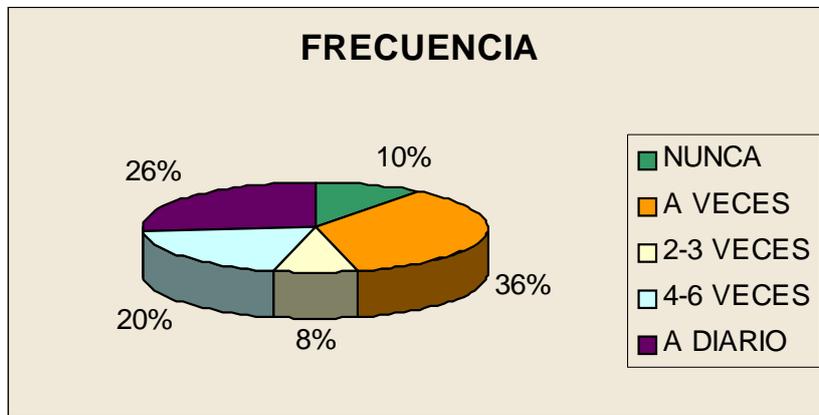
¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?



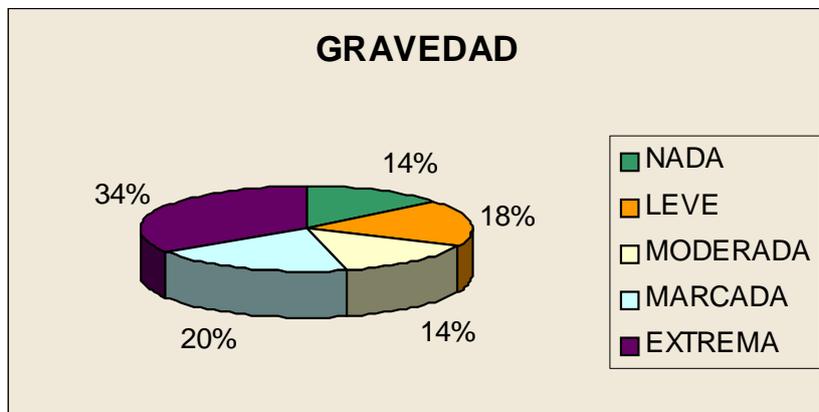
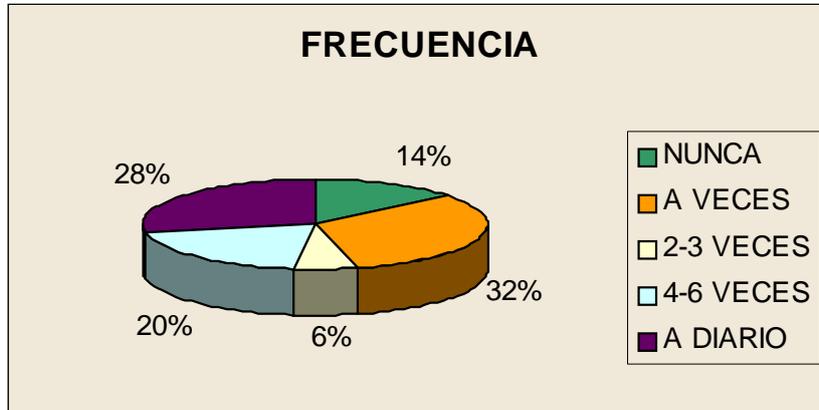
¿Ha sentido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?



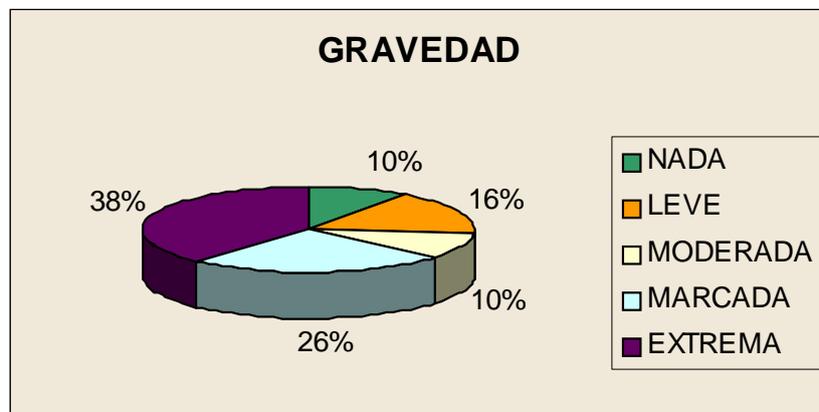
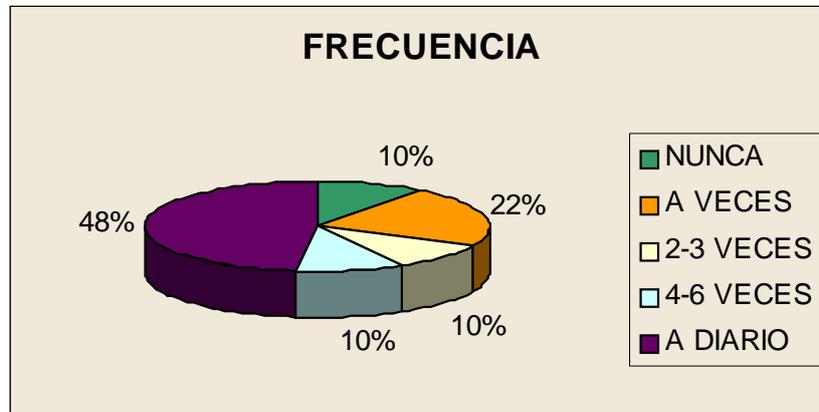
¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?



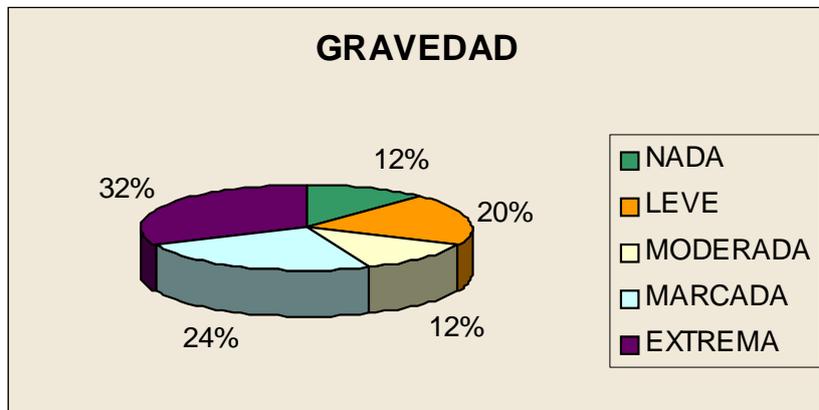
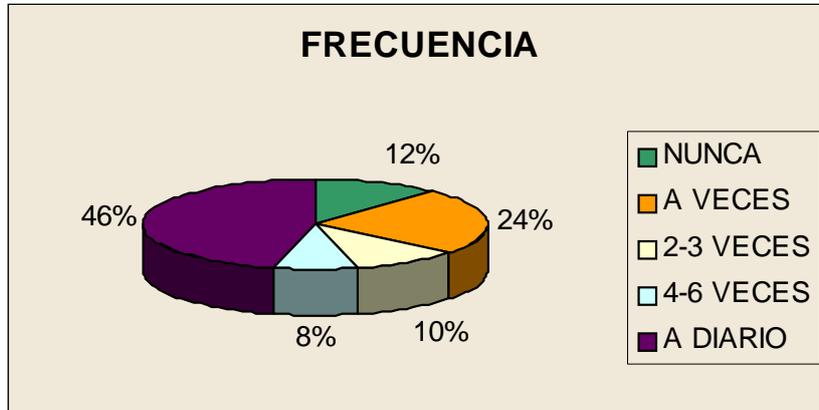
¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?



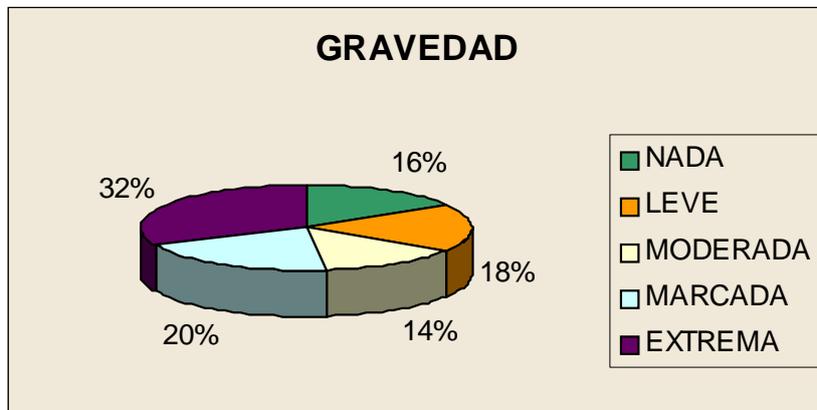
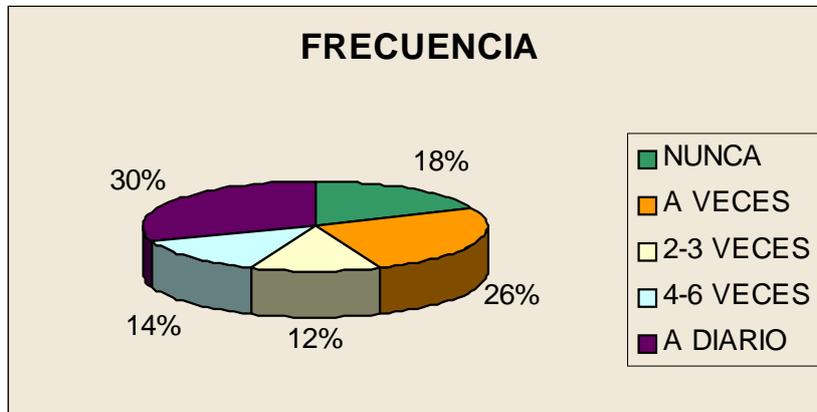
¿Ha tenido dificultades de concentración?



¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?



¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?



4.3 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON SEGÚN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA EL TEPT

Los porcentajes mencionados se refieren siempre sobre el total de la muestra.

1) Síntomas de REEXPERIMENTACION

SINTOMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD
1) Reexperimentación a través de recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones	El 94% de los sujetos dicen tener, durante la semana, recuerdos repetidos del acontecimiento traumático. Concentrándose el 38% de los casos en las categorías de mayor frecuencia.	La distribución en cuanto a la intensidad de los recuerdos es muy equilibrada, presentándose las categorías de “leve” y “moderada” apenas por encima del resto.
2) Reexperimentación a través de sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.	El 84% de la muestra tiene pesadillas relacionadas con el acontecimiento. El 36% responde a la categoría de menor frecuencia (“a veces”), mientras que la proporción va disminuyendo a medida	Existe predominancia en las respuestas de mayor intensidad (“extrema” –34%-y ”marcada” – 14%), que constituyen el 48% de las respuesta dadas al reactivo.

	que aumenta la frecuencia.	
3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo	El 66% de los sujetos responde que tiene síntomas de reexperimentación directa del acontecimiento. Concentrándose en la menor frecuencia (“a veces”) el 36% de las respuestas totales. Un dato a destacar es que el 20% acusa padecer de este síntoma de 4 a 6 veces por semana o a diario.	La intensidad del síntoma es descripta, por la mayoría, como “extrema y moderada” (34%) mientras que un 30% describe la intensidad del síntoma como “leve” y “moderada”, otro punto a destacar teniendo en cuenta que generalmente el “flashback” es vivido como experiencia muy desagradable.
4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático	El 70% de la muestra dice presentar malestar ante un recuerdo del evento traumático. Un 30% se sitúa en la categoría de menor frecuencia (“a veces”), mientras que el 40% se encuentra distribuido en las frecuencias posteriores.	Predominan las categorías de mayor intensidad ubicándose el 44% de la muestra en las categorías “marcada” y “extrema”, mientras que el 28% componen las categorías “leve” y “moderada”.
5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del	El 72% responde afirmativamente en	El 42% de las respuestas se ubican en

<p>acontecimiento traumático</p>	<p>relación a la sintomatología. La mayor frecuencia (30%) se ubica en relación a la categoría de menor frecuencia (“a veces”), mientras que el 42% se encuentra distribuido en las frecuencias posteriores.</p>	<p>las categorías de mayor intensidad (“extrema” o “marcada”), mientras que el 32% clasifica al síntoma con una intensidad “leve” o “moderada”.</p>
---	--	---

2) Síntomas de EVITACION

SINTOMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD
6) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático	El 72% de los sujetos se esfuerza por evitar pensamientos o sentimientos relativos al trauma. La mayor frecuencia (34%) se concentra en la categoría menor (“a veces”), mientras que el 24% alega padecer el síntoma a diario.	El 42% de las respuestas relativas a la intensidad en la presencia del síntoma se ubican en la condición “leve” o “moderada” predominando sobre las categorías de mayor gravedad.
7) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma	El 52% dice no presentar el síntoma. Es importante considerar, comparando con la puntuación de otros síntomas de evitación, que la mayoría de las personas que conforman la muestra en estudio pertenecen y participan activamente en Agrupaciones de Veteranos de Guerra.	El 48% responde a la categoría nula de la escala, mientras que e 26% vivencia el síntoma con “marcada” o “extrema” intensidad.
8) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma	El 78% de los sujetos responden afirmativamente al síntoma,	En relación a la intensidad del síntoma, el 44% de las respuestas se

	concentrándose el 36% en la categoría “a veces” mientras que 42% se encuentra distribuido en las frecuencias posteriores.	ubican en las categorías “extrema” o “marcada”, mientras el 36% se encuentra en las condiciones “leve” y “moderada”.
9) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas	El 64% de la muestra responde positivamente al síntoma. Concentrándose el 38% de las respuestas dentro del par: “4/6 veces” y “A diario”.	El 42% de las respuestas al reactivo se ubican en las categorías de mayor intensidad “extrema” o “marcada”.
10) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás	El 76% de los sujetos manifiestan sentirse alejados o distante de otras personas. El 48% acusan padecer el síntoma dentro del par: “4/6 veces” y “A diario”.	El 52% de las respuestas al ítem corresponden a las categorías de mayor intensidad (“extrema” o “marcada”).
11) Restricción de la vida afectiva	El 48% de los sujetos manifiestan ser capaces de tener sentimientos de tristeza y alegría. Mientras que el 32% consideran como muy frecuente (4/6 veces a la semana o a diario) la sensación	El 42% no refleja intensidad en el síntoma, mientras que el 32% vivencia al mismo con una intensidad “marcada” o “extrema”.

	de restricción de la vida afectiva.	
12) Sensación de un futuro desolador	El 70% de la muestra dice tener dificultades para imaginar una vida larga y cumplir los objetivos. El 40% manifiesta tener esta sensación 4-6 veces por semana o a diario.	El 50% de los sujetos responden a las categorías de mayor intensidad en la escala (“extrema” o “marcada”).

3) Síntomas de HIPERACTIVACION

SINTOMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD
13) Dificultades para conciliar o mantener el sueño	El 90% de los veteranos manifiestan tener problemas para iniciar o mantener el sueño. Posicionándose el 46% de las respuestas dentro de las categorías de mayor intensidad (“4/6 veces” y “a diario”) y el 44% entorno a “a veces” y “2/3 veces”.	El 54% de los sujetos clasifican como extrema o marcada la vivencia de la intensidad de su síntoma.
14) Irritabilidad o ataques de ira	El 86% de los sujetos dicen haber tenido excesos de ira y sensación de irritabilidad durante el curso de la semana. El 48% respondió experimentar el síntoma dentro de las categorías de mayor insistencia (“4/6 veces” o “a diario”)	El 54% de la muestra caracteriza su impulsividad como “extrema” o “marcada”.
15) Dificultades para concentrarse	El 90% presenta problemas en la concentración. A su vez, el 48% dice	El 64% de los sujetos consideran que su desconcentración tiene una

	experimentar esta dificultad a diario.	gravedad “extrema” (38%) y”marcada” (26%)
16) Hipervigilancia	El 88% de los sujetos manifiestan sentirse nerviosos y “en guardia”. El 46% responde que la hipervigilancia es experimentada a diario.	El 56% de la muestra considera que la sensación de hipervigilancia es de intensidad “extrema” o “marcada”.
17) Respuestas exageradas de sobresalto	El 82% manifiesta estar nervioso y asustarse fácilmente. El 44% experimenta este estado a diario o 4/6 veces en la semana.	El 52% de los sujetos entrevistados vivencian las respuestas de sobresalto como de una intensidad “marcada” o “extrema”.

4.4 RESULTADOS DE LAS PRUEBAS “T”

Las medias refieren a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Trauma de Davidson.

Primer Grupo: Estado Civil Soltero.

Segundo Grupo: Estado Civil Casado.

Estadísticos del grupo

	ESTCIVIL	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	soltero	9	87,22	20,03	6,68
	casado	36	62,39	31,95	5,33

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	5,945	,019	2,214	43	,032	24,83	11,22	2,22	47,45
	No se han asumido varianzas iguales			2,908	19,604	,009	24,83	8,54	7,00	42,67

La media del primer grupo es superior a la media del segundo, mostrando una diferencia significativa, $p= 0.00$. Cabe destacar que el primer grupo lo componen pocos integrantes de la muestra.

Primer Grupo: Veteranos Empleados.

Segundo Grupo: Veteranos Desocupados.

Estadísticos del grupo

	OCUP	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Empleado	40	63,88	31,21	4,93
	Desocup.	8	87,13	20,08	7,10

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	5,383	,025	-2,016	46	,050	-23,25	11,53	-46,47	-3,20E-02
	No se han asumido varianzas iguales			-2,689	14,776	,017	-23,25	8,65	-41,70	-4,80

La media del segundo grupo es superior a la media del primero, mostrando una diferencia significativa, $p= 0.01$. Cabe destacar que el segundo grupo lo componen pocos integrantes de la muestra.

Primer Grupo: Veteranos que ejercieron el rol de soldado.

Segundo Grupo: Veteranos que ejercieron el rol de cabo.

Estadísticos del grupo

	RANGO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	soldado	46	68,13	31,17	4,60
	cabo	4	48,00	26,76	13,38

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	,816	,371	1,249	48	,218	20,13	16,12	-12,27	52,53
	No se han asumido varianzas iguales			1,423	3,746	,232	20,13	14,15	-20,22	60,48

Si bien la media del primer grupo es superior a la media del segundo, la diferencia no es significativa. Cabe destacar que el segundo grupo lo componen pocos integrantes de la muestra.

Primer Grupo: Veteranos que consumen psicofármacos.

Segundo Grupo: Veteranos que no consumen psicofármacos.

Estadísticos del grupo

PSICOFAR		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Si	15	86,33	20,74	5,36
	No	35	58,03	31,12	5,26

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	8,890	,004	3,219	48	,002	28,30	8,79	10,63	45,98
	No se han asumido varianzas iguales			3,770	39,074	,001	28,30	7,51	13,12	43,49

La media del primer grupo es superior a la media del segundo, mostrando una diferencia significativa, $p= 0.00$

Primer Grupo: Veteranos con antecedentes psiquiátricos familiares.

Segundo Grupo: Veteranos sin antecedentes psiquiátricos familiares.

Estadísticos del grupo

	ANPSIFAM	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Si	3	81,00	13,75	7,94
	No	47	65,60	31,73	4,63

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	4,269	,044	,829	48	,411	15,40	18,57	-21,94	52,75
	No se han asumido varianzas iguales			1,676	3,574	,177	15,40	9,19	-11,35	42,16

Si bien la media del primer grupo es superior a la media del segundo, la diferencia no es significativa. Cabe destacar que el primer grupo lo componen pocos integrantes de la muestra.

Primer Grupo: Veteranos que no han vivenciado o presenciado algún suceso traumático previo al conflicto bélico.

Segundo Grupo: Veteranos que han vivenciado o presenciado uno o más sucesos traumáticos previos al conflicto bélico.

Estadísticos del grupo

	TRAUMA	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	ningun hecho	33	61,97	33,71	5,87
	algun o mas de un hecho	17	75,35	23,71	5,75

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	7,375	,009	-1,458	48	,151	-13,38	9,18	-31,84	5,07
	No se han asumido varianzas iguales			-1,629	43,236	,111	-13,38	8,22	-29,95	3,18

Si bien la media del segundo grupo es superior a la media del primer grupo, la diferencia no es significativa.

Primer Grupo: Enlistamiento al ejército voluntario.

Segundo Grupo: Enlistamiento al ejército obligado.

Estadísticos del grupo

	ENLIST	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	volunt	7	47,86	27,28	10,31
	obligado	43	69,56	30,89	4,71

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	,423	,519	-1,748	48	,087	-21,70	12,41	-46,66	3,26
	No se han asumido varianzas iguales			-1,914	8,712	,089	-21,70	11,34	-47,47	4,07

Si bien la media del segundo grupo es superior a la media del primero, la diferencia no es significativa. Cabe destacar que el primer grupo lo componen pocos integrantes de la muestra.

Primer Grupo: Veteranos que participaron del conflicto bélico más de 30 días.

Segundo Grupo: Veteranos que participaron del conflicto bélico menos de 30 días.

Estadísticos del grupo

	DIAS	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	más de 30	45	67,09	31,77	4,74
	menos de 30	5	61,40	26,55	11,87

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	,710	,404	,385	48	,702	5,69	14,79	-24,04	35,42
	No se han asumido varianzas iguales			,445	5,362	,674	5,69	12,78	-26,51	37,89

Si bien la media del primer grupo es superior a la media del segundo, la diferencia no es significativa. Cabe destacar que el segundo grupo lo componen pocos integrantes de la muestra.

Primer Grupo: Veteranos que no recibieron heridas durante el conflicto bélico

Segundo Grupo: Veteranos que recibieron heridas durante el conflicto bélico

Estadísticos del grupo

LESIONES		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Sin heridas	26	57,58	29,06	5,70
	Con heridas	24	76,21	30,88	6,30

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	,005	,941	-2,198	48	,033	-18,63	8,48	-35,67	-1,59
	No se han asumido varianzas iguales			-2,193	47,047	,033	-18,63	8,50	-35,73	-1,54

La media del segundo grupo es superior a la media del primero, mostrando una diferencia significativa, $p = 0.03$

Primer Grupo: Veteranos que “nunca” o “rara vez” fueron testigos de incidentes de extrema violencia durante el conflicto bélico

Segundo Grupo: Veteranos que “a menudo” o “siempre” fueron testigo de incidentes de extrema violencia durante el conflicto bélico

Estadísticos del grupo

TESTIGO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT Nunca o rara vez	15	44,20	24,02	6,20
A menudo o siempre	35	76,09	29,01	4,90

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	,926	,341	-3,737	48	,000	-31,89	8,53	-49,04	-14,73
	No se han asumido varianzas iguales			-4,033	31,856	,000	-31,89	7,91	-47,99	-15,78

La media del segundo grupo es superior a la media del primero, mostrando una diferencia significativa, $p= 0.00$

Primer Grupo: Veteranos que “nunca” o “rara vez” participaron en incidentes de extrema violencia durante el conflicto bélico.

Segundo Grupo: Veteranos que “a menudo” o “siempre” participaron en incidentes de extrema violencia durante el conflicto bélico

Estadísticos del grupo

	PARTICIP	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Nunca o rara vez	25	59,88	32,65	6,53
	A menudo o siempre	25	73,16	28,57	5,71

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	1,289	,262	-1,531	48	,132	-13,28	8,68	-30,73	4,17
	No se han asumido varianzas iguales			-1,531	47,168	,133	-13,28	8,68	-30,73	4,17

Si bien la media del segundo grupo es superior a la media del primero, la diferencia no es significativa.

Primer Grupo: Veteranos que sintieron que “nunca” o “rara vez” sus vidas corrían peligro durante el conflicto bélico

Segundo Grupo: Veteranos que sintieron que “a menudo” o “siempre” sus vidas corrían peligro durante el conflicto bélico

Estadísticos del grupo

	PERCVIDA	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Nunca o rara vez	9	37,33	25,44	8,48
	A menudo o siempre	41	72,93	28,66	4,48

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	,489	,488	-3,436	48	,001	-35,59	10,36	-56,42	-14,76
	No se han asumido varianzas iguales			-3,713	12,879	,003	-35,59	9,59	-56,33	-14,86

La media del segundo grupo es superior a la media del primero, mostrando una diferencia significativa, $p = 0.00$. Cabe destacar que el primer grupo lo componen pocos integrantes de la muestra.

Primer Grupo: Veteranos que clasificaron la alimentación recibida durante el conflicto bélico como “suficiente”

Segundo Grupo: Veteranos que clasificaron la alimentación recibida durante el conflicto bélico como “muy insuficiente” o “insuficiente”

Estadísticos del grupo

	ALIMENT	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Suficiente	15	61,67	32,21	8,32
	Insuficiente	35	68,60	30,84	5,21

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	,179	,674	-,719	48	,476	-6,93	9,64	-26,32	12,46
	No se han asumido varianzas iguales			-,706	25,545	,486	-6,93	9,81	-27,13	13,26

Si bien la media del segundo grupo es superior a la media del primero, la diferencia no es significativa.

Primer Grupo: Veteranos que consideran que la actitud del Gobierno Argentino frente a los ex-combatientes durante el primer año posterior al conflicto bélico fue de “Rechazo”.

Segundo Grupo: Veteranos que consideran que la actitud del Gobierno Argentino frente a los ex-combatientes durante el primer año posterior al conflicto bélico fue de “Indiferencia”.

Estadísticos del grupo

	GOB	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Rechazo	27	73,26	28,47	5,48
	Indiferencia	23	58,61	32,78	6,83

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	1,868	,178	1,692	48	,097	14,65	8,66	-2,76	32,06
	No se han asumido varianzas iguales			1,673	43,991	,102	14,65	8,76	-3,00	32,30

Si bien la media del primer grupo es superior a la media del segundo, la diferencia no es significativa.

Primer Grupo: Veteranos que consideran que la actitud de la sociedad frente a los ex-combatientes durante el primer año posterior al conflicto bélico fue de “Apoyo”.

Segundo Grupo: Veteranos que consideran que la actitud de la sociedad frente a los ex-combatientes durante el primer año posterior al conflicto bélico fue de “Indiferencia”.

Estadísticos del grupo

	SOCIEDAD	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Apoyo	11	71,91	36,44	10,99
	Indiferencia	30	59,17	29,65	5,41

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	,201	,657	1,147	39	,259	12,74	11,11	-9,74	35,22
	No se han asumido varianzas iguales			1,040	15,136					

Si bien la media del primer grupo es superior a la media del segundo, la diferencia no es significativa.

Primer Grupo: Veteranos que consideran que la actitud de la sociedad frente a los ex-combatientes durante el primer año posterior al conflicto bélico fue de “Apoyo”.

Segundo Grupo: Veteranos que consideran que la actitud de la sociedad frente a los ex-combatientes durante el primer año posterior al conflicto bélico fue de “Rechazo”.

Estadísticos del grupo

SOCIEDAD		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Apoyo	11	71,91	36,44	10,99
	Rechazo	9	84,44	21,71	7,24

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	2,386	,140	-,906	18	,377	-12,54	13,83	-41,60	16,53
	No se han asumido varianzas iguales			-,953	16,643	,354	-12,54	13,16	-40,34	15,27

Si bien la media del segundo grupo es superior a la media del primero, la diferencia no es significativa.

Primer Grupo: Veteranos que consideran que la actitud de sus propias familias frente a ellos durante el primer año posterior al conflicto bélico fue de “Apoyo”.

Segundo Grupo: Veteranos que consideran que la actitud de sus propias familias frente a ellos durante el primer año posterior al conflicto bélico fue de “Indiferencia”.

Estadísticos del grupo

FAMILIA		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TEPT	Apoyo	42	63,40	31,63	4,88
	Indiferencia	8	82,88	23,31	8,24

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
									Inferior	Superior
TEPT	Se han asumido varianzas iguales	3,059	,087	-1,652	48	,105	-19,47	11,79	-43,17	4,23
	No se han asumido varianzas iguales			-2,033	12,506	,064	-19,47	9,58	-40,25	1,31

Si bien la media del segundo grupo es superior a la media del primero, la diferencia no es significativa.

CAPITULO 5

“ CONCLUSIONES ”

“Lo maravilloso de la guerra es que cada jefe de asesinos hace bendecir sus banderas e invocar solemnemente a Dios, antes de lanzarse a exterminar a su prójimo.”

Voltaire.

(1694-1778) Filósofo y escritor francés

5. CONCLUSIONES

Como se explicitó durante el desarrollo de este trabajo, el objetivo general de esta investigación, es relevar indicadores de Trastorno por Estrés Postraumático (T.E.P.T.) en veteranos de la Guerra de Malvinas, 23 años después del conflicto bélico.

De acuerdo a los puntajes obtenidos por la escala de trauma de Davidson, un 76 % de la muestra supera el punto de corte del test administrado. Esto significaría que estos individuos podrían reunir los criterios necesarios para un diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Si bien este instrumento fue elaborado bajo los criterios de este manual, debe tenerse en cuenta que un test nunca agota la complejidad de un diagnóstico. Para poder arribar a éste de una manera adecuada, es necesario implementar otras técnicas, de índole más cualitativas, de mejor alcance y profundidad, por ejemplo la entrevista clínica. La tarea diagnóstica es un proceso, que dista de poder ser medido en un momento único mediante algún instrumento, por más que éste reúna las propiedades de confiabilidad y validez exigidas. No obstante, teniendo en cuenta los objetivos y resultados de esta investigación, se permite esbozar algunas conclusiones e hipótesis sobre la problemática abordada, a la manera de una primera aproximación diagnóstica.

La evaluación de los indicadores de T.E.P.T. (en su frecuencia e intensidad) que presentan los individuos que conforman la muestra de esta investigación, arrojan resultados significativamente altos en comparación con los antecedentes más representativos encontrados en la materia. Por ejemplo, el “Estudio Nacional de Readaptación de Veteranos de Vietnam” (Kulka, 1988) que es considerado el estudio epidemiológico más sólido en relación a la prevalencia de T.E.P.T. en la población de veteranos de guerra, revela que el 30,6 % de los soldados sufrieron este trastorno en algún momento de sus vidas. El antecedente encontrado con mayor prevalencia de T.E.P.T. en dicha población, es la investigación de Snow, Stellman y col. (1988) que detectó una tasa de 28 % de T.E.P.T. entre aquellos soldados expuestos a un nivel medio de combate y de 45 % entre los que tuvieron que afrontar el nivel más alto.

Es importante destacar, que la muestra de la presente investigación, no es probabilística, sino que fueron veteranos voluntarios pertenecientes a distintas agrupaciones quienes se ofrecieron a participar del estudio, condición que podría sesgar los resultados.

Los factores de riesgo considerados para el T.E.P.T., no sólo tienen incidencia en el factible desarrollo del trastorno, sino también en la posible cronicidad de los síntomas que lo caracterizan. En los resultados de la presente investigación, se puede observar que quienes presentan factores de riesgo para un posible desarrollo del trastorno en cuestión, expresan mayor frecuencia e intensidad en los indicadores de T.E.P.T., tanto en situaciones en las que las diferencias entre los grupos son significativas desde el punto de vista estadístico, como cuando no lo son.

Las diferencias significativas más importantes se encontraron en los factores de riesgo inherentes al desarrollo del conflicto bélico. Éstas remiten a las lesiones sufridas en combate, el haber sido testigo de incidentes de extrema violencia y la autopercepción de riesgo de vida. El último punto podría relacionarse con un aporte proveniente de la Psicología Cognitiva en la teoría del T.E.P.T. Esto es, la significación propia que cada persona le otorgue al suceso traumático. Aquellos que perciben haber sentido que su vida corría peligro de manera constante, obtienen puntajes más altos en el test administrado que aquellos que acusan que nunca o rara vez, sentían que su vida estaba en riesgo. No obstante, hay que tener en cuenta que este último grupo lo compone un número reducido de la muestra investigada. Además, es posible que durante el desarrollo del conflicto bélico, las circunstancias reales entre estos dos grupos hayan sido completamente diferentes.

Más allá de los factores de riesgo individuales que puede presentar cada ex-combatiente, la población de veteranos de Malvinas, sobre todos quienes desempeñaban el rol de soldado, presentan algunos factores de riesgo en común. La mayoría eran conscriptos adolescentes, que carecían de una formación militar pertinente para un enfrentamiento bélico. La adolescencia es un período evolutivo, un estado confusional transitorio, caracterizado por la lucha por la reconstrucción de la realidad psíquica (mundo interno) y la lucha por la reconstrucción de los vínculos con el mundo externo, ambas supeditadas a una tercera, básica, que es la búsqueda de la identidad. (Fernandez Mouján, 1997). Las fantasías omnipotentes, las conductas basadas en la negación o en la idealización, propias del adolescente, se ven confrontadas frente a la brutal realidad

que ofrece una situación tan traumática como es la guerra, espacio que no se supone de transición o ensayo, sino que es determinante entre la vida y la muerte.

El enlistamiento obligado, los precarios elementos de combate, la inadecuada vestimenta para soportar el clima adverso, etc. ubicaron a estos individuos en una posición de extrema vulnerabilidad física y psíquica. La frustración por la derrota, la idea de haber sido enviados a una guerra imposible de victoria, y el abandono del Gobierno Argentino traducido en una falta de política estatal que contuviera y asistiera a los veteranos, imprimen a esta historia de ciertas características especiales.

En el plano social, tras la derrota militar, los veteranos fueron víctimas del rechazo y la indiferencia de un pueblo; que en un principio aprobó y festejó con fervor la decisión del enfrentamiento bélico. Una contención socio-funcional adecuada, permite mitigar y prevenir las posibles consecuencias del trauma. En los resultados de la investigación, se puede apreciar la percepción de los veteranos sobre la actitud de la sociedad frente a ellos en el año posterior al conflicto bélico. El 22 % evalúa la misma como una actitud de “Apoyo”, el 18 % bajo la clasificación de “Rechazo”, mientras que el 60 % prefiere nombrar la “Indiferencia”. En cuanto a la percepción sobre la actitud del Gobierno Argentino, el 54 % evalúa la misma como “Rechazo” mientras que el 46 % restante la clasifica como “Indiferente”.

“Muchos testimonios de sobrevivientes de traumas, se refieren a la ausencia de apoyo de personas con las cuales esperaban contar, teniendo que cargar solos con la horrible experiencia. Esta circunstancia les deja cicatrices muchas veces más profundas, que las que hubieran padecido sólo por el evento” (Cía, 2001).

Freud, al estudiar las neurosis traumáticas, postulaba que estos neuróticos quedaban fijados al momento del suceso traumático. En los veteranos de Malvinas, pareciera que no sólo han quedado fijados a los hechos traumáticos propios del conflicto bélico, sino también a la inmediata situación de posguerra. Hoy, 23 años después de finalizada la guerra, las demandas de los veteranos son prácticamente las mismas que en aquel entonces.

El 52 % de los veteranos consultados para esta investigación, apuntan que nunca evitan realizar ciertas tareas o estar en situaciones que recuerden el acontecimiento traumático. Si bien esto podría leerse como una condición saludable, ya que un síntoma que caracteriza al T.E.P.T. es la evitación de ciertas acciones o contextos que estén asociados al trauma, pareciera que en esta población tendría otra connotación.

Aquello que el aparato psíquico es incapaz de elaborar o integrar en la historia del sujeto, busca la manera de expresarse continuamente hasta encontrar solución y liberación. Este mecanismo, puede manifestarse de distintas maneras, ya sea en sueños, síntomas o conductas de índole compulsiva que el sujeto no puede dejar de repetir. En los veteranos de Malvinas, pareciera que no pudieran librarse de ciertas modalidades de acción, como el vivir constantemente recordando el trauma, ya sea en manifestaciones para dar a conocer sus demandas, o en sus reuniones informales. Durante el desarrollo de esta investigación, se recogió alguna información de manera informal al entablar conversación con algunos veteranos. Frases como: “volvería a la guerra si tuviera que hacerlo”, o “mi vida gira en torno a las Malvinas” son algunos ejemplos de lo explícito anteriormente.

La experiencia de la guerra puede pensarse en relación a lo que Freud nombrara lo “Unheimlich” (lo ominoso o lo siniestro). En este texto Freud pone de manifiesto la experiencia de lo terrorífico. Lo ominoso como retorno de lo entrañable reprimido, alumbrando sorpresivamente lo destinado a la oscuridad, volviéndolo así extranjero y convirtiéndolo en repetición mortífera, “...Todo lo que debiendo permanecer oculto, secreto, no obstante se ha manifestado” (Freud, 1919). Esto es lo que en la guerra se manifiesta, aparece y súbitamente enfrenta al sujeto, y aún también, lo que se muestra en los cadáveres de los semejantes en el campo de batalla. Estos serán algunos de los contenidos de las pesadillas del ex-combatiente, retorno al mismo lugar y retorno de lo siniestro; repetición compulsiva donde la Pulsión de Muerte se hace presente.

A su vez, la represión de la agresividad y los impulsos tanáticos (condición para la convivencia humana) así como la culpa ante la transgresión de los límites impuestos por una moral consensuada, son desmantelados durante la guerra. Durante un conflicto bélico el homicidio del otro semejante es impuesto como deber y necesidad, la respuesta agresiva inmediata y la anestesia emocional se tornan condiciones fundamentales como determinantes de la supervivencia.

El hecho de no poder elaborar ciertos sucesos y la dificultad en realizar los duelos de forma correcta, mantienen parte de la libido del yo volcada hacia el mundo interno del sujeto, impidiendo poder catectizar ciertos objetos del mundo exterior. En la presente investigación, se observa que los veteranos que aún siguen solteros y aquellos que actualmente se encuentran separados, demuestran tener mayor cantidad de indicadores de T.E.P.T. que aquellos que están casados. Figley (1994) afirma que aquellos

veteranos de guerra que sufren de T.E.P.T., tienen una mayor cantidad de problemas maritales en términos de comunicación y expresividad, así como una mayor hostilidad e inadaptación a la vida matrimonial. Otro aspecto que podría estar relacionado con lo expuesto líneas arriba, en la lucha entre el mundo interno y el mundo externo, es la situación laboral de los veteranos. Aquellos que se encuentran desocupados, puntúan significativamente más alto en el test administrado, que quienes ejercen alguna profesión o empleo.

Por otra parte, es posible que debido a la fantasía de algunos veteranos sobre la repercusión o difusión que podría llegar a tener este trabajo, algunos ex-combatientes hayan sobredimensionado ciertas respuestas. Esta hipótesis, se desprende de algunos resultados, que merecen una atención especial. Por ejemplo, el 12 % de los veteranos que componen la muestra, alegan tener pesadillas y flashbacks referidos a la situación traumática de forma diaria, en el lapso de una semana (unidad de tiempo de la escala administrada). Síntomas que a este nivel de frecuencia serían poco probables desde el punto de vista clínico, en una persona que está fuera del orden de lo psicótico. Sin embargo, más allá de la evaluación del síntoma desde lo real y objetivo, no debe olvidarse que la Psicología debe trabajar con la “realidad psíquica” del paciente. Este término era frecuentemente utilizado por Freud, para designar lo que en el psiquismo del sujeto, presenta una coherencia y una resistencia comparables a las de la realidad material; se trata fundamentalmente del deseo inconsciente y de las fantasías con él relacionadas. Es lo que para el sujeto adquiere, en su psiquismo, valor de realidad. (Laplanche & Pontalis, 1996).

Además, esto podría llegar a estar relacionado con el “beneficio secundario” que otorga la enfermedad. Freud, al observar el comportamiento de algunos neuróticos de guerra, describía lo siguiente: “Piense en los neuróticos de guerra, que no necesitan prestar servicio alguno porque están enfermos. En la vida civil, la enfermedad puede ser usada como protección para disimular la propia insuficiencia en el trabajo profesional y en la competencia con otros; en la familia, como medio para constreñir a los demás a hacer sacrificios y dar pruebas de amor, o para imponerles su voluntad”. (Freud, 1926).

El trabajo de elaboración, implica una especie de trabajo psíquico que permite al sujeto aceptar ciertos elementos reprimidos y librarse del dominio de los mecanismos repetitivos. Consiste en una transformación de la cantidad de energía, que permite controlarla, derivándola o ligándola. (Laplanche & Pontalis, 1996). Cuando no existe una elaboración social y colectiva, ni una sanción judicial sobre algún hecho que ha

afectado a toda una comunidad, el trabajo de elaboración individual puede verse seriamente perturbado. “La conciencia de una sociedad y su memoria acerca de los valores, los sufrimientos colectivos y sus raíces, son nutrientes básicos de la cultura y resultan críticas para efectuar identificaciones saludables.” (Cía, 2001).

La guerra de Malvinas, pareciera ser un capítulo más en la historia Argentina, donde no se han podido elaborar los duelos que este episodio conlleva. Lo cierto, es que a más de 23 años del conflicto bélico, se estima que alrededor de 350 veteranos, han cometido suicidio a lo largo de las dos últimas décadas. El diagnóstico exclusivo de T.E.P.T. constituye en sí mismo, un alto riesgo para intentos suicidas. (Asberg y cols.,1998). En los resultados de la presente investigación, se puede observar que los indicadores de T.E.P.T. más altos en frecuencia e intensidad, son aquellos pertenecientes a los síntomas de hiperactivación. Una investigación llevada a cabo por Ben-Ya'acov y Amir (2004) revela que los individuos diagnosticados con T.E.P.T. que presentan altos niveles en síntomas de hiperactivación, tienen una mayor probabilidad de riesgo suicida. La población de veteranos de Malvinas, es una población en riesgo, la cual necesita ser asistida con las técnicas e instrumentos pertinentes.

Como se puede apreciar, la guerra no termina en el campo de batalla, ni aún el día en que se firma el armisticio.

“Sólo los muertos han visto el final de la guerra.”

Platón.

5.1 SUGERENCIAS

- ✓ Ampliar con posteriores investigaciones el plano diagnóstico utilizando instrumentos de orden cualitativo. Por ejemplo: entrevistas, ya que en el presente trabajo se administró un test y un cuestionario para poder hacerlo más extensivo hacia la población, más allá de los objetivos planteados.
- ✓ Indagar sobre las posibles comorbilidades diagnósticas que presentan los individuos de esta población. Por ejemplo: el tema de abuso de sustancias, el cual fue muy comentado por los veteranos mientras se realizaba la presente investigación.
- ✓ Investigar sobre la traumatización vicaria, ya que fue un tema demandado por los veteranos, preocupados por algunas reacciones de las personas afectivamente cercanas a ellos y por los familiares de los ex-combatientes suicidados.
- ✓ Realizar proyectos de aplicación práctica, para promover grupos de reflexión, o grupos terapéuticos donde los veteranos y sus familiares tengan algún espacio donde puedan concurrir.
- ✓ Investigar acerca de la relación entre los traumatismos de la guerra y la capacidad resiliente de los sujetos, detectando los mecanismos implicados en el trabajo de resiliencia, aquella capacidad propia del sujeto para sobreponerse a una situación adversa y aún salir fortalecido de la misma.

CAPITULO 6

“ BIBLIOGRAFÍA ”

“Ningún hombre es tan tonto como para desear la guerra y no la paz; pues en la paz los hijos llevan a sus padres a la tumba, en la guerra son los padres quienes llevan a los hijos a la tumba.”

Heródoto

(484 -425 A.C.) Historiador y geógrafo griego

6. BIBLIOGRAFÍA

- ALARCÓN, R. (2002). “*Trastorno por estrés postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina*”. Rev. chilena. neuro-psiquiatría., vol.40 supl.2, p.35-47. ISSN 0717-9227.
- ARCHIBALD, H.; TUDDENHAM, R. (1965): “*Persistent stress reaction after combat: a twenty-year follow-up*”. Arch Gen Psychiatry vol. 12, 475-481 Fuente: www.trauma-pages.com
- ASBERG, M. (1998) “*Suicidal behavior after severe trauma*”. Journal of Traumatic Stress, vol. 11, 103-112 Fuente: www.istss.org
- Banco de instrumentos psicométricos (BIPFAE) (2003) Fuente: <http://bipfaes.faes.es>
- BEN-YA'ACOV, Y. & AMIR, M. (2004) “*Posttraumatic symptoms and suicide risk.*” Personality and Individual Differences, Vol. 36, Issue 6, 1257 – 1264. Fuente: sciencedirect.com
- BLANK, A. (1993). “*The longitudinal course of PTSD*”. Washington DC: American Psychiatric Press.
- BRESLAU & DAVIS (1987) “*Post traumatic stress disorder*”. Am J Psychiatry vol.144, 578-583 Fuente: www.ajp.psychiatryonline.org
- BREUER & FREUD (1893-95).“*Estudios sobre la histeria*”. Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, I
- CARD, J. (1987). “*Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans*”. Journal of Clinical Psychology, vol. 43, 6 -17 Fuente: www.apa.org
- CARVAJAL, C. (2002) “*Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos*”. Rev. chil. neuro-psiquiatr., vol.40 supl.2, p.20-34. ISSN 0717-9227.
- CÍA, A. (2002) “*La ansiedad y sus Trastornos*”. Argentina: Polemos.
- CÍA, A. (2001). “*Trastorno por Estrés Postraumático*” Argentina: Imaginador.

- Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE 10 (O.M.S.) (1992). Madrid: Meditor.
- Constitución Nacional Argentina. (1994)
- CYRULNIK, B. (2005). *“Los patitos feos”*. Barcelona: Gedisa.
- DAVIDSON, J. (1993) *“The epidemiology of PTSD”*, Washington DC: American Psychiatric Press.
- DAVIDSON, J.; HUGHES, D.; BLAZER, D.;GEORGE, L. (1991). *“Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study.”* Psychological Medicine, vol. 21, 713-721 Fuente: www.trauma-pages.com
- ERICKSON y col. (2001) *“Posttraumatic Stress Disorder and Depression Symptomatology in a Sample of Gulf War Veterans”*: A Prospective Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Volume 69, Issue 1. Fuente: sciencedirect.com
- FERNÁNDEZ MOUJÁN, O. (1997) *“Abordaje teórico y clínico del adolescente”*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FERRADA y col. (1998). *“Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessment of suicidal bahavior.”* Trauma Stress. Fuente: sciencedirect.com
- FIGLEY, C. (1994). *“Systemic posttraumatic stress disorder: Family treatment experiencies and implications”* New York: Plenum Press.
- FLANNERY, R. (1992). *“Post-Traumatic Stress Disorder”*. New York: Crossroad.
- FOA y col. (1992) *“Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model”*. Psychol Bull. Fuente: sciencedirect.com
- FREUD, S. (1901) *“Psicopatología de la vida cotidiana”* Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, VI
- FREUD, S. (1917) *“18ª Conferencia, La fijación al trauma, lo inconciente”* Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, XVI
- FREUD, S. (1917) *“24ª Conferencia, El estado neurótico común”* Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, XVI

- FREUD, S. (1919) “*Introducción a Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas XVII
- FREUD, S. (1919) “*Lo Ominoso*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas XVII
- FREUD, S. (1920) “*Más allá del principio del placer*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, XVIII
- FREUD, S. (1923) “*Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas XIX
- FREUD, S. (1926) “*Inhibición, síntoma y angustia*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, XX
- FREUD, S. (1926) “*¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, XX.
- FREUD, S. (1932) “*Por qué la guerra*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, XXII
- FREUD, S. (1933) “*29ª Conferencia. Revisión de la doctrina de los sueños*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas, XXII
- FREUD, S. (1939) “*Moisés y la religión monoteísta*” Buenos Aires: Amorrortu, Obras Completas XXIII
- GELI, P. (1997) “*Sociedad espacio y cultura*” . Argentina : Kapelusz
- GOLDSTEIN, G. y col. (1987). “*Survivors of imprisonment in the pacific theater during World War II*”. American Journal of Psychiatry. Vol.144, 1210-1213 Fuente: www.ajp.psychiatryonline.org
- GREEN y col. (1994). “*PTSD in victims of disasters*” New York: Brunner/Mazel
- HALSBAND, S. (2002) “*Trastorno por Estrés Postraumático*”. Argentina: Revista Raffo Neurociencias.
- HELZER, J.; ROBINS L.; MCEVOY L. (1987) “*Posttraumatic Stress Disorder in the general population*” New England Journal Medicine vol. 317, 1630-1634 Fuente: [www. content.nejm.org](http://www.content.nejm.org)
- HERMAN, J. (1992). “*Trauma and Recovery*”. New York: Basic Books.

- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNANDEZ COLLADO, C. ; BAPTISTA LUCIO, P. (2000) “*Metodología de la Investigación*”. México: Mc Graw Hill
- KESSLER y col. (1995) “*Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey*” . Arch Gen Psychiatry vol. 52 318-324. Fuente: www.archpsyc.ama-assn.org
- KRYSTAL, H. (1978) “*Trauma and effects*”. Psychoanalytic study of child vol. 33, 218-226 Fuente: trauma-pages.com
- KULKA y col. (1988) “*Trauma and the vietnam war generation*”. New York: Brunner/Mazzel.
- LAPLANCHE J.; PONTALIS J. (1996) “*Diccionario de Psicoanálisis*”. Argentina: Paidós.
- LASKO y col. (1994) “*Aggression and its correlates in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder*” Comprehensive Psychiatry, Vol. 35, Issue 5. Fuente: sciencedirect.com
- LAVIE y col. (1998) “*Elevated awaking thresholds during sleep: characteristics of chronic war-related posttraumatic stress disorder patients*” Biological Psychiatry, Vol.44, Issue 10 - 15. Fuente: sciencedirect.com
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -DSM IV (A.P.A). (1994) Barcelona: Masson.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -DSM IV-TR (A.P.A). (2001) Barcelona: Masson.
- MCFARLANE A.C. (2000) “*Posttraumatic Stress Disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors*”. Journal Clinical Psychiatry vol. 61, 15-20 Fuente: www.apa.org
- MCNALLY, R. & SHIN, L.M. (1995) “*Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans*”.. American Journal of Psychiatry vol.152, 936-938. Fuente: www.ajp.psychiatryonline.org
- O'BRIEN y col. (1996) “*Cognitive behavioral and pharmacologic perspectives on the treatment of PTSD*”. London: The Guilford Press. Fuente: www.guilfordpress.co.uk

- PEARLMAN, L. (1995). *“Trauma and the therapist”* . New York: Norton.
- PISOLI, P. (2000) *“Informe y propuesta sobre el trabajo con veteranos”* Fuente: www.malvinasmdp.org.ar
- SHARKANSKY y col. (2000) *“Coping With Gulf War Combat Stress, : Mediating and Moderating Effects”* Journal of Abnormal Psychology, Vol. 109, Issue 2. Fuente: sciencedirect.com
- SNOW y col. (1988). *“Post traumatic stress disorder among American Legionaries in realtion to combat expierence in Vietnam”* Envioronmental Research. Dec 47 New York Fuente: www.ncbi.nlm.nih.gov
- TRIMBLE, M.R. (1981). *“Post-traumatic neurosis”* New York: Wiley
- VAN DER KOLK, B. (1987). *“Psychological Trauma”* U.S.A: American Psychiatric Press.
- VASTERLING y col. (1998). *“Attention and Memory Dysfunction in Posttraumatic Stress Disorder”* Neuropsychology, Vol. 12, Issue 1 . Fuente: sciencedirect.com
- VAZQUEZ DE FERNÁNDEZ, S. (1998) *“El mundo, América latina y la Argentina.”*. Argentina: Kapelusz.
- VILLAFAÑE, A. ; MILANESIO, M ; MARCELLINO, C ; AMODEI, C. (2003). *“La evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático: Aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson.”* Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba . Argentina. Fuente: www.revistaevaluar.com.ar.

CAPITULO 7

“ ANEXOS ”

“ ¿ Puede haber algo más ridículo que la pretensión de que un hombre tenga derecho a matarme porque habita al otro lado del agua y su príncipe tiene una querrela con el mío aunque yo no la tenga con él ? ”

Blas Pascal

(1623-1662) Científico, filósofo y escritor francés.

Lugar:

Fecha:

Cuestionario Autoadministrado

Por favor, complete los siguientes campos con sus datos personales.

Información Sociodemográfica:

Nombre:

Edad:

Sexo: F X M X

Estado Civil:

Grupo Fliar:

Ocupación (Actual) :

Rango que desempeñó durante el conflicto bélico (C.B.):

Información de Historia Clínica:

¿Actualmente, consume algún tipo de psicofármaco? SI X NO X

¿Cuál/es?

Indique si existiesen:

Antecedentes psiquiátricos en su familia (Por ej: Depresión, Fobia, etc.) SI X NO X

¿Cuál/es?

Antecedentes psiquiátricos propios previo al CB: SI X NO X

¿Cuál/es?

Las siguientes preguntas tienen como objetivo recabar información para un Trabajo Final de Graduación de la Licenciatura en Psicología.

La información que se extraiga es de carácter **anónimo** y tiene como único fin la investigación.

No hay respuestas buenas ni malas. Indique una única opción por pregunta marcando una cruz (X) en el recuadro correspondiente.

ANTES de su participación en el conflicto bélico...

1. ¿Había vivenciado o presenciado uno o más sucesos extremadamente traumáticos, que incluyeron muertes o amenazas para su integridad física o la de otras personas? (Por ejemplo: accidentes, violaciones, desastres naturales, etc.)
 - No, ningún hecho traumático de significada importancia ○
 - Sí, recuerdo algún hecho de significada importancia ○
 - Sí, recuerdo más de un hecho de significada importancia ○
 - No sabe / No contesta ○

2. Ud. consideraría que su nivel socio-económico era:
 - Alto ○
 - Medio Alto ○
 - Medio ○
 - Medio Bajo ○
 - Bajo ○

3. Su enlistamiento al ejército fue:
 - Ingreso voluntario ○
 - Ingreso obligado ○

DURANTE el conflicto bélico...

4. Ud. participó en el mismo la siguiente cantidad de días:

- Menos de 15 días
- Entre 15 y 30 días
- Más de 30 días

5. En lo referente a lesiones físicas, Ud:

- No recibió heridas
- Recibió heridas que podría considerar leves
- Recibió heridas que podría considerar graves

6. Ud. fue *testigo* de incidentes de extrema violencia:

- Nunca
- Rara vez
- A menudo
- Siempre

7. Ud. *participó* en incidentes de extrema violencia:

- Nunca
- Rara vez
- A menudo
- Siempre

8. Ud. sintió que su vida corría peligro:

- Nunca
- Rara vez
- A menudo
- Siempre

9. ¿Cómo clasificaría Ud. en general su alimentación en aquellos días?

- Muy insuficiente
 - Insuficiente
 - Suficiente
-

Durante el transcurso del primer año POSTERIOR al conflicto bélico...

10. Ud. consideraría que la actitud del **Gobierno Argentino**, en general, frente a los veteranos fue de:

- Apoyo
- Indiferencia
- Rechazo

11. Ud. consideraría que la actitud de **la sociedad**, en general, frente a los veteranos fue de:

- Apoyo
- Indiferencia
- Rechazo

12. Ud. consideraría que la actitud de **su familia**, en general, frente a Ud. fue de:

- Apoyo
- Indiferencia
- Rechazo

¡Muchas Gracias por su colaboración!

Identificación:

Fecha:

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, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Frecuencia

- 0 = Nunca**
- 1 = A veces**
- 2 = 2-3 veces**
- 3 = 4-6 veces**
- 4 = A diario**

Gravedad

- 0 = Nada**
- 1 = Leve**
- 2 = Moderada**
- 3 = Marcada**
- 4 = Extrema**

<u>Frecuencia</u>					<u>Gravedad</u>				
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

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

TOTAL ...

FRECUENCIA ...

GRAVEDAD ...